M. Esparza Barandiaran
M. Carnicer Castaño
R. Hermosillo Torres
C. Morales García
S. del Río Ripoll
G. Bustillo Gálvez
E. Bokler Obarzanek
A. Elúa Samaniego
C. Catalina Fernández
I. Reyes de Uribe Zorita
L. Carballeira Carrera
I. Santamaría Sanz
A. Fernández Cagigas
J. Onaindia Rodriguez
A. Estévez Gutiérrez
O. Beitia Anduaga
I. Clemente Ozamiz
A. Emaldi Pereira
I. Cuéllar Flores
M. Avellón Calvo
C. Gutiérrez Serrano
B. Sanz Herrero
S. Arozena Alberdi
M. J. Alberdi Espinosa
M. Balcells
I. Bobadilla
L. M. González
C. Montañès
N. Reyes
M. D. Rifà
M. P. Romero
T. Ribalta
V. Ribes
A. Esteban Arroyo
A. Delgado Campos
R. Delgado Campos
S. Jorge Serra
A. Rubio Fernández
M. Stucchi
J. R. Molina Vizcaíno

Nº 67
1º semestre

2019

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

ISSN: 1575-5967

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA 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.)

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: Edurne Urrutia Carretero (Bilbao)

COMITÉ EDITORIAL

Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Agustín Béjar Trancón (Badajoz)
Daniel Cruz Martínez (Barcelona)
María Dolores Gómez García (Sevilla)
Fernando González Serrano (Bilbao)
Paula Laita de Roda (Madrid)
Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)
Roque Prego Dorca (Santander)
Gisela Zapata Casanave (Madrid)

COMITÉ ASESOR

Aurelio J. Álvarez Fernández (Asturias)
Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)
Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (Paris)
Alain Braconnier Centro Alfret Binet (París)
Mª Luisa Castillo Asociación Psicoanalítica Madrid (Bilbao)
Miguel Cherro Aguerre Universidad del Desarrollo Montevideo
Ana Estévez Universidad de Deusto (Bilbao)
Graziela Fava Vizziello. Universidad Padova (Padova)
Marian Fernández Galindo (Madrid)
Osvaldo Frizzera Universidad UCES (Buenos Aires)
Pablo García Túnez (Granada)
Bernard Golse Univesidad Paris Descartes (Paris)
Carmen González Noguera (Las Palmas)
Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao)
Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)
Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia)
Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires)
Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ(Alcázar de San Juan)
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)
Mercè Mabres Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Roger Misés (París) †
Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (Paris)
Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza)
Fátima Pegenaute Universitat Ramon LLull (Barcelona)
María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires)
Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
Remei Tarragò Riverola Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Jorge Tizón García (Barcelona)
Ángeles Torner Hernández (Madrid)
Eulalia Torras Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Koldo Totorika Pagaldai Universidad del Pais Vasco (Bilbao)
Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)
Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)
Juan Manzano Garrido (Ginebra) †

ÍNDICE /INDEX

LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD EN LA ADOLESCENCIA: EMERGENTES DE UN GRUPO PSICOTERAPÉUTICO CON ADOLESCENTES EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL
THE CONSTRUCTION OF IDENTITY IN ADOLESCENCE: EMERGENTS OF A PSYCHOTHERAPEUTIC GROUP WITH ADOLESCENTS IN A MENTAL HEALTH CENTER
Marina Esparza Barandiaran, María Carnicer Castaño y Rocío Hermosillo Torres.....5

LAS VICISITUDES DE LA IDENTIDAD FEMENINA DESDE LA INFANCIA A LA ADOLESCENCIA
THE VICISITES OF FEMALE IDENTITY FROM CHILDHOOD TO ADOLESCENCE
Carmen Morales García.....13

OVODONACIÓN: LA IMPORTANCIA DE LOS ORÍGENES. MÁS ALLÁ DE LO BIOLÓGICO
EGG DONATION: THE IMPORTANCE OF THE ORIGINS. BEYOND THE BIOLOGY
Sabina del Río Ripoll.....31

FRACASO DE UNA ADOPCIÓN. OTRA HISTORIA ES POSIBLE
FAILURE OF AN ADOPTION. ANOTHER STORY IS POSSIBLE
Genoveva Bustillo Gálvez y Edith Bokler Obarzanek.....39

TIEMPOS DIFÍCILES PARA LA IDENTIDAD
TOUGH TIMES FOR IDENTITY
Ana Elúa Samaniego, Cristina Catalina Fernández, Isabel Reyes de Uribe Zorita y Laura Carballeira Carrera.....51

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA RE-CONSTRUCCIÓN DE LA HISTORIA VITAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ADOPTADOS EN UNA UNIDAD TERAPÉUTICA EDUCATIVA
NURSING CARE TO REBUILD THE LIFE HISTORY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS ENRROLLED IN THERAPEUTIC AND EDUCATIONAL UNIT
Itxaso Santamaría Sanz y Ana Fernández Cagigas.....61

¿POR QUÉ SE SIENTEN CULPABLES LAS MADRES?
WHY MOTHERS FEEL GUILTY?
Isabel Reyes de Uribe Zorita, Ana Elúa Samaniego y Cristina Catalina Fernández.....75

SINTOMATOLOGÍA INTERNALIZANTE EN LA INFANCIA Y CORRELATOS PRELIMINARES CON APEGO Y TEORÍA DE LA MENTE
INTERNALIZING SYMPTOMATOLOGY IN CHILDREN AND PRELIMINARY CORRELATES WITH ATTACHMENT AND THEORY OF MIND
Jaione Onaindia Rodriguez, Ana Estévez Gutiérrez, Oihana Beitia Anduaga, Idoia Clemente Ozamiz y Arrate Emaldi Pereira..85

PSICOLOGÍA CLÍNICA PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL GENERAL: FUNCIONAMIENTO Y DESCRIPCIÓN DE UNA UNIDAD
PEDIATRIC CLINICAL PSYCHOLOGY IN A GENERAL HOSPITAL: OPERATION AND DESCRIPTION OF A UNIT
Isabel Cuéllar Flores.....93

LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD CORPORAL EN LA ETAPA PERINATAL. REFLEXIONES DESDE LA CLÍNICA
THE CONSTRUCTION OF BODY IDENTITY IN THE PERINATAL STAGE. REFLECTIONS FROM THE CLINIC
Mónica Avellón Calvo, Carmen Gutiérrez Serrano y Beatriz Sanz Herrero.....103

FENÓMENO TERESHKOVA. MIGRANTES EN PROCESO DE REAGRUPACIÓN FAMILIAR
THE PHENOMENON OF TERESHKOVA. MIGRANTS IN THE PROCESS OF FAMILY REAGRUPTION
Saray Arozena Alberdi y María Jose Alberdi Espinosa.....127

GRUPOS DE INTERVENCIÓN INICIAL BREVE
INITIAL BRIEF INTERVENTION GROUPS
M. Balcells, I. Bobadilla, L. M. González, C. Montañès, N. Reyes, M. D. Rifà, M. P. Romero, T. Ribalta y V. Ribes.....135

"EL NIÑO NO QUIERE COMER". "MAMÁ ES TONTA PELADA"
Acercamiento al funcionamiento psíquico infantil y su comprensión en una intervención psicoterapéutica mediante el juego
"THE CHILD DOES NOT WANT TO EAT". "MOM IS FOOL".
Approach to child psychic functioning and its understanding in a psychotherapeutic play intervention
Angélica Esteban Arroyo.....139

PARENTALIDAD EN PROGENITORES CON TRASTORNO MENTAL Y PROTECCIÓN A LA INFANCIA
PARENTING IN PARENTS WITH MENTAL DISORDER AND CHILD PROTECTION
Alicia Delgado Campos y Rafael Delgado Campos.....155

LA MATERNIDAD EN LAS ADOLESCENTES ADOPTADAS. REFLEXIÓN TEÓRICA Y EJEMPLOS CLÍNICOS
MATERNITY IN ADOPTED ADOLESCENTS. THEORETICAL REFLECTION AND CLINICAL EXAMPLES
Soledad Jorge Serra y Ana Rubio Fernández.....165

ESTAMOS HECHOS DE ESTRELLAS: ENTRE ADOPCIÓN E IDENTIDAD
WE ARE MADE OF STARS: BETWEEN ADOPTION AND IDENTITY
Manuela Stucchi.....181

COMPARACIÓN CLÍNICA Y PSICOMÉTRICA DEL BASC Y EL CBCL 11/2-5. REFLEXIONES SOBRE LA UTILIDAD DE AMBOS INSTRUMENTOS EN ATENCIÓN TEMPRANA
CLINICAL AND PSYCHOMETRIC COMPARISON OF BASC AND CBCL 11 / 2-5. REFLECTIONS ON THE UTILITY OF BOTH INSTRUMENTS IN EARLY CARE
Jesús Ramón Molina Vizcaíno.....189

E-mail de información y envío de artículos: publicaciones@sepypna.com
Página Web: http://www.sepypna.com/revista-sepypna/
Depósito Legal: BI-1214-19 / ISSN: 1575-5967
Periodicidad: semestral
Suscripción anual: 25 €
Precio por ejemplar: 10€

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/?IsisScript=iah/iah.xis&base=IBECS&lang=e
- EBSCO: Base de datos que ofrece textos completos, índices y publicaciones periódicas académicas que cubren diferentes áreasde las ciencias y humanidades. http://www.ebsco.com/

LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD EN LA ADOLESCENCIA: EMERGENTES DE UN GRUPO PSICOTERAPÉUTICO CON ADOLESCENTES EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL*

THE CONSTRUCTION OF IDENTITY IN ADOLESCENCE: EMERGENTS OF A PSYCHOTHERAPEUTIC GROUP WITH ADOLESCENTS IN A MENTAL HEALTH CENTER

*Marina Esparza Barandiaran***, María Carnicer Castaño**** y Rocío Hermosillo Torres*****

RESUMEN

Se trata de una elaboración teórica del concepto de identidad desde el punto de vista psicodinámico y del desarrollo y construcción de la identidad en la adolescencia. Se propone la técnica grupal para el tratamiento de los pacientes adolescentes y se presenta una viñeta clínica extraída de grupo de psicoterapia de adolescentes realizado en la red ambulatoria de salud mental.

Palabras clave: identidad, adolescencia, grupo, psicoterapia.

ABSTRACT

This paper it is about a theoretical elaboration of the concept of identity from a psychodynamic point of view and the development and creation of identity in adolescence. We propose group dynamics for the treatment of the adolescents and present a quick inside of our psychotherapy group, happening in a mental health out-patient facility.

Keywords: identity, adolescence, groups, psychotherapy.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La adolescencia se ha articulado desde el punto de vista de las distintas teorías psicodinámicas como un proceso intrapsíquico relativamente "homogéneo", caracterizado por diferentes elementos: la pubertad y el acceso a la sexualidad, la problemá-

* Trabajo presentado en el XXXI Congreso Nacional SEPYPNA celebrado en Málaga los días 28-30 de marzo de 2019. Premio a la mejor Comunicación Libre.

** MIR Psiquiatría Hospital Universitario de Getafe. marina.esparza@salud.madrid.org

*** MIR Psiquiatría Hospital Universitario de Getafe

**** PIR Psicología Clínica Hospital Universitario de Getafe.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

tica del cuerpo, el duelo y la depresión por la identidad infantil, los nuevos mecanismos de defensa, la regresión propia de este período, el narcisismo, el Ideal del Yo, etc.

Teniendo en cuenta esta base en común, los desarrollos teóricos en torno a la adolescencia presentan cierta heterogeneidad en cuanto a la conceptualización teórica, si bien todos ellos dan cuenta de un aspecto de inicio en la primera infancia y que aparece como *reactualizado* bajo la pregunta "¿quién soy?" que tiene que ver con la construcción de la identidad en este periodo del desarrollo de los sujetos.

En este trabajo pretendemos realizar una reflexión teórica acerca de la identidad y los procesos identificatorios en la adolescencia, acompañada de una pequeña ilustración clínica a partir de los emergentes de un grupo de psicoterapia de adolescentes que se realiza en el Centro de Salud Mental de Getafe, en el que nos estamos formando actualmente como residentes.

¿A QUÉ LLAMAMOS IDENTIDAD?

Etimológicamente, el término identidad proviene del latín *identitas* que significa: "igualdad", "estado o condición de ser idéntico", "sentido de ser uno a distinción de otros", "ser lo que uno es".

Este término es aplicado en diferentes contextos como identidad individual, de género, sexual, colectiva, social, cultural… y puede ser articulado desde diversas disciplinas. Nos centraremos en la concepción individual del concepto, desde el punto de vista psicodinámico.

La identidad, en este sentido, se puede definir como la capacidad para diferenciar la representación de sí mismo de la representación de otro (objeto). La identidad hace referencia a la experiencia de continuidad de uno mismo a través de las transformaciones del tiempo y las circunstancias. Siguiendo a Lasa (2015), vemos que es un concepto que encierra una cierta paradoja, ya que hace referencia al mismo tiempo a la "*mismidad*" y a la alteridad, a la permanencia y al cambio.

No obstante, poder lograr un sentimiento de ser una entidad separada y distinta de las otras pasa por una etapa previa de *fusión.* Es decir, para poder separarse, previamente hay que haber estado unido. Según Avellón (2015), "una buena resolución de lo vincular, de lo diádico sería necesaria para acceder a la triangulación". La forma que tiene el niño de separarse y constituir la base de su identidad y una visión de sí mismo es a través de las *identificaciones.*

Freud describe la *identificación* como el lazo afectivo más temprano, es decir, la relación primaria con la madre. Si bien este autor apenas nombra el término *identidad*, sus aportaciones sobre el proceso identificatorio y la construcción del yo son la base para pensar sobre la construcción de aquella.

Fue Erikson quien comenzó a desarrollar este concepto, contribuyendo así al conocimiento y exploración de las patologías del *carácter*. Se refiere a la identidad como una síntesis global de las funciones del yo, por una parte, y como la consolidación de un sentimiento de solidaridad con los ideales y la identidad de grupo, por otra. Considera que la identidad del yo tiene aspectos conscientes e inconscientes, y que se desarrolla gradualmente hasta que se produce una consolidación final de su estructura en la adolescencia.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Posteriormente, el interés por el desarrollo del *Self* ha reemplazado el foco en el estudio y conceptualización de la identidad, aunque ésta sea "central" en la investigación sobre la psicopatología de los trastornos de personalidad, según O. Kemberg. De hecho en la literatura es frecuente que se utilicen indistintamente los términos *identidad*, *Self*, incluso, *Yo*.

¿CÓMO SE CONSTRUYE LA IDENTIDAD?

"Uno no puede constituirse sin los otros. Identidad y alteridad son inseparables". (Lasa, 1994).

Según Erikson, el desarrollo de la identidad comenzaba en el primer encuentro verdadero de la madre con el niño como dos personas que pueden tocarse y reconocerse una a la otra. De la cualidad de este encuentro entre las capacidades más o menos coordinadas de ambos, decía, dependerá el sentido de identidad del niño, de ser uno mismo y de confianza hacia el ambiente.

Este reconocimiento mutuo (Bernardi, 1994) se da en tres niveles: la interacción corporal temprana, las representaciones parentales del niño y la resignificación que el sujeto hace de las experiencias vividas en su historia. Para considerar los orígenes de la identidad, es útil el estudio de los espacios corporal y vincular.

Identificaciones

Hablar de identidad implica hablar de identificación y de los procesos que se desarrollan en la construcción de la misma, pudiendo considerarse entonces como el resultado de los procesos introyectivos y proyectivos.

Por identificación entendemos el acto o proceso de asemejarse a algo o alguien en uno o varios aspectos del pensamiento o conducta. No se trata de una copia consciente ni voluntaria, no es una imitación, sino una asimilación inconsciente por la cual el yo hace propio un aspecto de alguien, sin saber que lo hace.

La identificación es, a su vez, un proceso que permite tolerar la pérdida de un objeto, pues el yo, ante dicha merma o falta, introyecta la carga de ese objeto perdido, de forma que este pasa al yo, haciéndose un objeto interno que va conformando el núcleo del sí mismo.

IDENTIDAD Y ADOLESCENCIA

El pasaje de los sujetos a la adolescencia supone la experimentación de una serie de cambios físicos, psíquicos y sociales, en este orden. El cuerpo es el gran motor de la transformación adolescente y las trasformaciones del mismo dan una sensación de rapidez e imprevisibilidad "que obligan al psiquismo a una adaptación forzada y nada fácil a estos cambios y a lidiar con las repercusiones que estos tienen en sus relaciones familiares, escolares y sociales en general, por lo que cualquier adolescente vive con más o menos intensidad momentos de fragilidad psíquica" (Soriano, 2013, p. 495).

El adolescente establece una relación dialéctica a dos bandas: por un lado, con la sociedad, que al igual que el adolescente, está marcada en el momento actual por un proceso de transformaciones aceleradas y con múltiples incertidumbres. "El entorno social siempre ha sido un espejo en el que el adolescente se comprueba, se distancia, se apoya, verifica sus nuevas capacidades, espera ser aceptado o teme ser reprobado" (Soriano, 2013, p. 495).

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Por otro lado, con el cuerpo que debido el desarrollo anatómico y funcional, la adquisición del características sexuadas, se siente impulsado a ubicarse y a actuar como adulto, y el yo psicológico que se opone a tal actuación por permanecer aún fijado a etapas previas del desarrollo (Soriano 2013).

Transitar la adolescencia supone la caída, o al menos el alejamiento, del soporte parental infantil, implica adoptar una nueva posición y darle un nuevo lugar a lo familiar, enfrentarse a la pérdida de lo que hasta ahora había sido: un niño con su ingenuidad, expectativas mágicas, percepción de padres infalibles, etc. La protección que sentía en los padres da paso al desamparo y la soledad. Debe desprenderse de las personas influyentes de su infancia, de sus antiguos placeres y objetivos anteriores (Blajakis, 1998).

El proceso de separación de los vínculos familiares se confirma y apoya en el hecho de estar fuera de los ambientes relacionales infantiles y enfrentarse a decisiones propias. En este sentido, los sujetos pueden experimentar cierta desubicación en ese nuevo mundo de los objetos adultos y "perder" la noción de sí mismo. Para poder convivir y relacionarse con los objetos adultos hay que dejar en cierta medida, de ser quien es y cambiar.

Así pues, se van a dar una serie de movimientos que pasan por la evitación y alejamiento de la proximidad con los padres, la búsqueda de nuevas identificaciones y objetos idealizados, las dudas sobre sus propias reflexiones y deseos que favorecen la sensación de inseguridad y desvalimiento ante los otros: de este temor a verse alienado nace la necesidad de afirmar su propia identidad, "de diferenciarse del anonimato y de la influencia del otro, con su propia originalidad. Y de ahí también su carácter paradójico: construida siempre en contraste pero dependiente de la de los demás" (Lasa, 2015).

ADOLESCENCIA, IDENTIDAD Y GRUPO

Tal y como se ha señalado anteriormente, el alejamiento de las imagos parentales y de las dependencias infantiles supone un *estar por fuera* de la familia; esto es, un lugar donde poner en marcha las nuevas relaciones, la puesta a prueba de la capacidad de estar sólo, el nuevo posicionamiento frente al rol social, que se conforma como una suerte de *espacio transicional* en el sentido formulado por Winnicott y que va a ser el grupo (Blajakis, 1998).

El grupo de pares permite por otra parte, una estabilidad objetal, difícil de encontrar en una sola persona, en un momento de intensa inestabilidad. Permite un acompañamiento entre los iguales que favorece una mayor seguridad sobre su identidad, al tiempo que se desarrolla la creación de algo común entre los miembros, que se ayudan mutuamente lo cual favorece también la sensación de valía personal (Blajakis 1998).

El grupo constructivo facilita la trayectoria entre la infancia y la autonomía, la identidad familiar y la propia "ofreciendo de momento un refugio en el que el adolescente se cobija, y un apoyo para conseguir progresivamente su diferenciación como individuo autónomo capaz de determinar sus elecciones como adulto" (Torrás de Bea, 2003, pp. 140-141).

Dentro del grupo, el adolescente puede reorganizar progresivamente su identidad de tal manera que la identidad grupal se va a ver alterada por las identidades individuales de cada uno de los miembros y en el curso de este intercambio, estos mismos podrán desarrollar su propia identidad diferenciada. Esto va a permitir además la elaboración de nuevas relaciones interpersonales al tiempo que se realiza un trabajo de la construcción de la propia realidad psíquica y el mundo interno (Torrás de Bea, 2003).

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Explicado todo esto pues, podemos pensar en la psicoterapia grupal como un escenario apropiado para el tratamiento de pacientes en la etapa de la adolescencia pues el contexto "natural" del adolescente es, precisamente, el grupo (Blajakis, 1998).

El grupo terapéutico ofrece al adolescente un espacio favorecedor de la reflexión sobre uno mismo y de comprensión de los otros, que posibilita la interacción, la escucha y desarrollo de empatía, el altruismo, la expresión emocional y los procesos de elaboración.

Todo ello fomenta la aparición de "identificaciones fluctuantes que unen y ayudan al mismo tiempo a diferenciarse. Esta búsqueda recíproca de la propia identidad y de la identidad del otro conduce a un crecimiento individualizado y compartido, al logro de una identidad diferenciada pero no aislada ni aislante, una individualidad que incluye al 'otro'. Este proceso de búsqueda y desarrollo de identidad en el adolescente se observa en todos los grupos" (Zegri, 1994, pp. 87-88).

DESCRIPCIÓN DEL GRUPO Y VIÑETA CLÍNICA

Presentamos en este encuentro el trabajo realizado con pacientes adolescentes en un espacio psicoterapéutico grupal. Dicho grupo se realiza en el marco de la atención ambulatoria, en el Centro de Salud Mental de Getafe desde una orientación teórico-práctica psicodinámica.

Se trata de un grupo iniciado, con los integrantes actuales, en el pasado mes de septiembre. Se planteó con un encuadre cerrado, de frecuencia semanal (salvo en los periodos de vacaciones escolares), de una hora y cuarto de duración, programado hasta el final del curso académico. El grupo está integrado por ocho participantes, cuatro chicas y cuatro chicos de entre 15 y 17 años, todos ellos escolarizados actualmente. Son derivados al grupo tras haber realizado seguimiento psicoterapéutico individual con distintos profesionales, psicólogos o psiquiatras del equipo de salud mental infanto-juvenil del CSM. Durante el desarrollo de la terapia grupal los participantes dejan de tener seguimiento individual, atendiéndose en este formato sólo a aquellos que tienen pautado un tratamiento farmacológico para realizar el seguimiento del mismo por el psiquiatra correspondiente.

El terapeuta conductor del grupo es un psicólogo clínico de este equipo y participa junto a él en el papel de observadora una residente de psiquiatría o psicología clínica que esté realizando la rotación de infanto-juvenil en ese momento. Tras el grupo, el conductor y la observadora se reúnen para realizar una reflexión sobre la sesión y tratar los emergentes grupales.

Aproximadamente una vez al trimestre, se organiza una reunión paralela con los padres de los pacientes en la que se realiza, por una parte, una devolución de la evolución a nivel grupal e individual de cada adolescente y, por otra, una recogida de planteamientos realizados por los padres en relación con dificultades relacionales con los pacientes, manejo de sintomatología, etc., y orientaciones dirigidas a las mismas.

Respecto al diagnóstico de los adolescentes participantes del grupo, se trata de un grupo heterogéneo, habiendo en este momento pacientes con diagnóstico de Trastorno adaptativo con sintomatología depresiva, Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad y rasgos límites de personalidad y Trastorno de somatización. Uno de los pacientes además presenta absentismo escolar, habiéndose descartado que esto se corresponda con una fobia escolar clásica. Varios de los adolescentes tienen en común un patrón de dependencia y abuso de tecnología, si bien no han sido filiados como tal ni reciben tratamiento específico para ello, entendiéndose más bien como un correlato de síntomas asociados a la psicopatología de base en cada uno de ellos.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

El criterio de derivación, más allá de las distintas manifestaciones psicopatológicas que presentan, reside en la posibilidad de abordar y trabajar grupalmente las dificultades que tienen en sus relaciones interpersonales, los problemas de conducta, de separación e individuación; las complicaciones para mentalizar estados afectivos internos y externos así como en la regulación y expresión emocional, mostrando algunos de ellos un funcionamiento actuador y externalizado, y otros inhibidos y del lado de la retracción.

Se han excluido en esta ocasión pacientes con rasgos de personalidad muy desadaptativa y con sintomatología aguda, si bien se han realizado grupos de adolescentes con estas características previamente en años anteriores.

En este momento, el grupo lleva cinco meses funcionando y se ha alcanzado un nivel de cohesión grupal adecuado, con un nivel de compromiso en la tarea variable de unos pacientes a otros pero con un clima de respeto y confianza óptimo. Este encuadre grupal permite tratar las dificultades relacionales que presenta el adolescente en el aquí y ahora. Si bien la tarea del grupo consiste en la expresión libre de las preocupaciones, dificultades y conflictos diversos la actitud del terapeuta es de una cierta directividad en el sentido de que, por las características etarias y clínicas de los pacientes, se hace necesaria la presencia del mismo, para facilitar la aparición y elaboración de contenidos, nombrar estados emocionales, marcar distinción entre dentro y fuera a veces tan precaria en estos pacientes. También hacerse presente actuando como un espejo, en ocasiones, que facilite la reflexión y limite la actuación en el grupo, conteniendo los momentos de mayor angustia o aquellas situaciones en las que se pone a prueba la capacidad del propio terapeuta para tolerar diversos grados de caos, temor y agresividad.

En relación con esto último, en una de las sesiones que tuvo lugar en el cuarto mes, aparecen contenidos emergentes que desde nuestro punto de vista se pueden interpretar como ejemplo vivo de la ambivalencia entre el deseo de libertad, autonomía e independencia y la necesidad de protección, soporte y dependencia infantil, paradigmática en el proceso de desarrollo de la identidad de los adolescentes.

Se inicia la sesión con “desautorizaciones” al terapeuta, buscando la transgresión constante de los límites y cuestionando hasta donde llega el terapeuta para confirmar que se trata de un espacio contenedor: uno de los pacientes comienza a hablar sobre su próxima llegada a la mayoría de edad legal y la rabia que le genera las cosas que actualmente tiene prohibidas y que incluso alcanzándola no podrá hacer ya que todavía seguirá conviviendo con sus padres y dependiendo económicamente de ellos. Todos ellos están de acuerdo en que las leyes vigentes son arbitrarias y que esto es suficiente para justificar la transgresión de las mismas, como ajenos a las consecuencias que esto hipotéticamente podría tener. Cuando esto es señalado por el terapeuta, se inician preguntas sobre la vida privada del mismo, manifestando su incomprensión e indignación a que tanto el terapeuta como la observadora no comenten nada sobre aspectos personales verbalizando que en el grupo “somos todos iguales” “estamos hartos de que nos psicoanalices, cuéntanos cosas de ti”. Uno de ellos dice “si me cambio de silla soy igual que tú, puedo hacer de terapeuta, sólo tengo que buscar en Google ‘qué preguntas hace un psicólogo’”.

Esto deviene inmediatamente después en una demanda del grupo de que se les de una devolución individual de “cómo son vistos como personas” por el terapeuta. Se intenta realizar una devolución grupal, trasladar esta pregunta al grupo, pero no es tolerado, comenzando los participantes mostrarse inquietos, a exigir, con tono de voz elevado que se satisfaga la demanda, verbalizan que se están poniendo nerviosos “ te voy a decir una cosa, no te lo tomes a mal, pero ahora mismo tengo ganas de pegarte”, manifiesta otro de ellos.

Esta sesión continua con otra vuelta de tuerca, los propios adolescentes comienzan a hacer una devolución personal al grupo: “yo pensaba que esto iba a ser una mierda, que íbamos a estar callados esperando a que llegue nuestro turno, aburridos,

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

no que fuésemos a hablar entre nosotros". Otra paciente: "yo no creo que se vaya a juzgar porque nos tratamos entre nosotros como nos gustarían que nos tratasen".

Finalmente termina con una pregunta (con su demanda implícita): "¿va a seguir el grupo el año que viene? Yo quiero seguir viniendo en septiembre… ¡ay! me estoy poniendo negra, si pudiera me marchaba ahora mismo". "Seguro que este grupo se va a destruir a final de curso y el año que viene meterán a gente nueva"

Vemos en esta viñeta un movimiento grupal que parte del *no te necesitamos, nosotros podemos hacer lo mismo sin ti, este grupo es igual que el de la calle*, a pedir a gritos que se les delimite, ponga palabras, nombre individualmente. Es decir, de la manifestación del deseo de independencia a la necesidad de confirmar su propia individualidad por un adulto, ambos necesarios y no excluyentes en la configuración del psiquismo del sujeto adolescente.

CONCLUSIONES

El desarrollo de la identidad es un proceso influido por varias instancias: relaciones objetales en la infancia, tipo de apego establecido, identificaciones, etc. Como en el niño pequeño, las interacciones entre el adolescente y el mundo exterior organizarán en gran parte la realización y el remodelado de las identificaciones y por lo tanto, de la identidad. Esto da lugar a la creación de un nuevo espacio subjetivo, posibilitador del desarrollo de una nueva constelación de relaciones interpersonales, en la que se incluye al sujeto con sus propios ideales y proyectos, que sostenga su angustia y en definitiva, que favorezca la construcción de la identidad propia.

Así, la psicoterapia de grupo con adolescentes permite y favorece el intercambio entre el sujeto y los otros así como la adquisición gradual de capacidad para integrar la propia identidad en un espacio de seguridad, contención y cuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Apellániz, V. (2014). Psicoterapia analítica grupal con adolescentes que presentan trastornos de personalidad. *Teoría y práctica grupoanalítica*, *4*(1), 93-106.

Bernardi, R. (1994). Los orígenes de la identidad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 17/18,* 11-32.

Blajakis, M. I. (1998). La adolescencia. Fenómeno natural de grupo. *Boletín de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, *11*, 22-25.

Kemberg, O. (2006). Identidad: hallazgos recientes e implicaciones clínicas. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*, *25*. Obtenido de: https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000426 [consulta: 13/02/2019].

Lasa, A. (1994). Introducción: acerca de la identidad y sus trastornos. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 17/18, 5-10.

Lasa, A. (2015). Los adolescentes y los límites: contención y transgresión. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, *60*, 127-140.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Marcelli, D. y Braconnier, A. (1986). *Manual de psicopatología del adolescente*. Barcelona: Masson.

Soriano, A. (2013). Adolescencia, proceso y cambio. Centro de Investigación Relacional. *Revista electrónica de Psicoterapia*, *7*(3), 495-499.

Torras de Beá, E (2003). Grupos de adolescentes. *Boletín de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, *29,* 3-9.

Zegrí, G. (1994). El desarrollo de la identidad en un grupo terapéutico con adolescentes. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, *17/18,* 87-92.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

LAS VICISITUDES DE LA IDENTIDAD FEMENINA DESDE LA INFANCIA A LA ADOLESCENCIA *

THE VICISITES OF FEMALE IDENTITY FROM CHILDHOOD TO ADOLESCENCE

Carmen Morales García **

RESUMEN

Recorrido por distintas teorizaciones que muestran las vicisitudes de la construcción de la identidad femenina a lo largo de la vida psíquica.

Volver a pensar la sexualidad femenina saliendo del reduccionismo de la teorización del monismo fálico freudiano, rescatando el peso decisivo de la relación preedípica de la niña con su madre, su separación desgarradora y el viraje hacia el padre. Papel del masoquismo erógeno primario en la construcción de la identidad femenina. Modo de amor femenino: apertura a grandes cantidades de excitación.

Palabras claves: Analidad y sexualidad femenina/ Masoquismo erógeno primario/ Feminidad y adolescencia.

ABSTRACT

Tour of different theories that show the vicissitudes of the construction of female identity throughout psychic life.

Rethinking female sexuality emerging from the reductionism of Freudian phallic theorizing monism, rescuing the decisive weight of the girl's pre-etypical relationship with her mother, her heartbreaking separation and the turn towards her father. Role of primary erogenous masochism in the construction of female identity. Female love mode: openness to large amounts of excitement.

Keywords: Female sexuality and anality / Primary erogenous masochism / Femininity and adolescence.

---

* Trabajo presentado en el XXXI Congreso Nacional SEPYPNA celebrado en Málaga los días 28-30 de marzo de 2019.

** Psicoanalista. Miembro asociado de la APM. Miembro ordinario de SEPYPNA. *carmenmoralesgarcía01@gmail.com*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

LOS ORÍGENES DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD FEMENINA

"No se nace mujer, se deviene", nos dice Simone de Beauvoir.

"¿Qué quiere la mujer?" se pregunta Freud, quien mostró muy tempranamente su interés por la sexualidad femenina, como vemos en su correspondencia con Fliess, pero también una carta del 5 de noviembre de 1899 recoge su confusión ante esta problemática: *"No sé qué hacer con la fémina"*

Freud relaciona pubertad y feminidad reduciendo la feminidad a una elaboración psíquica tan tardía como secundaria, puesto que para él, la vagina permanece desconocida hasta la maduración fisiológica puberal para los dos sexos, y asocia el origen de ésta a la resolución de distintas conflictivas de la pubertad. (Freud 1931-1933)

Por otro lado, no podemos comprender la construcción de la feminidad sin tener en cuenta la apasionada ligazón pregenital de la adolescente con la madre, relación ambivalente en la que coexisten fines activos y pasivos y que sucumbe a "*una represión particularmente despiadada"* implicando para la niña una separación desgarradora de su madre. (Freud 1933)

Silvia Bleichmar (Bleichmar 1993) teoriza sobre los orígenes del psiquismo a partir de la implantación intrusiva de la sexualidad del otro semejante humano, la madre - sujeto de inconsciente- y de su acción narcisizante. Se produce una inscripción psíquica fundante, pasando así a ser el bebé objeto de pulsión, dando lugar al inicio de la construcción de la subjetividad, que obliga al sujeto a un incesante trabajo psíquico de representación y de metabolización, origen del pensamiento, quedando como nos dice Piera Aulagnier *"condenado a investir"*. (Aulagnier 1994)

María Hernández afirma: "*La matriz narcisista de la relación de cada sujeto con su cuerpo se constituye a través de los primeros intercambios corporales entre madre e hijo y la mirada estructurante materna".* (Hernández. 2000). Mirada a su vez precursora del papel que en la adolescencia va a jugar la mirada del otro. En el proceso adolescente el cuerpo vuelve a ser el escenario donde se van a reactivar todas las vicisitudes de la primera relación madre-bebé.

La historia libidinal del vínculo fusional entre la madre y el bebé se escribe a través de las inscripciones en las zonas erógenas -zonas de encuentro entre los cuerpos de la madre y el bebé – que van a condensar todas las experiencias emocionales precoces que se vivencian antes del lenguaje, y que por lo tanto, al carecer de representación mental, encuentran en el cuerpo su vía de expresión.

Tiempos primarios de encuentros emocionales de sensibilidad exaltada, de locura pasajera por parte de la madre que adapta su psiquismo afectivamente desarrollando una capacidad especial para reconocer y nombrar las necesidades del bebé y proporcionarle satisfacciones. *"Preocupación maternal primaria",* como la denomina D. Winnicott. Psiquismo materno que como continente emocional, despliega su función de revêrie para impedir que el de su bebé se vea invadido por angustias arcaicas impensables, fuente de agonías primarias; madre capaz de ensalivar los elementos beta, transformándolos en elementos alpha digeribles emocionalmente para el psiquismo infantil; y que a su vez, al ser capaz de sobrevivir a la agresión del bebé, funciona como un modelo identificatorio de integración no destructiva, proporcionándole una experiencia estructurante que le permite aceptar como propia su emocionalidad pulsional.(W. Bion)

Una madre "suficientemente buena", concepto de D. Winnicott, le proporciona a su bebé experiencias equilibradas y previsibles de frustración – gratificación; en la medida que satisface las necesidades de su hijo, lo inviste transmitiéndole una

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

valoración libidinal dando lugar a la creación de un cuerpo erógeno; otorgando significación psíquica a sus sensaciones y lo historifica, introduciéndole en una cadena transgeneracional.

"*La construcción del cuerpo como objeto interno erótico es el resultado de la interiorización de la relación afectiva y sensorial con el objeto primario"* (Eglé Laufer 1894)

Pero como aclara Winnicott la madre tiene que generar en el bebé momentos de ilusión fusional alternando con otros de desilusión, cuando le transmite su deseo por el otro, introduciendo así al tercero, la figura paterna como separadora de la díada madre-hijo y generando en el bebé sus deseos de separación

A través de la actividad representativa y simbólica, el adolescente va a diluir progresivamente este vínculo fusional, descondensando así las experiencias primarias.

Huracanes pulsionales atraviesan al adolescente entrecruzándose conflictivas narcisistas y objetales, viéndose arrastrado a intensas transformaciones anatómicas, corporales, y psíquicas, imposibles de metabolizar, y que con frecuencia le generan sentimientos de "extrañeza". La brusca irrupción de las pasiones adolescentes en el escenario psíquico provoca una ruptura traumática: queda barrida la función reguladora y estructurante que ejercían las identificaciones postedípicas a través del Superyó e Ideal del yo, que había logrado un aparente equilibrio durante el periodo de latencia.

A su vez, en la adolescencia, la reactivación de la conflictiva edípica y de la sexualidad preedípica primaria, infiltran las experiencias corporales del despertar de la sexualidad adulta y obligan al psiquismo a llevar a cabo un trabajo de metabolización y resignificación.

Consecuencia de estos trabajos sería la adquisición de la feminidad, que se funda a lo largo de tres tiempos desde lo originario, pasando por el Edipo, y llegando *"al doloroso proceso de la adolescencia, momento de reorganización de los procesos de identificación y desindentificación que ponen a prueba la capacidad de reestructuración del Yo". (*Teresa Olmos 1993)

Siguiendo a Mosés y Eglé Laufer, la adolescencia supone una crisis de identidad, un breackdown y tiene como objetivo conseguir desindentificarse de los objetos primarios y tejer nuevas identificaciones incorporando la dimensión sexual del cuerpo. (Laufer y Laufer 1984)

Luis Kancyper tristemente fallecido el 5 de agosto del 2018, insiste en la necesidad de sacrificar la ingenuidad de la inocencia de la sexualidad infantil para poder entrar en la adolescencia. Y nos señala que la resignificación de lo potencialmente traumático acontece durante todas las etapas de la vida –porque tiene su memoria y la conserva- pero estalla fundamentalmente durante la adolescencia, que se caracteriza por la presencia de caos y de crisis insoslayables, al precipitarse la resignificación de lo no significado y representado de etapas anteriores y que requiere de un proceso de reordenamiento de las identificaciones. Agrega: *"Aquello que se silencia en la infancia suele manifestarse a gritos durante la adolescencia".* (Kancyper 2007)

Como profesionales de la salud psíquica tenemos que tener muy presente que la adolescencia es un tiempo de crisis y profundas conmociones, pero también de remodelaciones de las investiduras y de las identificaciones postedípicas. Y por lo tanto una oportunidad de oro para resignificar lo femenino en ambos sexos y para consolidar o reconstruir la identidad femenina.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

¿CÓMO ENTRA LA NIÑA EN EL EDIPO?

El Complejo de Edipo supone la coronación de la sexualidad infantil y concierne ya a objetos totales. La estructura del Complejo de Edipo implica un aspecto positivo donde el progenitor del sexo opuesto es objeto de una corriente amorosa, mientras que el progenitor del mismo sexo es objeto de sentimientos hostiles por considerarle un obstáculo en la realización de sus deseos. En el Edipo negativo es el progenitor del mismo sexo el que despierta la corriente amorosa, mientras se dirige hacia el sexo contrario, los sentimientos de rivalidad.

La angustia o amenaza de castración es parte integrante del Complejo de castración, que queda insertado en el Complejo de Edipo.

Vamos a intentar entender el complejo y arduo proceso de la construcción de la feminidad que - según Freud - se lleva a cabo a lo largo de la maduración adolescente.

Enriqueta Moreno nos dice: "La teoría del desarrollo psicosexual en la niña en la teoría freudiana se basa fundamentalmente en la premisa de la falta en ella de una representación psíquica capaz de simbolizar una parte de sí misma, los órganos genitales como propios de su identidad femenina". (Moreno 1992)

Tanto en el niño como en la niña el desencadenante de la conflictiva edípica gira alrededor de las consecuencias psíquicas de su observación de las diferencias anatómicas entre los sexos. En la teoría sexual infantil freudiana no hay un paralelismo exacto entre el Edipo masculino y su homólogo femenino.

"El Edipo de la niña no es simétrico al del varón. Este sale del Edipo por la angustia de castración, que lo incitará a renunciar a la madre como objeto sexual. La niña, en cambio, siente la ausencia de pene como un perjuicio sufrido, que intenta negar, compensar o reparar. Se siente privada de pene por la madre, y es el resentimiento que ello le produce lo que la aparta de la madre, determinando su entrada en el Edipo al elegir al padre como objeto de amor, en la medida que él podría darle el pene o su equivalencia simbólica, un niño. En ella el complejo se manifiesta en el deseo de tener un hijo del padre, superando así la envidia del pene al establecerse la ecuación simbólica pene-niño y relevando el deseo de tener un pene por el de tener un niño." (Sopena 1997)

Hay una asimetría fundamental entre ambos sexos en cuanto a la relación Edipo/castración. En el varón: el complejo de castración aniquila el complejo de Edipo. En la niña: por el contrario, lo precede ejerciendo su efecto anteriormente; y lo prepara. Si bien tanto en un caso como en el otro la madre es el primer objeto erótico, no es tan clara la explicación acerca de cómo llega la niña a renunciar a la madre y a tomar en su lugar al padre como objeto amoroso. Al no incidir en ella la amenaza de castración, falta un incentivo para salir del Edipo, que en su caso parece ser abandonado lentamente o puede persistir largo tiempo en la vida anímica de la mujer.

Vemos entonces que tanto la feminidad como la masculinidad no están aseguradas desde el comienzo sino que se van estructurando a través del pasaje por la fase fálica y el complejo de Edipo articulado con el complejo de castración.

La disolución de la conflictiva edípica o sepultamiento del Complejo de Edipo da paso al periodo de latencia, en el que la sexualidad queda "suspendida" en el tiempo y se expresa a través de sublimaciones y formaciones reactivas.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

¿CUÁL SERÍA EL ORIGEN DE LA FEMINEIDAD DESDE LA TEORIZACIÓN FREUDIANA?

En 1923 se incendian las filas de la Sociedad Psicoanalítica y estalla la polémica alrededor de la feminidad, cuando con la publicación de "La organización genital infantil" Freud enuncia su Teoría del primado del falo. Defiende la existencia de una fase en la que se reconoce un sólo órgano genital psíquicamente representable, el masculino, para ambos sexos. A partir de su predominio se accede a la diferencia de los sexos.

En obras posteriores refuerza su posición: 1925, en "Algunas consecuencias psíquicas sobre las diferencias anatómicas de los sexos" y en los textos sobre "La sexualidad femenina", 1931 y "La feminidad", 1932. Considera "lo femenino" como lo enigmático, confesando sus dudas para poder profundizar en lo que denomina el continente negro por la complejidad de su estructuración, determinada por numerosos factores que exceden el ordenamiento fálico, y reconociendo no haber podido finalizar nunca sus investigaciones sobre este tema.

Para Freud la sexualidad femenina es primariamente masculina y no existe una feminidad primaria; en las representaciones psíquicas predomina la oposición fálico-castrado, considerando lo femenino en términos de negatividad. El desarrollo psicosexual de la mujer atraviesa forzosamente por dos fases: una masculina y otra, la definitiva (si es que la mujer puede alcanzarla), femenina. Progresivamente en su teorización, lo masculino/femenino viene a añadirse a los conceptos freudianos fundamentales de los pares de opuestos complementarios, quedando asociado lo masculino con lo activo y fálico; y lo femenino con lo pasivo y castrado.

Freud descubre sorprendido en sus investigaciones sobre el psiquismo femenino la coexistencia de la masculinidad primaria de la niña con una ligazón tierna con la madre a la que toma como arquetipo. "No se comprende a la mujer si no se pondera la fase de su ligazón preedípica con su madre. Constituye ésta un estrato preedípico decisivo en la identificación con la madre edípica" (Freud 1933)

Y que puede determinar que algunas mujeres queden fijadas a esta primera relación (S. Tubert, 1988).

Llega a comparar esta fase con el descubrimiento de la cultura minoica-micénica escondida tras la griega. Y destaca la fuerza y la intensa huella que deja en el psiquismo de la mujer este vínculo con el objeto primario. El varón también atraviesa esta fase, pero no la vive con tanta intensidad y evoluciona por otros derroteros edípicos.

Es una relación de una total exclusividad de la niña con la madre sin presencia del padre, cuya intervención en un primer momento se dirige a limitar y separar a la niña de la madre, en la que las intensas fantasías inconscientes de esta época tienen como objeto exclusivo a ésta. Cuando la niña juega a las muñecas, no es en un primer momento una expresión de su feminidad, sino que está dando representación, desde un rol activo, a las experiencias placenteras vividas pasivamente a través de los cuidados corporales recibidos de su madre.

En "Análisis terminable e interminable" (1937), Freud de nuevo retoma el tema y nos remite a un obstáculo que observa en la clínica y que "está relacionado con la trama inconsciente de la ligazón madre-hija".

Alicia Monserrat profundiza en esta idea: "Creo que es posible denominar continente negro a la ligazón arcaica de la hija con la madre. Éste es un vínculo opaco, inaccesible al análisis, con resistencias tan férreas que tienen como fondo una satisfacción pulsional, pero también fantasías que la sostienen e impiden la rememoración, y que en la clínica suelen vincularse con la repetición" (Monserrat 2007)

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

¿Qué le lleva entonces a la niña a desprenderse de la madre habiendo tenido con ella una relación tan apasionada? La anatomía le crea más dificultades a la mujer para diferenciarse de su madre, al tener un cuerpo idéntico- que no semejante- a ésta. ¿Cómo se las arregla la niña para simbolizar un interior no visible y conseguir vivirse separada de la madre?

La relación preedípica de la niña con la madre complejiza su acceso a la feminidad que exige de un desgarro de este poderoso vínculo primario con la madre que se alarga a veces más allá de los 5 años, ¡cuando no toda la vida! y que marca inexorablemente su etapa puberal y adolescente.

La niña se siente despechada al no poder alcanzar una plena satisfacción en la relación con su madre a quien exige una exclusividad total. (Pensemos en cuánto de este deseo impregna un número importante de relaciones de pareja llevándolas al fracaso) Herida y maltrecha en su narcisismo por las pérdidas del Ideal del Yo, "sin nada que investir más allá de su falta", (Moreno 1992) como nos dice Enriqueta Moreno y apenas pertrechada en un narcisismo jironeado, cargada de quejas y reproches hacia la madre al sentir que esta le niega "el genital correcto" y a quien no perdona por haberla hecho inferior, se desvincula de ella y empujada por el odio inicia el camino de su feminidad.

Teniendo como brújula la envidia del pene al constatar que no lo tiene, altera su rumbo realizando un triple cambio en lo que afecta al objeto, a la zona erógena (la erogeneización del clítoris da paso a la vagina) y de la posición activa a la posición pasiva en relación al objeto de amor. Vira así hacia el padre buscando en el vínculo con él el sentimiento de completud que siente le ha sido negado por la madre.

"De esta forma el deseo del pene generado por el complejo de castración, se transforma - según expresa Freud en 1933 en su conferencia sobre "La feminidad" - en deseo del hijo como deseo femenino por excelencia, motor del Edipo femenino". (Glocer Fiorini 1994) Con la sustitución del anhelado falo por el hijo, Freud cree haber resuelto el tema de la castración femenina por la vertiente fálica.

Años más tarde, Piera Aulagnier (Aulagnier 2000) va a diferenciar entre deseo de hijo y deseo de maternidad. El deseo de maternidad es narcisista, es el deseo de repetir en forma especular la relación con la madre. Es un deseo catastrófico para el niño, ya que estas madres aceptan que alguien haya nacido, pero les resulta imposible vivirlo como algo nuevo y diferente. El deseo de hijo es más edípico.

Elina Whessler nos dice: "Las mujeres pueden obturar la inquietante pregunta sobre la feminidad a través del rodeo de la maternidad: ser mujer será, entonces, ser madre. La alienación del deseo en un objeto, esencia de la pasión, puede tomar la forma de la pasión por la maternidad. La ecuación imaginaria mujer = madre habrá triunfado entonces sobre el enigma de la diferencia de los sexos. Si hay hijo, ya no hay falta" (Whessler 2009)

La maternidad es uno de los destinos de la feminidad pero no resuelve el enigma de ésta. No se es más mujer por ser madre. En realidad sólo la renuncia al falo, renunciar para tener, permite que la mujer acceda a ser madre permitiendo a su hijo que se constituya como sujeto. La madre fálica omnipotente, que no admite la falta y siente a los hijos como posesiones, lo obstaculiza.

VOLVER A PENSAR EN LA SEXUALIDAD FEMENINA

El debate de las diferentes teorizaciones pasa por aceptar dos categorías o la existencia de una sola y su falta.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Para La Escuela Inglesa, Ernest Jones (1927) y Melanie Klein (1945), la oposición en juego es masculino - femenino. No aceptan que la niña sea originariamente varón de acuerdo al concepto freudiano de la fase fálica. La envidia del pene es para ellos una formación defensiva frente a ansiedades persecutorias vinculadas a los contenidos del cuerpo de la madre.

En 1927, Ernest Jones, defiende la existencia de una feminidad primaria, o sea la presencia de la erogeneidad de la vagina que da lugar a simbolizaciones de la oposición masculino-femenino a través de las representaciones psíquicas inconscientes. Para él habría tres destinos en la feminidad: La maternidad / El complejo de masculinidad/ La inhibición

Klein parte de que la diferencia está predeterminada desde la anatomía porque la niña tiene un conocimiento primordial de la vagina. Y el deseo de un pene desde el sentido de incorporación tendría un sentido receptivo-femenino.

J. Chasseguett- Smirgell llega a la conclusión de que "la feminidad remueve todos los conflictos profundos con la primera mujer: nuestra madre y nuestra propia identificación con ella, cualquiera que sea nuestro sexo". (Chasseguett-Smirgell 1964)

Por la superposición de madre/mujer, los vínculos afectivos que se establecen con ella son causa a la vez de los mayores sufrimientos y de las mayores gratificaciones. De esta manera "lo materno" se transforma en enigmático y complejo.

¿De qué manera interviene lo femenino en la función madre? Innumerables interrogantes se ciernen sobre esta temática que constituye el enigma de lo femenino que durante dos décadas Freud y Lacan intentan descifrar.

Volvamos a Freud. ¿Cómo podemos entender que en los artículos que Freud dedica tardíamente a la sexualidad femenina no quede nada (o casi nada) de la hipótesis impuesta por la clínica de la existencia de una feminidad precoz y de su represión, y que se mantenga a lo largo de su obra en su tesis inicial: la masculinidad originaria del niño cualquiera que sea su sexo anatómico? ¿Debemos de rechazar la teorización freudiana sobre la génesis de la sexualidad femenina basada en la existencia de la primacía del falo?

Sabemos desde luego que no da cuenta de los numerosos escollos que tiene que atravesar la mujer en su camino hacia la madurez edípica y genital. El devenir de la niña en mujer es imposible por el camino que Freud propone.

Tomemos un desvío ¿Qué consecuencias tiene entonces la aceptación de una erogeneidad precoz de la vagina, de una feminidad primitiva?

Después de 1968 en Francia y EEUU se han escrito muchos libros sobre la mujer y la sexualidad femenina.

"Lo femenino desde los orígenes del psicoanálisis se presenta como un obstáculo a cualquier intento de integración en la teoría freudiana", nos dice Leticia Glocer de Fiorini (Glocer de Fiorini 1994)

Jacques André, construye una teoría de la feminidad contraria a la tesis de Freud y defiende la de los orígenes femeninos de la sexualidad. Su concepción de la feminidad está estrechamente relacionada con los orígenes de la constitución psíquica y no con la historia edípica o como un descubrimiento de la adolescencia: "Llevada hasta sus últimas consecuencias la tesis freudiana, implica que la vagina, al no tener un anclaje en lo infantil, escapa a la sexualidad en el sentido psicoanalítico del término, cayendo por completo del lado de la autoconservación, del instinto y no de la pulsión, del lado de la función de reproducción". (André 1995)

Vemos como debido a la ausencia de la génesis de la erogeneidad vaginal y correlativamente por la imposibilidad de concebir su represión, la teorización freudiana plantea numerosas dificultades. Para André, "entre las razones que condenaron a esta

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

representación de la feminidad precoz a algunas apariciones fragmentarias, el célebre abandono de la teoría de la seducción en 1897 ocupa un lugar nada desdeñable". (André 1995)

Al abandonar la teoría de la seducción después de la muerte de su padre, Freud no puede mantener la hipótesis de una feminidad precoz.

Curiosamente en Tres Ensayos, escribe que toda zona de mucosas puede servir como zona erógena. ¿Qué pasa entonces con la mucosa vaginal? Parece que los efectos de la represión se hacen notar en la construcción teórica freudiana.

¿Qué le impide entonces a Freud pensar que - a excepción de experiencias traumáticas de seducción - la única coexcitación libidinal que puede implicar a la vagina, tenga que ver con el tránsito fecal cotidiano, vía la pared recto-vaginal? Solamente una pared, cuyas dos caras están recubiertas de mucosa, separa la cavidad rectal de la vagina, luego está excitada tanto por el tránsito fecal y por cada contracción del esfínter fecal, como por la erogeneidad de la vagina, siendo así la mucosa vaginal, zona erógena organizadora de la sexualidad femenina adulta.

¿CÓMO PODEMOS ENTENDER EL TRABAJO DE LA ANALIDAD SOBRE LA SEXUALIDAD FEMENINA?

Freud en su conferencia sobre La Feminidad, 1932 admite que "Existe una relación particularmente constante entre feminidad y vida pulsional". Sin embargo va a tener grandes limitaciones para sondear y explorar zonas oscuras del universo femenino, lo que le lleva a navegar errante por la conflictiva edípica de la niña y abre así el camino de estudio a mujeres analistas; entre ellas destaca Lou Andreas Salomé, discípula y fiel amiga de Freud hasta el final de sus días, y por la que éste profesa una gran admiración como mujer, llegando incluso a pedirle ayuda para encauzar a su hija Anna - por la que Freud estaba muy preocupado- Se establece así entre las dos mujeres una profunda relación de afecto y admiración.

Salomé teoriza sobre las fases pregenitales de la libido y del erotismo anal y amplifica la visión freudiana resaltando la importancia del erotismo anal en las problemáticas sexuales y muestra como el dique del asco inscribe muy precozmente la prohibición del placer anal, empujándole a su represión, sobre la que se instalaran represiones venideras.

Ella plantea la vecindad del aparato genital a la cloaca que "en el caso de la mujer no hace sino tomarle terreno en arriendo al ano". Freud retoma esta idea en la Conferencia 32 de 1933 destacando que "el interés posterior hacia la vagina es principalmente de origen erótico-anal".

Pero para Lou Andreas Salomé no es sólo una trasposición de representaciones como parece indicar Freud sino también una comunicación directa de erogeneidad.

Karl Abraham profundiza también en la teoría del arrendamiento cloacal aportado por Lou Andreas Salomé. Habla de represión de la vagina y no de desconocimiento como dice Freud.

Aunque Freud expresa a Abraham en todo momento su interés e incluso su impaciencia para que le tenga informado de sus avances, él mantiene en todo momento su hipótesis de la ignorancia-inexistencia de la vagina hasta la pubertad. Y la vagina para él sigue siendo una adquisición tardía por separación de la cloaca.

Sandor Ferenczi se aleja también de las ideas del maestro "Quizá fue prematuro representar la sexualidad femenina como comenzando por el clítoris, con una transposición mucho más tardía de esta zona a la vagina. Es dudoso incluso que exista

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

algún órgano del que pudiese concebirle que "no ha sido descubierto" por la psique (...) Nos sentimos justificados a conjeturar que el aparente no descubrimiento de la vagina es un signo de frigidez, mientras que la erogeniedad acrecentada del clítoris es ya un síntoma histérico. Este mismo traslado provoca también la acentuación de la región anal y uretral" (Ferenzci 1932)

El psiquismo lleva a cabo la representación de todo lo que sale y puede ser perdido aunque también recuperado, tejiendo una red simbólica de significaciones y resignificaciones con una función paraexcitadora.

La analidad se rige por la periodicidad de las presiones y el retorno cíclico de las materias. Es esta regularidad la que se pone al servicio de la elaboración de la angustia de pérdida y de castración.

Una niñita pequeña en plena elaboración del control de esfínteres, se tranquiliza cuando su papá le proporciona una representación con la promesa de la llegada de "nuevas cacas", que vendrán a sustituir a las que se van, y así puede aceptar su evacuación siendo la separación de sus cacas tolerable.

El Yo realiza un trabajo utilizando el modelo anal para periodizar y fragmentar la corriente pulsional en cantidades, transformándola en angustias de pérdida parciales tolerables.

"El control anal permite al Yo sentirse (ilusoriamente) dueño de su morada", (Shaeffer 2000)

Sobre el modo de una lógica anal, el Yo establece en relación con la diferencia de sexos, las equivalencias entre órganos y angustias de pérdida. En la fase fálica, puede hacer digerible la angustia de castración al establecer una equivalencia entre la pérdida del pene y la de las heces, que pasa así a ser un objeto parcial controlable por el esfínter anal, siendo su retorno asegurado periódicamente desde la fantasía.

Las angustias de pérdida de objeto afectan a los niños de los dos sexos. En el varón a partir de la fase fálica, esta angustia gira alrededor de la amenaza de la pérdida de su pene, siendo la organización del modelo anal lo que le permite enfrentarse a la angustia de castración de una forma más exitosa que a la niña, ya que este ritmo es inadecuado para la vagina que no está sometida a presiones periódicas sino a presiones constantes.

Hay un componente de la sexualidad femenina que sin embargo si está asociado a los ritmos de la analidad que se nombra como menstruación, regla, periodo. E incluso, como nos dice Karl Abraham, el clítoris también puede alquilarse a la psicomotricidad periodizada del pene, en su simbología con él de erección y disminución.

El paso de la analidad a la genitalidad es el paso de una motricidad pulsional periodizada a una motricidad de presión constante.

¿CÓMO QUEDA INSCRITO LO FEMENINO EN EL PSIQUISMO DE LA NIÑA?

Para Jacqueline Schaeffer en el psiquismo femenino se da una doble y a veces antagónica corriente, decisiva en la construcción de su destino: La de lo femenino materno / La de lo femenino erótico. Para que la niña pueda llegar a ser mujer y madre es necesario que se desplieguen estas dos corrientes sin escindirse de una manera total, tanto en el psiquismo como en el cuerpo.

Lo femenino materno se establece a través de la identificación primaria con la madre. Freud la define como "la primera expresión de un vínculo afectivo" en Psicología de las masas y análisis del Yo. (Freud 1921)

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

La realización alucinatoria del deseo le permite al bebé recrear la experiencia de satisfacción durante la ausencia del objeto. Cuando los ritmos de las experiencias de presencia-ausencia respetan la tolerancia a la frustración del bebé, se desarrolla la capacidad para identificarse con un objeto capaz de contener la intensidad pulsional y encontrar caminos de sublimación, lo que abre las puertas de la creatividad y la simbolización en su funcionamiento psíquico dando lugar a la fantasía de un paraíso perdido.

"Esta identificación feliz constituye la cuna de futuras capacidades maternas de la pequeña hija y de la mujer convertida en madre" (Schaeffer 2000)

Si este modo de identificación no se produce por una falla o por un exceso, el niño se construye un universo amenazante y peligroso invadido por angustias arcaicas de devoración, reenglutisamiento y hundimiento.

Margarita Amigo, nos dice que entre madre-hija se establece muy precozmente un pacto de filiación cuyo objeto es brindar un respaldo al Yo infantil en la apertura de la pulsión. Es imprescindible la mirada integradora y de aceptación que la madre ofrece a la niña como espejo para constituirse como mujer. (Amigo, 2019)

"Clara llega al mundo con este espejo roto. Es una gemela solitaria. En el pueblo en el que nacen ella y su hermano muerto desde hacía meses (parece ser), después de un parto gemelar, no cuentan con los medios suficientes y su madre, después de un parto de riesgo, se debate durante largo tiempo entre la vida y la muerte. Clara queda en manos de mujeres de la familia que la atienden en medio de una atmósfera de duelo y tragedia. Crece aislada refugiándose en un mundo paralelo que crea con su imaginación y que le brinda una vía de escape a través de lo creativo. Hoy día es una buena pintora. La adolescencia, separada de su familia por los estudios, la sumerge en una crisis depresiva que pronto aprende a mitigar con el alcohol. Posteriormente, el trabajo será su refugio. Mujer atractiva y muy sensible, no consigue una estabilidad emocional al no tener integrado su femenino erótico y materno, y atrapada en una búsqueda masoquista, colecciona fracasos de relaciones de pareja, que la dejan agotada y desesperada."

En la película Un sol interior de Claire Denis, Juliette Binoche da vida a una artista separada, de mediana edad, que como Clara y muchas mujeres, busca infructuosamente un amor "de verdad", coleccionando relaciones de pareja fugaces que la llenan de insatisfacción.

Son mujeres, como muchas otras que llegan a nuestras consultas, que debido al fracaso de la identificación primaria en su historia, arrastran duelos arcaicos no resueltos, y a pesar de que consiguen una buena organización en cuanto a lo profesional, caminan sin rumbo a nivel afectivo, recorriendo la vida entre vacíos terroríficos y compulsivas actuaciones masoquistas, sostenidas por el hilo de la esperanza de un encuentro con un príncipe azul salvador, envoltura de una unión regresiva y fusional con una madre oceánica, en la que objeto y sujeto se confunden por el retorno a la unidad narcisista, fantasía de SER TODO con una madre primitiva que les atrae con un canto de sirena mortífero.

Clara llega al tratamiento desfondada y extenuada psíquicamente, derivada por su médico que detecta su autodestrucción compulsiva. Son los restos del naufragio de una relación con un hombre, tan apasionante como destructiva, que la deja a la deriva y arruinada a todos los niveles, después de sufrir un aborto natural de un bebé muy deseado y la pérdida de su casa y de su pareja. Años después este hombre se suicida. Clara ha necesitado años de un doloroso y profundo tratamiento, en el que con mucho tesón ha conseguido ir deshaciendo nudos de identificaciones alienantes y elaborando duelos primarios, integran-

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

do aspectos de su emocionalidad escindidos y logrando una armonización entre su femenino erótico y materno, freno de la compulsión de un funcionamiento masoquista mortífero. El peso de la culpa inconsciente "por haber dejado a su madre sin un hijo varón y a ella casi sin vida" le ha impedido acceder a la maternidad y al disfrute, e incluso en su día a día la lleva a comprar comida para dos. El profesional que trata a la protagonista del film, le recomienda a su paciente que se centre en ella y busque un bello sol interior; en la actualidad, Clara ha podido encender el suyo y mantener por sí misma la llama de su valoración narcisista remontando una imagen denigrada y desvalorizada que no la permitía integrarse en la cadena del goce-placer.

Este sueño pertenece a una sesión de la mitad de su tratamiento: "Camino por el campo y de pronto descubro horrorizada que se me está desprendiendo una prótesis de un pene que me cuelga entre las piernas" "Temo desangrarme y aterrorizada acudo a un centro médico pidiendo ayuda" Se despierta angustiada por la sensación de realidad con la que ha vivido el sueño. Inconscientemente Clara se ha pasado la vida buscando compensar a sus padres por el hijo que perdieron; se queda a su lado intentando responder a todas sus demandas, cargando con la responsabilidad de atenderles. Sin embargo no recibe ningún tipo de reconocimiento por parte de ellos. Ante sus ojos la hermana mayor, que se casa muy joven y abandona el pueblo, es la exitosa- tiene marido, hijos, nietos y una muy desahogada posición económica- y a pesar de que les trata con desprecio y frialdad, la disculpan y admiran, evitando pedirle cualquier tipo de ayuda.

Las experiencias afectivas, el juego, los cuentos de hadas…. son espacios privilegiados para ir construyendo identificaciones posteriores, siendo el juego el escenario por excelencia para un niño. D. Winnicott en su interesante artículo "La capacidad para estar sólo", vincula su logro al hecho de haber vivido la experiencia infantil de jugar sólo en presencia del adulto. (Winnicott 1958).

También los cuentos de hadas, brindan innumerables ocasiones de elaboración de estas primeras fantasías arcaicas, con figuras indiferenciadas y por ende terroríficas.

El universo del niño puede ser aterrador y amenazante cuando no se produce una identificación primaria con un objeto continente. El niño queda prisionero de una compulsión repetitiva de búsqueda de una relación fusional, mortífera, por la repetición de lo idéntico, sin la posibilidad de construir un espacio psíquico para alucinar la ausencia.

La madre instaura la represión primaria de la vagina imponiéndole el silencio de su erogeniedad, hasta la revelación de ésta por el pene del hombre que la despertará al goce sexual.

Jacqueline Schaeffer a través del cuento de la Bella Durmiente del Bosque nos ilustra este momento: "La niña pequeña, tan bella y tan dulce, estaba golpeada por la maldición de la mala hada – madre envidiosa: su curiosidad, sus juegos autoeróticos, su envidia del pene (el huso), la condenarán a la frigidez (la muerte sexual). Pero la buena madre- hada, deshace el maleficio: dormirá la vagina de la chiquilla por cien años, hasta que el Príncipe Azul venga a despertarla. Seguramente el cuento, sacrificio a la moral sexual civilizada, nos dice, se casarán y tendrán muchos hijos o comerán perdices… Escuchad: tendrán mucho goce…"

Para poder silenciar la erogeneidad de la vagina es imprescindible que "la madre suficientemente buena", "mensajera de la espera, de lo femenino erótico y del masoquismo erótico guardián de vida" como nos dice Schaeffer, invista la espera desde la corriente de la ternura reprimiendo su erogeneidad.

Esta censura materna cumple varias funciones: preserva a la niña del deseo de sus propios padres y así la impone la espera preparándola para el deseo del amante. Reprime a su vez, la fantasía incestuosa que la madre pueda gozar con su amante en el

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

mismo lugar donde ha gozado con su bebé. Esta represión primaria de la vagina va a favorecer el desarrollo de las capacidades eróticas difusas.

La madre, que organiza los primeros ritmos, las primeras esperas, las sexualiza al quedar ligadas a la censura del amante - concepto de Michel Fain, que posteriormente retoma Denise Braunschweig- cuando el niño percibe que su madre tiene otras necesidades afectivas e intereses en la vida, representación simbólica de la existencia del tercero. Rejón de muerte para el narcicismo del niño que se siente expulsado del paraíso narcisista en el que creía que era todo para su madre, condenado a vagar de por vida desposeído de su omnipotencia infantil que intentará recuperar compulsivamente. La llegada de un hermanito agudiza esta vivencia traumática y el deseo de recuperar a través de lo genital la completud.

Pero a su vez, esta cesura, este límite en el vínculo con su madre, le estructura al quedar inscrito el niño en el deseo sexual en la cadena de goce-dolor.

¿CÓMO EJERCE LA MADRE LA SEDUCCIÓN SOBRE EL CUERPO Y LA PSIQUE DE LA NIÑA PEQUEÑA?

El niño percibe que la madre le inviste como objeto con función autoerótica, como compañero amoroso o como rival. En los intercambios con la madre surge una corriente sensual, autoerótica y otra hostil que permiten un primer movimiento hacia la alteridad, siempre que cumplan la condición de ser un placer compartido y que se inicie por apuntalamiento en las necesidades de autoconservación.

Jean Laplanche, teoriza sobre la Seducción Originaria Generalizada: La madre, propone al niño significantes enigmáticos, verbales y no verbales impregnados de significaciones sexuales inconscientes. (Laplanche 1987). La seducción materna no compromete sólo las zonas erógenas; también la madre inicia al bebé en sus capacidades para la sorpresa, a través de juegos, como el carrete, el "cu-cú/tras-tras", cosquillas o caricias inesperadas, siempre que no sean de una intensidad angustiosa, siendo precursores que le preparan para poder tolerar la irrupción de lo nuevo, de lo inesperado. La madre tiene que ser a la vez excitante y para-excitante.

¿QUÉ PODEMOS DECIR DEL GOCE FEMENINO?

El modo de abandono al éxtasis de la mamada en el bebé, que va a crear la imagen del pecho bueno, es el precursor de lo que será la experiencia de goce sexual en la mujer, que se somete por amor a la penetración traumática del amante del disfrute, tercero separador que la arranca de su autoerotismo y de la relación arcaica con la madre.

Tanto la mujer como el niño están llamados al modo de excitación por el éxtasis, que implica estar abiertos a recibir grandes cantidades pulsionales sin sistemas de para-excitación. Lo que necesita la niña para reestablecer su narcisismo herido es poderse sentir amada eróticamente. Siendo mujer se sentirá amada cuando se sienta querida y deseada constantemente.

Habría un "femenino originario" de apuntalamiento, muy precoz, capacidad del Yo femenino para la apertura y para la penetración de una presión pulsional constante. Cada acontecimiento traumático reproduce y reelabora este apuntalamiento pulsional de apertura a la pulsión, con la promesa de penetración en la niña.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Y un femenino posterior a la experiencia traumática del descubrimiento de la diferencia de sexos. En un primer vistazo al mundo, el niño percibe la diferencia de sexos. Herido en su narcisismo se ve empujado a una intensa actividad de representación, lo que le lleva a elaborar sus teorías sexuales infantiles. Las niñas no ignoran que tiene una abertura pero en contrapunto con el pene, la vagina no es un órgano infantil porque la erogeneidad profunda de este órgano no puede ser realmente descubierta más que en la relación sexual de goce.

Una madre escucha escandalizada y asustada la inocente confesión del secreto de su hijita de cinco años, ante la ausencia del padre por un viaje de trabajo: "Mamá, ¿te cuento un secreto? De todas mis braguitas ésta es la que más me gusta. La voy a reservar para él día que papá regrese de viaje". Esta niña sabe que puede contar con la complicidad de su madre con la que comparte sus secretos amorosos a pesar de ser su rival, y desde esa tranquilidad elaborar la interdicción traumática en la relación edípica con su padre, al que como mucho podrá mostrarle su braguita preferida, aceptando la espera para la realización de un goce erótico completo, que algún día llegará de la mano del amante del disfrute.

En su dibujo de Blancanieves adivinamos la presencia de la erogeneidad de la vagina apagada por los brillos de "la purpurina" y los soles y lunas del resto del vestido en un intento de silenciarla, desplazándola a orificios corporales menos peligrosos si quedan cargados de excitación, como nos muestra esa boca-vagina penetrada por un pene que la delata en sus deseos inconscientes.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

¿QUÉ PAPEL JUEGA EL MASQUISMO PRIMARIO EN LA MUJER?

El vínculo entre la madre y el bebé que se establece a través de los cuidados, introduce en el psiquismo de éste último, los ritmos de las ausencias y sus retornos, contribuyendo cuando el equilibrio es el adecuado, a la coexcitación libidinal por la erotización del dolor, favoreciendo así la intrincación pulsional primaria al fundirse el dolor y el amor, y la experiencia de una espera ilusionante al poder el bebé investirla libidinalmente, con satisfacciones alucinatorias y actividades autoeróticas.

El masoquismo primario guardián de vida, permite investir eróticamente la tensión dolorosa en el cuerpo de la niña y su reapropiación a través de las sucesivas modificaciones sexuales femeninas, particularmente ligadas a lo materno femenino. Es un punto de fijación y de tope a la desorganización mortífera que permite a la niña liberarse del dominio y la seducción materna.

La excitación dolorosa que implica "la espera" va a abrir así el camino al masoquismo primario erógeno, guardián de vida en cuanto guardián del goce, como núcleo organizador y estructurante. Y si está investida libidinalmente se convierte en una cualidad femenina con importantes consecuencias en el desarrollo de sus capacidades creativas.

Todas las vivencias de pérdidas revolucionan la economía narcisista de la niña y va a ser un sólido anclaje en el masoquismo primario lo que la permita recuperar su equilibrio. Siempre que éste se encuentre anclado con la primera vinculación de la excitación, que es el masoquismo erógeno primario, núcleo organizador, puede conseguir que el Yo admita "grandes cantidades de excitación no vinculadas", dando lugar a cadenas de representaciones de separaciones no peligrosas, contrapunto de las desligazones peligrosas de las que nos habla R. Cahn. (Cahn, 1991)

¿QUÉ PASA EN LA PUBERTAD CON LO FEMENINO ERÓTICO?

Con la llegada de la pubertad la erogeneidad de la vagina ya no puede ser silenciada. Es el gran descubrimiento de la pubertad. Lo femenino erótico irrumpe en la escena de forma traumática y "pone al trono y al altar en peligro", como dice Freud, obligando a elaborar a los dos sexos los fantasmas que genera el descubrimiento de ese nuevo órgano. El contenido de la angustia de castración se transforma desdoblándose en una angustia de penetración para los dos sexos, pero en una asimetría que signa la diferencia de sexos abandonando el par fálico-castrado para dar paso al par masculino-femenino.

La niña necesita de una reconciliación entre el femenino erótico y el femenino materno sobre el cuerpo de su madre, para que estas dos capacidades femeninas se desarrollen armónicamente en su futuro cuerpo.

Phillippe Gutton introduce el término de "lo puberal" para hablar de la dinámica de la pubertad. Lo puberal es el conjunto de las pulsiones sexuales de la infancia- que él llama sensual, lo que se trae como sexualidad de la infancia – más algo original y nuevo que es lo sexual de la adolescencia que emerge en la pubertad.

Lo puberal impone una reactivación del conflicto edípico que pone en crisis las organizaciones edípicas. Habría distintas maneras de vivir la pubertad.

FINALMENTE

En unos tiempos en los que como nos dice Sabin Aduriz: "El levantamiento de la interdicción del goce femenino ha incrementado el temor respecto a la suficiencia masculina para satisfacer a la mujer, reforzando el fantasma de la mujer devoradora",

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

(Aduriz, 2019) quiero terminar compartiendo con vosotros las reflexiones desde la experiencia de una gran mujer, bióloga y psicoanalista, miembro titular y didacta de la APM, Enriqueta Moreno Orué: "No creo que la mujer sea un enigma en mayor medida que todo aquello que escapa a la comprensión absoluta"

"El destino de la anatomía no es lo que fundamentalmente marca las diferencias entre hombres y mujeres, sino cómo se accede y simboliza ese cuerpo sexuado y cómo todo ello se incluye en unas relaciones que designan la cualidad de los vínculos consigo misma y con los demás" (Moreno, 1992)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aduriz, S. (2019). *Cuerpo y masculinidad*. Ciclo Conferencias CPN- UPV 2018/19. Donostia.

Albamonte Llabrés, Mª. A. (2004). La adquisición de la feminidad en la joven adolescente. *Rev. APM, 43.*

Amigo Jayo, M. (2018). *El descubrimiento de lo femenino en la adolescencia y algunos tópicos de hoy.* Ciclo de Conferencias del CPN 2018/19. San Sebastián.

André, J. (1995). *Los orígenes femeninos de la sexualidad.* Madrid: Ed. Síntesis.

Aryan, A. (1985). El proceso psicoanalítico en la adolescencia. *Rev. de Psicoanálisis de Apdeba,VII(3).*

Aulagnier, P. (1994). *Un intérprete en busca de sentido. El derecho al secreto. condición para poder pensar / Condenado a investir.* París: Ed. Ramay.

Aulagnier, P. (2000). *Qué deseo de hijo, de qué hijo Rev. N. A.* nº 3 y *Topique* nº 44. París

Hornstein, L. (2002) *Diálogo con Piera Aulagnier. Deseo de hijo, deseo de maternidad.*

Bleichmar, S. (1993) *La fundación de lo inconsciente.* Buenos Aires: Ed. Amorrotu.

Blos, P. (1979). *La transición adolescente.* Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Braunschweig, D. y Fain, M. (1975). *La noche, el día.* Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Cahn, R. (1991). *Adolescencia y locura. Las desligazones peligrosas.* París: Editorial PUF.

Chasseguett- Smirgell, J. (1964). *La sexualidad femenina.* Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

Chasseguett- Smirgell, J. (1975). *El Ideal del Yo.* Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Fain. M. Prélude à la vie fantasmatique. Revue francaise de psychanalyse, T. XXXV, nº 2-3, pp. 291-364.

Ferenczi, S. (1997). *Sin simpatía no hay curación. Clítoris y vagina.* Diario Clínico de 1932. Buenos Aires: Ed. Amorrotu.

Freud, S. (1905). *Tres Ensayos sobre una teoría sexual.* Obras completas. Tomo VII. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1920). *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina.* Obras Completas. Tomo XVIII. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Freud, S. (1923). *La organización genital infantil.* Obras completas. Tomo XIX. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1924). *La disolución del Complejo de Edipo.* Obras completas. Tomo XIX. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1925). *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos.* Obras completas. Tomo XIX. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1931). *Sobre la sexualidad femenina.* Obras completas. Tomo XXI. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1932). *La Feminidad Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis.* Obras completas. Tomo XXII. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1937). *Análisis terminable e interminable.* Obras completas. Tomo XXII. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Glocer Fiorini, L. (1994). *La posición femenina. una construcción heterogénea. Rev. de APA, 51*(3).

Green, A. (1990. *De locuras privadas.* Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Green, A. (1997). *Las cadenas de Eros.* Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Green, A. (2008). *Jugar con Winnicott.* Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Gutton, P. (1993). *Lo puberal.* Buenos Aires: Ed. Paidos.

Hernández, M. (2000). *Lo que se pone en juego en la reorganización de las identificaciones. Jornada sobre Las Identificaciones.* Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga

Hernández, M. (2005). *Adolescencia*. Volviendo a pensar los autoerotismos. Rev. APM, 46.

Kancyper, L. (2007). *Adolescencia. El fin de la ingenuidad.* Buenos Aires: Ed. Lumen.

Klein, M. (1928). *Estadios tempranos del conflicto edípico.* Volumen 1. Obras Completas. Barcelona: Ed. Paidos.

Klein, M. (1945). *El Complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas.* Volumen 1. Obras completas. Barcelona: Ed. Paidos.

Laplanche, J. (1987). *Nuevos fundamentos del psicoanálisis.* París: PUF.

Laufer, M. y Eglé (1984). *Adolescencia y crisis del desarrollo.* Barcelona: Ed. Expaxs.

Manzano, J. y Palacio Espasa, F. (2003). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad.* Paris: PUF.

Mc Dougall, J. (1964). *Sobre la homosexualidad femenina*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

Monserrat Femenía, A. (2007). *Sobre la trama inconsciente de la ligazón madre-hija.* Rev. APM, 51.

Moreno Orué, E. (1992). *El mito como castración en la sexualidad femenina.* Rev. APM, 16.

Olmos de Paz (1994). *Las identificaciones y desidentificaciones en el proceso analítico. Revista APM, 19.*

Schaeffer, J. (2000). *El rechazo de lo femenino.* Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

Sopena, C. (1997). *Croyance en la castratión et castratión de la croyance. Revue Francaise de Psychanalyse, LXI, 3.*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Tubert, S. (1986). *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria.* Madrid: Ediciones El Arquero.

Wechsler, E. (2008). *Arrebatos femeninos, obsesiones masculinas.* Buenos Aires: Ed. Letra Viva.

Winnicott, D. (1956) *Escritos de pediatría y psicoanálisis. La preocupación maternal primaria.* Barcelona: Ed. Paidós.

Winnicott, D. (1958) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador, Estudios para una teoría del desarrollo emocional. La capacidad para estar sólo. La preocupación maternal primaria.* Buenos Aires: Ed. Paidós.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

OVODONACIÓN: LA IMPORTANCIA DE LOS ORÍGENES. MÁS ALLÁ DE LO BIOLÓGICO*

EGG DONATION: THE IMPORTANCE OF THE ORIGINS. BEYOND THE BIOLOGY

Sabina del Río Ripoll**

RESUMEN

Cuando una mujer tiene que enfrentarse a la decisión de renunciar a sus gametos como única opción para quedarse embarazada, van a surgir multitud de miedos, dudas y preocupaciones. Aunque racionalmente se llegue a aceptar; temores y fantasías, algunos inconscientes, aflorarán irremediablemente. Conceptos tan unívocos hace pocos años como la consanguineidad, paternidad o filiación, quedan desdibujados generando confusión y una amalgama de sentimientos encontrados. Veremos cómo los propios orígenes, la relación con los padres y la historia transgeneracional de la madre entran en juego y pueden incidir en la construcción del psiquismo niño. Poder nombrar y elaborar todos estos temores y fantasías, van a permitir que el futuro niño sea más libre de proyecciones inconscientes y que la mujer vaya creando sus representaciones mentales entorno a su identidad como madre de un modo menos angustioso. En este caso también observaremos cómo lo cultural-legal incide en este complicado entramado.

Palabras clave: Ovodonación, Transgeneracional, BioÉtica, Representaciones maternas, Legislación.

ABSTRACT

When a woman has to face the decision of giving up to her own gametes as the only way to become pregnant, many fears, doubts, and concerns will arise in her mind. These unconscious fears and fantasies will emerge, even though she accepts her decision rationally.

Not too long ago concepts like blood-relation, parenthood, affiliation were very clear and delimited. But now these concepts are distorted and hazy and create a lot of mixed feelings around them.We know that the child psychism is also build on

** Psicóloga Perinatal. Directora de Calma: Centro de Psicología y Especialistas en Maternidad. info@calmapsi.es

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

the mothers very own origins, her relationship with her parents and her own transgenerational story. The mothers-to-be´s capacity of naming and processing all these fears and fantasies might allow the forthcoming child to be freer of unconscious projections. The mother-to-be will as well be able to develop her own mental portrayals related to her identity as a mother a in not so stressed way. In this case we're going to see how the cultural and legal backgrounds takes its part in this complex framework.

Keywords: Egg donation, Transgenerational, Maternal Representations, Bioethic, Legislation.

El título del Congreso que hoy nos reúne es: "Desarrollo psíquico, psicopatología y relaciones humanas hoy: entre lo biológico y lo social". Y esta comunicación versará justo sobre un tema muy reciente en nuestras consultas: El sufrimiento emocional de las mujeres que tienen que recurrir a la ovodonación para quedarse embarazadas. Expondré un caso en el que veremos claramente reflejado cómo lo biológico, lo socio cultural y lo intrapsíquico tejen un entramado imposible de entender por separado.

Comenzaremos haciendo una breve descripción del procedimiento de ovodonación en España y sus características. Esto nos va a permitir enmarcar la historia de nuestro caso en su contexto y poder entender determinados aspectos. Elisabeth ilustrará como la historia de los propios orígenes y las raíces culturales influyen en la decisión sobre utilizar esta técnica como última oportunidad para quedarse embarazada.

En España, la donación de óvulos es un procedimiento regulado desde 1988 que indica que debe realizarse de manera voluntaria, altruista y anónima. Las donantes de ovocitos deben tener entre 18 y 35 años de edad y son sometidas a estudios médicos rigurosos para descartar enfermedades, infecciones y trastornos genéticos.

La técnica consiste en un proceso de Fecundación InVitro (FIV) en el que se extrae el óvulo de una mujer donante anónima, y una vez fecundado en el laboratorio, el embrión es transferido al útero de la mujer receptora para conseguir el embarazo.

Si bien la donación de óvulos es anónima, sí se facilita a los padres receptores un amplio estudio médico y genético de la donante , así como su edad por si pudiera ser necesario en un futuro. También se custodia el material genético (ADN) durante 20 años para casos en los que pudiera necesitarse un estudio genético comparativo avanzado del futuro niño.

El perfil de usuarios que hacen uso de esta técnica va desde parejas heterosexuales en las que la mujer tiene serias dificultades en quedarse embarazada con sus propios óvulos, hasta parejas de mujeres homosexuales y mujeres que deciden enfrentarse a la maternidad en solitario , que además de necesitar un donante de esperma van a necesitar la donación de los óvulos de otra mujer. También la ovodonación será utilizada por parejas (homo y heterosexuales) o por mujeres en solitario que recurran a la gestación subrogada y que no dispongan de óvulos propios sanos, así como hombres que decidan utilizar la gestación subrogada como medio para poder tener un hijo con su carga genética.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Tabla 1. Supuestos de Ovodonación. Egg Donation cases

	Ovodonación	**Gestación Subrogada con Ovodonación (no óvulo de la madre gestante) *En España no está permitida la G.S**
Hombre-Mujer	X	X
Hombre-Hombre		X
Mujer-Mujer	X	X
Hombre		X
Mujer	X	X

Según la Ley 14/2006 del 26 de Mayo de Reproducción Asistida en España, está permitida esta técnica tanto a parejas hetero y homosexuales como a mujeres en solitario, y siempre bajo anonimato, lo que hace que España en estos momentos sea un referente para personas de otros países donde no está permitida o no es anónima y por ello sea uno de los destinos más elegidos para el turismo reproductivo.

Creo que cada uno de los puntos de las características de la ovodonación en España debe ser estudiado en profundidad: Altruista, anónima y voluntaria. Y es que si bien puede resultar muy obvio a nivel legal lo que significa cada uno de estos términos, en la mente de la madre donante va a tener otras implicaciones mucho más profundas y complejas. Como psicoanalistas sabemos que la construcción del psiquismo, el acceso a la subjetividad y el desarrollo de la identidad de un niño van a verse influenciados y a veces incluso determinados, por cómo los padres elaboren algunos conflictos internos, fantasmas y fantasías y por cómo esta elaboración afecte en su empeño de las funciones parentales. En los casos de ovodonación se van a poner en juego múltiples variables que tendrán que nombrarse o al menos pensarse, para no entrar posteriormente en un juego de proyecciones inconscientes sobre el futuro niño: Rivalidades con la donante, duelo genético no elaborado, lealtades, culpas y deudas inconscientes con los padres…

Daniel Stern (1999) nos hablará del proceso de convertirse en madre, de cómo la identidad materna va fraguándose poco a poco e incluso antes de iniciarse la gestación. Este irse convirtiendo en madre irá en paralelo a la vinculación con el futuro hijo. El cómo se viva a sí misma una madre de ovodonación va a afectar a cómo se vaya vinculando con su propio hijo.

Para que la madre se vaya representando mentalmente como tal, regresará a su propia infancia y rememorará las experiencias con su propia madre: revivir las tiernas escenas infantiles, los constantes conflictos adolescentes, la idealización, la rivalidad… De este modo se irá conformando la parentalidad en su aparato psíquico, esa parentalidad que se inició años atrás con el deseo de hijo y que poco a poco a lo largo de la gestación irá preparando el espacio psíquico que acogerá al recién nacido. Pero

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

en el caso de la ovodonación parece como si esa ligazón entre la historia propia pasada con la madre y la historia futura con el hijo, se viera truncada de algún modo. Si la madre se queda instalada en lo genético, no va a poder trascender a lo simbólico y poder ejercer de un modo adecuado su función materna, es como si se quedara desvalida, sin referentes a los que aferrarse para poder representarse como madre e ir construyendo una relación vincular con su hijo.

P. Aulagnier (1992) afirmará que "el lugar que ocupa el niño estará siempre en relación con el deseo y el discurso de los padres". Pero, ¿cómo es el discurso de una madre de ovodonación?, ¿cuáles suelen ser los conflictos que la atormentan? En consulta escucho cómo se repiten una y otra vez en las mujeres que optan por la ovodonación los mismos temores y fantasías: por un lado el temor a no querer a su hijo, e incluso llegar a rechazarlo, (alguna mujer ha llegado a verbalizar el miedo a sentir tanto rechazo que la pudiera llevar a interrumpir la gestación) y por otro el temor a que, generalmente en la adolescencia, el hijo llegue a renegar de ellas, independientemente de cuándo se les haya revelado su origen. (En este caso vemos una proyección inconsciente del propio rechazo hacia su hijo)

Otro de los temores de los que hablan las mujeres es el de poder querer a sus hijos como propios, pero entrar en rivalidad con el padre que sí aporta la carga genética. Esto podría generar resentimientos o incluso posibles problemas legales futuros, en este caso surge la fantasía de "rapto": de que el padre pueda llegar a arrebatarle a su hijo por el hecho de no ser suyo genéticamente. (Aunque en España la filiación materna queda definida por el hecho de alumbrar al hijo, en el caso de los hombres, esa filiación es por su carga genética, y esto las mujeres lo sienten como una situación de desventaja)

Muchos son los conflictos intrapsíquicos que surgen con el tema de la ovodonación que no deben ser pasados por alto. Darles un espacio para que puedan nombrarse e irse elaborando supondrá tanto un alivio al sufrimiento de la mujer, como un camino mucho más liviano hacia la salud mental del futuro niño.

A continuación expondré el caso de Elisabeth, una paciente de 38 años que acude a mi consulta buscando un espacio donde poder reflexionar sobre lo que para ella supone la posibilidad de tener un hijo mediante ovodonación

Elisabeth es una mujer alemana que lleva viviendo en España desde los 18 años. Cuando era joven siempre tenía unas reglas muy dolorosas, fue al médico y le diagnosticaron endometriosis: (enfermedad benigna del aparato reproductor femenino que causa la formación de adherencias y que bloquea las trompas de Falopio dañando los ovarios de modo que no realizan su función correctamente y afectan a la producción de óvulos). Los médicos le comunicaron que una de las consecuencias de esta enfermedad era que en el futuro podría tener muchas dificultades para quedarse embarazada y que iba a ser muy probable que tuviera que someterse a un tratamiento de reproducción asistida.

Cuando llega el momento de querer tener un hijo, Elisabeth y su marido tras varios meses intentándolo de forma natural sin éxito, deciden consultar con una clínica de reproducción asistida. Tras las primeras pruebas inician el tratamiento con Fecundación In Vitro. Una vez pasada la fase de la estimulación ovárica, a Elisabeth no consiguen extraerle ningún ovocito, por lo que repiten otro ciclo en el que nuevamente fracasan. Es en este momento cuando les plantean como única opción viable para lograr un embarazo el someterse a ovodonación.

Dicho esto Elisabeth se siente desbordada y busca un psicólogo especialista que la pueda ayudar a tramitar con todo esto que se le avecina. Comenzamos una psicoterapia con una frecuencia semanal y poco a poco va contando toda su historia y

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

asociando los temas del futuro con temas de su pasado.

Elisabeth nació hace 38 años fruto de una relación de su madre con un hombre (Sr. P) que tras enterarse del embarazo de su madre, le propuso interrumpirlo; la madre se negó negarse por lo que él se desentendió por completo y finalizó su relación. La madre continuó en solitario el resto de su gestación y crianza, hasta que a los 10 años, conoció al Sr. T con el que contrajo matrimonio a la vez que adoptó a Elisabeth. El Sr. T murió hace 10 años y Elisabeth aún hoy llora al recordarlo.

En las sesiones, mientras Elisabeth relata el conflicto que le supone tomar la decisión de someterse a ovodonación, va asociando con su propia historia y pasado. Ella considera que aunque nunca ha tenido el más mínimo interés en conocer a su padre biológico, cree que ha tenido mucha más influencia en su desarrollo del que a ella le gustaría asumir. Se sabe querida y aceptada tanto por su madre como por toda su familia materna, y siente como verdadero padre al señor T. con el que siempre mantuvo una buena relación. Pero siente el peso de la sombra del Sr. P.

Elisabeth solo sabe del Sr. P. que tiene sus mismos ojos marrones, nada más. A pesar de que sabe que su madre en algún momento sí que le ha relatado su historia, ella no la recuerda, dice que es como si la hubiera borrado de su mente, pero que ahora que se encuentra ante el dilema de la ovodonación, está luchando por rescatarla de su mente. Ante la posibilidad de preguntarle directamente a la madre, ella rehúsa por no querer hacerla daño y sentirse culpable. (Probablemente sean resistencias de la propia Elisabeth a ahondar en este tema para ella tan doloroso)

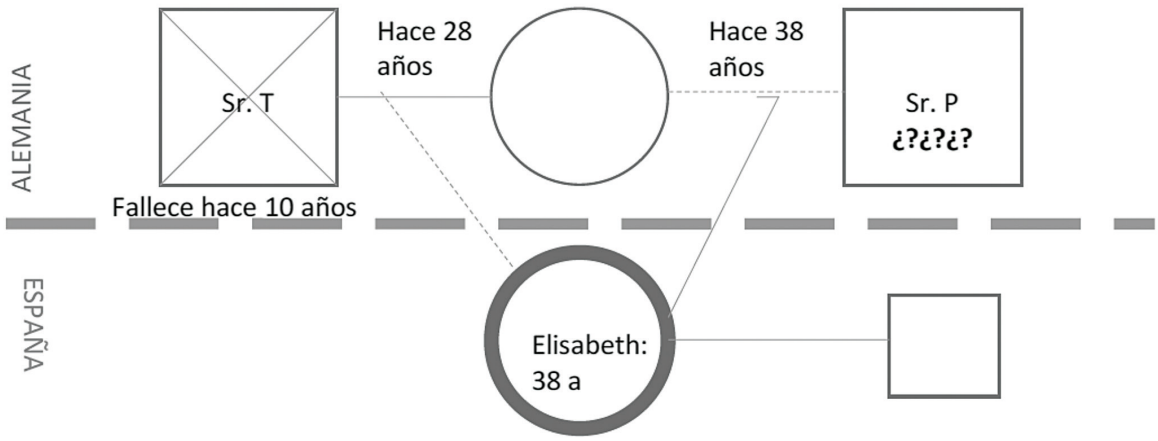
Un día hablando de un problema en el trabajo, refiere que ella siempre ha tenido problemas de autoestima y sin dudarlo dice: "Yo creo que claramente esto va a tener que ver con que mi padre no quisiera que yo naciera ni haya querido conocerme nunca. Esto es algo que siento que no me importa y tengo perfectamente asumido pero está siempre presente en el fondo de mi cerebro".

Elisabeth siente que es justo eso lo que no quiere hacerle a su hijo de manera voluntaria: Dejarle en su historia una zona hueca, blanca, sin relleno posible. "Porque por mucho que le queramos su padre y yo, él va a saber que hay una mitad de su ser que no conoce, que nunca va a saber de dónde procede, cuál es la historia de sus ancestros por parte de madre. Siento que él y yo no vamos a poder compartir esa línea. Aunque quisiera aportarle mi propia historia, también está truncada por parte de padre. Son demasiados vacíos que no sé si seré capaz de llenarle algún día".

Elisabeth nombra y siente como parte de su historia e identidad los huecos que gráficamente quedan reflejados en su genograma con las líneas discontinuas (Tanto en la relación con su padre biológico al que no conoce, como en la adopción por parte del Sr. T).

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Figura 2. Genograma



Otro de los aspectos que le suponen un conflicto a Elisabeth es el hecho de que en su país de origen, Alemania, la ovodonación no esté permitida. Éticamente se siente dividida entre lo que ella necesita para ser madre y que el país en el que lleva 20 años viviendo permite, y lo que moralmente reprueba y coincide con la prohibición del país en el que ha nacido y crecido. A pesar de llevar tantos años en España y suponerle alguna traba burocrática, nunca se ha planteado pedir la nacionalidad española. Si fuera consecuente consigo misma, no aceptaría la ovodonación, pero esto entra en conflicto con su deseo más ferviente de quedarse embarazada.

De este modo observamos la representación del conflicto intrapsíquico de Elisabeth plasmado en la legislación europea sobre reproducción asisti

Tabla 3. Legislación europea de reproducción asistida. European legislation in assisted reproduction.

Legislaciones europeas de reproducción asistida	Tratamiento a mujer soltera	Donación de semen	Donación de óvulos	Anonimato del donante	Diagnóstico preimplantacional	Adopción de embriones	Fecundación post mortem	Selecció n de sexo
FRANCIA	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
ALEMANIA	No	Sí	No	No	No	No	No	No
ITALIA	No	No	No	No	No	No	No	Sí*
INGLATERRA	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí*
ESPAÑA	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí*

** Sólo en caso de enfermedades heredirarias ligadas al sexo*
Fuente: Instituto Bernabeu (http://www.intitutobernabeu.com/es/)

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

EPIGENÉTICA

Recientemente los avances en estudios genéticos y biológicos están haciendo importantes hallazgos. Entre ellos está el desarrollo del campo de la epigenética donde se investiga la influencia de factores externos, ambientales y emocionales en el feto a lo largo de la gestación. Estos factores alterarían la expresión de determinados genes, o sea que se ha demostrado que la madre gestante, aunque no aporte la carga genética de su hijo, sí que puede influir en la expresión de sus genes ya desde el útero. Este hecho alivia en gran manera a las madres, sintiendo que de algún modo su hijo va a tener "algo suyo" a pesar de no transmitirles ninguna carga genética. En el caso de Elisabeth, por el momento no siente como algo que la alivie el tema de la epigenética. Inconscientemente sabe que hasta que no elabore su propio duelo por su padre desconocido, no va a poder llenar el vacío que siente por no poder transmitir a su futuro hijo su carga genética: el duelo genético por el que toda madre que se somete a ovodonación debe transitar.

CONCLUSIONES

Observamos como en el tema de la ovodonación, la ciencia, la cultura, la legislación y el inconsciente difieren en ritmos y direcciones. Nuestro trabajo en consulta será ayudar a las mujeres a ir integrando y elaborando los diferentes conflictos que vayan surgiendo a lo largo de este proceso e ir afianzándolas en la realidad de que la identidad del niño se irá forjando gracias al desempeño de las funciones materna y paterna. Esto no quiere decir que restemos importancia a lo que supone para la madre renunciar a toda su carga genética, que como hemos visto no tiene tanto que ver con lo biológico, sino con la transmisión transgeneracional y la ligazón a los orígenes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albornoz, C (2014) *Una mirada psicológica a la ovodonación y la alternativa de revelar o no la historia de concepción al futuro hijo.* Lima: Vox Juris nº 28.

Alkolombre, P (2003). *Parentalidad y nuevas técnicas reproductivas.* Revista de psicoanálisis .

Álvarez, C (2015). *Sexo sin reproducción y reproducción sin sexo. Sexualidad y salud reproductiva de los donantes de semen y óvulos. .Revista de dialectología y Tradiciones Populares,* vol. LXX, nº 2.

Aulagnier, P (1992). *Qué deseo, de qué hijo.* Revista de Psicoanálisis con Niños y Adolescentes, n° 3.

Baccino, G (2008). *¿Debe el niño nacido de una donación de gametos conocer su origen? Qué sugerimos como profesionales y por qué.* Madrid

Barón L, col. Hebe Abrines (1997). *Aspectos Psicológicos en Ovodonación.* Asociación Psicoanalítica Argentina Sociedad de Fertilidad

Bayo-Borràs R, Cànovas i Sau G, Sentís M (2004). *Aspectos emocionales de las técnicas de reproducción asistida.* Col.legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya

Bleichmar, S (1992). *El estallido de la contigüidad biológica,* Revista de Psicoanálisis con Niños y Adolescentes, n° 3.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Boletín Oficial del Estado (Número: 126, 27/05/2006, Disposición nº 9292, Páginas: 19947-19956) Ley 14/2006 del 26 de Mayo de Reproducción Asistida en España.

Del Río, S (2017). *Donación de gametos, embriones y gestación subrogada: una perspectiva perinatal psicoanalítica.* Revista nº 95 del IEEPM. Madrid.

Doltó, F (2004). *Seminario de Psicoanálisis de niños 1: ¿Pero dónde estaba yo antes de nacer?* Edit. S XXI

Fernández Galindo, M (2009). *Las nuevas procreaciones y sus retos.* Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente nº 48 SEPYPNA

Giberti, E; Barros G y Pachuk, C (2001). *Los hijos de la fertilización asistida,* Buenos Aires: Sudamericana.

Mirabent, V (2017). *Los padres de adolescentes adoptados en el trabajo clínico. Fantasías, inquietudes y conflictos.* Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente nº 63 SEPYPNA

Montserrat, A; Muñoz, M (2010). *El abordaje terapéutico con familias adoptantes: Nuevas formas de parentalidad.* Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente nº 50 SEPYPNA

Orobitg, G (2013) . *El cuerpo (re) productivo. Interés económico y altruismo social en las experiencias de un grupo de mujeres donantes de óvulos.* Revista andaluza de antropología Nº 5

Plut S y Oliveira J (2011). *Ovodonación: de la carga genética a la maternidad.* Argentina (http://dspace.uces.edu.ar)

Raznoszczyk, C. (2015). *Lo materno y lo paterno en la estructuración psíquica y en la clínica con niños y adolescentes. Algunas actualizaciones de la parentalidad actual.* Aperturas Psicoanalíticas nº 49, Capt 6

Rosolato, G (1992). *La filiación: sus implicancias psicoanalíticas y sus rupturas,* Revista de Psicoanálisis con Niños y Adolescentes, n° 3.

Stern, D (1999) *El nacimiento de una madre*, Paidos Iberica.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

FRACASO DE UNA ADOPCIÓN. OTRA HISTORIA ES POSIBLE*

FAILURE OF AN ADOPTION. ANOTHER STORY IS POSSIBLE

Genoveva Bustillo Gálvez y Edith Bokler Obarzanek*****

RESUMEN

En este texto hablaremos de la evolución de una niña de adopción internacional que contaba con 6 años al ingresar en un Hospital de Día Psiquiátrico Infantil, con un diagnóstico de Trastorno del Vínculo. A través de las entrevistas con los padres, la tarea terapéutica cotidiana del Equipo y las viñetas de Terapia grupal de juego se podrá observar la magnitud del impacto de una dinámica familiar, que podía abocar a la niña a un trastorno de grave pronóstico. Describiremos el difícil proceso de toma de decisión del Equipo Terapéutico que nos llevó a solicitar la retirada de tutela de sus padres adoptivos basada en la percepción de las posibilidades de evolución positiva de la niña, si el entorno cuidador cambiaba, para evitar así la consolidación de un más o menos severo Trastorno límite de personalidad. Llegamos al final de esta historia en la que la niña es nuevamente adoptada por otra pareja.

Palabras clave: Adopción, Hospital de Día Psiquiátrico Infantil, Trastorno del vínculo, Terapia de juego, Equipo Terapéutico.

ABSTRACT

In this text we will see the evolution of a girl of international adoption, who was 6 years old when entering a Child Psychiatric Day Hospital, with a Reactive Attachment Disorder diagnosis. Through the interviews with parents, the daily therapeutic work of the Team and the Play group therapy vignettes, the magnitude of the impact of a family dynamic can be seen, which could lead the girl to a disorder of serious prognosis. We will describe the difficult decision-making process of the

* Trabajo presentado en el XXX Congreso Nacional SEPYPNA y VIII Europeo de la AEPEA celebrado en Bilbao los días 26-28 de abril de 2017.

** Psicóloga especialista en psicología clínica en Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Fuenlabrada. SERMAS. *genoveva.bustillo@salud.madrid.org*

*** Psicóloga sanitaria, psicoterapeuta FEAP, consulta privada. Madrid. *edith.bokler@gmail.com*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Therapeutic Team that led us to request the withdrawal of guardianship from their adoptive parents. This request was based on the perception of a possible positive evolution of the girl, if the caregiver environment would change. Our intention was to avoid the consolidation of a more or less severe Borderline personality disorder. At the end of this story, the girl was again adopted by another couple.

Keywords: Adoption, Child Psychiatric Day Hospital, Reactive Attachment Disorder, Play therapy, Therapeutic Team.

PRÓLOGO

Antes de comenzar esta historia deberíamos decir que por trastorno reactivo del vínculo entendemos aquella agrupación de trastornos del comportamiento social infantil que son consecuencia de una alteración en los patrones de crianza del niño debidos a separaciones tempranas de sus cuidadores, o por experiencias de maltrato, o por deprivación de cuidados físicos o afectivos adecuados en la primera infancia. Este diagnóstico hace referencia a la necesidad de todos los seres humanos de establecer una relación de afecto y protección con una figura que le proveerá de sostén y cuidados desde su nacimiento para así poder desarrollarse con normalidad. En este sentido el recién nacido llega con la capacidad de producir conductas de apego que son conductas organizadas en un sistema dirigido a conseguir la proximidad con la figura que le aportará esos cuidados necesarios para su supervivencia y adecuado desarrollo. Es en este contexto de las conductas de apego, donde se desarrolla, se representa y surge la relación vincular.

La teoría del apego que desarrolló Bowlby no fue solo una teoría etológica, sino que desarrolló un modelo representacional, postulando el desarrollo en el individuo de un "modelo operativo interno", una representación mental de sí mismo y de las relaciones con los otros. Este modelo se va a construir a partir de las relaciones con las figuras de apego y le servirá al sujeto no solo para percibir e interpretar las acciones e intenciones de los demás, sino también para dirigir su conducta.

Hasta ese momento las teorías de orientación psicoanalítica habían puesto el énfasis en las derivas de la pulsión para explicar determinados comportamientos. Como describe Marian Fernández Galindo, *"La teoría de las relaciones objetales considera el fantasma (fantasía inconsciente) como motor del psiquismo; desde este punto de vista, las figuras de apego pueden modular, pero no determinan, todo depende del movimiento pulsional. La ansiedad de separación se justifica por la pérdida de omnipotencia del niño, lo que le lleva a buscar a la madre con el fin de recuperar el poder perdido; pero al reaproximarse surge el miedo a la respuesta de la madre a la que el niño ha atacado previamente en su fantasía. El fantasma es, en esta concepción, la fuente de la agresividad. Los teóricos del apego, en cambio, centran su observación en el vínculo. El punto de partida es observar qué ocurre en la interacción con la figura de apego. El modelo relacional del desarrollo considera al adulto no sólo como objeto de la pulsión sino como regulador emocional que determina la estructuración del psiquismo. La figura de apego tiene la función de regular la relación estableciendo reacciones y respuestas diferentes según las necesidades emocionales del niño. Desde el modelo relacional, el fantasma surge de la interacción"*

Es desde los supuestos de la terapia psicoanalítica familiar de A. Rufiot, o R. Kaës, donde el aparato psíquico familiar, ese "*acoplamiento psíquico común y compartido por los miembros*", que articula "*un ser juntos familiar*", donde observamos que, en los Trastornos del Vínculo el ser que ha quedado desatendido y separado llevará marcas psíquicas difíciles de asimilar y elaborar. Ello ocurrirá, debido a que las funciones "*de contenimiento, de ligazón, de transformación y de transmisión"* del grupo familiar, que son las que permiten al recién nacido la *"construcción de un mundo interno sólido y coherente*" han fallado. Y es en los casos de

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

traumatismos, como los que se reiteran en el Trastorno del Vínculo donde los acontecimientos vividos no pueden ser inscriptos, ni tener un sentido, a menos que exista una familia que actúe como una verdadera "*cuna psíquica*".

Desde el criterio que nos aporta nuestra experiencia clínica, cuando diagnosticamos de Trastorno Reactivo del Vínculo, estamos aceptando la hipótesis de que es la falla en el entorno la que produjo la alteración en el desarrollo del paciente y que entendemos que el niño reclamó la participación del otro para el surgimiento de esa relación privilegiada y no encontró la respuesta adecuada.

Por ello, cuando evaluamos a un niño de más de 5 años y no podemos conocer el entorno en el que se crió, no es fácil determinar si los síntomas que presenta se corresponden a un Trastorno del Vínculo. Es decir, resulta difícil determinar si los comportamientos negativistas, descontrolados y mal regulados emocionalmente son debidos a las fallas en el entorno que le cuidó, o son fruto de componentes constitucionales del paciente. Conocer al niño y evaluar sus posibilidades potenciales de funcionamiento puede contribuir a disipar dudas en cuanto al diagnóstico y la intervención.

Esta historia que narraremos transcurrió en el marco de una intervención realizada en un Hospital de Día Psiquiátrico Infantil, dispositivo que para nosotras tiene que aportar a través de un ambiente estructurado una variedad de relaciones humanas, junto a unas interacciones emocionales satisfactorias, además de oportunidades para nuevos aprendizajes y experiencias y el desarrollo de competencias personales y sociales. La actividad grupal de los niños se realizaba a través de la intervención de un equipo multidisciplinar y junto a la figura de un terapeuta referente. Este terapeuta es el que acompaña al paciente en su quehacer cotidiano y conoce las sutilezas de sus reacciones frente a los distintos estímulos de su recorrido diario en el centro, ofreciéndose así en la inmediatez del vínculo, en un modo de maternaje, y también como representante de la institución.

A través del sostén, del "holding" del terapeuta referente, sostenido éste a su vez por el Equipo Terapéutico, se espera favorecer una mayor integración y discriminación yoica en los pacientes en los que mayoritariamente predominan mecanismos patológicos. Si algo está especialmente dispuesto para ser instrumento de esa "experiencia emocional correctora" que provee el marco de la comunidad terapéutica, es precisamente la relación vincular, además de la interacción con sus iguales y el resto de los adultos.

La experiencia nos ha mostrado que el privilegiar esta relación favorece inscribir la acción terapéutica en el punto en el que niño y la figura vincular quedaron atrapados. Empezar allí donde el desarrollo psíquico quedó estancado. Además, es importante añadir que, al existir una multiplicidad de relaciones con el Equipo Terapéutico, las proyecciones no son tan masivas sobre la figura del terapeuta referente y son más manejables por su parte. En nuestro caso cobró especial relevancia el trabajo del equipo que nunca pudo perder la capacidad de pensar pues estaba llamado a ser ese espacio transicional que muchos de nuestros pacientes no tuvieron. El equipo, según la metáfora de D. Anzieu, debe ofrecer "*una piel para los pensamientos*". Y eso intentamos hacer.

COMIENZA LA HISTORIA

Érase una vez una familia, que había adoptado una niña, Jenny, proveniente de un país latinoamericano, hacía un año y medio, cuando ella tenía cuatro años. La familia estaba compuesta por la madre de 39 años, el padre de 41, y un hermano de 6

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

años, adoptado dos años antes, y del mismo país. Junto con Jenny adoptaron a otra niña, de dos años, que era su tía.

Los padres adoptivos consultaban a Salud Mental por las *dificultades de adaptación a su familia adoptiva y la presencia de una conducta sexual desinhibida e inapropiada para su edad.* Según su narración, Jenny desde el principio había dado muestras de una conducta erotizada precoz. Tocaba los genitales de su hermano de 8 años y se masturbaba a menudo. Se exhibía ante el padre, el abuelo y el hermano. También la habían sorprendido encima de su prima acariciándola y besándola en la boca.

Decían que Jenny nunca buscaba afecto y se mostraba inexpresiva e indiferente en sus interacciones. Según ellos, la niña transgredía sistemáticamente las normas tanto en casa como en el colegio y cuando se le reprendía, enmudecía, pero no daba muestra alguna de sentimiento de culpa. Se autoagredía (hemorragias nasales provocadas, romperse la ropa, heridas con las uñas…). En el colegio no prestaba atención, rompía las fichas, se negaba a trabajar… Para ellos, lo único que parecía importarle era la comida y en alguna ocasión, el único castigo eficaz había sido amenazarla con dejarla sin comer. Tenía hipersomnia, y dormía 15 horas al día.

Relatos de la madre*: "Arremete e invade a los hermanos incluso sexualmente" "No cuenta nada de lo que hace en el colegio" "Un día estuve con ella hasta las tres de la madrugada para que contara una cosa", "Estando castigada sigue desobedeciendo". "Es muy frustrante, es como una pared. No habla, es desafiante. No te baja la mirada. Te puedes tirar 10 minutos y nada, ni pestañea; con la poca edad que tiene... Lo fría que es… Parece expresiva pero no". "Desde el primer momento lo capté, aunque yo no soy psiquiatra" "No pide ayuda para nada", "No te necesita", "No da una mala contestación, pero te pone una cara…que da miedo".*

Érase una vez un Equipo Terapéutico que conoció a una niña de 5 años y medio, guapa, y que aún con su estilo inhibido resultaba muy tierna; sin embargo, toda su postura corporal y su gestualidad transmitían un férreo control emocional que le impedía ser más expresiva. Más que frialdad parecía demasiado asustada y paralizada para poder establecer un contacto más relajado.

Dibujó y estableció algunos esbozos de juego qué, aunque daban cuenta de su capacidad de simbolización, dejaban ver bloqueos del pensamiento fundamentalmente ante temáticas dónde parecían ponerse en juego sentimientos agresivos y fantasías de separación. Su lenguaje era lacónico, casi mutista.

Su alteración en el establecimiento de un vínculo era evidente pero lo más preocupante era la posibilidad de presentar trastornos del pensamiento tal como transmitían los relatos del CAT, o incluso la posibilidad de alteraciones de la percepción. A lo largo de la evaluación individual dio muestra de aspectos parciales de su fortaleza yoica, de su buena coordinación psicomotriz y capacidad simbólica. El nivel intelectual era adecuado, así como su atención. Contrastaba su comportamiento en grupo, más relajado y adecuado, aunque superficial ante los acercamientos de los demás niños, pero que daban cuenta del deseo de adaptación y supervivencia de la niña.

Érase una vez Jenny. Como es frecuente en estos niños, poco o nada se sabía de su inicio en la vida y cómo transcurrieron sus primeros años. Lo que si sabíamos es que Jenny tenía una historia muy triste llena de carencias, pérdidas y maltrato. Nos contaron que vivía con su abuela y con su madre y dos niños pequeños. Al morir la abuela, los vecinos informaron del maltrato físico de la madre hacia la niña, agregando además que se prostituía en la vivienda, manteniendo relaciones sexuales delante de ella. A la niña se la encontró en estado de malnutrición y desaseada, en una vivienda de adobe deteriorada por la lluvia, piso de

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

tierra y apenas techada. Cuando Jenny contaba con tres años, los Servicios Sociales decidieron retirar la custodia a la madre y realojar a Jenny y a la otra hija de su abuela en un hogar sustituto.

Cuando un menor pasa a la red de acogimiento rompe sus vínculos de origen. Deja a su familia, y debe adaptarse a vínculos nuevos que a menudo pueden ser inconstantes y diversos. Podemos pensar que la niña, que ya veía alterado su desarrollo normal por la muerte de la abuela y el maltrato, tuvo que enfrentarse con su frágil psiquismo a una nueva separación. Jenny fue acogida en un hogar sustituto durante aproximadamente un año. Después se produciría la adopción internacional por parte de la familia española.

De cómo el Equipo Terapéutico pensó y entendió. El proceso de duelo por tantas pérdidas y rupturas parecía paralizado en Jenny. Según Magdalena Grimau, cuando el proceso de duelo por esa pérdida-ruptura no prosigue, o se paraliza, diferentes consecuencias acontecen. Se produce una especie de detención del tiempo en un punto determinado y diferente en cada caso. Y es en el establecimiento de nuevos vínculos donde se manifiestan diferentes salidas:

1. Son incapaces de comprometerse en sus relaciones nuevas, temiendo que amar de nuevo pueda desembocar en pérdidas ulteriores, corriendo algunos el riesgo de un importante bloqueo emocional e impasse de vida, que puede desembocar en depresión. Otros en cambio, para escapar del dolor, intentan llenar la pérdida con relaciones construidas de manera superficial, corriendo el riesgo, algunos de ellos, de confundir el afecto con contactos eróticos y/o sexuales, pudiendo sucumbir de nuevo en la repetición de posibles experiencias de abuso habidas por parte de algún adulto.

2. Las relaciones se hacen rígidas, cerrándose en una incapacidad de establecer lazos de apego con otros, con el riesgo en algunos casos de coger un excesivo distanciamiento afectivo y frialdad empática con el afecto del otro.

3. Utilizan la negación, las fantasías, las fabulaciones, los mitos, como manera de evadir su realidad y construirse una propia.

4. Escapar hacia actividades frenéticas con el riesgo en la adolescencia de acariciar las drogas, el alcohol, como intento de suprimir o anestesiar todo el dolor pasado no elaborado.

Donde nos conocemos padres, niña y Equipo Terapéutico. Desde las primeras entrevistas, constatamos la incapacidad de la madre adoptiva para poder identificarse con la niña y ofrecerle una mirada de comprensión a sus síntomas. Las dificultades vinculares de Jenny eran interpretadas como rechazo. Rechazo que esta madre no podía perdonar.

Lo más llamativo era que los padres eran los únicos con los que Jenny mantenía una actitud tan enferma. El psicólogo de su Centro de Salud Mental la describía como *"cordial, muy juguetona y alegre con deseos de explorar juegos nuevos o jugar a los que le gustan"*. Su tutora de la etapa de educación infantil decía de ella que "*a veces se aísla un poco de los niños e intenta llamar la atención, pero bien (jugando y observando al adulto) y que, por el contrario, a lo informado por los padres, no hay conductas disruptivas en el aula, aunque si una demanda excesiva de la atención del adulto".*

Los padres habían comunicado al Instituto Madrileño del Menor y la Familia los problemas con su hija, reprochándoles que no les hubieran avisado de los mismos e incluso argumentando que los informes de adopción decían que el tema de la sexualidad estaba curado y que si no mejoraba se planteaban "devolver" a la niña. Una nueva ruptura para Jenny parecía sobrevenir en el futuro a tenor de las amenazas de devolución que esgrimían los padres adoptivos.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Un proyecto para Jenny. El Equipo Terapéutico del Hospital de Día se propuso ofrecer a Jenny la posibilidad de experimentar nuevas relaciones en las que, sus conductas de aislamiento, de voracidad, de invasión en el contacto, o de oposicionismo no le fueran devueltas con un rechazo de igual o mayor intensidad, dándole la idea reparadora de una mirada que la contemplara con sus posibilidades de desarrollo y pudiera desbloquear el proceso de duelo necesario para el establecimiento de nuevos vínculos. Así fue como Jenny ingresó en el Hospital de Día a tiempo completo, y los padres fueron invitados a participar en el grupo semanal que se realiza en el dispositivo, además de encuadrar algunas entrevistas con ellos.

Adaptándonos unos a otros. Jenny se adaptó a nuestro Centro, de una manera fácil y rápida, y se la veía, en general, contenta. Durante los primeros meses destacaba su continua demanda de la atención del adulto mostrándose seductora. Buscaba poco la relación con los iguales a los que vivía como rivales. En ningún momento aparecieron acercamientos físicos de carácter sexual. Nos resultaba llamativo, en el día a día, el desapego que presentaba tanto en la separación como en el reencuentro con sus padres en los momentos de llegada y salida del centro. No había prácticamente contacto ocular entre la niña y ellos.

Fue el padre el que asistió al grupo de padres, aunque durante su mes de vacaciones también acudió la madre. En las entrevistas individuales y en el grupo se hacían muy evidentes las dificultades de ambos padres para establecer una relación más positiva con la niña. Vivían como una agresión las reacciones de inhibición y recelo de Jenny. En su discurso sólo existía un relato de conductas negativas, que vivían como deliberadas. Ninguno era capaz de entonar con las vivencias de carácter depresivo que muchas de las conductas de Jenny manifestaban. A medida que pasaba el tiempo se nos hacía más evidente que iba a ser muy difícil reconducir la situación familiar, al no poder los padres modificar sus vivencias narcisistas.

CONOCIENDO A JENNY A TRAVÉS DEL JUEGO

Para poder acompañar a Jenny en sus cambios veremos cómo va evolucionando su comportamiento en dos espacios, por un lado, en una de las actividades terapéuticas, la terapia grupal de juego, y por otro en las descripciones que va haciendo de ella el Equipo Terapéutico.

Desde la primera sesión, Jenny puso todos sus recursos al servicio de levantar una barrera protectora en función de la cual se "sometía" a los deseos del grupo y les auxiliaba en sus juegos como modo de control de los intensos deseos destructivos que la niña proyectaba en los demás miembros del grupo. De hecho, cuando se veía demasiado afectada, se mantenía apartada del grupo.

Terapia de juego I (al mes de tratamiento) Los niños están sentados en círculo conversando sobre a qué van a jugar y con quién. Son cuatro varones y Jenny. Es un momento de elección del otro dónde todos se juegan la exclusión y la vivencia de aceptación de los demás. Cuando todos se ponen en pie para iniciar el juego, la niña se dirige hacia mí tapándose la cara con las manos, como avergonzada y se sienta a mi lado haciéndose el bebé. Yo acepto este juego y les pido a algunos de los niños juguetes para atender al bebé Jenny. Lo que hace Jenny es pedirme comida y comida mostrándose como un bebé insaciable y cuando se acaba la comida se hace la dormida. Intenta irse a jugar con los demás, pero finalmente vuelve a acercarse a mí y se coloca detrás, en mi espalda, abrazándome, creo que con el fin de sentirse unida a mí al tiempo que me controla. Satisfaciendo por un lado sus necesidades fusionales, pero poniéndose detrás de mí para defenderse del alto grado de angustia que la percepción de esta necesidad le provoca, evitando así mi cara y mi mirada.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Jugará de esta manera algunas sesiones, en mi espalda. A veces me da de comer desde esa postura, a veces come ella misma y a veces se queda tranquila con un chupete de juguete en la boca. Después de unas semanas abandona definitivamente este juego y pasa a jugar delante de mí.

Terapia de juego II (a los 3 meses de tratamiento) Los otros niños ya están acostumbrados a que Jenny juegue conmigo y me pida comida, ellos a veces participan y funcionan como rivales. Otras veces se ponen a escenificar juegos, fundamentalmente de luchas. Yo tengo que intervenir mucho poniendo límites, a la vez que me convierto en una mamá que da de comer al bebé, pero la frustra por no tener todo el tiempo para ella.

Terapia de juego III (a los 5 meses de tratamiento) Entra ya peleando con alguno de los niños quejándose de que le hace burla o la empuja y pidiendo mi intervención. Se trata de un niño muy inquieto que la elige casi siempre para jugar y a menudo la nombra su novia. Pide jugar conmigo, aunque yo le hago esperar. El juego de los otros niños consiste en arrastrarse unos a otros subidos en una manta. Jenny toma un muñeco y se sube a la manta para que la arrastren. Este juego es utilizado también para perseguirse unos a otros. Es un juego de idas y venidas, cualquiera es el perseguido y el que persigue.

A veces he bromeado con muchos de los niños del hospital cuando se acercan mucho corporalmente a mí y les he dicho que se han convertido en una pegatina. A Jenny concretamente le he señalado muchas veces su deseo de jugar pegada a mí. Usando esta formulación la niña dice: "*Yo soy la pegatina que se quedaba pegada a Alejandro*" Sin embargo Alejandro no está muy seguro de aceptar esta declaración y Jenny acaba empujándole y se tumba en el suelo haciéndose la dormida. Todos los otros niños se arremolinan en un rincón y se protegen con cojines. Entonces Alejandro grita: "*Jenny es mi novia vampira y me quiere chupar la sangre*" y comienza un juego en que Jenny va persiguiendo a todos los niños para *"comérselos", "pegarse a ellos" y/o "chuparles la sangre ...*

A lo largo de varias sesiones este juego será la estrella de las sesiones grupales. Se juega la fusión y la separación, la individuación, la seducción por cuál va a ser el niño perseguido-elegido, el sometimiento como forma de control y la excitación de los juegos corporales. Jenny ya no me pide jugar, permanece integrada de manera menos superficial en los juegos grupales.

Terapia de juego IV (a los 14 meses de tratamiento) Pasa el verano y se producen algunos cambios entre los niños del grupo, unos cambiarán de grupo, otros irán al colegio. Hay despedidas y nuevas incorporaciones. En este contexto en que el grupo se ve muy revuelto por los distintos cambios, llega Alex. Se trata también de un niño con características carenciales y narcisistas.

En la terapia de juego se observa que Jenny percibe claramente el deseo del nuevo niño por tener un lugar privilegiado a mi lado, igual que ella. La niña encuentra en él a otro dónde desplazar sus deseos de relación fusional y que le responde, quedando ambos unidos en una relación de dependencia mutua autosuficiente.

El tiempo pasa. Según el Equipo Terapéutico, en el resto de las actividades del Hospital de Día, Jenny se mantiene demandante de la atención de los adultos, pero puede ir disfrutando de algunos juegos compartidos con iguales. Aunque la relación con los compañeros y terapeutas ha pasado a un plano más profundo siguen sin aparecer los acercamientos físicos de carácter sexual que los padres mantienen ocurren como única forma de relación con los hermanos.

Los padres continúan haciendo un relato completamente negativo de la niña. No dejan de narrar su oposicionismo, su agresividad para con ellos. Los miedos que ella pueda mostrar de forma muy reactiva a ciertas situaciones son vividos de forma muy proyectiva por la familia. Por ejemplo, cuentan que la madre se giró bruscamente hacia ella mientras estaba pelando, cu-

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

chillo en la mano, unas patatas . Describen que la niña se queda bloqueada y mirándola asustada. Y entonces la madre comenta: *"Es que mirándome así me acusa de que quiero hacerle daño*". No conseguíamos encontrar ningún deseo por parte de estos padres de que la situación cambiara. En su discurso hacia el Equipo terapéutico se hacía muy evidente la rabia hacia nosotros al no respaldarles en la mirada que tenían hacia la niña.

Nuevas sendas andaremos. En las reuniones de equipo sentimos que nos resulta muy difícil actuar como terceros. En ese tiempo, la unión con el otro niño le hace sentir una omnipotencia a la que no puede renunciar, y parece no tener otro recurso para sentir la satisfacción de ser querida. Jenny está muy angustiada. Percibe las dificultades con su familia de adopción. Sabemos por los comentarios de los padres que en la familia la situación es cada vez peor. Somos testigos de numerosos bloqueos en el discurso de la niña cuando preguntamos por su comportamiento en casa. No puede narrar los sucesos con una lógica temporal adecuada y es muy difícil para el equipo diferenciar la realidad de las fantasías e interpretaciones que hacen, tanto la niña como los padres. En las rutinas de Hospital de Día, Jenny es capaz de compartir los juegos de los iguales sin embargo frente a los terapeutas sigue reclamando una atención exclusiva. En esas situaciones se muestra a veces enfadada y quejica con los compañeros, a los que acusa de mal comportamiento. Constantemente compara lo que se le da con lo que tienen los demás, distorsionando la realidad.

Poco a poco se nos hace evidente que el impasse que vive Jenny no puede modificarse si no se modifica el entorno que la provee de cuidados. Los años vividos con la dificultad de entonamiento afectivo entre Jenny y sus padres adoptivos han creado una dinámica familiar que parece imposible de modificar. La niña ocupa el rol de la excluida en la familia. Ella misma ha establecido un funcionamiento marcado por la retracción y con ellos se muestra muy poco afectuosa. Por otro lado, existe un gran sufrimiento psíquico en ella, como muestra su actitud hipervigilante respecto a las muestras de cariño que sí se dan entre sus hermanos y sus padres y la interpretación que realiza de ello.

Tomando decisiones. A pesar de nuestros temores de abocar a la niña a una nueva ruptura y pérdida, decidimos plantear a los padres y al Instituto Madrileño del Menor y la Familia la retirada de la tutela y la incorporación de Jenny en un centro de acogida.

La idea era que la niña mantuviera su tratamiento en nuestro centro dónde había establecido vínculos más profundos, al tiempo que pensábamos que el marco de un dispositivo residencial le procurará un abanico amplio de posibilidades de relación. Al ser más numeroso el número de figuras de vinculación, y no tener que concentrar en una o dos figuras los afectos, las maniobras defensivas serían menos intensas y, por tanto, el entorno puede mostrarse más contenedor y contribuir mejor a su modificación.

Durante el tiempo que hubo que esperar, se intentó trabajar con los padres el poder hacer de este momento un acontecimiento que la niña pudiera elaborar como pérdida, y con sus propios recursos, superarlo.

Terapia de juego V (a los 17 meses de tratamiento) Jenny se mantuvo refugiada en su relación con Alex. Ambos jugarán a mamás y bebés, a cachorros abandonados que son maltratados y expulsados del hogar familiar. Jugarán a excluir a los demás de su juego viviendo la omnipotencia de sentir que se bastan con ellos mismos y no necesitan nada más. Ambos disfrutan de esta relación, aunque en Jenny se observa un alto grado de sufrimiento por la angustia que le surge ante las manipulaciones de qué

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

es objeto por parte de Alex. Se somete por miedo a perder su amistad, y se somete cuando se identifica proyectivamente con él y siente que él la necesita desesperadamente.

Percibe que será expulsada de la familia de adopción y los altos niveles de ansiedad que esto implica, no dejan lugar a la creación de nuevos vínculos. Es otro momento de impasse. Necesita mantener a Alex cerca y someterse para controlarle.

Jenny en su nuevo hogar. Tras cinco meses de espera, llega el día en que Jenny sale del domicilio y pasa a vivir en una residencia de menores de la Comunidad de Madrid.

Lo que ocurre a continuación nos sorprende. Hubo un cambio drástico en su capacidad lingüística y en su organización temporal. A partir de ese momento, Jenny puede ir explicándose y explicarnos a nosotros sobre sí misma y sus relaciones. Desaparecen sus bloqueos en el discurso quizá producidos por la enorme necesidad de la niña de disociar las distintas vivencias, las diferentes representaciones del mundo, de los otros y de sí misma que ponía en marcha en las dos situaciones de convivencia que tenía: El Hospital de Día y su familia adoptiva.

Ese acontecimiento alteró la vida de todos los niños del centro y especialmente a los de su grupo. Hubo alguno que amenazaba con hacer daño al padre de Jenny, pero en general todos estaban conmocionados ya que tantos temores de no ser queridos podían hacerse realidad.

Terapia de juego VI (a los 22 meses de tratamiento) A partir de ese momento los juegos tenían la misma temática, pero eran narrados con mucha más elocuencia por su parte. Ella dirigía el juego castigando y expulsando de la casa al cachorro Alex con el que al final volvía a juntarse.

Unos días después de salir del domicilio, un niño pregunta *¿Cuál es el problema de Jenny?*" y Jenny contesta: *"Que yo he estado muchos años portándome mal, y mi madre quería que me fuera y por eso estoy en la residencia*". Se habla de la culpa. Uno de los niños pregunta si la culpa es de sus padres y Jenny contesta: "*Mis padres no tiene la culpa… Mi madre me ha hecho la maleta con la ropa y todo".*

Alex contesta: "*A mí cuando me porto mal me quitan la Nintendo, pero tengo mis coches…"*

Aquel día Jenny lleva al cachorro a dar un paseo, pero al final lo mata. Explica que era un perro malo porque había destrozado la casa y había entrado y robado comida…

Efectos del nuevo hogar. A pesar de la dificultad de la situación y de los temores del Equipo Terapéutico de que sufriera una recaída depresiva u otros síntomas, lo que fuimos observando fue diferente. Jenny parecía ir asumiendo la situación de una forma tranquila, se planteaba preguntas y de forma algo sorprendente para nosotros, habló con sus compañeros de grupo y les explicó con claridad el motivo por el que ella pensaba que vivía en la residencia. No se observaban la utilización de mecanismos de defensa patológicos, aunque si apareció una intensa voracidad, síntoma que también presentó durante los primeros meses de su adopción. En ciertos aspectos estaba mejor conectada con la realidad y parecía confiar en los adultos que la cuidaban en la residencia.

Tras el proceso de adaptación continuó una evolución positiva. La mejoría de otro niño de su grupo permitió que comenzara a rivalizar por la atención de Jenny o de Alex, integrándose e interponiéndose entre ellos dos, llegando incluso a conseguir ser él el elegido para algunos juegos.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Terapia de juego VII (a los 23 meses de tratamiento) Jenny comienza a jugar a marcharse de vacaciones y probar a vivir sola, aunque para ello deba dejar abandonado a su bebé Alex. Estos intentos de independizarse de su pareja de juegos casi nunca tienen éxito por las manipulaciones de Alex, y por la culpa proyectada que le hace fantasear y jugar a que un enemigo le quitará al bebé. Juegos que empiezan a tener como colofón sus fantasías de muerte como sentimiento omnipotente de resolución del conflicto.

Terapia Individual. La mejoría en la organización del pensamiento y el enriquecimiento de su mundo simbólico pudo permitirle comprenderse a sí misma, pero necesitó de un tratamiento individual dónde poder elaborar el sentimiento de vacío que le estaba impidiendo madurar y así poder evitar que no se consolidara un trastorno límite de la personalidad, más o menos severo. Por ese motivo, el Equipo Terapéutico decidió el inicio de una psicoterapia individual.

Despedida. Llega el momento de despedirnos de Jenny y asumir que la aportación de nuevos vínculos fue posible. Que fuimos capaces *(Misès, 1992) "…, de ofrecer medios eficaces de reajuste, de relanzamiento y de revitalización, …"* convirtiéndonos en "*espacios de vida…con una auténtica función cuidadora*". Juntos pacientes, familia e Instituciones hemos transitado en palabras de Roger Misès "*reubicaciones, reinvestiduras que abrirán un nuevo impulso al movimiento evolutivo".*

Roger Misès nos dice en relación con el trabajo institucional con estos niños, *"Se dibuja en filigrana un impulso de dinamismo evolutivo propio de esta edad que favorece una ruptura frente a las repeticiones alienantes y da acceso a un placer compartido".* Más adelante afirma, *"incluso procediendo así durante amplias intervenciones, …, es posible aprehender la naturaleza y el peso de los mecanismos psicopatológicos que, en un momento dado, requieren una intervención más precisa..., y ello* ***sin reintroducir por este sesgo un intento de control rígido que no sería adecuado al desarrollo laxo de este proceso original".***

EPÍLOGO

A lo largo de los años de profesión, me he encontrado en algunas ocasiones con Jenny y he sabido de su vida y de su funcionamiento psíquico. Tras largo tiempo en el centro de acogida, pudo ser adoptada por una pareja sin hijos. Esta adopción tuvo que ser apoyada por la residencia, en un largo y complejo proceso que hoy en día está consolidado, y Jenny parece gozar de "buena" salud.

Creemos que la atención a su individualidad, y en especial a sus circunstancias, la reflexión sobre lo que podíamos hacer, y sobre lo que no podíamos hacer o abarcar, hizo de nuestro trabajo con ella un espacio de vida creativo a favor de su desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

André-Fustier, F. y Aubertel, F. (1998) La transmisión psíquica familiar en suspenso. En A. Eiguer, R. Kaës, A. Carel, F. André-Fustier, F. Aubertel y A. Ciccone (Eds.), *Lo generacional. Abordaje en terapia familiar psicoanalítica*. (pp.123-134). Buenos Aires: Amorrortu. (Orig.1997)

Anzieu, D. (1991). *"Une peau pour les pensées" Entretiens avec Gilbert Tarrab.* Paris: College Psychanalyse Groupale Eds. (orig.1986)

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Bowlby, J. (1984). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidos

Fernández Galindo, M. (2002). Teoría del Apego y Psicoanálisis. Hacia una convergencia clínica. En *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 33/34*, 5-34.

Grimau, M. (2011). Menores Institucionalizados. Conflicto de identidades. *Intersubjetivo*, *11*(2), 210-232.

Misès, R. (1992). *Las patologías límites de la Infancia*. Barcelona: Editorial Alas (Orig.1990)

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

TIEMPOS DIFÍCILES PARA LA IDENTIDAD*

TOUGH TIMES FOR IDENTITY

*Ana Elúa Samaniego**, Cristina Catalina Fernández***, Isabel Reyes de Uribe Zorita**** y Laura Carballeira Carrera*****

RESUMEN

El presente trabajo pretende ser una reflexión sobre la elaboración identitaria en la adolescencia en los tiempos cambiantes e inestables como los actuales, en los cuales el adulto al cual vincularse desaparece de la escena, dejando al joven desamparado ante la búsqueda de sí mismo. La novela "El señor de las Moscas", de William Golding, nos parece una oportuna metáfora para guiar nuestra argumentación.

Palabras clave: adolescencia, identidad, incertidumbre.

ABSTRACT

The aim of this paper is to think about adolescents' identity development in volatile and unstable times such as these, where adults to bond with have vanished from the scene, leaving teenagers helpless on the search of themselves. William Golding's novel "Lord of the Flies" seems an appropriate metaphor to guide this viewpoint.

Keywords: adolescence, identity, uncertainty.

El presente trabajo pretende exponer la elaboración adolescente en el momento actual, que a pesar de ser las generaciones más seguras en cuanto a derechos y libertades, estamos invadidos por una constante inseguridad, amenaza o terror. Se dice que son tiempos inciertos, tiempos líquidos, cambiantes y acelerados, donde los adultos aparecen ensimismados en sus propias preocupaciones ante la crisis económica y la disolución del pacto social en un mundo globalizado y sometido a las fuerzas

* Trabajo presentado en el XXX Congreso Nacional SEPYPNA y VIII Europeo de la AEPEA celebrado en Bilbao los días 26-28 de abril de 2017.

** Psicóloga Clínica. Burgos. *anaesamaniego@gmail.com*

***Psicóloga Clínica. Hospital Psiquiátrico Casta Arévalo. Valladolid. *cristinacatalina@gmail.com*

****Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. *isa_zorita@hotmail.com*

***** Psicóloga Clínica, Hospital HM Puerta del Sur (Móstoles, Madrid). *laura.carballeira@gmail.com*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

incontrolables del mercado. Adultos ocupados en su búsqueda de estabilidad que dejan de estar disponibles mentalmente para sus hijos, no acompañándolos en la difícil tarea de vivir, con sus alegrías y sus sufrimientos, sobre todo en un momento en el que parece que uno patina sobre hielo fino a punto de fragmentarse. Ante este panorama, no es difícil encontrar en la clínica jóvenes que se sienten abandonados a su suerte en estos tiempos convulsos, sin nadie que les asista en sus angustias durante la crisis identitaria propia del proceso adolescente, viéndose abocados a un futuro lleno de incertidumbre y vacío existencial. No es infrecuente ver cómo proliferan las identidades inestables, frágiles en la población adolescente, fragilidad que aparece tras diversas demandas, como son las actuaciones violentas en jóvenes pertenecientes a grupos con ideologías extremistas, con actitudes arcaicas y dogmáticas, grupos a los que se adhieren ante su necesidad de pertenecer a algo en busca de una seguridad que soporte su angustia, manifestando una vulnerabilidad yoica que intentan contrarrestar con identidades poderosas e idealizadas, que lejos de amortiguar sus miedos los acentúan, perpetuando el terror ante la vida.

"El muchacho rubio descendió un último trecho de roca y comenzó a abrirse paso hacia la laguna. Se había quitado el suéter escolar y lo arrastraba en una mano, pero a pesar de ello sentía la camisa gris pegada a su piel y los cabellos aplastados contra la frente", así es como se inicia la novela *El señor de las moscas* de Willian Golding. La historia literaria versa sobre unos muchachos entre los 6 y los 12 años, si bien los protagonistas principales son prepúberes, que se ven enfrentados a una situación de pura supervivencia cuando todavía no son capaces de cuidarse de sí mismos. La trama del libro relata cómo los jóvenes tras viajar en un avión aparecen en una isla a causa de un accidente, se encuentran solos y abandonados a su suerte sin ningún adulto que les acompañe. A lo largo de las páginas vamos siendo testigos de cómo estos pequeños intentan organizarse, calmar su angustia ante sus miedos más infantiles de soledad y desamparo, y también de cómo entran en juego las personalidades de *los mayores*, que sólo tienen 12 años. Surgirán los celos, las envidias, desencadenándose la crueldad más descarnada e incluso asesinatos impunes hasta que llegan a rescatarles los adultos. Si bien en la obra se habla de varios personajes, nos centraremos principalmente en dos, Ralph y Jack, ya que son los grandes rivales durante la novela, manifestando un funcionamiento antagónico en esa situación extrema de supervivencia, a la vez que realizan su transición hacia la adolescencia. Utilizaremos la escena literaria de *El señor de las moscas* como metáfora del abandono vincular por parte de los adultos en la que se encuentran los jóvenes en la actualidad.

Ralph y Jack podrían representar dos formas de hacer esa transición desde la inocencia infantil a una fase incierta, la llamada adolescencia; Philippe Jeammet nos recuerda como la adolescencia constituye "*una puesta a punto, un interrogatorio de la solidez de las bases de la identidad del niño*" (Jeammet, 1995). En la identidad se pone en juego algo de sí mismo y de su relación con el otro. La adolescencia como crisis identitaria supone una reorganización de sus bases narcisistas y así como un cuestionamiento de las relaciones de objeto. La identidad, esencial para la vida psíquica, es la búsqueda permanente del yo y su continuidad a lo largo del tiempo, recibiendo únicamente respuesta desde el otro y la realidad externa. Si bien la incertidumbre de nuestros tiempos líquidos exige una flexibilidad constante de la identidad como forma de adaptarse a un entorno cambiante, anulándose la creencia de un yo estable con posibilidad de forjar relaciones afectivas sólidas y duraderas, perpetuándose sentimientos de inestabilidad y amenaza ante el rechazo o abandono de los otros.

Ralph, el chico con el que se inicia la historia podría representar una buena elaboración del tránsito hacia una nueva forma de ser, con los obstáculos que supone, sin rito de paso en nuestra sociedad en su despedida de la infancia. De alguna manera consigue dar una continuidad de sí mismo, resignificando su pasado y proyectándose hacia un futuro a pesar de un presente incierto en el que se encuentra. A nuestro joven, nada más darse cuenta de que estaba en una isla sin adultos: "*le dominó el gozo que siempre produce una ambición realizada, y en el centro del desgarrón de la selva brincó dando una voltereta y sonrió burlonamen-*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

te a la figura del otro". El buscar ese alejamiento de los padres es el deseo de cualquier niño, sentirse libre de las órdenes paternas, poder gozar sin impedimentos, ser ellos mismos sin miedo al castigo o las represalias, pero pronto su primer compañero en la isla y su único amigo fiel hasta el final, Piggy, le devuelve a la realidad de su situación. Perdidos en una isla ante la ausencia de adultos, con el desconocimiento de saber dónde están ni qué será de ellos, y con la duda de si su permanencia ahí será hasta su muerte. Ralph no desistirá, ante su angustia inicial buscará aquellos aspectos internos que le aportan seguridad y consuelo como es la imagen idealizada de su padre: "*es teniente de navío en la Marina y cuando le den permiso vendrá a rescatarnos"*, fantasías infantiles que nos hablan de ese mundo interno en el que todo es posible y que por su juventud e inexperiencia proyecta al exterior como una posibilidad realizable. Pero su realidad inmediata que se le impone le obligará a reorganizarse psíquicamente para afrontar la lucha por su supervivencia, lo que supondrá un cuestionamiento de sí mismo, de sus progenitores, de sus ideales; este proceso lo irá realizando en compañía de Piggy, vínculo que le aportará ese alimento narcisista necesario cuando se ponen en cuestión las bases narcisistas construidas desde la infancia, al ver que sus capacidades o lo que creía que podía llegar a ser en cuanto creciera es un espejismo de una infancia omnipotente.

Ambos chicos pronto irán encontrando al resto de niños gracias al toque de la caracola, que será el primer símbolo de autoridad en la isla ante la ausencia de una autoridad física adulta, atisbo de la interiorización normativa. La caracola será con la que dicten las normas del grupo, sólo podrá hablar quién tenga la caracola, esa será la primera norma que se impondrá, norma con la que se pretende construir un *nosotros* protector, desde una legalidad compartida. El primero que hará sonar la caracola será Ralph, convocando a todos los de la isla, en ese primer toque de caracola serán conscientes de que tendrán que cuidarse a sí mismos sin el auxilio de mamá y papá, asumiendo nuevas responsabilidades, con los riesgos y limitaciones que conlleva el vivir en la incertidumbre. Ante ese primer toque de caracola, "*algo oscuro andaba a tiendas dentro del rombo brutal de la playa. La criatura salió del área del espejismo y entró en la transparente arena, y vieron entonces que no toda aquella oscuridad era una sombra, sino, en su mayor parte, ropas. La criatura era un grupo de chicos que marchaban casi a compás, en dos filas paralelas. Vestían de extraña manera. Llevaban en la mano pantalones, camisas y otras prendas, pero cada muchacho traía puesta una gorra negra cuadrada con una insignia de plata. Capas negras con grandes cruces plateadas al lado izquierdo del pecho cubrían sus cuerpos desde la garganta a los tobillos, y los cuellos acaban rematados por bolas blancas. El muchacho al mando del grupo vestía de la misma forma, pero la insignia de su gorra era dorada. Cuando su grupo se encontró a unos diez metros de la plataforma, gritó una orden y todos se pararon, jadeantes, sudorosos, balanceándose en la rabiosa luz. El propio jefe dio unos pasos al frente, saltó a la plataforma, revoloteando su capa, y se asomó a lo que para él era casi total oscuridad"*. Ese jefe con una disciplina casi militar, es nuestro otro protagonista, Jack, quien dirige al coro de la escuela y a lo largo de la historia será el gran rival de Ralph, se mostrará desafiante con él. Intentará buscar la supremacía sobre los demás; cualquier situación que ponga en duda su fortaleza la vivirá como la peor de las humillaciones, como una amenaza de la que urge defenderse. Pero Jack no se enfrentará en solitario a sus miedos, lo hará con su grupo de seguidores adoctrinados por él. Grupo que actuará como un todo desde el anonimato individual. Si Ralph era el joven que representaba en la novela una buena elaboración de la adolescencia. Jack podría representar a esos jóvenes que presos de un narcisismo frágil, bajo la amenaza constante del abandono y el terror a la dependencia al otro, deniegan sus sentimientos de pequeñez e impotencia, e intentan identificarse con características idealizadas, buscando la exclusividad en el amor. Desde la hipótesis de Manzano y Palacio-Espasa, imperaría un funcionamiento narcisista maniaco, funcionamiento defensivo contra la separación, en el que el sujeto se identifica con un objeto idealizado; son chicos que no desean aprender nada de los otros, se aburren cuando su necesidad de admiración o éxito no se ve satisfecha, la relación narcisista se impondrá a la objetal, se busca a otros que reafirmen el yo, un yo que está alojado en el ideal y no en la realidad.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

En la sociedad actual, en la que se impone el éxito y el rendimiento óptimo, en aras de un consumismo desenfrenado ante la amenaza de la exclusión social, los padres proyectan al hijo una imagen de poderoso, fuerte, autosuficiente, sin fisuras y carencias, a la vez que intentan protegerles de las frustraciones de la vida. En palabras de Dolto, "*queriendo rentabilizar al niño a toda prisa, la sociedad le priva de un potencial humano inestimable que permitiría asegurar el reemplazo si se le proporcionara el tiempo necesario para la maduración. Pero a su vez se da sobreprotección, se vigila que no entre en el mundo real, con el pretexto de protegerlo, de prolongar la infancia… por temor a que no tengan infancia. Se lo separa del resto manteniéndole en un universo supuestamente mágico y esto se vuelve en su contra*", (Dolto, 1986). Situación que lleva a los jóvenes a perseguir un yo ideal inalcanzable, desmesurado, sostenido más en la fantaseada omnipotencia infantil que en la realidad compartida, siendo en la adolescencia donde eclosiona la fragilidad yoica a través de manifestaciones megalomaniacas en forma de identidades rígidas y tiránicas, o través de estados regresivos que perpetúan la dependencia paterna obstaculizando la autonomía.

Desde el mismo momento en que hacen la primera asamblea para decidir qué hacer ante su desdicha, será "*el de la caracola*", es decir Ralph el elegido como líder. Jack, a pesar de postularse al liderazgo, únicamente será votado por sus chicos del coro que le obedecían en cada orden que daba. Grupo en el que, todos igual vestidos y actuando de la misma manera, dejarán entrever fantasías de homogenización, de fusión, imaginándose todos iguales, negando las diferencias entre ellos, protegiéndose desde lo grupal de sus inseguridades individuales, además de buscar una identificación alejada de las figuras paternales que les revierte a una dependencia infantil de la que intentan escapar. La no elección de líder de los perdidos en la isla, será la primera humillación de Jack frente a la mirada de los demás, por lo que se pondrán en juego sus bases narcisistas y su fragilidad. Si bien al principio los dos protagonistas revisten su rivalidad de compañerismo, siempre estará la pregunta de quién es el mejor, el más fuerte y el más valiente.

Los mayores, los de 12 años, tendrán que hacerse cargo de los más pequeños, los cuales apenas participarán de las actividades comunes, únicamente en las asambleas que se inician con el toque de la caracola, espacio que los más pequeños utilizarán para hablar de sus miedos y preguntar sobre los monstruos, los fantasmas, *la Fiera*, algo que sienten que les vigila en la isla, ese otro misterioso de cual hay que protegerse. Si bien en un primer momento los *mayores* ignoran los miedos de los *pequeños*, tras la desaparición sin explicación de uno de los niños, -niño difícil de olvidar por su mancha en la cara, cuya desaparición no se volverá a mencionar como si estuviera prohibido o fuera un tabú en la isla-, a los mayores, que ya no creía en fantasmas, les empieza a invadir la duda de que exista *la Fiera* a la que hay que temer, fiera dueña de la isla. El miedo a eso que no saben que es, reactualiza la angustia primigenia ante el desamparo inicial, desamparo como la situación que están viviendo sin el auxilio del adulto. *La Fiera* les recuerda cómo siguen sujetos a un vínculo de dependencia hacia el otro adulto, produciendo en muchos adolescentes ira y angustias que se camuflan con pseudoidentidades poderosas, sin fisuras ni fallas, pero que no exijan demasiados compromisos ni riesgos que cuestionen sus limitaciones frente al mundo externo.

Ralph, ante los miedos que se van acrecentando al ser más consciente de su soledad y su abandono en una isla desconocida, intentará buscar una seguridad interna en sus propios recuerdos: "*mi padre está en la Marina. Dice que ya no quedan islas desconocidas. Dice que la Reina tiene un cuarto enorme lleno de mapas y que todas las islas del mundo están dibujadas ahí. Así que la reina tiene dibujada esta isla*"; ilusiones, ideales, esperanzas sobre las que proyectarse, para ser capaz de transcender la situación presente, utilizando sus recursos internos, sus vivencias vinculares que le consuelan. Al divagar entre sus propios recuerdos autocalmantes se le ocurrirá lanzar humo desde la cumbre de la montaña como señal para los barcos, en busca de un auxilio adulto necesario, asumiendo su impotencia en el afrontamiento de su propia supervivencia. El fuego será su batalla personal en

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

la isla, su símbolo de la salvación, pudiendo vislumbrar un futuro esperanzador hacia el cual dirigirse, no quedando preso del terror inmediato, por lo que "*tiene que formarse un grupo especial que cuide del fuego. Cualquier día puede llegar un barco -dirigió la mano hacia la tensa cuerda del horizonte-, y si tenemos puesta una señal vendrán y nos sacarán. Necesitamos más reglas",* en lo que Jack le secundará, "*estoy de acuerdo con Ralph. Necesitamos más reglas y hay que obedecerlas. Después de todo, no somos salvajes. Somos ingleses, y los ingleses somos los mejores en todo. Así que tenemos que hacer lo que es debido"*. Intervención del joven Jack que impresiona un falso cuestionamiento de su propia identidad, qué somos y qué no somos, en vez de qué soy. Lo que se deprende de ser inglés, *los mejores en todo*, es un yo ideal de la omnipotencia infantil, buscando una identidad desde la pertenencia a una colectividad, intentado reafirmarse en los otros: todos somos lo mismo, *los mejor*es, el colectivo sin fisuras que tienda hacia lo absoluto, denegando las limitaciones, las frustraciones, devolviéndole en espejo su falsa superioridad.

Tras el fuego y a punto de incendiar la isla, fruto de la inexperiencia de nuestros jóvenes, se debatirá sobre cuáles han de ser las tareas que deberán hacer para sobrevivir, construir refugios, conservar el fuego para Ralph o cazar para Jack. Frente a la mirada atenta de los demás se irá haciendo más explícita la rivalidad entre ambos líderes. Ralph, como líder electo buscará siempre el consenso con los demás en la organización del grupo, intentando encontrar seguridad desde la cooperación y el respeto al otro a través de normas compartidas, donde el otro aparece como un aliado frente a la adversidad. Realizará propuestas al grupo que ayuden a solventar su situación si no ahora, sí lo antes posible, transitando desde una satisfacción inmediata de un yo ideal hacia la construcción del ideal del yo que se proyecte hacia un futuro que aún está por crearse, pensando antes en el mañana renunciará a los placeres individuales por el bien común. En cambio, Jack el inglés, el mejor en todo, impondrá a sus chicos del coro sus propias decisiones, buscando actividades que satisfagan sus necesidades de "ahora", fruto de un superyó arcaico, tirano, sádico, vinculado a exigencias narcisistas infantiles.

Jack cree que urge saber si existe tal fiera, y si existe, darle caza, proponiendo que el grupo de la coral sea el grupo de cazadores de la isla. Es llamativo como le urge quitarse ese miedo a lo desconocido antes que comer, con el grupo de cazadores Jack buscará en el exterior una forma de protegerse ante el terror de estar expuestos a una fiera por la que se sienten vigilados. Como él mismo dice, "*es sólo la impresión. Pero llegas a pensar que no estás persiguiendo la caza, sino que te está persiguiendo a ti; como si en la jungla siempre hubiese algo detrás de ti"*. Cada uno de nuestros dos protagonistas construirá sus maneras de defenderse frente a sus inseguridades. Inseguridades que todo adolescente intentará rechazar con todas sus fuerzas, inseguridades relacionadas con la dependencia a los cuidadores: Ralph con el fuego como un llamado de auxilio al adulto, aceptando sus capacidades y limitaciones, y Jack con la caza, desde una actuación violenta, como forma de expresar una seguridad en la que se pone en juego toda su identidad. Ser inglés, educado y disciplinado ya no le vale como protección de sí mismo en ese nuevo escenario. Jack dejará ser inglés para "ser cazador", esta nueva identidad responderá más a una estrategia de acomodación a la situación presente de la que apremia defenderse que a un proceso de construcción interno a lo largo de la vida. Identidad que llevará hasta las últimas consecuencias para buscar una falsa seguridad a través del grupo de cazadores con sus lanzas amenazantes. El imperativo de caza de Jack y sus fieles dará muerte a uno de los chicos, asesinato que se denegará como si nunca hubiera acontecido, como si fuera un juego de niños se negará la muerte como una posibilidad ante su desamparo físico y emocional. Jack es alguien que se mueve en el presente, en el mundo de la percepción, en una hiperadaptación a la realidad externa, no parece tener recuerdos ni fantasías que nos desvelen ese gesto espontáneo de vivir, como diría Winnicott. No espera nada del mañana, ni que le rescaten ni que le ayuden, se vive como autosuficiente, completo, pero con la amenaza constante de la fiera a la que hay que dar caza. Sin pasado ni porvenir, permanece en una repetición interminable a través de los rituales y mantras

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

de la tribu de cazadores, construir cobijos o conservar la señal de humo se desestima por no aportar una seguridad inmediata. Funcionamiento que se potencia en los tiempos actuales donde prevalece el "hazlo ya" sin pensar, tiempos de inmediatez que no permiten ni formular una demanda ante la propia incompletud. El deseo queda sometido al imperativo del consumo para negar la falta y así, el propio desamparo; quedando el sujeto en un tiempo permanente sin proyección al futuro. Jack, desligado de su historia, de su disciplina inglesa, buscará una nueva capa sobre la piel. La capa del coro ya no le sirve en su nueva realidad, la pintura en el rostro será esa segunda piel con la que buscará "*ser cazador*", máscara "*como algo con vida propia tras la que se escondía Jack, liberado de vergüenza y responsabilidad*". En la adolescencia, tras los cambios incontrolables propios de la pubertad, cobra importancia cómo se vivencia y se utiliza el cuerpo. Alberto Lasa nos habla de la configuración cuerpo prótesis, en donde *"el cuerpo es más bien un instrumento utilizado para soportar, camuflar y poder asumir las insuficiencias e inseguridades en la construcción de la identidad"* (Lasa, 2016).

El grupo de Jack pronto deja de cumplir con la norma de cuidar el fuego, lo que aviva más el conflicto entre ambos protagonistas, Jack se jacta de cómo cazó al jabalí sin prestar atención a la recriminación de Ralph de que el fuego estuviera apagado cuando apareció un barco. La caza aparece como el dominio sobre el otro, como una excitación permanente por acumular posesiones. "M*ata al jabalí, córtale el cuello. Derrama su sangre*", será el mantra repetitivo que cantarán a la vez que escenifican la caza, mantra que recuerda a las nanas infantiles para consolar al niño preso del miedo a lo desconocido. Escenificación, ritual defensivo, que repetirán los cazadores tras cada cacería mientras el fuego, la señal de humo, los refugios, son olvidados. Jack nunca se preguntará por el daño que hace con sus cacerías, simplemente intentará expandir su dominio en la isla, ser el mejor, narcisismo exacerbado que se impone en sus relaciones. El otro diferente dejará de ser un semejante para convierte en un objeto que poseer o rechazar, lo que potencia las relaciones de dominio y sumisión, se buscará dominar al otro para negar la necesidad frente al otro. Beatriz Janin, nos recuerda que *"la creación supone normas, reglas y posibilidades de ir más allá de ellas, de romper con los caminos ya establecidos, retomando la historia para abrir recorridos nuevos. La transgresión como triunfo de Tánatos, en cambio implica desmentida o la desestimación de la norma en una suerte de burla omnipotente que lleva a la autodestrucción"* (Janin, 2010).

Fuego o caza, llamado de auxilio a los adultos o autosuficiencia idealizada, "*los dos muchachos se miraron cara a cara. Allí estaba el mundo deslumbrante de la caza, la táctica, la destreza y la alegría salvaje; y allí estaba también el mundo de las añoranzas y el sentido común desconcertado"*. Para Ralph "*lo malo de ser jefe era que había que pensar, había que ser prudente. Y las ocasiones se esfumaban tan rápidamente que era necesario aferrarse en seguida a una decisión. Eso le hacía a uno pensar; porque pensar es algo valioso que lograba resultados, por segunda vez en aquella noche tuvo Ralph que reajustar valores, Piggy sabía pensar… Ralph se había convertido ya en un especialista del pensamiento y era capaz de reconocer la inteligencia del otro"*. Otorgarse ese espacio mental para la elaboración de los propios conflictos psíquicos y encontrar relaciones extra-familiares de sostén y apoyo, donde aparece la diferencia del otro como un sujeto con su propio mundo interior, son tareas a las que está convocado el adolescente. Buscar un semejante diferente a sus progenitores con quien compartir secretos, deseos, incertidumbres, sin ser humillado ni cuestionado es esencial para construcción de una identidad: no hay identidad sin alteridad, la existencia de uno depende de la existencia de un otro.

La vida en la isla, pronto se hace incontrolable, los pequeños no obedecen, no ayudan, no cumplen normas, pero en las asambleas participan con sus miedos, miedos sobre los que se debate acaloradamente sobre si hay o no una fiera. Con el paso del tiempo, en la isla, "*el mundo, aquel mundo comprensible y racional, se escapa sin sentir. Antes se podía distinguir una cosa de otra,*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

pero ahora…y, además, el barco se había ido". La adolescencia supone la elaboración de duelos de aquellas pérdidas infantiles que aportaban seguridad al pequeño, situación que aboca al joven a la confusión y perplejidad, buscando referentes estables en el exterior que le aporte seguridad, estabilidad con la que poder dar continuidad a su propio yo. Intentarán que la caracola se mantenga como símbolo anónimo del orden a través del turno de palabra durante las asambleas. Si bien, la lucha entre los dos jóvenes, uno que puede moverse en un registro más simbólico y otro que se mueve en plano imaginario de la percepción, será cada vez más hostil. Ante la caracola del orden Jack exclama: "*¡al cuerno con las reglas! ¡Somos fuertes…cazamos!¡Si hay una fiera, iremos por ella!*", mientras que Ralph, más orientado hacia una realidad futura y en buscar soluciones a medio/largo plazo, empieza a inquietarse ante la anarquía de Jack: "*si toco la caracola y no vuelven, entonces sí que se acabó todo. Ya no habrá hoguera. Seremos igual que animales. No nos rescatarán jamás*". El enfrentamiento entre ambos, Jack y Ralph, por quién lidera al grupo va generar un conflicto sin solución a su alcance. Piggy y Ralph reflexionarán sobre cómo actuarían los adultos, "*cada uno se va por su lado y las cosas van fatal. En casa siempre había una persona mayor. Por favor, señor; por favor señorita y te daban la respuesta, ¡Cómo me gustaría!, los mayores saben cómo son las cosas, no tiene miedo a la oscuridad. Aquí se habrían reunido a tomar el té y hablar. Así lo habrían arreglado todo*". Actualmente, la pérdida de referentes y valores lleva a una desorientación tanto de los padres como de los hijos. En la sociedad individualista en la que vivimos, predomina la falta de una ética social o legalidades compartidas, somos testigos de políticos corruptos impunes ante sus delitos, de adultos con comportamientos adolescentes que contradicen lo que posteriormente intentan inculcar a sus hijos, transmitiéndose la idea de que se puede hacer todo lo que se quiera, pero que no te pillen en tu transgresión, invadiéndonos la sensación de que no hay normas ni leyes, imperando un "sálvese quien pueda" en una carrera sin fin por la vida y el bienestar individual. Olvidándonos de que un mundo protector, confiable y predecible se construye desde una legalidad compartida que anule la arbitrariedad de las normas.

Ante las pesadillas, los miedos, las quejas de los más pequeños que aumentan con el pasar de los días, los cazadores se proponen "*dar cacería a la fiera"* que les aterroriza tanto y contra la que urge protegerse. Fiera que algunos creen haber visto pero nunca saben decir cómo es exactamente, si bien tras ver a uno de los adultos muertos en la noche en lo alto de la montaña y en la oscuridad, lo interpretarán como el monstruo que habita y vigila la isla. Será en la montaña donde se hacía el fuego, pero, ante lo desconocido, se decide desde entonces no volver a subir y se quedarán en la playa, constantemente en busca de una seguridad ante algo que no se sabe qué es, pero de lo que hay que defenderse imperiosamente. El sentimiento de inseguridad es el que predomina en los jóvenes, si bien las estrategias defensivas difieren enormemente, Ralph reflexiona sobre sus miedos, acepta sus debilidades, "*somos muy valientes mientras es de día. ¿Pero después? Y ahora está ahí agachado junto a la hoguera, como si quisiera impedir que nos rescatasen…Ya no habrá ninguna hoguera de señal…estamos perdidos; ¿Y mis cazadores qué?* pregunta Jack, *son niños armados con palos"* le responde Ralph, lo que el cazador vive como un ataque a sí mismo, como otra humillación, como una realidad que le deja desnudo ante su propia vulnerabilidad y su angustia, herida narcisista de la que se defenderá con venganza y hostilidad hacia quién en el fondo envidia: Ralph, "*no sabe cazar. No nos habría conseguido carne. No es ningún perfecto, y no sabemos nada de él. No hace más que dar órdenes y espera que se le obedezca porque sí. Venga a hablar".* Ante tal humillación y para salvaguardar su yo ideal, Jack necesitará un enemigo para el grupo, para reforzar la identidad grupal y la cohesión del grupo. Se borrarán las diferencias entre los de su grupo sostenido en un ideal y se marcará la diferencia con los que puede ser una amenaza para su falso yo. *Todos somos el mismo contra el enemigo*, no se acepta la ambivalencia entre lo bueno y lo malo, el mundo se escinde, proyectando lo amenazante fuera, y a su vez, se busca la fusión con el otro desde el anonimato grupal para sostener un yo purificado sin fisuras, regreso ficticio al paraíso infantil. Como nos señala Francisco Pereña, *"el humano es*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

dependiente del otro humano, a él confía su angustia y salvación. A él confía, en suma, su identidad… Los humanos, así asustados, se alían entre sí y forman esas aglomeraciones de temerosos que son los grupos, donde cada cual quiere descansar de su extravío por medio de una alianza que le dé la compensación del sentido y la identidad. Pero dicha alianza no puede sostenerse, como ya nos enseñara Plutarco, si no es frente a un enemigo externo" (Pereña, 2011). El predominio de una sociedad individualista potencia que los niños sean educados en la idea de que el otro es un competidor, un adversario contra el que luchar para ser el mejor de todos, se premia la autosuficiencia frente a la cooperación; las relaciones vinculares se transforman en relaciones de consumo, sin compromiso, de usar y tirar, como nos señala Bauman: *"El retroceso de las habilidades de sociabilidad se ve fogoneado y acelerado por la tendencia, inspirada por el modelo de vida consumista dominante, a tratar a los otros seres humanos como objetos de consumo según la cantidad de placer que puedan llegar a ofrecer, y en términos de «costo y beneficio». A lo sumo, los otros son valuados en tanto compañeros-en-la-esencialmente-solitaria-tarea del consumir, compañeros de las alegrías consumistas, cuya presencia y activa participación pueden intensificar dichos placeres"* (Bauman, 2005), relaciones reducidas a conexiones que lejos de eliminar las insatisfacciones de la vida, las aumenta al no construirse un espacio compartido con el otro para metabolizar o transformar lo insoportable en un malestar tolerable y manejable.

Tras la última humillación sentida por Jack, al devolverle su pequeñez e impotencia de ser simplemente un niño con un palo provoca su huida, *"me voy por mi cuenta, que atrape él sus cerdos. Si alguien quiere cazar conmigo, puede venir también",* se proclama jefe de su grupo, siendo el único objetivo la caza. Los cazadores se viven como autosuficientes, completos, pero ante la amenaza constante de la fiera, por lo que Jack propone "*cuando matemos algo le dejaremos un trozo a ella. Así, a lo mejor no nos molesta"*, aparece el pensamiento mágico en busca de protección. Sobre una lanza clavan una cabeza de jabalí como un tótem que les proteja de los males que ellos mismos no pueden gestionar ni eliminar, ya que lejos de estar en el exterior, están en el interior de ellos, pero los proyectan fuera como una forma de dominarlos, acotarlos, defensa como la segunda piel, la "*careta de pintura, con la que se sentían libres de vergüenza y timidez"*. La cabeza de jabalí como tótem protector, pinturas en el cuerpo para representar el rol de cazador, hacen referencia a la propia inseguridad al verse en una situación para la que no tienen recursos yoicos suficientes, devolviéndoles constantemente al sentimiento de desamparo con el que nace el ser humano. *"¡Que ilusión pensar que la Fiera era algo que no se podía cazar, ni matar!-dijo la cabeza. Durante unos momentos, el bosque y todos los demás lugares apenas discernibles resonaron con la parodia de una risa-. Tú lo sabías, ¿verdad? Que soy parte de ti. ¡Caliente, caliente, caliente! ¿Qué soy la causa de que todo salga mal? ¿De que las cosas sean como son?".*

Jack, alejado de su pasado de ser el mejor inglés, director de la coral de la escuela, con una disciplina casi militar, es cada vez más salvaje, cazador que aparece pintado y enguirnaldado, sentado como un ídolo frente a sus súbitos, ofreciendo carne a los ahí presentes fruto de la cacería y símbolo de su poderío, "*su voz indicaba una amenaza, nacida de su orgullo de propietario, amenaza de violencia"*, de dominio y posesión. El otro individual deja de existir, no se acepta que el otro sea sujeto y objeto a la vez, no se acepta la ambivalencia de las relaciones por el riesgo al abandono. F. Pereña a propósito de los trastornos "del" límite nos recuerda como *"el no ver en el objeto su carácter ineludible de sujeto, concita el empuje a la manipulación de los demás para convertirlos en meros objetos de uso, a veces incluso hasta el asesinato, sin que pueda así pensar o comprender el deseo del otro y que el encuentro o el consuelo del afecto proviene de ese extender la mano que cada sujeto lanza en la oscuridad a la búsqueda de otra mano"* (Pereña, 2011). Jack, sentado como dios terrenal pregunta a los asistentes *"¿quién se va a unir a mi tribu?",* tribu que se inaugura con una danza alrededor del fuego, "*el movimiento se hizo rítmico al perder el cántico superficial de animación original y empezar a latir con pulso fuerte… Era el aliento y el latido de un solo organismo"*, las diferencias e individualidades desparecen tras

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

esa excitación maniaca que conllevará el primer asesinato de la tribu, asesinato que se negará, como si nunca hubiera ocurrido, todo aquello que represente fragilidad y vulnerabilidad para el sujeto será negado. Piggy y Ralph, nuestra pareja compañera, pondrán en palabras lo que los demás hacen como si no hubiera acontecido, un asesinato y la muerte de un semejante. El propio Ralph empieza a tomar conciencia de cómo sus miedos son los que les llevan a una crueldad y una violencia sin límites: "*estoy aterrado de nosotros. Quiero irme a casa, el aire estaba cargado de cosas inconfesables*".

Mientras Ralph y Piggy reflexionan, elaboran e intentan comprender lo sucedido, la tribu empieza a organizarse con puestos de vigilancia contra los extraños, extraños que, por no estar ya en ella y a pesar de haber sido compañeros de las primeras penurias, son identificados como enemigos para la tribu: "i*ntentarán estropear todo lo que hagamos*", dice imperativamente Jack a los guardianes. Para tener el poder absoluto, Jack necesitará las gafas de Piggy para el fuego y así legitimarse ante los demás como un ser completo y purificado libre de inseguridades. Para obtener el supuesto poder de Ralph, el fuego, los cazadores atacarán a los del sentido común, les arrebatarán las gafas de forma violenta y cruel. Por lo que Ralph y Jack tendrán su última pelea cara a cara, en una escena actuada: "*chocaron uno contra el otro y el propio choque los separó. Jack lanzó un puñetazo a Ralph que le llegó a la oreja. Ralph alcanzó a Jack en el estómago y le hizo gemir. De nuevo quedaron cara a cara, jadeantes y furiosos, pero sin impresionarse por la ferocidad del contrario*". Durante la pelea cuerpo a cuerpo, Piggy, el compañero fiel de Ralph, es asesinado cruelmente por los vasallos de Jack arrojándole una piedra: "*la roca dio de pleno sobre el cuerpo de Piggy, desde el mentón a las rodillas; la caracola estalló en un millar de blancos fragmentos y dejó de existir… El silencio aquella vez fue total… bruscamente, Jack se separó de la tribu y empezó a gritar enfurecido: ¿Ves? ¿Ves? ¡Eso es lo que te espera!... ¡Soy el jefe! Con la maldad, con la peor intención, arrojó su lanza contra Ralph… Ralph estuvo a punto de desvanecerse, más por el pánico que por el dolor, y la tribu, que gritaba ahora con la misma violencia que su jefe, se abalanzó hacia él. Obedeciendo a un instinto hasta entonces ignorado por él, giró bruscamente hacia el descampado y las lanzas se perdieron en el espacio… ¿No podrían actuar como si aún fueran niños, colegiales que en otro tiempo decían las cosas de "señor, sí, señor" y llevaban gorras de uniforme?, ¿qué había hecho yo? Me era simpático…y yo sólo quería que nos vinieran a rescatar*", reflexionaba Ralph mientras se escondía de la cacería. Esta vez de la cacería humana, él era la presa, no había escapatoria, "*el miedo y la soledad le aguijonearon*", sin nadie que le auxiliara, pero era vivir o morir fruto del odio de Jack, que escondido tras su máscara de pintura y su tribu ya no era un niño con un palo. En este juego del hambre, mientras Ralph corre sin destino ninguno llega la ansiada salvación de un adulto: "*su voz se alzó bajo el negro del humo, ante las ruinas de la isla, y los otros muchachos, contagiados por los mismos sentimientos, comenzaron a sollozar también. Y en medio de ellos, con el cuerpo sucio, el pelo enmarañado y la nariz goteando, Ralph lloró la pérdida de la inocencia, las tinieblas del corazón del hombre y la caída al vacío de aquel verdadero y sabio amigo llamado Piggy. El oficial, rodeado de tal expresión de dolor, se conmovió, algo incómodo. Se dio la vuelta para darles tiempo de recobrarse y esperó, dirigiendo la mirada hacia el espléndido crucero, a lo lejos*. Así es como finaliza la novela, con la primera reacción del adulto esperado, con la retirada de su mirada ante el sufrimiento de los pequeños, quizá por pensar que sólo había sido un juego de niños, negando la vulnerabilidad de nuestros protagonistas en un escenario lleno de incertidumbres y desafíos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bauman, Z. (2003). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos.* Madrid: Fondo de Cultura Económica (Org. 2003).

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Bauman, Z. (2015). *Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre.* Barcelona: Tusquets Editores (Org. 2007).

Dolto, F. (1996). *La causa de los niños.* Barcelona: Paidós (Org. 1986).

Dolto, F. (2004). *La causa de los adolescentes.* Barcelona: Paidós (Org. 1990).

Feduchi, L.M. (1995). El adolescente y la violencia. Reflexiones clínicas. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 19-20,* 47-58.

Golding, W. (2011). *El señor de las moscas.* Madrid: Alianza Editorial (Org. 1972).

Janin, B. (2010). Patologías graves en la adolescencia. Los que desertan. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 50,* 241-257.

Janin, B. (2014). *El sufrimiento psíquico en el niño.* Buenos Aries: Noveduc (Org. 2011).

Jeammet, P. (1995). La adolescencia y sus trastornos en la identidad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 19-20,* 161-177.

Lasa, A. (2016). *Adolescencia y Salud Mental.* Madrid: Grupo5

Manzano, J. y Palacio Espasa, F. (2008). *La dimensión narcisista de la personalidad.* Barcelona: Herder (Org. 2005).

Olmos, T. (2000). La actuación como expresión de una perturbación en la construcción de la identidad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescente, 30*, 21-35.

Pereña, F. (2011). *Cuerpo y agresividad.* México: Siglo XXI Editores.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA RE-CONSTRUCCIÓN DE LA HISTORIA VITAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ADOPTADOS EN UNA UNIDAD TERAPÉUTICA EDUCATIVA*

NURSING CARE TO REBUILD THE LIFE HISTORY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS ENRROLLED IN THERAPEUTIC AND EDUCATIONAL UNIT

Itxaso Santamaría Sanz ** y Ana Fernández Cagigas ***

RESUMEN

El vínculo del apego ha demostrado ser de gran importancia para la construcción de las relaciones sociales y afectivas. Hay situaciones traumáticas tempranas, como la adopción, consideradas factores precipitantes que pueden alterar el proceso de formación de vínculos estables. La adopción es un hándicap en el desarrollo psico-afectivo de los menores que pueden ser generadoras de conflictiva difícil de elaborar y como resultado alterar la formación de vínculo.

En la Unidad Terapéutica Educativa (UTE) de Ortuella, Bizkaia, cada vez son más los casos de adopción asociados a patología mental grave que deriva en dificultades importantes para vincularse, tanto a nivel familiar, escolar y social.

Por ello, creemos relevante estudiar en el contexto de Estructuras Intermedias de Salud Mental infanto-juvenil, las complicaciones en torno a las relaciones que pueden derivarse tras los procesos adoptivos con el objetivo de identificar aquellos factores protectores que puedan ayudar al niño o adolescente a un desarrollo adecuado.

Palabras clave: Adopción, trastorno mental grave, salud mental infanto juvenil, habilidades de interacción social, enfermera salud mental.

ABSTRACT

The bond of attachment has proved to be of great importance for the construction of social and affective relationships. There are early traumatic situations, such as adoption, considered precipitating factors that can alter the process of forming

---

* Trabajo presentado en el XXX Congreso Nacional SEPYPNA y VIII Europeo de la AEPEA celebrado en Bilbao los días 26-28 de abril de 2017.

**Enfermera Salud Mental. Unidad Terapéutica Educativa de Ortuella. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza. *itxaso.santamariasanz@osakidetza.eus*

*** Enfermera Salud Mental. Unidad Terapéutica Educativa de Ortuella. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza. *anamaria.fernandezcagigas@osakidetza.eus*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

stable bonds. Adoption is a handicap in the psycho-affective development of minors that can be difficult to generate conflicts and as a result alter link formation.

In the Educational Therapeutic Unit of Ortuella, Bizkaia, there are more and more cases of adoption associated with severe mental pathology that results in significant difficulties to be linked, both at the family, school and social levels.

Therefore, we believe it is important to study in the context of Intermediate Structures of Child and Adolescent Mental Health, the complications related to the relationships that may arise after the adoptive processes in order to identify those protective factors that can help the child or adolescent to develop suitable.

Keywords: Adoption, severe mental disorder, mental health for children and adolescents, social interaction skills, mental health nurse.

ANTECEDENTES

En los últimos años, los procesos de adopción, especialmente la adopción internacional, están aumentando de manera acelerada. En la adopción se dan, en la gran mayoría de casos, vivencias traumáticas que impactan en el desarrollo cognitivo, emocional y social: negligencia, abandono, maltrato, institucionalización, desamparo…

A pesar de esto, el estudio de la relación entre la adopción y el establecimiento del apego es relativamente reciente. Uno de los primeros estudios al respecto, realizado por Borders et al. (2000), pone de manifiesto que el porcentaje de niños con estilo de apego inseguro era mayor en el grupo de niños adoptados, concretamente el 15% de los niños adoptados frente al 4% de los no adoptados. Resultados similares encontraron Fenney et al. (2007) utilizando *Relationships Questionnaire* para estudiar el vínculo del apego.

Otras investigaciones han puesto de manifiesto que la adopción tardía (posterior a los 6 primeros meses de vida) es una experiencia altamente perjudicial para el desarrollo afectivo posterior de los niños. En este sentido Singer, Brodzinsky y Ramsay (1985) describen en una investigación longitudinal de niños adoptados más tarde de los 6 ó 7 meses, que mostraban evidencia de desajuste socioemocional (Junquera, López, García y García, 2011). La mayoría de los datos sobre el estado de la vinculación afectiva temprana de los niños adoptados parece indicar que la adopción es un factor que incrementa las probabilidades de generar un vínculo de apego inseguro, pero otras investigaciones subrayan la falta de datos significativos para afirmar que la relación entre estos dos factores sea directa. La adopción propicia una serie de situaciones específicas que favorecen la generación de este vínculo. Algunas situaciones estudiadas al respecto son: la falta de estimulación afectiva temprana, la conciencia de ser adoptados que tengan estos niños o las experiencias de la primera infancia (Junquera et al., 2011). Otros estudios se centran en las figuras de cuidado y la influencia que pueden ejercer en la transformación de un vínculo inseguro en vínculo seguro. La posibilidad de vinculación y reparación pasa por la experiencia de confianza básica, que se genera a partir del ejercicio de las funciones parentales en términos de calidez, contención, sensibilidad, flexibilidad, apoyo incondicional y dedicación (Juffer, Van IJzendoorn y Palacios, 2011).

La adopción y la vivencia de nuevas experiencias positivas en el seno de la familia adoptiva ponen en funcionamiento una serie de mecanismos de protección capaces de amortiguar el impacto de la adversidad inicial y redirigir una trayectoria evolutiva previamente amenazada (Reinoso Bernuz, 2013).

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

En la Unidad Terapéutica Educativa (UTE) de Ortuella, Bizkaia, cada vez son más los casos de adopción asociados a patología mental grave que deriva en dificultades importantes para vincularse, tanto a nivel familiar, escolar y social.

Por ello, creemos relevante estudiar en el contexto de Estructuras Intermedias de Salud Mental infanto-juvenil, las complicaciones en torno a las relaciones que pueden derivarse tras los procesos adoptivos con el objetivo de identificar aquellos factores protectores que puedan ayudar al niño o adolescente a un desarrollo adecuado.

INTRODUCCIÓN

La influencia de la separación afectiva temprana en niños y cómo afectan en su desarrollo ha sido objeto de numerosos trabajos de investigación.

J. Bolwlby (1989) fue pionero en publicaciones sobre la teoría del apego y además, realizó estudios centrados en el desarrollo infantil. El vínculo del apego ha demostrado ser de gran importancia para la construcción de las relaciones sociales y afectivas. Bolwlby detalla como la formación de este vínculo es un proceso en el que es necesario tener en cuenta múltiples factores e interacciones. Afirma que esta relación comienza a forjarse en torno a los 6 meses de vida a través de las interacciones recíprocas entre los cuidadores y el bebé. El proceso de formación es complejo, ya que, a través de las actuaciones de los cuidadores el bebé se va formando una representación interna de la relación que les une y las consecuencias de esta relación, permitiéndole anticiparse al comportamiento de sus padres y actuar en consecuencia (Junquera et al., 2011).

Sin embargo, hay situaciones traumáticas tempranas, consideradas como factores precipitantes, que pueden alterar el proceso de formación de vínculos estables.

La adopción se considera un hándicap en el desarrollo psico-afectivo de los menores que pueden ser generadoras de conflictiva difíciles de elaborar y como resultado alterar la formación de vínculo.

En las investigaciones de los últimos años se ha puesto de manifiesto que la adopción constituye un factor de riesgo que promueve el desarrollo de vínculos de apego ambivalentes (Borders, 2000). La permanencia desde edades tempranas en instituciones en las que no existe una figura de apego estable pueda ser una de estas circunstancias que ponen en peligro el desarrollo afectivo temprano.

Niños y adolescentes con una larga historia de desamparo, hechos traumáticos en la primera infancia, procesos de abandono y pasaje por instituciones, situaciones de dolor y resentimiento, con figuras de cuidado que no permanecen en el tiempo, intermitentes que imposibilitan la construcción de lazos y vínculos estables, seguros y sanos. En general, presentan una sintomatología propia de los niños con carencias afectivas que han sufrido experiencias abandónicas, dando lugar a una patología grave relacionada con fallos importantes en la constitución de su psiquismo (Monserrat y Muñoz, 2010).

Este trabajo de carácter retrospectivo pretende dar una visión de los últimos 8 años de trabajo en la Unidad Terapéutica Educativa (UTE) de Ortuella en relación al aumento de casos infanto-juveniles (6-16 años) atendidos con patología mental grave unida a procesos de adopción y la capacidad observada en los niños y adolescentes para establecer lazos afectivos, estructurales y rectificadores de experiencias traumáticas, favorecedoras del despliegue de la potencialidad de vida con la que cuenta cada ser humano (De Fina, 1997).

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

OBJETIVO

Analizar las capacidades de los niños adoptados para establecer lazos afectivos, estructurales y rectificadores de experiencias traumáticas, favorecedoras del despliegue de la potencialidad de vida con la que cuenta cada ser humano.

HIPÓTESIS

La permanencia de niños y adolescentes adoptados de al menos un curso escolar en la UTE Ortuella se relaciona con un cambio significativo en la vinculación y la disposición para mejorar las relaciones.

CARACTERÍSTICAS ASISTENCIALES DE LA UTE

En la UTE el trabajo que se realizada diariamente es con la palabra y las relaciones en distintos talleres. Es la combinación de estos tres instrumentos como se va construyendo la unidad terapéutica. La palabra y el silencio como posibilidad de poder expresar sentimientos, preocupaciones, ilusiones, ideas… Las relaciones y las no relaciones que durante el día se producen entre iguales y con los adultos que forman el equipo terapéutico. Los talleres diversos que ofrece la unidad posibilitan desde la función de 'objeto' que se puedan dar la palabra y las relaciones. Los talleres son diversos, se participa según los intereses y la disponibilidad del taller. Se intenta trabajar lo particular frente a lo general. Se intenta respetar los tiempos individuales, sin proponer actividades o encuentros que los puedan vivir como una invasión. Algunos son: cocina, educación física, eskulanak-trabajos manipulativos, música, pintura-taller de creatividad, comedor, juego, taller de la palabra, lego, huerta… Otros espacios de relación y de palabra son las terapias individuales y grupales.

A lo largo del día el Niño/ Adolescente puede desde su presencia y participación en sus actividades experimentar sus capacidades, poner palabras a sus dificultades y encontrar una puerta personal de salida de aquellos núcleos de conflictos que le traen a la unidad. También los talleres son espacios de observación en dos direcciones: por un lado los adultos pueden observar a los pacientes/alumnos, sus relaciones, sus progresos personales, las dificultades en las relaciones, etc., y por otro, los niños y adolescentes pueden observarse a sí mismos a través de otros. Dicho de otra manera, estos espacios de relación permiten al sujeto observarse o sentirse en espejo con sus compañeros. Las áreas de conflicto resultan más fáciles de identificar y reconocer en el otro que en uno mismo.

Se trata de crear el gusto por el saber y que se pueda disfrutar en compañía. A través de estas experiencias grupales, el alumno adquiere confianza en sus capacidades de relación, generando una seguridad interna, un placer en el funcionamiento mental, que posteriormente podrá trasladar al registro escolar. (Manzano, J. 2002).

Desde el inicio de la estancia se observan las dificultades para hacer un lazo social. Temen las relaciones afectivas con los otros, porque continuamente se activa la amenaza y /o invasión del otro. Y estos a la vez coexisten con un deseo de relación y de contención. Los pacientes/alumnos necesitan una relación estable, de confianza y con garantía, en la que a través de los diferentes encuentros puedan confiar y evolucionar. El problema es el vínculo y el vínculo es la solución. (Lasa, A, 2001).

En este trabajo en la UTE, la enfermería tiene en rol, transversal tanto en los talleres, en los espacios terapéuticos y en la consulta de enfermería. Una mirada enfermera nos pone en la interacción y las relaciones como núcleo central del cuidado en la enfermería. (Salazar y Martínez, 2008).

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

METODOLOGÍA

- Diseño: Es un estudio observacional naturalístico con una muestra incidental.
- Población diana: niños y adolescentes adoptados, en edad de escolarización obligatoria, con graves problemas psicopatológicos que no les permiten participar con una mínima garantía de éxito en las actividades escolares de su centro educativo y que les dificultan su integración social y familiar.
- Criterios de inclusión:
  - edad entre 6 y 16 años
  - adoptados
  - alumnado matriculado en un centro escolar de la Comunidad Autónoma País Vasco
  - patología mental grave atendido en la unidad de psiquiatría infanto-juvenil
    - Trastorno psicótico.
    - Trastornos graves de la personalidad.
    - Disarmonia evolutiva grave.
    - Otros trastornos que por su gravedad no pueden abordarse desde el Centro Salud Mental infanto-juvenil, ni en un entorno escolar normalizado.
  - importante dificultad de adaptación educativa, familiar y social
  - haber recibido el alta en la UTE
- Criterios de exclusión:
  - retraso mental
  - no residir en Bizkaia
  - diagnósticos de exclusión
    - Cuadros deficitarios severos.
    - Adicciones a tóxicos.
- Variables:

  A. Variable independiente: sexo, edad.

  B. Variables dependientes: las relaciones sociales con sus iguales evidenciando un progreso en los siguientes resultados de enfermería:
    - Habilidades de interacción social.
    - Soporte social.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

- Severidad de la soledad.

C. Otras variables: escolarización domiciliaria al ingreso en la UTE, tipo de adopción, tipo familia adoptante, adoptado con su hermano/a, familia adoptiva con hijo/a biológico, edad de adopción y expediente de caso activo en Diputación.

- Cálculo del tamaño muestral: al encontrarnos ante un estudio natural probabilístico las características de la UTE nos permite obtener durante los últimos 8 años de trabajo una n =10. Este tipo de estudios no nos permite conocer de antemano la magnitud del cambio que podemos esperar.

- Análisis estadístico: Para determinar si la distribución de la variable fue normal se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk. Para el análisis estadístico antes y después se utilizará la prueba t de Student de muestras relacionadas o Wilcoxon, como homólogo no paramétrico, cuando la distribución de la variable no fuese normal, con un intervalo de confianza del 95%. Se considerará significativo una $p<0.05$. El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS.

La recogida de los resultados a través de una herramienta específica de enfermería, Clasificación de Resultados de Enfermería NOC, nos ha permitido durante los últimos 8 años de trabajo en la UTE, una aproximación de la capacidad de re-construir los lazos afectivos, estructurales y rectificadores de experiencias traumáticas, capaces de generar estos niños y adolescentes adoptados.

Dicha herramienta estandarizada de enfermería permite registrar un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medido a lo largo de un continuo utilizando una escala de medición. Esta es una escala Likert de cinco puntos con todos los resultados e indicadores. El formato de puntuación de los cinco puntos proporciona un número adecuado de opciones para demostrar la variabilidad del estado, conducta o percepción descrita por el resultado. La estructura de esta escala no exige el grado de precisión necesario para un formato de puntuación de 10 puntos. Puede utilizarse una puntuación diana para fijar un objetivo para el estado, percepción o conducta post intervención del paciente. También quiere decir que los resultados son neutros, es decir, no especifican el estado deseado. Esto mantiene la variabilidad del resultado y permite medir la situación del paciente en cualquier momento determinado. Esta puntuación del cambio puede ser positiva (aumenta la puntuación del resultado), negativa (disminuye la puntuación del resultado) o puede no haber ningún cambio (Moorhead, Johnson, Maas y Swanson, 2013).

Los datos serán analizados al ingreso y al alta.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

RESULTADOS

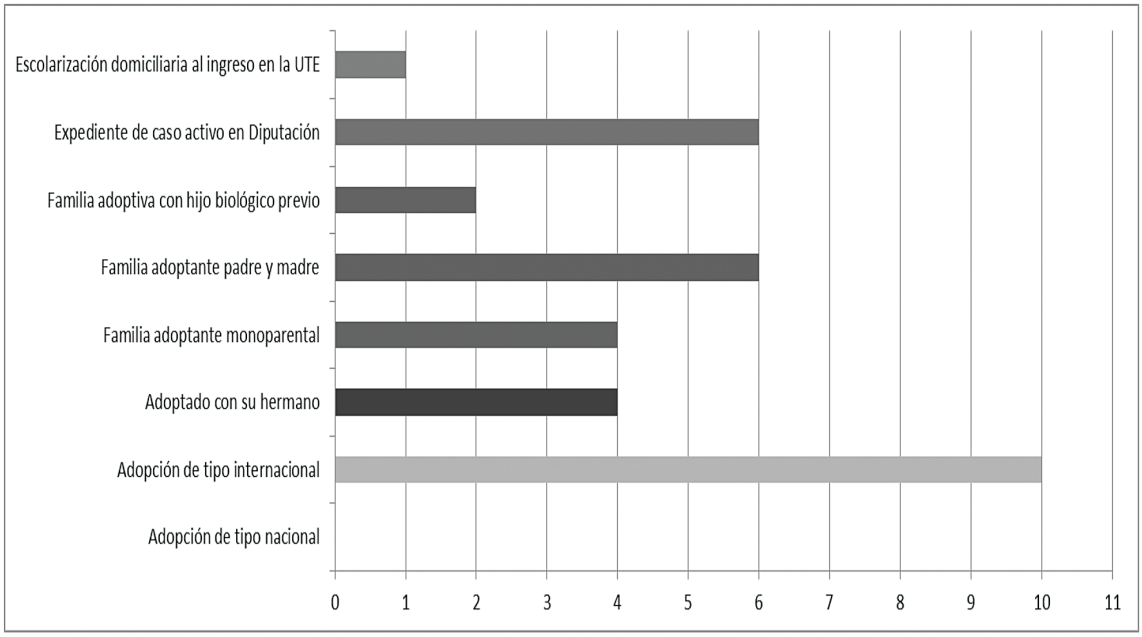
Tabla 1. Resultados. Results.

	Ingreso (N=10) Media(DE)	IC 95%	Alta (N=10) Media(DE)	IC 95%	Z t(gl)	Sig. (bilateral)
NOC: 1502 Habilidades de interacción social						
150203 Cooperación con los demás	2,10(,876)	1,47-2,73	3,10(,876)	2,47-3,73	-1,781	,075
150206 Afrontación si procede	2,20(,789)	1,64-2,76	2,70(,949)	2,02-3,38	-1,667	,096
150216 Utiliza estrategias de resolución de conflictos	1,70(,675)	1,22-2,18	2,70(1,059)	1,94-3,46	-2,157	,031*
NOC: 1203 Severidad de la soledad						
120306 Expresión de la pérdida debido a la separación de otra persona	3,30(1,337)	2,34-4,26	3,60(,966)	2,91-4,29	-,598	,550
120308 Expresión de no ser comprendido	2,90(1,449)	1,86-3,94	3,70(,823)	3,11-4,29	-1,513	,130
120312 Dificultad para establecer contacto con otras personas	2,30(1,059)	1,54-3,06	2,90(,876)	2,27-3,53	-1,387	,165
120313 Dificultad para superar la separación	2,00(,943)	1,33-2,67	2,90(1,197)	2,04-3,76	-2,041	,041*
120318 Dificultades para tomar decisiones	1,90(,994)	1,19-2,61	3,00(1,054)	2,25-3,75	-2,333	,020*
120324 Dolor	3,60(1,174)	2,76-4,44	3,30(1,059)	2,54-4,06	,758(9)	,468
120327 Depresión	4,30(,949)	3,62-4,98	3,70(,823)	3,11-4,29	-1,298	,194
NOC: 1504 Soporte social						
150405 Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas	2,80(,919)	2,14-3,46	3,50(1,354)	2,53-4,47	-2,111	,035*
150407 Refiere la existencia de personas que puedan ayudarle cuando lo necesita	2,60(,843)	2,00-3,20	3,60(1,350)	2,63-4,57	-2,332	,020*
150408 Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas	2,10(,316)	1,87-2,33	3,20(1,135)	2,39-4,01	-2,232	,026*

Nota: * p< .05. DE: Desviación estándar. Z: Prueba de Wilcoxon. t(gl): t de student (grados de libertad).

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Gráfico 1. Otras variables estudiadas. Other variables studied.



El 90% (n=9) eran varones y la media de edad al ingreso en la UTE fue de 12,8 años, siendo 4,4 la media de edad en el momento de la adopción.

El 100% (n=10) de los casos la adopción fue internacional siendo una adopción monoparental en el 40% (n=4), el 40% (n=4) fue adoptado con su hermano/a y la familia adoptiva tenía hijo/a biológico previo en el 20% (n=2) de los casos.

Al ingreso en UTE un 10% (n=1) recibía escolarización domiciliaria y el 60% (n=6) tenía expediente de caso activo en Diputación.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

DISCUSIÓN

Los resultados adquiridos tras el análisis estadístico (tabla 1) nos dan cierta perspectiva de la situación de los últimos 8 años de trabajo en la UTE. A continuación subrayamos ciertos aspectos relevantes:

En el NOC 1502 Habilidades de interacción social obtenemos como resultado un cambio estadísticamente significativo en el indicador Utiliza estrategias de resolución de conflictos. Esta cuestión la relacionamos con que a su llegada dichas estrategias de resolución están bloqueadas, tanto por desconocimiento y/o por su incapacidad de utilización. Los conflictos, como anteriormente hemos dicho, se dan en las relaciones con los otros, ya sean iguales o adultos.

Consideramos que los niños y adolescentes de nuestro estudio se pueden permitir afrontar los conflictos que pueden surgir en la relación con los demás cuando el sujeto poner al trabajo terapéutico su historia de adopción: con sus dificultades para la separación, la dificultad para la toma de decisiones, el dolor experimentado de haber sido abandonado y los aspectos depresivos que todo esto conlleva.

En la medida que el adoptado se considera como sujeto, se puede consentir considerar la existencia de otro sujeto; estas dos existencias son en la relación.

En el NOC 1203, llamado Severidad de la soledad, se han obtenido varios cambios estadísticamente significativos.

Por un lado, asociamos los resultados obtenidos en el indicador Dificultad para superar la separación y el indicador Dificultades para tomar decisiones. Consideramos que el poder tomar decisiones en los niños adoptados, está directamente relacionado con la posibilidad psíquica de poderse separar.

La primera separación en la adopción, fue traumática, como una fisura que no ha podido tener vuelta. Esto suele dejar un recuerdo psíquico inconsciente que lleva a los adoptados a repetir este modelo de separación aun difícil de elaborar.

En la medida que el adoptado es capaz de experimentar otras separaciones vitales, con características distintas a la primera, el psiquismo puede comenzar a incorporar experiencias de seguridad de no ser de nuevo abandonado en las relaciones.

De todos es sabido que la vida es un equilibrio entre relaciones y separaciones que permiten tomar decisiones. Cuando para el adoptado las separaciones cotidianas se convierten en experiencias semejantes al abandono inicial queda atrapado en un dolor y un sufrimiento tan grande que el sujeto queda bloqueado, impidiendo poder tomar decisiones.

La UTE, como lugar de estancia, por sus características anteriormente mencionadas, posibilita experimentar vinculaciones y tomar decisiones. El sujeto tiene un lugar central para poder hacer y decir. Como sujeto activo puede experimentar "si puedo y quiero, no puedo" y la forma de trabajo permite poder hablar de ello o permanecer en un silencio que los adultos acompañan.

Por otro lado, se observan cambios sustanciales en los indicadores Dolor y Depresión, siendo la DE superior al ingreso que al alta, indicándonos que tanto el dolor como los síntomas depresivos se manifiestan con más claridad tras realizar un tiempo en la UTE. La estructura específica de trabajo en la unidad permite en un primer tiempo que los sujetos puedan desprenderse de esas barreras defensivas que tienen anestesiado el dolor. El malestar psíquico de estos niños y adolescentes generalmente adquiere una vía de exteriorización conductual con comportamientos auto y heteroagresivos. La presencia de dolor y de sintomatología depresiva como por ejemplo, la tristeza, pérdida de la libido, el aburrimiento, etc. se consideran otra vía de expresión diferente, la cual permite un acercamiento y un acompañamiento distinto con el menor.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

El cambio de valor numérico de ambos indicadores nos proporciona información sobre la evolución favorable del sujeto.

El re-surgimiento del dolor les sitúa en posición de búsqueda de cuidados y la sintomatología depresiva está asociada a la necesidad de la re-construcción de su historia, trabajo que cada persona realiza a lo largo de la vida y que en el momento adolescente es fundante.

Ambas situaciones tienen como resultado una actitud activa de su propio proceso. Consideranos que esta nueva situación es la puerta de entrada a la re-construcción de aspectos relacionados con la adopción que requiere de una continuidad terapéutica al alta de la UTE.

Para finalizar incluimos esta observación que aúna los cuatro indicadores de la Severidad de la soledad: el trabajo que realizamos en el equipo de la UTE está permitiendo al adoptado experimentar un dolor depresivo que permanece unido a permitirse decidir en las relaciones con los demás.

El NOC 1504 Soporte Social y sus tres indicadores específicos nos indican que los cambios producidos son estadísticamente significativos (*). Este resultado NOC de enfermería llamado Soporte Social es, por definición, ayuda fiable de los demás. La adopción, por definición, significa que el primer vínculo vital fue roto, siendo el adoptado sujeto pasivo de la ruptura.La utilización de dicho resultado nos ha permitido medir relaciones externas del individuo, como por ejemplo la ayuda proporcionada por otras personas, que en muchas ocasiones son incapaces de percibir. Esta incapacidad, muy asociada con esas vivencias traumáticas que marcan la infancia de los niños adoptados, da lugar a una desconfianza con el mundo, y una imposibilidad de vinculación con él. Para muchos, el "Otro" lleva incluido una amenaza de abandono. A estos niños y adolescentes les cuesta sentir el exterior como algo fiable en lo que poder confiar. El modo de "trabajo en red" de la UTE trata de dar un lugar distinto a los niños y adolescentes. El poder acompañarles sin sentirse invadidos, la continuidad y la permanencia sin ser abandonados de nuevo, permite crear una atmósfera en la que se tiene en cuenta la particularidad del sujeto teniendo presente que lo que importa es su propia palabra, lo que él tenga que decir, aunque no sepa cómo hacerlo (Peckel y de Halleux, 2003). La confianza y seguridad de que se les va atender, pase lo que pase, son premisas fundamentales para que cada uno entienda que tienen un lugar. Estos aspectos son imprescindibles para el cambio observado.

Teniendo en cuenta los datos recogidos en el gráfico 1 observamos que:

El 90% (n=9) eran varones.

La media de edad al ingreso en la UTE fue de 12,8 años. Estos datos relacionados con la edad de los sujetos a estudio nos sugieren que la media de edad 12,8 años al ingreso nos sitúa en el inicio de la adolescencia. Conocemos que en la adolescencia prima la necesidad de re-construcción de su historia, trabajo que cada persona realiza a lo largo de la vida y que el momento adolescente es fundante. Hay que considerar que los sujetos adoptados también realizan esta tarea de re-construcción de su historia que lleva intrínseca su adopción (búsqueda de los padres biológicos, la identidad del país, las causas del abandono, la diferencia racial, etc.).

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Otra variable sugerida en nuestro estudio es la edad de adopción que se sitúa en los 4,4 años. En los antecedentes hemos incluido un estudio realizado por Singer, Brodzinsky y Ramsay (1985) donde se describe una investigación longitudinal de niños adoptados más tarde de los 6 ó 7 meses, donde se concluía que estos mostraban evidencia de desajuste socioemocional (Junquera et al., 2011). En nuestro caso la edad de adopción 4,4 años (52 meses) es considerablemente mayor en referencia al estudio citado. Este factor real de riesgo de desajuste socioemocional afirmamos que está presente a la llegada a la unidad mejorando durante su estancia en la UTE. Esta evolución favorable está reflejada en los resultados obtenidos en la tabla 1.

En el 100% (n=10) de los casos la adopción fue internacional siendo una adopción monoparental en el 40% (n=4), el 40% (n=4) fue adoptado con su hermano/a y la familia adoptiva tenía hijo/a biológico previo en el 20% (n=2) de los casos.

Únicamente un 10% (n=1) recibió atención domiciliaria al ingreso en Unidad Terapéutico Educativa y el 60% (n=6) tenía expediente de caso activo en Diputación al ingreso en la UTE.

CONSIDERACIONES FINALES

La situación actual de nuestros conocimientos y nuestras prácticas en relación con la adopción es tan inaugural, que estamos aún en la fase en que las preguntas se acumulan con mucha mayor velocidad que las respuestas. Sería deseable que pronto pudiéramos contar con un equilibrio entre los dos cuestiones, puesto que el aumento acelerado de casos de adopción entre nosotros nos seguirá planteando importantes y numerosos problemas para los que necesitaríamos tener una respuesta adecuada y eficaz.

La adopción per se no es generadora de patología, pero debemos considerar que el hecho de ser adoptados se inscribe como una complejidad en la historia del sujeto, singular y con algunas características específicas, observadas a través de la clínica que debemos tener en mente.

Si al ser adolescente se le añade ser adoptado a una edad tardía, queda constatado unas amplias dificultades psíquicas en las relaciones, en el hogar, en la escuela, etc. lo que implica tener abierto un expediente en menores de Diputación.

Tendríamos que pensar en recursos que puedan acompañar terapéuticamente y con intensidad las dificultades psíquicas del menor y su familia adoptiva.

Durante la estancia en la UTE el adoptado ha iniciado un proceso terapéutico de re-construcción de su historia vital. Consideramos que no puede ser interrumpido y que requiere de una continuidad al alta en otras estructuras terapéuticas. Si es posible estas estructuras tendrían que disponer de recursos para poder acompañar a la familia y al sujeto adoptado a seguir con su historia de vida.

Algunos estudios han encontrado asociaciones significativas entre la sensibilidad de los cuidadores y la seguridad emocional de los niños (Ijzendoorn y Sagi, en Carbonell, 2013), por lo que se considera sumamente importante trabajar con los cuidadores a cargo de los niños, que en definitiva son los que configurarán los vínculos más cercanos con ellos.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

LIMITACIONES

No podemos considerar ni las intervenciones clínicas ni las educativas llevadas a cabo en la UTE de Ortuella como herramientas estandarizadas ya que no siguen un marco general ni concreto de actuación. Diversos profesionales, cada uno desde su especificidad y función profesional, intervienen a modo de equipo multidisciplinar. Cada disciplina, cada práctica, encuentra sus propios límites al trabajar en este campo. Y son estas imposibilidades las que conviene compartir para mentalizar y decidir la estrategia más pertinente al caso. Lo que supone un obstáculo para cada miembro del equipo debe ser motivo de reflexión para el conjunto (Solana, 2010).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carbonell, O. (2013). La sensibilidad del cuidador y su importancia para promover un cuidado de calidad en la primera infancia. *Ciencias Psicológicas, 7*(2), 201-207.

De Fina, E. (1997). El niño y el adolescente adoptivo. *Arch Arg Pediatr*, *95*, 143-145.

Juffer, F., Van IJzendoorn, M. H. y Palacios, J. (2011). Recuperación de niños y niñas tras sume adopción. *Infancia y Aprendizaje*, *34*, 3-18.

Junquera, C., López, J. J., García, P. y García, A. (2011). Desarrollo del vínculo del apego en situaciones de adopción: Revisión bibliográfica. Psicología Social – Comunitaria. (07/10/2017). Disponible en: *http://www.psicologiacientifica.com/vinculo-apego-adopcion*.

Lasa, A. (2001). El niño psicótico: su organización mental y su capacidad de relación. En: Jornada La relación terapéutica y la relación pedagógica con el niño psicótico, Centro de día Terapéutico -Educativo la Ola. Sondika, Bizkaia.

Manzano, J. (2002). Planteamientos Terapéuticos y Pedagógicos con el niño psicótico. En: Jornada La relación terapéutica y la relación pedagógica con el niño psicótico, Centro de día Terapéutico-Educativo la Ola. Sondika, Bizkaia.

Monserrat, A. y Muñoz, M. (2010). El abordaje terapéutico con familias adoptantes: nuevas formas de parentalidad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 50*, 5-22.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L y Swanson, E. (2013). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier - Mosby.

Peckel, B. y de Halleux, B. (2003). Hacer inexistir la violencia. *Cuadernos de Psicoanálisis. Revista del Instituto del campo Freudiano en España, 28,* 105-110.

Reinoso Bernuz, M. (2013). Ajuste psicosocial y vivencia de la adopción en niños/as adoptados/as internacionalmente. [Tesis doctoral]. Barcelona: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universitat de Barcelona.

Salazar, M. y Martínez, C. (2008). Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Av. Enfermería*, 26(2), 107-115.. Disponible en: *http://www.index-f.com/rae/262/sumario.php*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Solana, B. (2010). Atención integral a los trastornos mentales graves en la infancia. Centro de día terapéutico-educativo de Ortuella. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil de Sepypna, 50*, 181-196.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

¿POR QUÉ SE SIENTEN CULPABLES LAS MADRES? *

WHY MOTHERS FEEL GUILTY?

*Isabel Reyes de Uribe Zorita **, Ana Elúa Samaniego ***y Cristina Catalina Fernández ****

RESUMEN

El presente trabajo consiste en una reflexión basada en observaciones tanto del ámbito clínico como fuera de él acerca del sentimiento de culpa en la maternidad. El trabajo consta de tres partes: en primer lugar, un análisis del papel y la responsabilidad que se ha dado a la figura de la madre con las implicaciones que puede tener para el sentimiento de culpa; en segundo lugar, se presentan algunos de los conflictos actuales que surgen en la maternidad y, por último, un análisis, basado en casos clínicos, acerca de la culpa y la psicopatología.

Palabras clave: sentimiento de culpa, maternidad, conflictos actuales, conflictos estructurales.

ABSTRACT

This paper is a reflection of the guilt felt from Motherhood, taken from a Clinical and Non-clinical perspective. This paper has been divided in three parts: (i) firstly, an analysis of the role and responsibility given to the Motherhood figure, with the implications that may has for the guilt felt; (ii) secondly, an illustration of current actual conflicts regarding Motherhood, and finally, (iii) an analysis on guilt and physcopathology based on clinical cases.

Keywords: gulity feeling, maternity, current conflicts, structural conflicts.

---

* Trabajo presentado en el XXX Congreso Nacional SEPYPNA y VIII Europeo de la AEPEA celebrado en Bilbao los días 26-28 de abril de 2017.

** Psicóloga Clínica, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. *isa_zorita@hotmail.com*

*** Psicóloga Clínica. Burgos. *anaesamaniego@gmail.com*

**** Psicóloga Clínica, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. *cristinacatalina8@gmail.com*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

INTRODUCCIÓN

La culpa está presente en todos. Freud, a lo largo de su obra, hizo importantes aportaciones acerca de este tema. El superyó vela porque podamos responder con nuestro deber moral y ejerzamos nuestras responsabilidades; el ideal del yo se encarga de que intentemos cumplir estas responsabilidades lo mejor posible, para acercarnos a esa figura ideal a la que aspiramos

Sin embargo, el superyó puede llegar a ser nuestro peor juez y nuestro ideal puede ser tan elevado que difícilmente lo podremos alcanzar. La culpa entonces se intensifica y el malestar puede ser muy grande.

La culpa también está presente en nuestras relaciones. La culpa que sentimos fruto de percibir nuestras propias pulsiones agresivas, a menudo, desemboca en una ambivalencia que enmarca los vínculos que establecemos. Dentro de estos vínculos, por supuesto, se incluye el vínculo madre-hijo.

¿Existe un sentimiento de culpa inherente en toda madre por el hecho de ser madre? La reflexión de este trabajo surge tras las conversaciones con madres, por un lado, madres de niños a los que atiendo en consulta y, por otro lado, mujeres a las que atiendo y que también son madres, que consultan por algún problema relacionado con sus hijos o no. Pero también y, sobre todo de aquí es de donde parte mi reflexión, he encontrado un fuerte sentimiento de culpa hablando con otras mujeres que son madres, fuera del ámbito clínico, amigas, compañeras, conocidas… Esta observación me ha llevado a buscar información acerca de más experiencias, fuera del ámbito clínico, en el contexto social.

¿Por qué las madres se sienten culpables? Seguramente no es algo que les sucede a todas las madres, ni con la misma intensidad, sin embargo, seguramente este sentimiento sí que haya aparecido, aunque sea de forma puntual.

Para analizar esta cuestión me gustaría, en primer lugar, abordar el tema de la función materna. Disponemos de un amplio conocimiento acerca de la importante función que realiza la madre en el desarrollo del bebé y, posteriormente, el niño. Esta tarea conlleva una responsabilidad y esto es lo que, a veces, lleva a confundirse con la culpabilidad.

En un segundo punto, trataré algunos conflictos actuales ligados a la maternidad y que, fomentan el sentimiento de culpa materno.

Por último, me detendré en la cuestión de la culpa *per se.* Se trata de los casos en que la estructura de la personalidad de la madre está fuertemente dominada por la culpa, se trataría de mujeres que padecen algún conflicto previo y que la maternidad lo acrecienta.

LA FUNCIÓN MATERNA

Mucho se ha hablado, publicado e investigado acerca de la importancia de la madre en el desarrollo del bebé, de la función que ésta ejerce, fundamentalmente en los primeros años de vida de su hijo/a.

Cierto es que hablamos de la madre refiriéndonos a la figura de un cuidador que va a estar presente y vincular con el bebé durante estos primeros años, y que muchas de estas funciones las puede ejercer también el padre, por ejemplo, u otras figuras cada vez más presentes como los abuelos. De hecho, esto se plasma en cómo las leyes actuales contemplan que sea el padre quien pueda ejercer el permiso de maternidad (sin embargo, la denominación en sí ya indica quien lo suele ejercer) y quedarse

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

cuidando del bebé. La realidad es que en la gran mayoría de las ocasiones sigue siendo la madre quien ejerce esta función. (Sólo el 7% de los hombres comparte el permiso de maternidad actualmente en nuestro país, datos de informe estadístico anual, publicado en el diario El Mundo el 8 de febrero de 2017). Si bien, actualmente, las funciones tradicionalmente maternas se reparten entre varias figuras, existen algunos factores de orden biológico, cultural y social que siguen dando un lugar crucial a la mujer en la crianza del bebé: el embarazo, el posparto, la lactancia son algunos de estos factores.

Es cierto que estos factores se acusan más en etapas más tempranas y que a lo largo del desarrollo del niño encontramos que las tareas de crianza están más repartidas que en décadas anteriores, sobre todo a partir de la incorporación de la mujer en el ámbito laboral.

De ahora en adelante, en ocasiones, mencionaré a los padres pero, mayoritariamente me referiré a la madre para denominar, parafraseando a Winnicott tanto a la figura materna como a los aspectos maternales del padre, puesto que las experiencias y las observaciones en las que me baso las he extraído de mis conversaciones con madres.

Retomando el tema de la función materna, el niño, en sus inicios, es un ser totalmente dependiente, no puede valerse por sí mismo ni sobrevivir sin una figura que cuide de él. Serán sus cuidadores, normalmente, un cuidador principal, quien se encargará de acompañar a este niño hacia su proceso de autonomía para convertirse en adulto independiente. Este proceso se produce a nivel global, incluye el ámbito comportamental, cognitivo, emocional, relacional…

Como se ha señalado, tradicionalmente, y de forma mayoritaria ha sido la madre quien ocupaba este rol de cuidador principal. La madre era la encargada de procurar ese "sostén" (en el sentido amplio del término) para que el bebé pudiera desarrollarse. La madre, "suficientemente buena", permitía un adecuado desarrollo. La madre era quien vinculaba con el niño de forma que le proporcionaba una base segura sobre la cual crecer y desde la cual relacionarse con el mundo. De forma que fomente su autonomía al tiempo que se muestra disponible y sensible a las necesidades del niño. La madre era quien proporcionaba los cuidados básicos: alimentación, sueño, higiene… La madre. Todo esto que se produce cada día, en todas las regiones del mundo, en muchos momentos, de forma no consciente, puede parecer sencillo por ser algo natural, pero sabemos lo complicado y lo intrincado que resulta.

La responsabilidad de cuidar y acompañar a este bebé en su camino hacia su autonomía, a menudo, puede confundirse con la culpa. Como se suele decir, "un niño no trae un manual de instrucciones" y, esto puede conllevar que en el quehacer materno aparezcan dudas e inseguridades acerca de si se está acompañando bien a este niño, si se le están proporcionando los cuidados adecuados y, sobre todo, puede aparecer la culpa cuando se considera que no se está actuando adecuadamente en algún aspecto o, incluso, que se puede estar dañando o perjudicando a ese bebé de alguna manera.

Una mujer a la que atendí mostraba una gran exigencia consigo misma, una de sus hijas tenía una enfermedad que producía que tuviera crisis muy continuas, con las continuas salidas a urgencias. Se mostraba muy agobiada para sacar adelante el trabajo, la casa, el cuidado de sus hijas, teniendo en cuenta la enfermedad de una de ellas y la forma en que se exigía cuidarlas. Quería que todo fuera "perfecto", que estuvieran bien cuidadas, bien alimentadas, que tuvieran una adecuada educación, que tuvieran buen comportamiento en casa y colegio... Planteamos el intentar mantener cierta flexibilidad y relajar las pautas que ella misma se marcaba.

Otra mujer se preocupaba porque su hija de seis meses tuviera alguna mancha en su ropa. Le planteé lo prácticamente imposible que esto resultaba en niños pequeños.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Una madre de un niño al que atiendo se mostraba muy preocupada y avergonzada porque su hijo, ya preadolescente, acudía a la consulta con ropa deportiva, ropa poco apropiada para acudir a una consulta médica en opinión de la madre.

A menudo, los padres se responsabilizan de lo que consideran como éxitos o fracasos de sus hijos., llegándose a confundir las fronteras entre lo propio del hijo o hija, y lo propio de los progenitores como si, en la fantasía, el hijo o hija siguiera siendo un bebé fusionado con su madre, como si siguieran siendo uno solo.

"No me come", "hemos suspendido el curso", "tenemos que repetir", son algunas de las frases que oímos a los padres y que transmiten esta falta de separación entre unos y otro.

Una mujer a la que atendí se mostraba muy preocupada por los resultados académicos de su hija, se refería continuamente a "las notas que mi hija me saca". Señalé cómo ella se atribuía los resultados de su hija como si fueran para ella.

De la misma forma, los padres también se responsabilizan y se culpan cuando su hijo acude a consulta, o de los posibles problemas que él o ella pueda tener.

Otra mujer a la que atiendo en consulta se muestra muy preocupada porque su hijo presenta un problema de tics y ha bajado su rendimiento escolar, a pesar de ser un niño brillante. Lo que le preocupaba (y la atormentaba) era el hecho de creerse responsable, creía que lo que le pasaba a su hijo se debía a que estaba viendo a su madre más triste de lo habitual. Esta mujer estaba pasando por un período con fuerte angustia y muy decaída, motivos por los que demanda tratamiento.

Otra madre, esta vez una compañera, estaba preocupada por la responsabilidad/culpa que ella había podido tener de que su hijo naciera con un problema físico. Se preguntaba por la influencia del estrés que había vivido durante el embarazo, con el alto nivel de exigencia que tenía ella con su trabajo.

En otros casos, no se habla de este sentimiento de culpa, se intenta negar o permanece inconsciente.

En cualquier caso, cuando trabajamos con niños, al entrevistarnos con sus padres, es frecuente que veamos la atribución que estos hacen de lo que le pasa a su hijo y, a menudo, lo relacionan con aspectos propios.

Esto se puede entender mucho mejor con la conceptualización. de Manzano y col. (1999) de los escenarios narcisistas de la parentalidad. Siguiendo los desarrollos freudianos, estos autores, recogen cómo los padres proyectan en el hijo su ideal del yo, deseando que sus hijos lleguen a ese ideal de perfección y omnipotencia al que ellos quisieran haber llegado. Por eso los éxitos o fracaso de los hijos se viven como propios. Estos autores subrayan la relación de tipo narcisista que se establece, de esta forma, ya que, además, la satisfacción que se busca es de tipo narcisista. Hablan de cómo se escenifica, no sólo en la fantasía, sino actuándose realmente en la relación con el hijo.

Este enfoque nos da una perspectiva muy importante, a tener en cuenta cuando trabajamos en la clínica.

CONFLICTOS ACTUALES LIGADOS A LA MATERNIDAD

Actualmente, se habla a menudo de la culpa en relación con la tan nombrada "conciliación familiar". Una vez que la mujer se ha incorporado en el mundo laboral de forma general y regular, esto implica que es un tiempo que ya no está cuidando de sus hijos. Esto, a menudo, genera conflictos y sentimiento de culpa. Incluso, me parece, lo más importante no es el hecho de

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

que la mujer esté trabajando porque esto al final se puede racionalizar y se puede justificar a sí misma, en muchos casos en los que existe una necesidad económica; creo que lo que más conflicto genera es el deseo por parte de la mujer de trabajar. El deseo de otra cosa además de cuidar de su hijo.

Este deseo también puede tomar la forma de querer tener un nuevo hijo, el deseo de recuperar sus aficiones, sus amistades, el deseo de recuperar su vida en pareja. Y, a pesar de que este deseo es muy sano, también puede resultar muy conflictivo.

Respecto a esto hay que tener en cuenta que, además, vivimos en una época en la que el deseo y el placer se han vuelto ejes centrales. Bajo la premisa de que hay que buscar la felicidad, buscamos obtener el placer y además tenerlo de forma inmediata. Y esto choca con la llegada de un hijo, que implica una serie de cambios y muchas renuncias. Seguir deseando aquello a lo que se renuncia para estar con los hijos puede y, a menudo, hace sentir culpable a muchos padres.

Por otro lado, el cambio a nivel laboral en la mujer también tiene otros efectos. La sensación de "no llegar", de "no poder con todo". Esto resurge el conflicto con la fantasía de omnipotencia. Cuidar de uno o varios hijos, ir a trabajar, atender a las obligaciones de casa y demás responsabilidades y, además, querer incluir, aunque sea un poco de ocio es una tarea casi imposible. Inmediatamente nos vemos confrontados con el hecho de que somos seres limitados. Dependiendo de cómo se haya elaborado la castración, y de cómo se maneje el conflicto con el ideal del yo, la culpa estará más o menos presente.

Bowlby en su obra *Una base segura* (1989) proponía que para que una madre pudiese desarrollar su sensibilidad hacia las necesidades de su hijo adaptándose a éste era necesaria una atmósfera relajada, para ello ponía el ejemplo de las culturas en las que otras mujeres se encargan de ayudar a la madre en las tareas domésticas para que la madre pueda dedicarse a su labor con su bebé.

Hace poco Ivanka Trump revelaba que había sufrido depresión postparto. Sí, esta mujer todopoderosa, tan rubia, tan alta, tan guapa, que, aparentemente, tiene todo lo necesario para ser feliz (o, al menos, ingredientes que la mayoría de las personas tienen en su receta imaginaria de la felicidad), y que, solíamos ver en las fotos de revistas como la imagen de la felicidad con su marido y sus tres hijos.

"Sentía que no estaba alcanzando mi máximo potencial como madre o como emprendedora y como empresaria", declaraba recientemente en una entrevista. (*http://www.vogue.es/celebrities/articulos/ivanka-trump-depresion-posparto/31084*, 20 de septiembre de 2017).

Si bien el ejemplo de Ivanka Trump se relaciona con este choque con las propias limitaciones que nos impone la llegada de un hijo, la depresión postparto es un problema mucho más complejo que dependerá de determinantes individuales.

La llamada depresión postparto, durante mucho tiempo, ha supuesto un estigma y, a menudo, se ha vivido con culpa ya que una mujer que acaba de tener un hijo *debe* sentirse feliz, no caben más sentimientos. Cualquier sentimiento de tristeza o de angustia con la llegada de un bebé podía verse censurado por resultar incongruente con esta imagen de la madre que *debe* ser feliz con su recién nacido. No es difícil que la madre acabara sintiéndose culpable por no entender lo que estaba sintiendo.

Cierto es que entenderlo como una enfermedad, como un trastorno, de orden biológico, relacionado con la cuestión hormonal, ha supuesto un alivio para muchas mujeres. Ya que, si es "culpa de las hormonas", no es culpa de la madre que tiene sentimientos inadecuados hacia su maternidad. Como sucede, en general, con cualquier diagnóstico de tipo médico, cuando

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

damos una explicación biológica esto relaja mucho. Es como si nos desembarazáramos del problema y no tuviera que ver con nosotros, con nuestra subjetividad. Así una mujer que se siente triste tras dar a luz no tiene que preguntarse nada más.

En los últimos meses, he podido ver varios relatos en medios de comunicación y redes sociales, entre ellos, el que ya mencioné de Ivanka Trump, de mujeres que han vivido lo que consideran una depresión postparto con el fin de que otras mujeres puedan sentirse identificadas y menos culpables.

En general, se siente una incomodidad hacia las emociones llamadas "negativas", la ira, la tristeza, la rabia, la envidia, la angustia. Son fácilmente reprobadas y censuradas. Y si se trata de una madre quien las siente, más aún. Socialmente, no está bien que una madre se sienta triste con la llegada de su bebé, así como tampoco está bien que una madre sienta ira o rabia hacia su hijo. Como si pudiera permanecer impasible tras noches y noches sin dormir, o ante una rabieta descomunal o ante el desafío y el reto de un hijo adolescente.

Recientemente ha surgido la polémica tras las afirmaciones de la periodista Samanta Villar acerca del lado negativo de la maternidad, afirmando que "se pierde calidad de vida" tras comentar lo que para ella ha sido una dura experiencia. Las críticas no han tardado en surgir, reprochándole que si piensa eso es que no estaba preparada para la maternidad o que no quiere lo suficiente a sus hijos.

Ayudar a una madre a entender cómo se siente, que pueda ser consciente de sus propios sentimientos y conflictos, que pueda ponerles nombre y que pueda hacerse cargo de ellos puede resultar muy liberador.

Otro hecho que actualmente cobra prevalencia y por el que, a menudo, se tiende a culpabilizar a las madres es la cuestión de la lactancia. El hecho de que se recomiende la lactancia materna por todo lo que ésta aporta al bebé (normalmente se mencionan los aspectos nutricios del alimento, pero también habría que atender a lo vincular), a menudo es percibido por las madres a la inversa, "si no le doy el pecho, no le estoy dando lo mejor".

Recientemente pude leer en una página web dirigida a padres la siguiente frase "No doy el pecho a mi hijo y merezco el mismo respeto que tú". (*https://letsfamily.es/actualidad/no-doy-el-pecho-mi-hijo-y-merezco-el-mismo-respeto-que-tu*). En este artículo hacían referencia a cómo muchas madres que dan el biberón a sus hijos se sienten cuestionadas por ello.

Desde luego, esto se ha visto fomentado por profesionales que insisten en la importancia de la lactancia natural, a veces, de forma radical, negando otras opciones. Como ejemplo, vemos como ha cobrado mucho auge en los últimos tiempos el colectivo de "la liga de la leche". En general, ninguna postura radical y rígida suele ayudar, pero cuando hablamos de temas relacionados con la maternidad la flexibilidad y la individualidad deberían ser elementos indispensables.

No deja de resultar curioso el mensaje contradictorio que se promueve hoy día en la atención a las madres ya que se anima a la lactancia materna por ser lo más natural y, por tanto, lo más sano para el bebé y, al mismo tiempo, se intenta enseñar a las madres cómo hacer algo tan natural en forma de talleres de lactancia, indicaciones que da la matrona en la revisión postparto para atender a que la lactancia se esté produciendo adecuadamente, indicaciones que ofrecen los profesionales sanitarios que atienden a la mujer en el momento del parto y durante la hospitalización…

Recuerdo haber visto en consulta hace tiempo a una mujer que me comentaba haber vivido muy mal la época de la lactancia en el caso de sus dos hijos ya que sentía que dependían en exceso de ella, teniendo que estar siempre muy cerca para estar disponible y que esto la incomodaba.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Varias madres me han comentado haber abandonado la lactancia por problemas como las grietas que producían un fuerte dolor, por mastitis… y demás molestias físicas.

En otros casos, los bebés quedan hambrientos al mamar y madre e hijo descubren que la leche de fórmula puede saciarlos mucho mejor, produciendo mayor satisfacción para el bebé que ya no sufre hambriento.

Hace poco leí en un blog acerca de maternidad, la experiencia de una mujer que hablaba de cómo se había exigido darle el pecho a su hija porque era "lo mejor para ella". Según sus propias palabras, ésta fue su experiencia

Eran tan largas y tan seguidas las tomas, tanto de día como de noche que se me hacía muy pesado y cuesta arriba. Leí que conforme crecían mamaban más rápido, pero la cosa nunca -NUNCA- cambió hasta los 8 meses que le di el pecho. Me frustraba no poder hacer nada, no dormir ni de día ni de noche. Cada vez que hacíamos por salir, tocaba darle otra vez el pecho lo que suponía retrasar todo al menos una hora más… Mi vida giraba en torno a sus tomas y darle el pecho, empecé a anularme y a aislarme de todo y todos (…) Sé que lo que me empujó a esa depresión fue el afán de querer hacerlo todo perfecto, ser la madre perfecta y la que estuviese ahí cada noche, en cada llanto y en cada momento. (Jessie Chanes, *http://seamsforadesire.com/lactancia-materna-sfdmaternity/*, 8 de noviembre de 2017).

Son muchos los motivos por los que una madre puede sentirse incómoda con la lactancia y que puede decidir abandonarla. Motivos que tienen que ver con ella misma, con el bebé y con la interacción que se produce entre ambos porque, naturalmente, sabemos que la experiencia de una misma madre no tiene por qué ser igual con uno de sus hijos que con otro. La cuestión que se plantea es tratar de escuchar a esa madre, de entender sus dificultades y que ella misma pueda entenderlas (ya que puede que estas dificultades se deban también a motivos inconscientes) y que, de esta forma, pueda tomar una decisión libremente, sin presiones de qué es lo mejor para su hijo, sino también para ella misma y para que el vinculo se pueda dar con la mayor satisfacción posible.

No estoy diciendo nada nuevo, Winnicott ya lo decía. Lo que quiero remarcar es que este problema sigue presente. Por tanto, algo está pasando.

El otro motivo por el que incluyo el tema de la lactancia materna, a pesar de que no es un conflicto tan actual y que, además, se reduce a la primera etapa de la maternidad, es porque es uno de los temas más frecuentes en las redes sociales. Tanto en foros de maternidad, como en sitios web dedicados a ofrecer ayuda y dar consejos a los padres, como en blogs…

Y aquí radica otro de los grandes conflictos actuales. En las generaciones anteriores existía una importante red de apoyo entre las madres, mujeres de la familia, vecinas, amigas… El rol de la mujer estaba bien definido y sabía a qué debía ajustarse. Sin duda, esto acarreaba otros conflictos que son los que han propiciado los cambios que hemos vivido en las últimas décadas. Sin embargo, hoy día se percibe en las madres la falta de esta red que sostenga. El grupo de preparación al parto, el taller de lactancia, las salidas al parque… pueden propiciar que se generen grupos de apoyo espontáneos y otros grupos se forman precisamente atendiendo a esta necesidad: se trata de los foros de internet donde se comparten dudas, se ofrecen consejos, se habla de las propias experiencias, aspecto muy potente para una madre que puede identificarse con otra madre y compartir inquietudes.

Respecto a esto, me parece interesante la aparición del llamado "club de las malasmadres", se trata, como sus creadoras lo han denominado, de una "comunidad emocional 3.0 para malasmadres". Consiste en un movimiento que señala y saca a la luz el sentimiento de culpa materno para convertirlo en lazo de unión para las madres de hoy día y buscar el consuelo en el mal de muchas.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

La conciliación es uno de los puntos fuertes en este blog. Bajo el lema "yo no renuncio", promueven una campaña hacia la conciliación laboral y familiar. Pero también hay otros contenidos: se mezclan contenidos divulgativos de especialistas relacionados con la crianza con experiencias reales de madres. Con ironía, comentan situaciones cotidianas con las que cualquier madre puede sentirse identificada. Utilizan los apelativos de "malamadre", "buenhijo" y "buenpadre", a modo de objeto malo y objeto bueno kleinianos. Colocar el objeto malo en la madre, de forma clara y abierta, y compartirlo con otras madres depositarias del objeto malo, ayuda a dejar de luchar contra la culpa, aceptándola, a veces con ayuda del humor por medio de la ironía y el sarcasmo, pero, sobre todo, por medio de la identificación con otras madres que pasan por lo mismo.

Como hemos visto, en los ejemplos citados hasta ahora, son mujeres las que, con frecuencia, aprovechan las redes y los medios para sacar a la luz su propio sentimiento de culpa para liberarse de él y, con ello, pretender aliviar el de otras muchas mujeres que viven una situación similar.

CONFLICTOS ESTRUCTURALES

Los aspectos mencionados hasta ahora pueden ser ejemplos en los que muchas mujeres se sienten identificadas. Sin embargo, en otras ocasiones, la culpa es predominante, excesiva y difícil de soportar. Se relaciona más con la psicopatología, dentro de estructuras obsesivas o melancólicas.

Diríamos que la relación con el hijo o hija se basa en la culpa. Ya se han mencionado en las páginas anteriores algunos de los conflictos que podrían mediar en esta culpa excesiva.

En la mayoría de los ejemplos citados anteriormente he encontrado un alto grado de exigencia; un ideal del yo demasiado elevado, no elaborar adecuadamente la fantasía de omnipotencia, seguir aspirando a ello puede desembocar en una culpa continua al chocar con la realidad, las propias limitaciones y con las características del niño.

Habría que pensar también en las proyecciones narcisistas y la culpa que puede conllevar, permaneciendo, a menudo, inconsciente dicha relación.

En otras ocasiones, la ambivalencia puede ser tan intensa que origina una culpa por la no aceptación de los sentimientos antagónicos en la relación con el hijo.

En general, podíamos decir que la presencia de la culpa tiene mucho que ver con las propias pulsiones agresivas.

El hecho de que tanto el sentimiento de culpa como las causas que lo motivan sean conscientes o inconscientes van a ser factores decisivos.

En esta ocasión, aportaré un ejemplo del ámbito clínico. Se trata de una mujer que acude a tratamiento solicitando ayuda porque tiene fantasías de dañar a su hija. A modo de fobia de impulsión fantasea acerca de posibles forma en las que daña a su hija y de las cuales ni siquiera se atreve a hablar. Al ser preguntada, contesta "no sé", por lo intolerable que le resulta. Se siente avergonzada y tremendamente culpable por lo que se imagina capaz de hacerle a su hija, con gran temor de actuarlo en la realidad.

Esta mujer vive en pareja, tiene una hija de seis meses. Tiene un trabajo que le gusta y, en el cual, la acaban de promocionar.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Ya vivió, previamente, otro periodo, durante el cual las fantasías agresivas eran dirigidas hacia su actual marido. Tuvieron un tiempo en el que cortaron la relación por decisión de él, posteriormente reanudaron y fue al reiniciar la relación cuando ella siente esta fobia de impulsión.

Durante toda la relación ella se ha sentido sola, él, volcado en su trabajo y en sus aficiones, no pasan juntos el tiempo que ella espera. Imaginaba que al tener a su hija esto cambiaría, que él estaría más presente pero no ha sido así. También esperaba que, con la llegada de su hija, iba a relacionarse con más mujeres, también madres ya que echaba en falta tener amigas. Desde que se trasladó a la ciudad para vivir con su pareja, dejó a sus amistades y a su familia en su pueblo natal. En la ciudad no ha conseguido hacer amigos durante los años que lleva residiendo. Por eso esperaba que su hija cambiaría esto. Se imaginaba que su hija llegaría para acompañarla, para no volver a estar sola. Sin embargo, todo esto ha resultado muy decepcionante. Sigue echando de menos a sus padres, a sus amigas, a su pareja que no suele estar.

Con la llegada de su hija todo se desbarató, sigue sin sentirse acompañada, como esperaba y, a cambio, se ha encontrado con un pequeño ser que pone patas arriba su mundo organizado que su elevado nivel de exigencia le marcaba.

Le desespera ver que su hija lleva una mancha en su ropa o que, por circunstancias que rodean a la pequeña, no se atengan al horario que se había marcado.

El parto en sí también fue muy complicado y doloroso. La utilización del fórceps provocó un desgarro que, según ella, es la causa de que todavía hoy no mantenga relaciones sexuales con su pareja.

Siente a su pareja cada vez más lejos y se siente muy sola en la crianza de su hija.

Se observan en esta mujer fuertes sentimientos de abandono que se reactivaron cuando su pareja la dejó y, al reanudar la relación, aparecían en forma de agresiones fantaseadas hacia él.

Con la llegada de su hija, se reactiva el temor al abandono, tras haber sido desilusionada por imaginar que su hija la iba a rodear de compañía y al comprobar que es ella quien tiene que hacerse cargo de su hija y no al revés. El temor al abandono y la desilusión parecen estar relacionados con fuertes impulsos agresivos que son desplazados en su fantasía.

Ser consciente de sus propios sentimientos, de sus propios miedos, del origen de sus pulsiones agresivas, y, por tanto, del origen de su culpa pueden permitir a esta mujer relacionarse con su hija de otro modo, en el que su hija no sea depositaria de su temor de abandono ni de su agresividad.

CONCLUSIÓN

Bowlby (1989) habla de "la madre corriente sensible que se adapta a las señales y los actos de su hijo" (lo mismo se podría aplicar al padre) y Winnicott (2016) se refiere a la madre "de devoción corriente" para hablar de la tendencia natural de las madres para mostrarse accesibles para sus hijos y sintonizar con sus estados emocionales. De esta forma Winnicott advierte de lo inadecuada que puede resultar la interferencia de los profesionales (médicos, matronas, enfermeros, psicólogos, educadores, profesores…) en este proceso natural. La idea es fomentar la capacidad y el potencial de cada madre y cuidarla emocionalmente para que pueda ejercer lo que ella sabe de forma natural. La idea del apoyo emocional también es tenida en cuenta por Bowlby que entendía que el grupo de mujeres podía actuar como base segura para la madre. Sin embargo, aparte de la cuestión innata,

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

natural o como la denominemos también es importante el factor de aprendizaje o de experiencia. Bowlby señalaba cómo "las pautas de comportamiento" propias de la crianza se aprenden de la propia interacción con los bebés, mediante la observación de la interacción de otros padres y a partir de la propia infancia, con el modelo percibido de los propios progenitores. Bowlby propone que los padres se pueden beneficiar de la experiencia de otros padres que sean capaces de hablar de sus propias dificultades.

Creo que el principal peligro de la interferencia de los profesionales está en querer imponer a la madre su propio criterio, y, en este sentido, es importante dejar actuar a la madre o al padre como éstos saben, sin embargo, también creo que habrá que escuchar acerca de sus propias inseguridades, sus dudas, sus temores, su sentimiento de culpa. E intentar entender de dónde surge, atender a los conflictos subyacentes, estructurales que pueda haber.

¿Una madre nace o se hace? Naturalmente las madres pueden aprender a ser madres, como afirmaba Bowlby, a través de su propia experiencia y de sus propias dificultades y sus propios logros. También se puede aprender de la observación de otras madres, observación que quizás hasta ese momento no había sido necesaria realizar ya que hay un aprendizaje de una tarea que no se había puesto en práctica hasta ahora. ¿En qué podemos ayudar los profesionales? Escuchar, atender a las dificultades que la madre encuentra porque cuando una mujer se convierte en madre, conecta con una faceta suya que puede que ni siquiera supiera que existía y, al despertar todos estos sentimientos, pueden despertar también los conflictos. Y, sobre todo, se trata de fomentar su propia capacidad y buscar el lugar desde el cual esa madre pueda vincular con su hijo de forma satisfactoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bowlby, J. (1989). *Una base segura.* Buenos Aires: Paidós.

Freud, S. (2003). *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Manzano y col. (1999). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*. Bilbao: Asociación Altxa.

Winnicott, D. W. (2016). *Los bebés y sus madres*. Barcelona: Paidós. 7ª reimpresión.

http://clubdemalasmadres.com

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

SINTOMATOLOGÍA INTERNALIZANTE EN LA INFANCIA Y CORRELATOS PRELIMINARES CON APEGO Y TEORÍA DE LA MENTE *

INTERNALIZING SYMPTOMATOLOGY IN CHILDREN AND PRELIMINARY CORRELATES WITH ATTACHMENT AND THEORY OF MIND

*Jaione Onaindia Rodriguez, Ana Estévez Gutiérrez, Oihana Beitia Anduaga, Idoia Clemente Ozamiz y Arrate Emaldi Pereira***

RESUMEN

La sintomatología internalizante incluye sentimientos dirigidos hacia sí mismo que causan malestar psicológico (Mash y Graham, 2001), fácilmente infradetectados por los progenitores (Fernández-Daza y Fernández-Parra, 2013). Diversos estudios han relacionado la sintomatología internalizante con la inseguridad en el apego, que a su vez influye en el desarrollo de la comprensión de la mente. El presente estudio pretende analizar las relaciones entre sintomatología internalizante, apego y Teoría de la Mente, así como las posibles diferencias en función de la edad y el sexo. Para ello se contó con una muestra de 408 menores de 8 a 12 años, cuyos progenitores valoraron la sintomatología internalizante, mientras que ellos mismos completaron las medidas de apego y Teoría de la Mente. Los resultados preliminares obtenidos en este sentido, confirman la relación de ambas variables con la sintomatología internalizante, cuyas posibles implicaciones se discuten en este trabajo y requieren de mayor investigación.

Palabras clave: internalizante, apego, Teoría de la Mente, infancia.

ABSTRACT

Internalizing symptomatology includes feelings towards the self that cause psychological distress (Mash y Graham, 2001), that can be easily underdetected by parents (Fernández-Daza y Fernández-Parra, 2013). Several studies associate it to insecure attachment, which interferes in the development of the comprehension of the mind. The present study aims to analyze the relationships between internalizing behavior, attachment and Theory of Mind, as well as age and sex differences. To do so, 408

* Trabajo presentado en el XXX Congreso Nacional SEPYPNA y VIII Europeo de la AEPEA celebrado en Bilbao los días 26-28 de abril de 2017.

** Facultad Psicología y Educación. Universidad de Deusto. Bilbao. . *jaione.onaindia@deusto.es*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

children aged 8-12 participated in the study. Their parents evaluated the internalizing symptomatology (CBCL, Achenbach, 1991), while the children completed the measures related to attachment (IPPA, Armsden y Greenberg, 1987) and Theory of Mind (First- and Second-order False Belief Tasks, Baron-Cohen, Leslie y Frith, 1985; Núñez, 1993). The preliminary results obtained confirm that there is a relation between both variables and internalizing symptomatology. The implications of these results are discussed and require further investigation.

Keywords: internalizing, attachment, Theory of Mind, infancy.

La sintomatología internalizante incluye sentimientos o estados que normalmente se dirigen hacia sí mismo y causan sufrimiento o malestar psicológico (Mash y Graham, 2001). A pesar de que actualmente más de la mitad de los motivos de consulta de toda intervención profesional infantil corresponden a la sintomatología externalizante (Egger y Angold, 2006), la sintomatología internalizante es de gran relevancia. Una de las razones que podría explicar esta diferencia es que la sintomatología externalizante es "más visible". Autores como Fernández-Daza y Fernández-Parra (2013) señalan que cuando progenitores y menores responden sobre la conducta de este último, el acuerdo se reduce al tratarse de problemas internalizados, que son de tipo emocional y afectan al propio individuo pero resultan menos evidentes para los adultos. Por tanto, no debemos obviar esta sintomatología por su menor prevalencia aparente, sino que requiere de mayor investigación para su mejor comprensión.

Con ese mismo objetivo, han sido varias las investigaciones que han relacionado la sintomatología internalizante con la calidad de las relaciones de apego (Dozier, Stovall- McClough y Albus, 2008). El apego hace referencia al vínculo amoroso primario que se establece entre el niño/a y la persona que lo cuida en sus primeros años. Bowlby (1980) entendía las conductas de apego como todas aquellas conductas que están al servicio del mantenimiento de la proximidad y el contacto con las figuras de apego.

Así, es posible comprender la mayor prevalencia de apego inseguro en las muestras clínicas que en las no-clínicas como un intento de mantener la sensación de seguridad y confort cuando las figuras de apego son impredecibles e inconsistentes (Dozier et al., 2008). Más concretamente, la sintomatología internalizante se ha visto asociada al apego inseguro-ambivalente (Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn, 2009) y al sexo femenino (Lacasa, 2008).

Por otro lado, el apego junto con otros factores, también influye en la comprensión infantil de la mente (Flavell y Miller, 1998). Fonagy, Redfern y Charman (1997) comprobaron que la seguridad en el apego se asociaba significativamente, ya en niños preescolares, a la competencia en la comprensión de la mente (incluso controlando variables madurativas). De hecho, Dunn (1991) destacó ciertos aspectos a considerar dada la importancia del contexto familiar en la construcción social de la mente. En primer lugar, cabe considerar que los contextos en los que el niño comienza a demostrar su competencia nunca son emocionalmente neutros, sino que son contextos que le implican afectivamente. Por tanto, el discurso narrativo de la familia será de máxima importancia en el desarrollo del niño respecto a la comprensión de los estados psicológicos ajenos. En este sentido, y en relación a la sintomatología internalizante, cobra importancia la capacidad de inferir creencias, pensamientos y emociones de otra persona, de atribuir a los otros (y a uno mismo) estados mentales inobservables que permiten comprender y predecir su conducta, denominada Teoría de la Mente (Lecannelier, 2004). En otras palabras, sería hacerse una teoría sobre la mente del otro hipotetizando una serie de estados mentales que expliquen su conducta. Por tanto, resulta obvio pensar que a

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

mayor trastorno de conducta menor será la capacidad de Teoría de la Mente, o viceversa, tal y como indica Lecannelier (2004). Es decir, si el menor no atribuye correctamente los estados mentales de otra persona, o no los diferencia de sus propios estados mentales, lo esperable sería que su conducta no fuera adecuada pero cabe la necesidad de aportar más datos que lo confirmen.

Por ello, este estudio pretende aportar resultados preliminares en cuanto a la relación existente entre las tres variables mencionadas: sintomatología internalizante infantil, seguridad en el apego y Teoría de la Mente. Asimismo, dado el carácter de desarrollo de una etapa tan cambiante como la infancia, se ha considerado relevante analizar posibles diferencias en cuanto a edad, y dadas las indicaciones mencionadas de estudios previos, también en cuanto al sexo.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 408 menores de diversos centro escolares de Bizkaia (67,6%) y Araba (32,4%), de los cuales 214 eran chicas (52,5%) y 194 chicos (47,5%). La edad de los participantes se situaba entre los 8 y 12 años con una media de edad de 10,27 años (*DT* = 0,94), correspondientes a los cursos 4º, 5º y 6º de Educación Primaria.

Instrumentos

Child Behavior Check-List 4-18, CBCL/4-18 (Achenbach, 1991)

Se trata probablemente de la taxonomía de mayor uso en psicopatología infanto- juvenil y su objetivo es obtener un informe del cuidador sobre las competencias y la conducta del menor (de 4 a 18 años) en un formato estandarizado. Los datos se recogen mediante 113 ítems con 3 opciones de respuesta (0 = *No es* verdad, 1 = *Algo cierto o verdad a* veces y 2 = *Muy verdadero o frecuentemente es* verdad) que se clasifican en las siguientes subescalas: aislamiento, quejas somáticas, ansiedad depresión, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta delincuente, conducta agresiva y otros. Todos ellos a su vez, se organizan en Problemas Internalizante y Problemas Externalizantes. En este caso, el estudio tomó en consideración la vertiente internalizante (compuesta por las subescalas de aislamiento, quejas somáticas y ansiedad/depresión) que obtuvo un alfa de .88.

Inventario de Apego para Padres y Pares, IPPA (Armsden y Greenberg, 1987)

El IPPA ofrece la posibilidad de evaluar el apego en menores a través de autoinforme. El inventario evalúa mediante 25 ítems en una escala de Likert de 5 puntos (1 = *nunca o casi* nunca y 5 = *siempre o casi* siempre) el apego percibido hacia las personas más significativas de esta etapa. En su versión original, lo hace de forma diferenciada para Madre, Padre e Iguales, pero en este caso, adaptado a la edad de los menores y al objetivo del estudio sólo se empleó el inventario respecto al apego hacia los progenitores en su globalidad. Además, el instrumento explicita en sus instrucciones que las figuras de referencia pueden ser los progenitores o quienes hayan actuado como tal, de manera que respondan pensando en las personas que consideren que han influido más en sus vidas. El instrumento está compuesto por tres subescalas:

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

confianza (referida a la comprensión, así como al respeto y confianza mutua), comunicación (respecto a la calidad de la comunicación verbal) y alienación (que recoge los sentimientos de alienación y aislamiento). La puntuación obtenida a través de las mismas indica la seguridad percibida en el apego, y las dimensiones obtuvieron, respectivamente, valores alfa de .73, .54 y .63.

Falsas Creencias de Primer (Baron-Cohen, Leslie y Frith, 1985) y Segundo Orden (Núñez, 1993)

Las tareas de falsas creencias consisten en inferir la creencia falsa de un personaje y se caracterizan por presentar historias comprensibles y complementadas por títeres o como en este caso, imágenes. Para la tarea de Primer Orden, se empleó la tarea clásica de cambio de localización de Sally y Ann debido al amplio uso de la misma. Para la tarea de Segundo Orden, es preciso contar con un nivel más de recursividad, puesto que gira en torno a la creencia falsa que tiene un personaje sobre la creencia de otro. En este caso, se contó con la tarea de la ventana, que basándose en la anterior añade modificaciones para ajustarse a la evaluación de segundo orden. Ambas tareas en su conjunto, obtuvieron un alfa de .51 y se utilizaron para clasificar a los menores en tres grupos: quienes no respondieron con éxito ninguna de las tareas, aquellos que respondieron correctamente sólo la tarea de Primer Orden y quienes lograron alcanzar a resolver también la tarea de Segundo Orden.

Procedimiento

Al tratarse de menores de edad, en primer lugar se obtuvo el consentimiento informado de los progenitores, que a su vez completaron el CBCL en su domicilio. Posteriormente, los menores completaron las medidas que les correspondían en el aula del colegio, durante aproximadamente una hora de clase. Para lo que en primer lugar, se les explicó la investigación, y las características de confidencialidad, anonimato y voluntariedad del cuestionario, además de instrucciones generales sobre el mismo así como aclaraciones de forma colectiva sobre algunos ítems o vocabulario que podían presentar alguna dificultad. Este estudio ha recibido el visto bueno del Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Deusto.

Diseño

Se trata de un diseño correlacional transversal.

RESULTADOS

En primer lugar, de cara a analizar las posibles relaciones entre las tres variables se realizaron diferentes análisis. Por un lado, se analizó la relación de la sintomatología internalizante con el apego y la Teoría de la Mente. En lo que al apego se refiere, se obtuvieron correlaciones negativas significativas (r = -.16, p = .011), lo que implicaría que a mayor seguridad en el apego, menor sintomatología internalizante mostraron los participantes. En relación a la Teoría de la Mente, no se cumplieron las condiciones para realizar la prueba de ANOVA, por lo que se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis, obteniendo diferencias

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

significativas entre los grupos de Teoría de la Mente realizados a partir del éxito alcanzado en las tareas de falsas creencias (χ^2 (2) = 8.18, p = .017).

Tabla 1. Datos descriptivos sobre la sintomatología internalizante en los grupos de Teoría de la Mente

	n	Media	Desviación estandar
No supera ninguna tarea	119	6.80	6.41
Supera sólo la tarea de Primer Orden	66	5.38	4.48
Supera ambas tareas de falsas creencias	147	4.88	5.40

Dichas diferencias apuntaban a una mayor sintomatología internalizante cuanto menor era la Teoría de la Mente (véase Tabla 1). Por último, también se analizó la posible relación entre el apego y la Teoría de la Mente, para cuyo caso al no cumplirse las condiciones para realizar la prueba de ANOVA se volvió a realizar un análisis de Kruskal-Wallis que no obtuvo resultados significativos (χ^2 (2) = 1.59, p = .45).

Tabla 2. Análisis realizados en función de la edad y del sexo por cada variable

	Análisis realizado	*p*
Sintomatología internalizante		
Edad	Correlación	.92
Sexo	U de Mann-Whitney	.872
Apego		
Edad	Correlación	.223
Sexo	U de Mann-Whitney	.058
Teoría de la Mente		
Edad	Kruskal-Wallis	.00**
Sexo	Chi cuadrado	.872

** p < .01

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Por otro lado, en cuanto a las diferencias de edad y sexo se realizaron los correspondientes análisis de correlación, t de Student, ANOVA o Chi cuadrado en función de la variable a contrastar (véase Tabla 2), pero sólo se obtuvieron resultados significativos en referencia a la Teoría de la Mente y la edad. En este caso, se volvió a aplicar la prueba de Kruskal Wallis al no cumplir los requerimientos para aplicar la prueba ANOVA, mostrando diferencias significativas (χ^2 (2) = 24. 25, p = .00) que indican mayor capacidad de Teoría de la Mente a mayor edad (véase Tabla 3).

Tabla 3. Datos descriptivos sobre la edad media en los grupos de Teoría de la Mente

	Media	Desviación estándar	Mínimo – Máximo
No supera ninguna tarea	9.97	0.836	9 – 12
Supera sólo la tarea de Primer Orden	10.38	0.881	9 – 12
Supera ambas tareas de falsas creencias	10.50	0.988	8 – 12

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio son preliminares, pero indican ciertas tendencias que cabe considerar en futuras investigaciones con mayor profundidad. Por un lado, el primer objetivo era comprobar la posible relación entre las tres variables de estudio. En este sentido, se ha confirmado la relación existente entre la inseguridad del apego y la sintomatología internalizante como venía señalando la literatura revisada (Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn, 2009; Dozier et al., 2008). También se ha encontrado que la sintomatología internalizante se asocia a una menor adquisición de Teoría de la Mente tal y como se esperaba. De hecho, supondría que se asocia a fallas en la capacidad de atribución de estados mentales inobservables que conllevarían dificultades o errores en la comprensión de la conducta. Desde otras perspectivas, a menudo se ha relacionado la sintomatología ansioso-depresiva con errores cognitivos, por ejemplo (Rodríguez-Testal, Carrasco, del Barrio y Catalán, 2002). Es posible, que desde esta perspectiva, las fallas en la Teoría de la Mente estén cumpliendo esa misma función, de manera que interpretar erróneamente a las otras personas o a sí mismo, de una forma negativa, conlleve sintomatología internalizante y viceversa. Asimismo, se ha confirmado que la Teoría de la Mente se adquiere progresivamente, de manera que a mayor edad alcanzaban a superar en mayor proporción las tareas presentadas. Esto último es fácilmente asumible desde una perspectiva de desarrollo, es decir, a mayor edad, mayor desarrollo, y por tanto la mayor capacidad de pensar de forma compleja en otros aspectos se traduce también en una mayor capacidad para pensar en relación a la conducta.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Por otro lado, no se ha encontrado relación significativa alguna entre el apego y la Teoría de la Mente, lo cual podría deberse a que al tratarse de una muestra infantil procedente de la población general, las respuestas de los menores tendían todavía a los posicionamientos extremos a favor de la persona cuidadora, por lo que al mostrar menos variabilidad en este aspecto, es más difícil observar diferencias significativas a nivel de puntuaciones medias, en caso de que las haya.

El segundo objetivo ha sido comprobar la posible existencia de diferencias en cuanto a edad. En este caso, los resultados han mostrado que excepto en el comentado caso de la Teoría de la Mente, las diferencias obtenidas no son significativas lo cual podría deberse a diversos factores. Entre otros, podría responder al hecho de que se trata de un periodo del desarrollo más estable en cuanto a la seguridad en el apego y la sintomatología internalizante. Probablemente, si se hubiera ampliado el rango de edad hasta abarcar parte de la adolescencia sí podrían observarse ciertos cambios debidos a ésta, pero al ser un rango de edad relativamente pequeño y, en términos generales, asociado a menos cambios, puede no dar lugar a diferencias significativas. Además, en el caso del apego, es posible que las diferencias no se reflejaran tanto en la seguridad del apego como en el objeto de apego, lo cual no hemos considerado con la medida empleada.

Por último, el objetivo relativo a las diferencias de sexo no ha obtenido resultados significativos en ninguno de los casos. En este sentido, cabe la posibilidad de que las diferencias de sexo encontradas en otros estudios respondan a construcciones sociales, es decir, a la socialización de género (Rader y Haynes, 2011). Se denomina así al proceso por el que se aprende lo que significa ser hombre o mujer y sus implicaciones. Es posible que a menor edad sea más difícil encontrar ciertas diferencias que posteriormente puedan acentuarse por los mensajes inculcados por la sociedad que colocan a la mujer en una posición de mayor vulnerabilidad, lo que se traduciría en mayor sintomatología internalizante, al contrario que lo que se espera del hombre, la protección/defensa, o en otras palabras, la externalización.

Para finalizar, este estudio no está exento de limitaciones como son el tamaño de la muestra y la transversalidad del estudio. Además, en el caso de los menores las medidas fueron completadas en el aula por lo que es posible que las respuestas se hayan visto influidas por la presión grupal o la deseabilidad social (sobre todo de cara a la medida de apego). Por último, cabe recordar el sesgo de confirmación, que responde al hecho de que sólo se observa aquello que se ha medido, de manera que pueden existir otras variables relacionadas que no es posible identificar puesto que no han sido incluidas para su análisis.

A modo de conclusión, señalar que aunque sea un estudio preliminar, debemos considerar que se trata de una muestra de población general, no de muestra clínica, por lo que las diferencias encontradas, aunque pequeñas (al no haber sujetos con gran sintomatología internalizante), son relevantes. De manera que los resultados de este estudio nos indican que son aspectos a valorar puesto que pueden tener cierta influencia, por lo que no se descartan e indican una futura línea de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile.*

Burlington: University of Vermont.

Armsden, G., y Greenberg, M. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 16*, 427–445. doi:10.1007/BF02202939

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Bakermans-Kranenburg, M.J., y van Ijzendoorn, M.H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development, 11,* 223- 263.

Baron-Cohen, S., Leslie, A.M. y Frith, U. (1985). Does the autistic child have theory of mind? *Cognition, 21,* 37-46.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Loss, sadness and depression.* New York: Basic Books.

Dozier, M., Stovall-McClough, K. C. y Albus, K. E. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (pp. 718-744). Nueva York: Guilford Press.

Dunn, J. (1991). Understanding others: Evidence from naturalistic studies of children.

En A. Whiten (Ed.), *Natura theories of mind: Evolution, development and simulation of everyday mindreading* (pp. 51-62). Oxford: Basil Blackwell.

Egger, H. L. y Angold, A. (2006). Common emocional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 313–337.

Fernández-Daza, M. y Fernández-Parra, A. (2013). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados.*Universitas Psychologica, 12*(3), 797-810. doi:10.11144/Javeriana. UPSY12- 3.pccp

Flavell, J. H., y Miller, P. (1998). Social cognition. En W. Damon, D. Kuhn y R. S. Siegler (Eds.), *Handbook of Child Psychology. Vol III. Cognition, Perception and Language* (pp. 851-898). New York: Wiley & Sons.

Fonagy, P., Redfern, S., y Charman, T. (1997). The relationship between belief-desire reasoning and a projective measure of attachment security (SAT). *British Journal of Developmental Psychology, 15,* 51-61.

Lacasa, F. (2008). *Relación entre vínculo afectivo, psicopatología y cambio en una muestra de adolescentes: estudio comparativo entre una muestra clínica que han realizado psicoterapia de grupo y una muestra comunitaria.* Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Mash, E. J. y Graham, S. A. (2001). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En V. Caballo y M. A. Simón (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales* (pp. 29-56). Madrid: Pirámide.

Núñez, M. (1993). *Teoría de la mente: metarrepresentación, creencias falsas y engaño en el desarrollo de una psicología natural.* Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

Rader, N. E. y Haynes, S. H. (2011). Gendered Fear of Crime Socialization: An Extension of Aker's Social Learning Theory. *Feminist Criminology, 6*(4), 291- 307. doi: 10.1177/1557085111408278

Rodríguez-Testal, J. F., Carrasco, M. A., del Barrio, M. V. y Catalán, M. C. (2002). Errores cognitivos en jóvenes y su relación con la sintomatología depresiva. *Anuario de psicología, 33*(3), 409-432.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

PSICOLOGÍA CLÍNICA PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL GENERAL: FUNCIONAMIENTO Y DESCRIPCIÓN DE UNA UNIDAD

PEDIATRIC CLINICAL PSYCHOLOGY IN A GENERAL HOSPITAL: OPERATION AND DESCRIPTION OF A UNIT

*Isabel Cuéllar Flores**

RESUMEN

Los psicólogos clínicos pueden aportar en el contexto pediátrico hospitalario una mirada única y complementaria a las enfermedades médicas de los niños y adolescentes, así como un conjunto de conocimientos y técnicas psicológicas que contribuyan a mejorar la salud de forma integral (Palermo, 2014). Son, sin embargo, pocos los hospitales que en nuestro país integran la figura del psicólogo clínico en la atención pediátrica fuera de la red de salud mental. En este trabajo se describe el funcionamiento y las características de la actividad de un Servicio de Psicología Clínica Pediátrica.

Palabras clave: psicología pediátrica, psicología de la salud infanto-juvenil, psicología neonatal, atención temprana, enfermedades crónicas pediátricas

ABSTRACT

Clinical psychologists can provide a unique and complementary perspective in the pediatric hospital context to the medical illnesses of children and adolescents, as well as a set of knowledge and psychological techniques that contribute to improving health in an integral way (Palermo, 2014). There are, however, few hospitals that in Spain integrate the figure of the Clinical psychologist in pediatric care outside the mental health network. This paper describes the functioning and characteristics of the activity of a Pediatric Clinical Psychology Service.

Keywords: pediatric psychology, child and adolescent health psychology, neonatal psychology, early intervention, chronic pediatric diseases

* PhD. Psicóloga Clínica. Servicio de Pediatría-Neonatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid. *icuellar-flores@gmail.com*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

INTRODUCCIÓN

La Psicología Pediátrica o de la Salud Infanto-Juvenil "tiene como objetivo promover la salud y el desarrollo de niños, adolescentes, y sus familias mediante el empleo de métodos basados en la evidencia. Las áreas de experiencia dentro del campo incluyen, pero no están limitadas a: factores psicosociales, del desarrollo y contextuales que contribuyen a la etiología, curso y resultado de condiciones pediátricas médicas; evaluación y tratamiento de los fenómenos conductuales y emocionales concomitantes de la enfermedad, daño/lesión y trastornos del desarrollo; prevención de enfermedad y daño; promoción de la salud y de comportamientos relacionados con la salud; educación, entrenamiento y formación de psicólogos y proveedores de asistencia médica; la mejora de los sistemas de provisión de asistencia médica y defensa de la política pública que sirva para cubrir las necesidades de niños, adolescentes y sus familias" (trad. propia, Roberts, Aylward, y Wu, 2014). Esto incluye, sin querer ser exhaustivos, la atención psicológica en cuidados paliativos, psicooncología pediátrica, enfermedades crónicas como el asma, la diabetes, el dolor crónico o el VIH. También se incluyen alteraciones en el neurodesarrollo, condiciones de riesgo neurobiológico como la prematuridad y el daño cerebral adquirido (Roberts et al., 2014).

Es un campo en desarrollo pero ya consolidado, han pasado 50 años desde que Wright (Wright, 1967) definió la Psicología Pediátrica, y desde entonces se ha creado la División 54 de la Asociación Psicológica Americana, existen numerosos psicólogos clínicos trabajando en este campo, diversas revistas científicas dedicadas a ella y cientos de estudios.

En nuestro país es, sin embargo, un área sanitaria y de investigación en general menos desarrollada, con excepciones (Padilla Muñoz, E.M. y Lanzarote Fernández, 2010; Quiles, Sebastián, y Méndez Carrillo, 2003), y fundamentalmente en el campo de la neuropsicología infantil, cuidados paliativos o de la psicooncología infanto-juvenil (Autor, 2011; Rosselli, Matute, y Ardila, 2010; Salas Arrambide, Gabaldón Poc, Miravete, Pérez-Yarza, y Amayra Caro, 2005). En Pubmed la búsqueda de [(Pediatric Psychology or Health Psychology) and (child*) and (Spain)] proporciona 75 registros (frente a los 1618 que aparecen cuando se elimina la referencia a España), y sustituyendo child por (adolesc*) se obtienen 107 registros (en contraste con los 1786 registros al eliminar la palabra Spain). Es sin embargo imprescindible el desarrollo de una Psicología Clínica Pediátrica o de la Salud

Infanto-Juvenil distinta de la adulta y del contexto sanitario psiquiátrico (Quiles et al., 2003). Las enfermedades de los niños son distintas a las de los adultos, así como las variables moderadoras y moduladoras implicadas y la mayor implicación de la familia (Eiser y Main, 1998).

Contribuciones únicas de la atención psicológica especializada en la salud física y la enfermedad médica pediátrica en el ámbito hospitalario

Los psicólogos clínicos pueden aportar en el contexto pediátrico hospitalario una mirada única y complementaria a las enfermedades médicas de los niños y adolescentes, así como un conjunto de conocimientos y técnicas psicológicas que contribuyan a mejorar la salud de forma integral (Drotar, 1977, 2006; Palermo, 2014). Son expertos en la promoción de la salud, prevención primaria, secundaria y terciaria de enfermedades, afrontamiento de enfermedades crónicas, problemas y trastornos emocionales y alteraciones neuropsicológicas y en el neurodesarrollo (Drotar, 1977, 2006; Palermo, 2014). Además contribuyen a que en los servicios pediátricos se trabaje con un auténtico modelo de interdisciplinariedad.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Hay evidencia sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para los problemas emocionales, relacionales y de conducta asociados a patologías o condiciones médicas (Palermo, 2014). Por ejemplo, para reducir la ansiedad y mejorar la calidad de vida asociada a intervenciones, hospitalizaciones y enfermedades crónicas en población infanto-juvenil (Quiles et al., 2003; Williams, Holmbeck, y Greenley, 2002). Basándose en el sistema GRADE el tratamiento psicológico ha demostrado un nivel de evidencia moderado para reducir el dolor y mejorar la discapacidad en cefaleas, dolor abdominal y músculo esquelético (Palermo, 2014). También para reducir peso en obesidad y mejorar la salud mental de padres y menores en diversas patologías crónicas como el cáncer o la diabetes, así como para mejorar la adherencia o los problemas de insomnio en patologías específicas (Palermo, 2014). Se han señalado niveles de evidencia bajos, aunque con efectos importantes, para reducir el malestar durante las inyecciones o mejorar aspectos cognitivos en trastornos neurológicos y del neurodesarrollo y en daño cerebral adquirido en menores (Palermo, 2014).

Además del impacto emocional y sobre el bienestar que justificaría la implementación de la atención psicológica pediátrica por sí solo, resulta esencial tener en cuenta el impacto económico. Aunque el análisis de los costes y de la eficiencia de los tratamientos no es sencillo, se han desarrollado estudios fuera de nuestro país que comprueban que numerosas intervenciones en psicología de la salud se relacionan con reducciones en los costes sanitarios, incluida la pediátrica (McGrady y Hommel, 2016). Pueden ahorrar dinero de hospitalizaciones, urgencias, consultas médicas y uso de fármacos más complejos. También pueden aumentar la satisfacción con la atención y mejorar la relación médico-paciente familia, lo que a su vez puede repercutir en mejores diagnósticos y menor frecuentación.

Son, sin embargo, pocos los hospitales que en nuestro país integran la figura del psicólogo clínico en la atención pediátrica fuera de la red de salud mental, con algunas excepciones (Infocop, 2010). Y ello a pesar de los beneficios demostrados (Palermo, 2014) y de las recomendaciones de los expertos (Sierra, 2017). Según Duro Martínez y Martínez (2016) en la Comunidad de Madrid sólo se encontrarían en tres hospitales públicos, en las áreas de cuidados paliativos, neuropsicología y atención temprana.

El objetivo de este trabajo es describir el funcionamiento y las características de la actividad de una Unidad de Psicología Clínica Pediátrica (UPCP) hospitalaria en nuestro país. Se pretende, asimismo, mostrar las áreas y características de los pacientes atendidos.

MÉTODO

Participantes

En este estudio se analizaron los datos de 376 menores que fueron atendidos en la UPCP. Los menores tenían entre 0 y 19 años (Media=6.3 ; DT=7.45) en el momento en el que fueron atendidos en la consulta por primera vez durante el año 2017. El 46.9% fueron niñas o adolescentes mujeres.

En la Tabla 1 se describen las características de edad y problemas médicos de los pacientes atendidos en la UPCP.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Tabla 1. Características de los pacientes derivados al servicio de Psicología Clínica Pediátrica

Condición médica	Edades
Prematuridad 63.9% Encef. Hipóxico-Isq neonatal 4% Hemorragia Intraventricular o Accidente cerebro-vascular 6.3 Exitus 1.1% Transgénero 2.1% CIUR 2.4% Enfermedad crónica (VIH, diabetes, enfermedad hematológica) 3.7% Trastorno del neurodesarrollo o de conducta 12% Otro (inter vención quirúrgica, alteración sensorial...) 4.3%	0-5 años 86.7% 6-11 años 7.4% 12-21 años 5.9%

La mayoría de los pacientes son menores de 6 años (86.7%), seguidos por menores en edad escolar (7.4%) y por adolescentes de entre 12 y 21 años (5.9%).

Los problemas médicos más frecuentes fueron prematuridad (63.9%), alteraciones en el neurodesarrollo o trastornos de conducta (Retraso global del desarrollo, Trastornos del Espectro Autista, Trastornos específicos de aprendizaje, Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad) (12%), enfermedades médicas crónicas (VIH, diabetes) (3.7%), encefalopatía hipóxico-isquémica (4%), CIUR (2.4%), accidentes cerebrovasculares neonatológicos y pediátricos (6.3%), transexualidad o transgénero (2.1%) y otros (4.3%) (accidentes de tráfico, alteración sensorial). En un 1.1% los pacientes fallecieron y se atendió a la familia.

Procedimientos

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de la actividad de la UPCP durante el año 2017. Se realizó un recuento de los pacientes atendidos, ya fuese mediante la modalidad interconsulta como en la de pacientes atendidos de forma ambulatoria en consulta. Los pacientes derivados pero que no acudieron a la consulta (3 pacientes) no fueron incluidos en los análisis. Se analizaron los datos procedentes de la historia clínica de los pacientes.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos (frecuencia, media y desviaciones típicas) de los siguientes datos de los pacientes: edad, sexo, condición médica, motivo de derivación, diagnósticos psicológicos y actividad psicológica realizada.

RESULTADOS

Contexto

El Hospital Universitario Clínico San Carlos es un hospital general ubicado en Madrid (España) que cuenta con un Instituto de Gestión Clínica que engloba los Servicios de Pediatría, Neonatología y Cirugía Pediátrica.con subespecialidades como Endocrino, Neumología, Neuropediatría, Enfermedades infecciosas y Digestivo pediátrico. También cuenta con un Aula hospitalaria y dos Trabajadoras Sociales compartidas con otros servicios. Se organiza en los bloques de Hospitalización y consultas externas. La hospitalización del Bloque pediátrico incluye: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Unidad de Reanimación postanestésica, Hospital de día Pediátrico y Hospitalización pediátrica convencional.

El Servicio de Neonatología, por otra parte, es uno de los cuatro Servicios de Madrid con nivel IIIb-c y recibe pacientes derivados de otros hospitales de dentro y fuera de la Comunidad.

Dentro del staff se encuentra una Psicóloga Clínica contratada a tiempo completo y adscrita al servicio de Neonatología desde 1989. En el año 2016 la Psicóloga Clínica pasa a depender de Pediatría, ampliando los criterios de derivación, que se describen en la Tabla 2.

Tabla 2. Criterios de derivación a Psicología Clínica Pediátrica

Recién nacidos de Alarma III según la Sociedad Española de Neonatología
Recién nacidos de Alarmas I y II con factores de riesgo psicosocial
Familias de recién nacidos fallecidos
Menores de 6 años con alteraciones en el neurodesarrollo
Pacientes pediátricos con patologías médicas crónicas y problemas de adherencia o emocionales significativos
Pacientes pediátricos hospitalizados con reacciones adaptativas significativas

Encuadres y técnicas de intervención

Las primeras consultas tienen una duración de 45 minutos. Los seguimientos pueden tener una duración de 30 o 45 minutos y se realizan con una frecuencia quincenal o mensual (cuando el abordaje es psicoterapéutico o de intervención en atención temprana) hasta anual (cuando el abordaje es para detección de alteraciones en el neurodesarrollo y prevención primaria). Las interconsultas tienen una duración variable (entre 15 a 60 minutos). El abordaje es preferentemente familiar.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Se realizan actividades clínicas de atención directa: detección y evaluación de alteraciones en el desarrollo, comportamentales, neurocognitivas y socioemocionales, diagnósticos psicológicos, psicoterapia familiar e infanto-juvenil, intervención en crisis, intervenciones en atención temprana, derivación a otros recursos educativos, sociocomunitarios, de salud mental y de atención temprana, derivación a otros profesionales sanitarios.

También se realizan servicios psicológicos de atención indirecta. Estos últimos incluyen la coordinación con otros recursos, asesoramiento a otros profesionales sanitarios sobre gestión de situaciones difíciles y cuidado socioemocional de los pacientes y sus familias. Y esto se desarrolla manteniendo un contacto continuado con el conjunto del servicio y los diferentes equipos, y participando sistemáticamente en algunas de sus actividades para coordinar roles y tareas. Además se realizan otras funciones de atención indirecta que incluyen participación en sesiones clínicas y reuniones específicas.

Características de las derivaciones a la unidad de psicología clínica pediátrica

Durante el año 2017 fueron atendidos 376 pacientes en la UPCP. Las derivaciones a psicología pediátrica se realizan desde dentro del mismo servicio de Pediatría, no estando disponible para derivaciones desde Atención Primaria. El modelo de colaboración es de enlace e interconsulta para los pacientes hospitalizados y mediante derivación para la atención ambulatoria.

Los servicios derivantes y motivos de derivación se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Características de las derivaciones realizadas al servicio de Psicología Clínica Pediátrica

Especialidad pediátrica derivante	Motivo de derivación
Neonatología 80.4% Neuropediatria 10.2% Endocrino 2.2% Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos 1.7% Hospitalización pediátrica 1.4% Enfermedades infecciosas 3% Otros (digestivo, hematología) 1.1%	Riesgo neurobiológico 75.9% Riesgo en la adaptación familiar 12.3% Evaluación complementaria 9.1% Hospitalización domiciliaria neonatal 2.7%

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

La principal especialidad médica que demanda atención psicológica es Neonatología (80.4% de las derivaciones), seguida por Neuropediatría (10.2%), Enfermedades Infecciosas (3%), y por Endocrinología Pediátrica y por la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (2.2 y 1.7% de derivaciones respectivamente), Pediatría general durante la hospitalización (1.4%) y otras especialidades.

En lo que respecta a los motivos de derivación, la mayoría de las derivaciones se realizan por la existencia de factores de riesgo neurobiológico (75.9%) como la prematuridad, o por riesgo en la adaptación familiar o individual durante la hospitalización o en condiciones médicas (12.3%). En un 9.1% el motivo de derivación era solicitar una Evaluación psicológica complementaria y en un 2.7% para valorar la posibilidad de ser incluido en Hospitalización domiciliaria neonatal.

Características de la actividad realizada por la UPCP

Las derivaciones se agrupan en dos programas: Programa de psicología clínica neonatal y atención temprana (77.39% de los pacientes atendidos se encontrarían en este programa) y Programa de psicología clínica pediátrica (22.6%). En el primero se incluyen varios subprogramas, de duelo perinatal, de atención temprana y de psicología clínica neonatal. El Programa de psicología clínica pediátrica incorpora otros subprogramas específicos, como el de obesidad infanto-juvenil o el de VIH pediátrico. En la Tabla 4 se describe la frecuencia de las derivaciones en cada programa.

Dentro de la UPCP se realizan funciones generales de evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico, y éstas funciones se realizan durante la hospitalización o de forma ambulatoria. En la Tabla 4 se indica la frecuencia de estas funciones y la modalidad de atención.

La mayor parte de la actividad de la UPCP incluye evaluación y prevención (29.5%) o tratamiento (65.2%). En un 5.3% sólo se realiza evaluación.

Las intervenciones psicológicas más frecuentes son las mixtas, que incluyen atención psicológica durante la hospitalización y seguimiento ambulatorio (76.5%), aunque también se realizan intervenciones sólo ambulatorias (19.5%) y sólo durante la hospitalización de los pacientes (4%).

Los diagnósticos psicológicos realizados con criterios DSM-V (American Psychiatric Association 2014) aparecen en la Tabla 4. Los más frecuentes son Trastornos adaptativos en los menores (2.9%) o en sus progenitores (1.9%), Trastornos en el neurodesarrollo (Retraso global del desarrollo, Retrasos simples del lenguaje y motores en un 19.1%, Trastornos del espectro autista en un 3.2%, Trastornos específicos de aprendizaje o Trastornos por Deficit de Atención/Hiperactividad en un 2.9%), Trastornos de síntomas somáticos y otros trastornos relacionados (Trastorno de ansiedad por enfermedad en el 1.6% y Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas en un 1.1%). También hay un 6.4% de pacientes sin diagnóstico psicológico y un 58% con condiciones médicas asociadas a riesgo psicomotor.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Tabla 4. Características de la actividad realizada por la Unidad de Psicología Clínica Pediátrica

Programas y Tipo de atención	Tipo de actuación	Diagnósticos psicológicos*
Programa de Psicología Clínica-Atención Temprana 77.39% Programa de Psicología Clínica Pediátrica 22.6% Hospitalización 4% Atención ambulatoria 19.5% Durante la hospitalización y ambulatoria 76.5%	Evaluación y diagnóstico 5.3% Evaluación y prevención 65.2% Evaluación y tratamiento 29.5%	Riesgo psicomotor 58% Retraso global del desarrollo o Trastornos de la comunicación 19.1% Trastornos de Aprendizaje y Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad 2.9% Trastornos del Espectro Autista 3.2% Trastornos de adaptación 2.9% Trastornos por Ansiedad o Depresión 1.6% Trastornos de adaptación (progenitores) 1.9% Factores psicológicos que intervienen en una condición médica 1.1% Otros diagnósticos 2.9% Sin diagnóstico psicológico 6.4%

*Criterios DSM-V

DISCUSIÓN

Las funciones del Psicólogo pediátrico o del Psicólogo de la salud infanto-juvenil han sido delimitadas y descritas desde hace más de 20 años (Wright, n.d.; Wright, 1967). El impacto sobre la mejora de la salud y económico en cuanto a ahorro de costes ha sido demostrado en estudios previos (McGrady y Hommel, 2016). Requiere utilizar métodos temporal (hospitalizaciones en procesos agudos, valoraciones para altas...), física (a pie de cama, reuniones médicas, consultas externas...) y económicamente diversos y eficientes (McGrady y Hommel, 2016; Wright, 1967).

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

En nuestro país, sin embargo, sigue siendo un área escasamente desarrollada, con algunas excepciones, tanto en el ámbito clínico como en el de investigación. En este trabajo se ha descrito el funcionamiento y características de los pacientes y de la atención psicológica de una UPCP, mostrando en el volumen de pacientes atendidos y en la diversidad de motivos de derivación que resulta un servicio útil y demandado por profesionales y pacientes. Por la historia y trayectoria del hospital la UPCP descrita atiende mayoritariamente pacientes con antecedentes de gran prematuridad, siendo pionero y excepcional (Cuéllar Flores, Flores, y Trapero, 2017). No obstante, la necesidad de contar con diagnósticos psicológicos complementarios a los médicos así como de intervenir sobre factores psicógenos implicados en la etiología o el mantenimiento de los problemas médicos lo ha ido convirtiendo en un servicio valorado y demandado para otros problemas médicos. Desde Neuropediatría requieren evaluaciones neuropsicológicas y del desarrollo, así como intervención precoz en alteraciones del neurodesarrollo. Desde Enfermedades infecciosas, Endocrino o Digestivo se requiere abordar factores psicológicos que interfieren en el ajuste a las enfermedades tanto en los pacientes como en sus familias. En las unidades de hospitalización se derivan pacientes cuyas familias muestran reacciones adaptativas que se benefician de la intervención psicológica. Las modalidades de atención son tanto ambulatorias como durante la hospitalización por lo que es imprescindible la disponibilidad para poder dar respuesta a las necesidades de atención.

La dependencia administrativa del Servicio de Pediatría en este caso es un valor, pues permite que el rol de la Psicóloga Clínica Pediátrica dentro del servicio sea claro y que los intereses y objetivos de la actividad sean comunes al resto del servicio (Drotar, 1977, 2006). Por otra parte facilita la inclusión dentro del equipo y una verdadera interdisciplinariedad.

La organización de la atención psicológica en programas es imprescindible para poder delimitar los criterios de derivación, desarrollar intervenciones interdisciplinares y en general gestionar mejor las consultas. Permite establecer espacios de trabajo, objetivos específicos y población receptora. Las actividades de coordinación y otras actividades de atención indirecta son necesarias aunque invisibles para los gestores al no ser incluidas en las agendas o registros de actividad.

Es importante continuar avanzando en el conocimiento y en la mejora de la atención integral, incluida la psicológica, de los pacientes pediátricos (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009). Trabajos como este pretenden contribuir a ello, aunque con las limitaciones que tiene al tratarse de un estudio tan solo descriptivo de la actividad de una Unidad específica, no siendo posible extraer conclusiones sobre la eficacia y eficiencia de este servicio. Entre las perspectivas futuras se encuentra precisamente mostrar la eficacia, satisfacción y resultados de este servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5: Spanish Edition of the Desk Reference to de Diagnostic Criteria from DSM-5*.

Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009). *Informe sobre la Salud Mental de Niños Adolescentes.* Cuadernos Técnicos 14. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Sociedad Española de Psicooncología (2011). Contrastación de un modelo de resiliencia en cáncer infanto-juvenil. *Psicooncología*, *8*(1). https://doi.org/10.5209/rev_psic.2011.v8.n1.21357

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Cuéllar Flores, I., Flores, I. C. y Trapero, M. V. (2017). Programa de Atención Psicológica en Neonatología: Experiencia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. *Clínica Contemporánea*, *8(3), E28,* 1–12. *https://doi.org/*10.5093/cc2017a18

Padilla Muñoz, E. M. y Lanzarote Fernández, M. D. (2010). Psicología de la Salud Infanto-Juvenil. *Anuario de Psicología Clínica Y de La Salud*, *6*, 5–6.

Drotar, D. (1977). Clinical psychological practice in a pediatric hospital. *Professional Psychology*, *8*(1), 72–80. https://doi.org/10.1037/0735-7028.8.1.72

Drotar, D. (2006). *Psychological interventions in childhood chronic illness*. https://doi.org/10.1037/11412-000

Duro Martínez, J. C. y Martínez, J. C. D. (2016). La Psicología Clínica en la sanidad pública de la Comunidad de Madrid: la insuficiente consolidación de una profesión sanitaria. *Clínica Y Salud*, *27*(2), 45–50. https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.05.001

Eiser, C. y Main, N. (1998). Child Health Psychology. In A. S. Bellack and M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology* (pp. 617–643). https://doi.org/10.1016/b0080-4270(73)00246-7

Infocop (2010). La labor del psicólogo/a en una Unidad de Psicología de un hospital público. Entrevista a la responsable de la Unidad de Psicología del Hospital Universitario de Valencia. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2136

McGrady, M. E. y Hommel, K. A. (2016). Targeting Health Behaviors to Reduce Health Care Costs in Pediatric Psychology: Descriptive Review and Recommendations. *Journal of Pediatric Psychology*, *41*(8), 835–848. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv083

Palermo, T. M. (2014). Evidence-Based Interventions in Pediatric Psychology: Progress Over the Decades. *Journal of Pediatric Psychology*, *39*(8), 753–762. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu048

Quiles, J. M. O., Sebastián, M. J. Q. y Méndez Carrillo, F. (2003). *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Piramide

Rosselli, M., Matute, E. y Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. México: Editorial El Manual Moderno.

Salas Arrambide, M., Gabaldón Poc, O., Miravete, J. L. M., Pérez-Yarza, E. G. y Amayra Caro, I. (2005). El pediatra ante la muerte del niño: integración de los cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Anales de Pediatría*, *62*(5), 450–457. https://doi.org/10.1157/13074619

Sierra, J. C. (2017). El rol del psicólogo en el ámbito hospitalario - Entrevista a Ricardo Gorayeb. *Infocop*.

Williams, P. G., Holmbeck, G. N., y Greenley, R. N. (2002). Adolescent health psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(3), 828–842. https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.3.828

Wright, D. G. (n.d.). Psychiatry and clinical psychology. In *An introduction to clinical psychology.* (pp. 549–566). https://doi.org/10.1037/10577-002

Wright, L. (1967). The pediatric psychologist: a role model. *The American Psychologist*, *22*(4), 323–325. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6041092

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD CORPORAL EN LA ETAPA PERINATAL. REFLEXIONES DESDE LA CLÍNICA*

THE CONSTRUCTION OF BODY IDENTITY IN THE PERINATAL STAGE. REFLECTIONS FROM THE CLINIC

Mónica Avellón Calvo **, *Carmen Gutiérrez Serrano* *** *y Beatriz Sanz Herrero* ****

RESUMEN

Este artículo aborda la adquisición de la identidad corporal a lo largo de la etapa perinatal. Tras una presentación teórica, presentamos dos bloques clínicos que ilustran las dificultades que pueden aparecer en este proceso. Por una parte, se presenta el caso de un niño con una enfermedad grave de la piel. La consulta terapéutica padres-niño, permite sostener un "encuentro", en el que el acercamiento al cuerpo del niño pueda hacerse acompañado por la palabra y el niño puede ir reconociendo su cuerpo como algo propio e ir conquistando su derecho a la intimidad. Por otro lado, se muestra la intervención psicomotriz grupal con niños TEA en un CAT: a través de la creación de un lugar de relación y de interacción entre iguales, se favorece la elaboración de la imagen corporal y la estructuración del yo corporal y el yo psíquico (aspectos afectivo relacionales), partiendo de una intervención corporal.

Palabras clave: Identidad corporal-perinatalidad-enfermedad piel-autismo-psicomotricidad.

ABSTRACT

This article approach to the body identity acquisition along perinatal stage. Firstly, we develop a theoretical analysis of the concept and secondly, we present two clinical pictures in order to evidence some of the difficulties of body identity acquisition. On one hand, we show the Psychomotor Therapeutic Group activity with ASD children: by means of the creation of an interaction space between peers, we aim to improve image body elaboration and physical and psychical ego structuration (relational and affective aspects), by a body intervention. On the other hand, we are analysing the case of a children bearing a

* Trabajo presentado en el XXXI Congreso Nacional SEPYPNA celebrado en Málaga los días 28-30 de marzo de 2019.
** Psicóloga Clínica de la USM Infanto-juvenil del Hospital Univ. Río Hortega de Valladolid. *monicavellon@hotmail.com*
*** Pedagoga. Psicomotricista del CAT de la Fundación APASCOVI de Collado Villalba, Madrid. *carmenguse@yahoo.es*
**** Psicóloga Clínica Hospital Univ. Niño Jesús de Madrid. *bsanzherrero@gmail.com*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

severe skin disease. The therapeutic treatment "parents-child" creates a space of closeness, allowing the parents approximate to children body together with their voice, so that the children may recognizes his body as something that belongs to him, and, this way, starting to conquer his right to intimacy.

Keywords: Body identity-perinatalidad-skin disease-Autism-Psychomotricity

LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD CORPORAL (Mónica Avellón)

La identidad corporal se construye, en gran parte, en la etapa perinatal, siendo "los primeros cuidados (…) cruciales, para la necesaria subjetivación del cuerpo". (…)"No se nace teniendo un cuerpo, ni mucho menos sabiendo que se tiene. Más bien se trata de una relación que se va construyendo, especialmente en los primeros tiempos de la vida". (Carbonell y Ruíz, 2013).

Lasa,1994 señala que" uno no puede constituirse sin los otros. El primer yo es un yo placer, un yo corporal unificado y cuando uno ya es uno quiere separarse, marcar las diferencias, de lo que no es uno".

La identidad tiene que ver con la conciencia de sí mismo, con la diferenciación y la continuidad y también, con la mismidad. Grinberg (1980) habla de la adquisición del sentimiento de identidad como proceso de interrelación continua entre tres vínculos.

Por una parte, la integración espacial como relación entre las distintas partes del self, que incluiría el self corporal manteniendo su cohesión y permitiendo el sentimiento de Individuación. Por otro lado, la integración Temporal, que se refiere a la relación entre distintas representaciones del self a lo largo del tiempo y que traería consigo el sentimiento de Mismidad. Por último, el vínculo de integración Social o la connotación social de la identidad como relación entre aspectos del self y de los objetos, vínculo en el que resultan primordiales los mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva.

Se podría considerar la identidad corporal como la primera forma de identidad. Freud, 1923 utilizó el concepto identidad en relación a las identificaciones proyectivas que realiza el sujeto en el devenir de su existencia e insistió en la relevancia de la imagen corporal como identificación, para la formación del yo.

El yo se construye a partir de las sensaciones corporales, principalmente de aquellas producidas en la superficie del cuerpo; el yo sería entonces una proyección mental de dicha superficie (Freud, 1923).

El yo corporal precede al yo psíquico. Dicho de otra forma (Winnicott, 1962): "la mente es algo que florece al borde del funcionamiento somático". Pero para que este florecimiento sea posible es necesaria una intervención de un otro que ofrezca una contención y posibilite la integración de las partes de la personalidad (y del cuerpo) que se vivencian "desunidas". Sin este otro el bebé quedaría preso por la fuerza de sus estados somáticos aún no canalizados por la asociación con huellas psíquicas.

Serán fundamentales, entonces, las huellas psíquicas creadas en torno a las experiencias de satisfacción y también aquellas en relación a las experiencias de necesidad, insatisfacción y dolor, siendo a partir de estas últimas por las que "se tendrá noticia del cuerpo" y también de la existencia del otro: el encuentro entre lo psíquico y lo somático producirá, según Aulagnier, 1992 la primera desmentida de la omnipotencia.

En un principio,el bebé no diferencia entre la causa externa o interna de la excitación somática, apareciendo un conjunto de sensaciones no integradas en un todo externo-interno indiferenciable. No obstante,lo displacentero tiende a "expulsarse" y a vivirse como ajeno y externo al propio cuerpo, como"no yo".

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

La construcción de la identidad como persona es un proceso que implica, entonces, pasar del estado fusional a la separación, pasar del dentro al fuera, de la indiferenciación a la percepción de los límites corporales.

Desde el momento del nacimiento, las sensaciones de placer y de displacer las percibimos a través de nuestro cuerpo. Originariamente son las huellas de placer y displacer inscritas en nuestro cuerpo las que irán ayudando a percibirlo, en función de la relación y respuesta que obtenemos de las personas de nuestro entorno.

El almacenamiento de información de estas huellas formará la "memoria originaria" de todas las experiencias pulsionales, vividas durante el periodo de indiferenciación, antes de la constitución del YO (Camps, 2002).

Para que las experiencias displacenteras puedan ser vivenciadas e integradas (en el yo) y sea posible la creación de huellas psíquicas en torno a las experiencias corporales, serán necesarias unas experiencias repetidas y consistentes de calma que posibiliten la creación de un espacio de confianza en el que construir los esbozos del self.

Dice Winnicott: "El individuo es capaz de llegar a la fase del "yo estoy" solamente porque existe un medio ambiente que le protege" y puede "ser consciente de la existencia contenedora de una madre que le da seguridad". "El yo se basa en un yo corporal, pero sólo cuando todo marcha bien la persona del bebé empieza a estar vinculada con el cuerpo y las funciones corporales, con la piel como membrana limitadora (Winnicott, 1962).

Podríamos pensar entonces, que primero, hay que conseguir "tener un cuerpo" (no sólo unas partes del cuerpo experimentadas por separado) para después, en un segundo momento, ser un cuerpo, consiguiendo así la integración necesaria para la unión psique-soma (Winnicott, 1962)

A través de las diferentes funciones maternas descritas por Winnicott: holding, handling y presentación de objetos, se hará posible la integración y la construcción del propio cuerpo, siendo el holding, reverie o función alfa de Bion, una de las tareas principales.

"Lo que mantiene a raya esa angustia inconcebible (de fragmentarse, de caer interminablemente, de no tener ninguna relación con el cuerpo, …), es la función (integradora) de la madre (…) en esta etapa (perinatal): su capacidad para ponerse en el lugar del bebé y darse cuenta de lo que éste necesita en el manejo general del cuerpo y, por lo tanto, de la persona" (Winnicott, 1962).

Al principio el niño es puro cuerpo y la madre le presta su psiquismo.

Ogden, 1989, 1986 se refiere a la función madre-bebé y al uso estructurante y comunicativo de la identificación proyectiva.Lo que se siente como amenazante se expulsa fuera del cuerpo, se proyecta en el otro, haciéndose cargo el otro. como Yo auxiliar, de lo que no puede elaborar uno mismo. La tensión ligada al estado somático es percibida como desagradable y se descarga a través de las expresiones motrices del cuerpo: grito, llanto, movimiento, ….

Será fundamental el papel de la madre o figura materna, de mentalizar las diferentes funciones fisiológicas del cuerpo del niño, de poner palabras a las sensaciones y sentimientos, a las expresiones corporales y de nombrar las distintas partes de un cuerpo, aún no vivenciado como tal, en una fase madre-bebé en la que la separación aún no es clara.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Dice Ajuriaguerra:" Ante todo, cabe señalar que en el momento de nacer no hay nada tan psicosomático como un niño. El cuerpo ocupa un lugar privilegiado en el amplio campo de las interacciones con el medio, las distintas funciones fisiológicas (alimentación, eliminación esfinteriana, tono estático y dinámico, etc.) sirven de soporte para la comunicación con el entorno, cuyo papel estriba en "mentalizar dichos comportamientos sobre todo gracias a la capacidad de ilusión anticipatoria de la madre".

Las diferentes partes del cuerpo van "existiendo" a la par que cumplen una determinada función, función que es a la vez biológica y erógena y también comunicativa, simbólica y vincular. "La experiencia del cuerpo propio se enlaza a lo simbólico y al semejante" (Carbonell y Ruíz, 2013). Sami-Ali, 1989 habla de "cómo se lleva a cabo la simbolización de los diferentes órganos" y del "impacto de la presencia del otro: voz, mirada, … directamente en lo corporal".

Serán fundamentales las sensaciones propioceptivas viscerales y también aquellas relacionadas con el movimiento y la acción muscular, que servirían para distinguir lo externo y lo interno (Freud, 1915).

En la construcción del cuerpo, tomará,asimismo, un papel esencial la piel: la piel es superficie expresiva, donde "un interior se revela al exterior"(Merleau-Ponty,1957:354)

La piel proporciona al aparato psíquico las representaciones constitutivas del Yo y de sus principales funciones". De esta manera se desarrolla una construcción del sí mismo(Yo-piel"). Anzieu, 1998 dice que las caricias y cuidados maternos, las sensaciones cutáneas, el entorno sonoro y olfativo, al unirse a la propia actividad exploratoria del niño, participan en la eclosión del sentimiento de una diferencia entre interior y exterior. Algunas de las funciones de la piel y el tacto en la constitución del psiquismo son: como continente y sostén (en relación al handling y holding), como envoltura o barrera de contención, y como individuación (el Yo asegura una función de individuación del sí-mismo que le otorga el sentimiento de ser un ser único y capacitado para establecer o interrumpir determinados contactos e intercambios). Se puede hablar de las funciones del Yo-Piel como envoltura, como continente y como superficie de contacto.

«El diálogo tónico, del que hablaremos después, se basa en sensaciones táctiles (la piel) y en el contacto con el movimiento del otro (maternante), con su organización tónico – emocional.

A partir de las sensaciones y placeres parcelados, el niño accederá progresivamente a una unidad de placer elemental y será por medio del otro, que le ofrece este espejo de placer, en el cual él puede verse, vivirse, sentirse unificado.

Estas huellas de placer y de displacer que graba el cuerpo del bebé, junto con la calidad del investimiento de los otros sobre el niño, van a construir el origen de su continente psíquico (continentes corporal y psíquico, en su origen, en una unión somatopsíquica) y progresivamente una representación de sí mismo (que para Aucouturier se trata de una dimensión no consciente), que configura su totalidad corporal, la cual le llevará a la construcción de su identidad personal.

Piera Aulagnier**,** 1992 hace interesantes aportaciones acerca del papel del cuerpo, del espacio y de la relación, en la formación del psiquismo y de la identidad. Se produce-dice-un "trabajo continuo de construcción, reconstrucción, deconstrucción" de las representaciones de la psiquis "acerca de la relación con el propio cuerpo, con el otro y con el mundo".

Las expresiones corporales del bebé son captadas por la madre, que, a partir de ellas, lleva a cabo una modificación del espacio exterior que modificará, a su vez, el estado somático del bebé, por lo que éste establecerá un vínculo entre su estado

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

somático y la realidad (lo externo) y una correspondencia entre cuerpo y espacio (o entre una parte del cuerpo y un fragmento de la realidad). Será necesario un periodo de omnipotencia (Ferenczi) o fase madre-bebé (Winnicott) para que se pueda construir este vínculo entre el propio cuerpo y la realidad, que haga sentir al bebé que él mismo, es decir, su cuerpo, tiene algún "control" sobre el entorno.

El dominio motriz y la actividad motriz del cuerpo tomará, entonces, un papel esencial, correspondiendo de alguna forma el dominio del propio cuerpo al dominio del espacio, del otro y de la realidad.

Las expresiones corporales y las emociones asociadas a ellas, se transformarán en mensajes relacionales (Aulagnier) y esto va a ser posible, porque la madre les ha atribuido, desde los primeros momentos, un estatus comunicativo y relacional.A la vez, estos signos corporales se revelarán como uno de los más importantes vínculos entre sí mismo y el otro.

Decíamos que no se nace con un cuerpo: Para llegar a "tener un cuerpo", es necesario,por una parte, construir una imagen de él e identificarse con esta imagen y, por otro lado, ordenar la satisfacción que se obtiene de él.(Carbonell y Ruíz, 2013).

Podríamos decir, simplificando las cosas, que, por un lado, estaría la imagen especulardel cuerpo y por otro, la imagen inconsciente del cuerpo.

El estadio del espejo de Lacan resulta fundamental para la imagen del cuerpo, ya, que, permite la construcción del cuerpo saliendo del momento de cuerpo fragmentado anterior al espejo y llegando a "una unidad que hasta entonces no era posible" (Carbonell y Ruíz, 2013). El bebé entre los 6 y los 18 meses, muestra su júbilo al encontrar su propia imagen en el espejo, pero para que pueda reconocer su imagen como propia, "será necesaria la presencia y la mirada de otro que permita que el niño, "a la vez que mira su propia imagen en el espejo, también "vea" reconocida su imagen en esa otra mirada. Esta mirada y este intercambio de miradas será lo que haga posible la inscripción simbólica de la imagen del cuerpo" (Carbonell y Ruíz, 2013).

Sami Ali,1989 se refiereal "misterio de la génesis de la imagen del cuerpo, génesis eminentemente inconsciente que parte de las zonas erógenas".

La imagen inconsciente del cuerpo, IIC (Doltó, 1984)es una imagen anterior a la imagen especular, se construye durante los primeros tres años y continúa activa durante toda la vida, aunque a partir de esta edad, la imagen del cuerpo-visto dominará en la conciencia, mientras que las imágenes del cuerpo vivido, dominarán en el inconsciente".

La IIC está compuesta por imágenes arcaicas del cuerpo (imágenes de base, funcional y erógena) que constituirían los cimientos del narcisismo (Doltó y Nasio, 1987).

La IIC es la imagen de un cuerpo relacional ya que se construye a partir del vínculo con un otro; en ese vínculo toma un papel fundamental el lenguaje y también el ritmo de la interacción, con la alternancia entre las sensaciones placenteras y displacenteras y la presencia y la ausencia, por eso Nasio,2008 habla de "la imagen y la huella de un ritmo".

Se podría definir (Nasio, 2008) como"el conjunto de las primeras y numerosas impresiones grabadas en el psiquismo infantil" a partirde" las sensaciones corporales que un bebé e incluso un feto, experimenta en el contacto con su madre". Estas huellas se organizaránen un lenguaje corporal,que sería el "lenguaje silencioso y olvidado de las sensaciones antiguas" siendo la imagen "una sensación que perdura". Añade Nasio que "la estructura de la imagen mental de nuestro cuerpo es una superficie acribillada de impactos, una superficie en mosaico, en la que cada pieza es una microimagen que refleja una impresión sen-

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

sorial indecible, un aspecto de la zona corporal afectada", resultando finalmente una "especie de *patchwork* de microimágenes dispares".

La ICC estaría formada por las huellas de todo tipo de sensaciones, no sólo táctiles sino también aquellas relativas al resto de los sentidos, como el oído, el olfato, la vista, ….

En este sentido, es interesante el concepto de la musicoterapia de "la piel sonora", que tendría que ver con nuestra historia personal y vital, a través de los sonidos.

Todas estas sensaciones constituyen la memoria inconsciente de nuestro cuerpo infantil,aunque no del cuerpo "en sí mismo"sino de un cuerpo eminentemente relacional, impregnado de la presencia del otro" (Nasio, 2008)

Cómo nos relacionamos con nuestro propio cuerpo y cómo le tratamos, tendrá mucho que ver con la mirada del otro, con el lugar que nos otorga y también con las vivencias en torno a ese cuerpo, con la libidinización materna (y paterna), con las proyecciones paternas y maternas, con la posición adoptada en la conflictiva edípica…

Ocupará un lugar especial el handling de Winnicott y en general, todo lo que se transmite a través de lo corporal y lo pulsional: cómo nuestro cuerpo es tocado, acogido, sostenido y cuidado.

No debemos olvidar, además, que la relación yo-cuerpo, sustituye en parte a la relación yo-otro (Aulagnier, en Hornstein, 1981) por lo que los conflictos con el otro se plasmarán de alguna forma, en el cuerpo.

Para concluir este apartado, hablaremos del denominado diálogo tónico.

La primera relación que el bebé establece con el mundo exterior es con la madre, estableciéndose entre ellos un diálogo tónico, que constituirá la base de las emociones y relaciones futuras del niño con los otros.

Ajuriaguerra(1993) se refiere al diálogo tónico como un intercambio corporal de información que se produce entre la mamá y el niño recién nacido y que se expresa por estados de tensión-distensión muscular, que reflejan sensaciones de placer y displacer y que provocan reacciones de acogida-rechazo en el otro.El diálogo tónico será uno de los componentes en el establecimiento de las relaciones objetales.

Durante el primer año de vida, las necesidades-displaceres del niño y sus satisfacciones-bienestar se manifestarán a través de tono muscular. También las alternancias presencia-ausencia, proximidad-lejanía, contacto-separación, tendrán su manifestación tónica y emocional.

Estas secuencias repetidas son las premisas del diálogo tónico que se elabora sobre las variaciones del tono acompañando los sentimientos, las necesidades, los contactos, las experiencias sensoriales y emocionales y sobre sus integraciones, diferenciando poco a poco el interior del exterior del cuerpo(Gauberti,1993).

El apego se va combinando poco a poco con la distancia para construir la identidad del niño, la diferencia entre el yo y el no yo(Ruiz de Velasco,2002,40).

La formación del apego parte del diálogo tónico y en ambos casos hablamos de una dialéctica fusión-separación para la construcción de la propia identidad, por lo que el proceso de identidad irá parejo al proceso de diferenciación del niño en relación con su entorno maternante.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Todos los estímulos que recibe el niño durante el diálogo tónico, tanto los de satisfacción de sus necesidades, como aquellos asociados a dicha satisfacción(miradas, olores, sabores, sonidos, calor, presión, caricias, arrullos,...) modifican su sensibilidad interoceptiva, propioceptiva y exteroceptiva, las cuales tienen de entrada un carácter agradable o desagradable y van a constituir el fundamento de la vida afectiva.

EL ENCUENTRO CON EL CUERPO EN UN NIÑO CON UNA ENFERMEDAD (Beatriz Sanz)

Cuidados Primarios e Investimento corporal. Placer por el cuerpo: vitalizar a un niño.

Siguiendo las aportaciones de distintos psicoanalistas, vamos a tratar de pensar cómo los padres se hacen cargo del cuidado corporal de un niño. Para que el cuerpo del niño sea investido libidinalmente, necesariamente tiene que haber sido narcisizado e investido por sus padres.

El niño, de entrada, es incluido en el universo de la madre. Es acariciado, mirado, hablado por ella. La madre, entendiendo por madre la que ejerce la función materna, otorga sentido al llanto, movimientos, gestos, determina que va a satisfacer y que no, abre recorridos de placer. Interpreta al niño según sus propios registros y su propia historia. Le ofrece al niño un mundo ya codificado por ella, que trasmite a través de gestos, palabras, caricias miradas y de muchas otras formas sin que sea consciente de ello. Desde los primeros momentos la madre al aliviar las tensiones biológicas del niño añade placer en la satisfacción de la necesidad, va a permitir la vivencia calmante frente al dolor y tiene una función ligadora de las experiencias.

Comprender al lactante impone para su madre que las señales emitidas por el bebé se transformen en signos y símbolos comprensibles por el adulto. El paso de una modalidad de lenguaje (bebé) a otro (el de la madre) se efectúa a través del prisma de los cuidados maternos.

Silvia Bleichmar plantea que la madre inscribe en el niño un plus de placer a través del investimento libidinal que no se reduce a lo autoconservativo. Los cuidados de la madre no sólo conservan la vida y aportan unificación narcisista; sino que se ligan al Ic materno y a la sexualidad reprimida y ponen en circulación contenidos del orden de la imaginación y la fantasía.

Fain destaca la función de paraexcitación de la madre. Los cuidados maternos constituyen, en los comienzos de la vida, la principal protección antiestímulo del lactante. La madre "suficientemente buena" cumple dos funciones:

- Función calmante o reparadora (del equilibrio tensional del lactante tanto interno, como externo).
- Función Despertadora.

La pareja madre-hijo funciona como un sistema que trata de alcanzar un equilibrio: ha de tener en cuenta las necesidades del niño, el deseo de la madre y el ambiente. Su finalidad es luchar contra el displacer. Las estimulaciones externas se eliminan afuera, mientras que las internas necesitan una respuesta elaboradora.

La función materna de protección antiestímulo tiene que persistir hasta que se asegure el relevo de la protección antiestímulo autónoma del bebé (que será sinónimo energético del cuerpo erógeno o libidinal del bebé).

Guttoon plantea que la unidad narcisista primaria comprende el conjunto de las actividades libidinales que unen a madre e hijo; no se limita al lactante ni es propia del hijo ni de la madre. Incluye la actividad placentera que los cuidados representan para la madre. El apuntalamiento pulsional se establece animado por la seducción primaria.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Siguiendo a Ángeles de Miguel, el niño nace con ciertos ritmos biológicos, ciertas secuencias de sueño y de hambre, pero es en el vínculo con el otro donde se van construyendo ritmos psíquicos. La madre tiene también sus propios ritmos y es en el entrecruzamiento entre ambos donde algo nuevo se va a construir.

Ella nos recuerda cómo el niño representa sus vivencias y desarrolla su pensamiento en relación con los otros que le rodean y dan significado a lo que experimenta. A través de los cuidados corporales se van constituyendo las zonas erógenas, el cuerpo es erogeneizado. En estos intercambios se producen vivencias de placer que dejan huella (inscripciones). También hay vivencias de dolor que dejan marca, que llevan a la huida y al vacío de representación. Y hay un tercer tipo de vivencias, las vivencias calmantes; frente al dolor la posibilidad de que otro calme, acune, hable, cante ayudando a ligar lo doloroso a otras vivencias. La palabra, la presencia o la caricia del otro trasforma lo insoportable en tolerable, en una representación que puede ser ligada.

Es decir, para que el niño pueda pensar, el adulto tiene que poder pensarlo, fantasearlo y construir un espacio psíquico por él y para él. Además, es fundamental el respeto por el otro en la crianza. Reconocer al niño y considerarlo como sujeto desde el inicio, ser "pensado" y amado por los padres como alguien diferente, con un cuerpo y una mente propia.

Guttoon destaca que el deseo materno organiza los cuidados del bebé. La madre se ocupa de su bebé porque lo desea y lo hace según su deseo; el niño es un objeto que se reviste de sentido, un lugar en el que se proyectan las significaciones maternas. El secreto del encuentro madre-hijo reside en la concordancia entre el deseo de la madre y la expectativa de su bebé.El espacio de los cuidados maternos es el primer espacio de ilusión del bebé.

Ante el diagnóstico de una enfermedad

Es especialmente importante que el cuerpo del niño sea investido libidinalmente. Que los padres cuiden, acaricien, nombren el cuerpo del niño y le devuelvan una imagen completa de sí mismo. La labor de los profesionales es acompañar a estos padres para que puedan dirigirse al niño y reconozcan su cuerpo y no sólo "cuiden" o se ocupen de la enfermedad.

En muchas ocasiones frente a la enfermedad en el niño aparecen situaciones de Negación o Idealización como una forma de adaptación a la nueva realidad. Van a acompañar el proceso de elaboración frente a la enfermedad y serán adaptativas siempre que no bloqueen el encuentro único con el niño.

Guttoon plantea que, frente al diagnóstico de una enfermedad grave en el bebé, las madres corren el riesgo de presentar un aturdimiento en su actividad fantasmática y los cuidados maternos acaban siendo operatorios, carentes de actividad libidinal. En esos casos los cuidados maternos son eficaces "madre enfermera", pero el hijo no es objeto de deseo, sino de actividad. (Plantea que en esos casos los bebés pueden presentar una pobreza y un hipofuncionamiento libidinal en las primeras semanas de vida).

Viñeta Clínica

Se trata de un paciente que acude a consulta a los 2 años y 2 meses de edad derivado desde la consulta de Nutrición por sus dificultades de alimentación. Paciente con enfermedad grave de la piel, diagnosticado al nacer. Portador de una sonda nasogástrica desde los 2 meses de edad y una gastrostomía desde el año.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

En la primera consulta: Acuden los dos padres tras la consulta de Nutrición. Van contando la historia de su hijo, sus dificultades de alimentación "No come por boca" y los primeros momentos de su encuentro con él. Nació casi sin piel, completamente vendado, en la primera semana no lo podíamos coger…". Hablan de la necesidad de suscuidados y las curas diarias. Necesita un baño diario para ablandar la piel: frotar, secarle, echar crema y cortar las pieles. Desde el momento en que sabe que va al baño empieza a llorar. Puede estar una hora seguida llorando. "Nos dicen que es molesto, pero no justifica como se pone…".

En esa primera sesión,nos sentamos en la mesa pequeña y le digo "si quierespodemos curar a este perrito entre los dos". Cogemos celo y vamos cortando trocitos pequeños. Él me va señalando dónde tiene pieles: en una pata, otra pata… casi pone de más, en la cabeza… y luego vamos quitando poco a poco y las ponemos en un sitio para tirar las que no sirven.Los padres van contando las curas que tienen que hacer a su hijo y lo difícil que es para ellos. El niño acaricia al perrito pequeño y dice "Guapo, guapo". Me mira y señala: "La mamá también tiene pieles…". No sé muy bien cómo responder….Pero empezamos a poner celo por las patas de la mamá… Comento "Qué difícil para esta mamá que sabe cómo duele… Pobrecita… esta mamá que sabe que le va a molestar y no le gusta que su hijito tenga pieles como ella y que tenga que ir a muchos médicos…(La vamos curando entre los dos") Vamos despacio, con cuidado y pasamos de uno a otro,… pobrecito. En muchas sesiones posteriores elige coger al perrito pequeño y lo cuidamos entre los dos "Qué difícil tener estas pieles, qué rollo. Pobre…"

Los padres van hablando de su propio sufrimiento… "Para mí lo peor es cuando hay que tirar de las pieles". "A veces le hacemos sangre…hay que sujetarle mucho…Es que tiene la piel rota" … A veces nos dice "por favor, no me hagas pieles". (Es más fácil escucharlos mientras estoy sentada con el niño curando al bebé perrito y no les tengo cara a cara).

El lugar de los padres y sus palabras

El acercamiento a un niño con una enfermedad necesariamente supone tener en cuenta a su familia y los cuidados que tanto los padres como el niño necesitan.

Pido a los padres que escriban por separado sobre su hijo "Mi hijo Leo… y lo que le venga a la cabeza"; que luego lo lean juntos. Escriben cada uno un folio por delante y por detrás… tienen mucho que decir y ambos empiezan por el primer encuentro con él, de su nacimiento y del impacto que supuso para ellos.

La madre escribe… y cuenta… "nació sin piel de cuello para abajo", de las vendas… de la primera vez que le dejaron tocarle en la incubadora. "Ya no quiso estar en otro sitio más que en nuestros brazos". Habla sobre el carácter de su hijo y su genio… De cómo le ha cambiado la vida… sus creencias "sólo creo en la estadística". Incluye en el relato al padre del niño y de su decisión de no hundirse.

El padre empieza por nombrarle y darle un lugar "es mi segundo hijo" y habla de su necesidad de cuidado "quizás lo que asuste sea que no puedes dejar de prestarle atención". Habla del papel de su propio padre y de sus palabras que le ayudaron a "enfocar la situación". Del reto constante y de sus propias vivencias: "tanto fracaso te humaniza". Acaba diferenciándole de la enfermedad y reconoce su función como padre "no podré hacer muchas cosas por su piel, pero podré hacer muchas cosas por él".

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Es importante señalar que todos los días tienen que "hacer" mucho por su piel: lavar, frotar, dar crema, cortar… y el alto riesgo de quedarse atrapados en el lugar de enfermeros que "curan", se dirigen y se ocupan del "cuerpo enfermo" y no del niño que hay detrás de la enfermedad.

Necesariamente el papel del hospital se sitúa en este punto de encuentro. Facilita un acercamiento al niño en el que el cuidado del cuerpo del niño se hace guiado a través de la palabra y la interacción. Se enlaza con los aspectos más vitales del niño, de forma que éste poco a poco pueda ir desarrollando su propia capacidad de autocuidado.

En el hospital se desarrolla un trabajo integrado entre las consultas de Nutrición, Logopedia y Psicología Clínica para normalizar la alimentación en este niño, portador de gastrostomía y que no come por boca. Desde la consulta del pediatra además del control de la enfermedad, el peso y el crecimiento del niño. Se escuchan las necesidades de la familia haciendo preguntas y dirigiéndose directamente al niño. Se adecúan las cantidades, tratando de favorecer la sensación de hambre del niño y normalizar sus rutinas. En la consulta de logopedia el niño viene un día la semana y se trata de facilitar el acercamiento a la comida: que los padres no dejen de ofrecerle en casa y que él pueda ir probando poco a poco. Permitir que se sienta seguro y que se deje guiar por el adulto. Que consolide su propia capacidad "tú puedes" y recuperar algo de lo placentero en la relación con los alimentos "seguro que te va a gustar". El hospital y el trabajo en equipo actúan como red de protección para facilitar que los padres ejerzan una función de cuidado que nadie puede hacer por ellos.

Escucha del Niño. Evolución del Tratamiento

Uno de los elementos importantes del trabajo en consulta han sido las manos del niño: reconocerlas, mirarlas y dibujarlas juntos. En varias sesiones he dibujado su silueta en un papel (del derecho y del revés) y luego la hemos coloreado entre los dos. Poniendo nombre y color a las marcas, las heridas, las pieles…lo que duele. Me va señalando y yo escribo "grieta, herida, ampolla, pompa…". Otro día hacemos el dibujo de un niño que tiene su misma enfermedad… dibuja sus manos, sus pies, el ombligo, el botón de su gastro… le ponemos celo por todo el cuerpo. Hablamos de cómo cuidarlo.

Voy a destacar algunos de los personajes de identificación que ha ido marcando el desarrollo de las sesiones.

En un primer momento los padres hablan de "Kion", un personaje de dibujos animados, con el que el paciente se identifica. Lo repite varias veces en consulta "Soy Kion y corro como un león" mientras se mueve con dificultad por el despacho trayendo juguetes a la mesa pequeña, hace el gesto de correr y me muestra que es muy fuerte. Es el personaje de la imagen de la película del Rey León.

Más tarde aparecen los personajes de Lego "Ninya Go". Figuras de lego, que también aparecen en una película. Me cuenta de sus nombres y poderes. Él tiene un disfraz y se pide uno de ellos. Cuando habla de lo que le dicen los niños del cole y pregunto qué puede hacer me dice: "me pongo mi disfraz de Ninya Go" y les puedo a todos. Me habla del Ninya Go verde que tiene todos los elementos: aire, agua, fuego, hielo… hasta se puede poner dorado.

En una de las últimas sesiones con los playmobil representamos sus amigos del cole. Él dice: "Yo era este… es Denis es uno que es muy bruto. Este es Mario mi "favorito amigo". ¿Y yo quién soy? pregunto: "tú puedes ser Spiderman y te llamas Leo". Permite una sesión en la que yo hago su personaje en el colegio. (Ese muñeco de Spiderman al principio tiene las manos

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

sujetas y no las puede mover). Yo digo "que rollo de manos… yo no quiero estas manos así, no me gustan estas manos que no pueden jugar bien… yo también quiero jugar como todos…". Nos ha sentado a todos alrededor de unas piezas que hacen de mesa. Digo: "yo quiero jugar… cada uno puede pedir un deseo" … Me mira sorprendido…Voy diciendo un deseo que van pidiendo los niños: "Yo quiero ser el más fuerte, y yo quiero ser el más listo… y yo la más guapa… y yo soy Leo y quiero ser el más alto". Cada uno puede pedir un deseo… yo soy Leo y soy el más alto". Él me corrige: "Es Enrique, tú no… tú no puedes ser… es Enrique y punto". Al poco rato recogemos y mientras doy el papel de la siguiente cita se mete las manos en los bolsillos y las esconde. Le digo que parece que pone las manos en los bolsillos como un papá … Se ríe…. "No tengo manos. no tengo…". Exagero un poco, pregunto dónde estarán… cómo es que no tiene manos. Nos reímos … Sale riéndose mucho y coge el papel con el brazo.

El cuerpo como espacio Subjetivo. Pudor e Intimidad

La necesidad de ser Mirado por Otro

El Yo toma a su cargo, relevando de forma progresiva a la madre y a través de la identificación con ella, el cuidado del sujeto. El niño tiene que ir poco a poco haciéndose cargo de sí mismo; primero es a través de la identificación con el cuidado de sus padres, posteriormente los incorpora y se identifica con éstos. La capacidad de cuidar de uno mismo es heredada de las funciones parentales.

Para que un niño sea capaz de mirarse con placer y cuidarse, tiene que haber sido mirado por otro. Con placer…curiosidad, incertidumbre, con miedo, con gusto, con enfado, con alegría…. con todo lo que aporta el "universo de cuidados parentales". Todo aquello que aportan los padres cuando nombran y sienten en el encuentro con su hijo.

Riesgo de las Situaciones de descuido y Pasividad

En muchas situaciones las intervenciones frecuentes en el cuerpo del niño,acaban colocándolo en situaciones de desprotección donde el niño se instala en una posición de pasividad y descuido. (que impide la canalización de la agresión).

Es importante proteger al niño y respetar su cuerpo en la medida de lo posible. Es necesario valorar como riesgo aquellas situaciones en las que el niño se muestra sin barreras o presenta actitudes exhibicionistas de su enfermedad. No debemos valorar como "natural" cuando descuida su propia intimidad.

En este sentido es especialmente importante recoger las aportaciones de R. Rodulfo en relación al Narcisismo, destacando dos momentos: Plantea un Primer Tiempo del Narcisismo en el que el niño es sostenido en los brazos de la madre. La mirada de la madre lo autoriza a verse. Habla de la Función de Espejo.

Y un segundo momento en el que la constitución de lo interno/externo es central. La importancia del cuerpo como algo simbólico que le pertenece al sujeto. Plantea Función de Puerta, que opera como límite. Hace alusión a una separación simbólica.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Es importante señalar como indicador de vitalidad la protesta y el rechazo del niño y el alto riesgo psíquico de las actitudes de sometimiento y descuido donde el niño "se deja hacer" en las consultas médicas o en los cuidados de la enfermedad.

Destacamos el pudor y la importancia de la intimidad (en los cuidados del adulto y en el propio desarrollo del niño) como algo que es necesario construir como elemento de protección.

Modelo de encuadre Terapéutico: Consulta terapéutica. Escucha y encuentro

La modalidad de consulta terapéutica que reúne al mismo tiempo al niño y a sus padres permite sostener un "encuentro", en el que el acercamiento al cuerpo del niño pueda hacerse acompañado por la palabra y el niño puede ir reconociendo su cuerpo como algo propio e ir conquistando su derecho a la intimidad.

De esta forma se establece un espacio privilegiado de intercambio donde acompañar el proceso de desarrollo del niño y la posibilidad del descubrimiento y conquista de sus propias capacidadesy de su propio cuerpo. Desde el principio es importante devolver una entidad y un valor en sí mismo a los movimientos iniciales de individuación del niño.

La noción de continuidad aportada por el encuadre y la presencia activa del terapeuta es muy importante.

En este caso los padres hablan de sus propias dificultades a la vez que narran la historia del niño. Van desarrollando un relato compartido, que permite una narración de lo que les sucede, posibilita un acercamiento individual y subjetivo a la enfermedad en el niño.

En este caso es importante dar un sentido a la protesta del niño:"En la comida tiene que ser él, lo que a él le gusta y cómo él quiere… rechazo total… no deja que le demos". Protesta frente al alimento, pero acepta las vías, tolera bien los ingresos… las exploraciones. en el hospital.

Y escuchar sus palabras: "No quiero que me vean los pies, … van a decir que soy feo". Y cómo él necesita controlar y empieza a dirigir en su cuidado: "Va diciendo qué hay cuidar… y que pieles hay que contar…".

La elaboración de la enfermedad necesariamente conlleva el duelo que hay que realizar por el cuerpo sano y supone el reconocimiento delimitaciones. El trabajo terapéutico y el reconocimiento de las vivencias subjetivas, facilita la recuperación de aspectos más vitales en el niño y su familia y posibilita el desarrollo de un proyecto de futuro más ajustado a la realidad.

EL CUERPO EN EL AUTISMO

En busca del cuerpo ¿perdido? La vivencia del propio cuerpo en el autismo (Mónica Avellón)

Cómo ya hemos señalado, no se nace con un cuerpo, sino que el cuerpo es algo que se construye y se "adquiere".

En el autismo y en la psicosis, se da una determinada posición respecto al propio cuerpo, al mundo y al espacio. Siguiendo a Lacan (Seminario 23), en el autismo se observa "un des-encuentro de la palabra y los cuerpos, el cuerpo existe sin soporte de palabra y de alguna forma, se tiene relación con el propio cuerpo como extraño".

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Para que un cuerpo te pertenezca, para que no sea vivido como ajeno es necesario "que se pueda revivir, a través de la palabra, lo que ese cuerpo ha vivido" (Nasio, J.,2008)

Se tiene también que pasar de la no integración como estado inicial del bebé a la integración, es decir, se tiene que "conseguir" tener un cuerpo y no sólo unas partes del cuerpo, experimentadas por separado.

Esther Bick habla de las angustias catastróficas de no integración y de cómo se adquiere el sentido del self mediante el funcionamiento de la piel, que obra como un límite. Más adelante, la identificación con la función de integración del objeto reemplaza al estado de no integración y da origen a la fantasía del espacio interno y del espacio externo y a la aparición de un espacio transicional. Si no se consigue la integración aparecen las angustias de desintegración, de fragmentación, de despedazamiento ante las que se ponen en marcha mecanismos arcaicos que pretenden la formación de una envoltura psíquica.

Winnicott,1962 se refiere al proceso de "personalización" para referirse a la unión psique-soma, contrapuesto al de "despersonalización", proceso en el que se produciría una pérdida "de la unión del yo con el cuerpo, incluso con los impulsos y satisfacciones del ello". Si las vivencias internas-externasno hacen posible una mínima integración de las diferentes sensaciones, pulsiones, experiencias, etc. no se puede llegar a tener una imagen del cuerpo mínimamente estable y estas angustias catastróficas son constantes.

Para que se dé este proceso de integración, será fundamental, cómo ya hemos dicho, el estadio del espejo propuesto por Lacan.

Se podría decir que la "imagen del cuerpo del psicótico (y también del autista) está fragmentada, ya que ha regresado a un estadio preespecular, en el cual no está todavía unificada" (Maleval, 1996). "La patología de los psicóticos-escribe F. Doltó-se refiere (…) a experiencias preverbales y prescópicas del cuerpo propio". "En la psicosis-señala J. Oury-no habría un cuerpo sino "trozos de cuerpo", es decir, un cuerpo fragmentado.

Es en este punto fundamental de la "fase del espejo", en la que el niño autista parece encontrar dificultades: en algunos casos, "es débil el reconocimiento de la imagen propia"; en otros, "se vive esta imagen de forma inquietante y perturbadora" (Carbonell y Ruíz).

Se podría decir entonces (Carbonell y Ruíz), que en el niño autista "algo se congela" en ese transcurso hacia la "conquista de la propia imagen",no es "posible la construcción de su propio cuerpo durante los primeros momentos de vida" y no puede "hacerse con su identidad."

"El niño con autismo no puede identificarse con su cuerpo. Por este motivo, los fenómenos corporales le son ajenos y extremadamente complicados, "muchas sensaciones" "son vividas con angustia, y "algunas funciones" (corporales) o "algunas actividades le resultan imposibles". (Carbonell y Ruíz).

La dificultad del niño autista para tener una imagen global de sí mismo conlleva que cualquier sensación o actividad: malestar o dolor en una parte de su cuerpo, el hecho de cortar las uñas o el pelo, pueda convertirse en motivo de incertidumbre y temor.

No poder construir su unidad imaginaria supone no poder identificarse con los demás, al no tener conciencia del YO no puede percibir a los otros (NO YO) como sujetos, y por supuesto percibirse como uno más de ellos, por esto, estar en un grupo puede convertirse en una experiencia insoportable.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Como hemos dicho antes, el sujeto organiza las satisfacciones corporales a través de órganos y funciones, vinculadas a los objetos de la pulsión, que se constituyen alrededor de los cinco orificios del cuerpo: la boca, los esfínteres, los genitales, los ojos y los oídos y a través de la envoltura y los registros que van quedando inscritos en la piel. Cada uno de estos órganos se va construyendo a partir de su función vinculada al otro más allá de la mera satisfacción de la necesidad (Carbonell y Ruíz, 2013).

Los niños y niñas con autismo tienen dificultades con las funciones vinculadas a estos objetos pulsionales, presentando dificultades para comer, hablar, controlar esfínteres, se tapan los oídos ante ruidos fuertes, sordera selectiva, cierran los ojos, miran de reojo, se sienten invadidos y amenazados, miedosos ante la posibilidad de ser penetrados y destruidos, o imposibilitados de expulsar sus heces por miedo a desprenderse de una parte de su cuerpo. Son frecuentes los problemas de la piel, la reacción a las texturas y el temor a desprenderse de su ropa y ser tocados. No tienen conciencia de su globalidad corporal y presentan dificultades en la vinculación con el otro (…) quedando perdidos y sin capacidad para situar los objetos de la satisfacción en el entramado simbólico.

No tener construido el cuerpo, ni en su imagen, ni en el circuito de satisfacción (Carbonell; Ruiz, 2013), deja al sujeto sin una percepción de los límites, de lo que está dentro y de lo que está fuera.

Por otra parte, para entender la vivencia del propio cuerpo en el autismo, será fundamental el concepto de depresión psicótica de Winnicott, depresión que aparecería cuando la separación (o la conciencia de separación) de la figura materna, se hace presente en un momento en el que aún no se puede elaborar. Así, la pérdida de una parte del cuerpo de la madre (el pecho), se viviría como una pérdida o una carencia de partes del propio cuerpo.

Esta misma idea, estaría presente en la teorización de Mahler sobre el proceso de separación-individuación, de forma que, en la psicosis llamada autística, no habría una imagen del cuerpo por una falta de investidura libidinal del mismo; siendo la psicosis simbiótica, una defensa frente a la conciencia de la separación.

Frances Tustin, 1972 toma el concepto de Winnicott de depresión psicótica, cuando se refiere al cuerpo del niño autista como lleno de agujeros, agujeros "negros", que serían el resultado de la "perdida" de lo que ella "botones": objetos corporales en los que habría una escasa diferenciación entre las diferentes partes del cuerpo y una indiferenciación entre el cuerpo del bebé y el de la madre.

Asimismo, Tustin hablade diferentes tipos de autismo como defensa ante la depresión psicótica, tipos en los que la vivencia del propio cuerpo sería distinta.

En primer lugar, estaría el "autismo primario anormal", en el que habría una escasa diferenciación y una pasividad "tipo ameba".Después, el "autismo secundario encapsulado", en el que el niño construye una especie de armadura, caparazón, o "segunda piel", detrás de la cual puede refugiarse y protegerse del mundo externo, siendo vivido el no yo como terrorífico.Por último, estaría el "autismo secundario regresivo", en el que tienen un papel esencial las angustias de desintegración del propio cuerpo.

Vemos entonces que, aunque en diferentes grados y formas, en el autismo siempre será débil o al menos confusa, la distinción entre el yo y el no yo; entre el propio cuerpo y el ajeno, entre el adentro y el afuera, … dándose una importante dificultad respecto a la percepción de los límites corporales, concepto al que se refiere P. Federn al hablar de la "pérdida de las fronteras del yo" en la psicosis.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Para algunos autores, seria precisamente la "creación" de una armadura o un cuerpo encapsulado lo que serviría de límite, de barrera o burbuja que protege al sujeto y supliría la imagen unitaria del cuerpo que ha quedado por construir (Carbonell y Ruíz, 2013)

El cuerpo cápsula serviría entonces como límite y a la vez, dificultaría o impediría el intercambio y la comunicación dentro-fuera, protegiendo no sólo de aquello que viene de fuera sino también, de aquello proveniente del interior.

De la escasa diferenciación, entre el propio cuerpo y el ajeno, son reflejo un buen número de manifestaciones del niño autista: el uso de una parte del cuerpo del otro como propia, la utilización de objetos autísticos como continuación del propio cuerpo, negando así la falta y la separación; la dificultad para ser consciente del espacio personal y el de los otros, …

Un lugar esencial, lo ocuparían aquellas conductas que llamamos estereotipias.

Podríamos reflexionar sobre si estas estereotipias y otras manifestaciones corporales, son la consecuencia de un déficit en la construcción de la imagen corporal o constituyen una defensa, una especie de solución.

Se podría decir que, con muchas conductas o movimientos estereotipados, se buscaría, de alguna forma, encontrar un límite al propio cuerpo. Este límite se podría buscar pegándose a un objeto o a una persona, corriendo de una pared a la otra de una habitación, buscando mantas, telas u otros objetos con los que cubrirse o taparse y que funcionarían como una segunda piel o girando sin parar como forma de "construir" un espacio cerrado que sirva de límite.

También, se puede pensar si la sensorialidad o la vivencia de las sensaciones de modo unisensorial, es un déficit o si en algunos casos o en algunas situaciones, el desmantelamiento descrito por Meltzer, tendría una función defensiva de autogenerar sensaciones y mantener la ilusión de una continuidad corporal.

Asimismo, el correr sin aparente objetivo o dar saltitos o el estirar y sacudir los dedos de las manos, quizá podría ser un intento de librarse de sensaciones corporales displacenteras no integradas, dejar atrás sensaciones amenazantes-angustiantes, esparcirlas, echando fuera aquello que no puede contenerse y ser elaborado.

Por otra parte, la función de algunos movimientos mecánicos repetitivos en "dos tiempos", como encender y apagar una luz o abrir y cerrar una puerta, podrían constituir un intento de ordenar y controlar el mundo clasificándolo en dos categorías simples (Carbonell y Ruíz, 2013).

Asimismo, otros movimientos corporales repetitivos podrían tener el objetivo de "intentar manejar un cuerpo sentido como incontrolable e inmanejable" ya "que el sujeto habría fracasado en el intento de adueñarse de él".

Podría, además pensarse que determinados movimientos poco coordinados, como restos del pensamiento mágico omnipotente descrito por Ferenczi y pretenderían conseguir un efecto sobre el espacio, la realidad y el propio cuerpo, a partir de la respuesta del otro materno.

Entramos entonces en la importante y necesaria relación entre cuerpo, espacio y realidad.Precisamente, para Betthelheim, "la retracción autística estaría vinculada con la pérdida del sentimiento de la posibilidad de acción sobre el entorno".

Siguiendo las ideas de Piera Aulagnier descritas anteriormente, se podría pensar que "el encuentro entre la psique y el propio espacio somático", lleva al niño autista a no poder investir ni el propio cuerpo ni la realidad al no mantener la "seguridad de que él puede modificar ciertos aspectos ni de uno ni de otro"

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Se podría decir, quizá, que uno de los objetivos del trabajo psicomotriz con los niños con autismo sería ayudarles a buscar y encontrar su propio cuerpo, cuerpo que en algunos casos quizá han encontrado "prematuramente" y después, han perdido, mientras, que en otros casos no habrían llegado a "encontrar".

Sea como sea, "en la relación terapéutica, a través de la relación con otro, la imagen del propio cuerpo puede cambiar"(-Maleval, 2011) y "un mismo sujeto puede presentar imágenes del cuerpo no idénticas entre sí (…) en función de la relación transferencial".

LA INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ GRUPAL EN NIÑOS CON TEA (Carmen Gutiérrez)

Identidad corporal: como se favorece en un grupo TEA

Voy a hablaros de mi experiencia de trabajo como terapeuta de psicomotricidad en la unidad de Terapia psicomotriz en un Centro de Atención Temprana. (CAT).

La población atendida en estos centros comprende niños de 0-6 años y/o escolarizados en E.I y que presentan problemas en su desarrollo. Los niños acuden al centro en régimen ambulatorio y las unidades que se imparten son de estimulación, logopedia, fisioterapia, psicoterapia y terapia psicomotriz. Son derivados desde E.I, colegios, centros hospitalarios, al CRECOVI (Centro Regional de Coordinación y Valoración Infantil) quien dictamina la necesidad de Atención Temprana y por tanto, una plaza en un CAT.

Los niños acuden a la unidad de Terapia psicomotriz un día a la semana, durante 45 minutos. Los tratamientos psicomotrices que se realizan son en grupo. Actualmente, me encargo de llevar los grupos de Trastorno del Espectro Autista. Son niños, en su mayoría, con diagnóstico de TEA o sospecha y que previamente a venir a esta unidad se ha realizado con ellos un trabajo a nivel individual en psicoterapia, trabajo que se sigue realizando. El resto de la jornada y de los días acuden a los tratamientos individuales que necesiten en el CAT a lo largo de tres veces en semana con una duración de 45 minutos cada tratamiento y asisten a sus respectivos colegios o Escuelas infantiles en los que están integrados. Son colegios ordinarios que pueden o no contar con un aula específica de TEA dentro de los mismos.

El pasar a esta unidad de terapia psicomotriz es, fundamentalmente, para favorecer:

- un espacio en el que tengan lugar las situaciones de relación.
- establecer un vínculo lúdico corporal.
- favorecer interacción entre iguales.

El tratamiento está basado en favorecer la construcción de una relación de confianza del terapeuta con el grupo para responder a las necesidades, intereses y calmar las ansiedades de cada uno de los integrantes del grupo y más adelante favorecer la relación entre los niños del grupo.

Es a través de la necesaria relación con otro como se estructura el psiquismo y se construye la identidad (Avellón, 2015). La función del terapeuta tendría, una función yoica, función que puede y debe trasladarse a los diferentes integrantes del grupo a medida que el grupo evoluciona.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

En un primer momento, intentamos fomentar una relación agradable, cercana, no invasiva y que favorezca el deseo de los niños de querer participar en la dinámica. Después, desarrollamos la adquisición de la identidad, ayudando al niño a adquirir la consolidación de la propia identidad diferente a la de los demás, verbalizamos sus expresiones corporales y la de los demás. Finalmente, atendemos los conflictos que puedan surgir y tratamos de resolverlos de una manera más adecuada.

Esta primera relación en el grupo y también en el desarrollo evolutivo es fundamentalmente corporal, no verbal, la palabra la pone el psicomotricista ante los comportamientos, movimientos del niño."Se favorecen experiencias compartidas que van creando el entramado de la intersubjetividad presimbólica". (Jiménez Pascual,2010)

"En el proceso de acompañamiento para la construcción de su imagen corporal, partimos de nuestra disponibilidad corporal para favorecer la relación y evolución de los niños del grupo a partir de experiencias placenteras y ayudarles a la diferenciación del dentro y del fuera" (Llorca Llinares, M y Sánchez Rodríguez, 2014).

"Lo primordial para favorecer la vinculación será hacernos presentes en la vida del niño, conseguir la empatía necesaria para sacarlo de su aislamiento, procurando relaciones placenteras, de forma que primeramente nos reconozca y luego nos busque para jugar. Teniendo en cuenta que muchos de ellos tienen dificultad para el contacto, podemos tratar de entrar en relación a través de los mediadores corporales, tales como la mirada, la voz y el gesto. Se trata, ni más ni menos, de utilizar las estrategias que utiliza inicialmente la madre para entrar en relación con su hijo" (Llorca y Sánchez, 2003).

A medida que la relación se va estableciendo y el niño encuentra más demandas que realizar , intentaremos que sus peticiones , progresivamente, se apoyen más en el otro .

"Para favorecer este proceso y acompañarle en el camino desde la indiferenciación (el dentro) a la diferenciación (el fuera) nos apoyamos en los materiales y la distribución del espacio de la sala de psicomotricidad"(Llorca L y Sánchez R, 2014) Así, uno de los principios de intervención psicomotriz es que cuanto más desorganizado esté un niño, más orden del exterior necesita y el terapeuta a través de la delimitación del espacio de la sala puede contener al niño.

"A través de la empatía, del encuentro en el juego corporal placentero, podremos encontrar momentos en los que conectar con el niño, donde poder compartir experiencias de disfrute o de frustración tratando de llegar a situaciones de complicidad y confianza". (Llorca L y Sánchez R, 2014). Compartir el dentro supone reestablecer el vínculo primario, venciendo el temor a ser invadido y destruido por el otro, rompiendo el caparazón protector construido por el autista (Tustin, 2006) para volver a vivir estados regresivos y fusionales que le devuelvan el sentimiento de plenitud y globalidad al ser acompañado por el cuerpo del otro.

En muchas ocasiones, cuando el niño TEA deja de sentir a su lado la presencia y propuesta del terapeuta recurre a acciones y estimulaciones repetitivas que le ayuden a sentirse contenido y protegido frente a su sentimiento de pérdida, angustia y confusión. Por eso, es muy importante el papel del grupo de terapia psicomotriz como un lugar contenedor de las emociones y angustias de los integrantes del grupo.

En la relación terapéutica con niños, la identidad del niño se va haciendo, desde el principio del tratamiento, en la mente del terapeuta." En el tratamiento, gracias a su función alfa o reverie el terapeuta ofrece al niño una interacción adecuada e imágenes realistas de progreso con las que identificarse, que estimularán hacia una identidad diferenciada" (Beá Ny Torras E, 1994)

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Marianne Frostig en 1984 habló del esquema corporal como la unión de tres aspectos: el concepto corporal (aspectos cognitivos), esquema corporal o cuerpo funcional y la imagen corporal, que sería la vivencia que tenemos de nuestro cuerpo, influida por todos los sentimientos, emociones y afectos que se han recibido. En los tratamientos psicomotores con los TEA favorecemos fundamentalmente la imagen corporal, es decir, los aspectos afectivo relacionales, por las dificultades que presentan de relación, pero sin olvidar los otros aspectos al tener presente la globalidad del niño.

"La sala de psicomotricidad es un espacio particular. Este espacio es un espacio de juego, de placer, de deseo para el niño que acude allí, cada semana a la misma hora, con su forma de estar en el mundo. Vienen para encontrar con nuestra ayuda, la unidad de su ser psicomotor, para crecer y comunicarse con los demás." (Pestelli,1993).

"La intervención del psicomotricista en terapia psicomotriz, permite reinstaurar el diálogo tónico como forma privilegiada de intervención, que remite a los aspectos tónico-emocionales, siendo una estrategia fundamental para ayudarle a la constitución de la totalidad corporal y la construcción de la propia identidad"(Camps C 2007).

Este trabajo terapéutico surge de la necesidad de buscar un lugar de encuentro y acompañamiento grupal, como apoyo a los tratamientos individuales que estaban recibiendo en el Centro de Atención Temprana y que permitiesen un enfoque más globalizado del niño. También se favorece este espacio como un lugar intermedio entre el colegio y las terapias individuales. Los grupos son reducidos de 2-4 niños para favorecer una atención más individualizada.

El objetivo general de este trabajo consiste en favorecer la creación de un lugar de relación y de interacción entre iguales, facilitador de aprendizajes socioemocionales. Los objetivos más importantes están enfocados:

- Promover disfrute en actividades con iguales mediatizadas por el terapeuta.
- Ampliar abanico de intereses.
- Potenciar conductas de individuación e integración grupal.
- Vivenciar y disfrutar del material de la sala favoreciendo necesidades y deseos.
- Resolver conflictos que se den en la situación grupal.

"Las prácticas psicomotrices a través del juego permiten a niños con dificultades en la comunicación, la socialización y las relaciones interpersonales, tener la posibilidad de expresarse y explorar esas habilidades sociales"(Berruezo,2000; Díaz, Trujillo, y Peris, 2207; Camps, 2008).

VIÑETA CLÍNICA

Para mi exposición os mostraré a continuación una pequeña viñeta clínica de tres niños, diagnosticados dos de ellos de TEA y el otro de retraso madurativo con mayores dificultades en la comunicación y la relación. Son niños que tienen capacidad de interacción y comunicación con el terapeuta, pero se observan dificultades en la relación y comunicación con los iguales.

He tratado de reflejar algunos de los momentos más significativos de la sesión para que os hagáis una idea del trabajo de intervención corporal que se realiza con un tipo determinado de población que asiste a las sesiones de terapia psicomotriz.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Vamos a comentar una de las primeras sesiones cuando contaban con edades dos de ellos de cuatro años y uno de cinco años.

En un primer momento, a los niños se les acoge, se les recibe en el espacio donde se les va a trabajar. En este caso, les recibimos en una colchoneta en donde todas las sesiones se inicia el tratamiento. Es importante que tengan referencias espaciales claras, puntos de referencia constantes que faciliten su organización psíquica y mental. Comenzamos la sesión con un saludo a la vez que vamos nombrando a todos los integrantes del grupo. Se trata de reconocer a cada uno de los niños, aunque estemos trabajando en grupo.

Realizamos actividades lúdicas corporales, juegos de anticipación, de formato (cantamos canciones con gestos, juegos de escondite, de presencia-ausencia). Así pues, en uno de los momentos de la sesión para hacernos presentes podemos utilizar rulos y subirlos encima para que sientan sensaciones placenteras de su cuerpo en su totalidad y favorecer que demanden más o esperar a que nos miren , o que canten la canción que estemos cantando, es decir, estrategias de juegos circulares, que realizan las madres, juegos de estructura muy básica con respuesta contingente ante cualquier iniciativa del niño que demande continuidad, lo que genera modelos elementales de anticipación y de intencionalidad en la acción. Entonamos una canción que lleva asociada determinados movimientos favoreciendo el interés por el otro , a través de los turnos y de la imitación. "De esta forma, mediante la escucha y disponibilidad corporal del psicomotricista y de la relación que se va estableciendo, los niños podrán ir construyendo los procesos de intersubjetividad primaria". (Llorca L,y Sánchez R,2014).

Permanecemos un tiempo en estos juegos repitiéndolos y fomentando situaciones comunicativas y relacionales y favoreciendo un intercambio entre el terapeuta y los niños.

Son niños con dificultades de darse la mano entre ellos, de hacer filas, con dificultades en el contacto corporal con los iguales." El encuentro con el otro, la contención y el sostén corporal en los procesos lúdicos placenteros que se van creando van a permitir que los niños vayan tomando conciencia de sus límites corporales y construyendo un continente psíquico a sus experiencias internas"(Llorca L, y Sánchez R, 2014)

Favorecemos actividades para crear grupo con la casita de tela. En este lugar, los niños irán entrando y saliendo de ella y permaneciendo poco a poco más tiempo todos juntos en el interior. Un espacio para favorecer el dentro-fuera, de presencia-ausencia, un lugar de encuentro entre los niños facilitado por el psicomotricista.

De esta manera, favorecemos actividades corporales compartidas agradables como: montarse en un rulo moverles y que se caigan y vuelvan a subir, llevarlos en telas para crear grupo, que vayan todos juntos agarrados a un aro, que lleven entre toda una pelota grande, que salten en una cama elástica por turnos y cuando sean capaces de tolerarlo todos juntos,..

"Todo esto favorece experiencias placenteras sensoriomotoras y afectivas unidas, ayudando a la integración corporal y relacional." (Jiménez Pascual, A,2010).

Respetamos las necesidades de cada uno de los niños, sin forzar, creando un espacio de comunicación a través del movimiento, de una intervención corporal.

En otro de los momentos de la sesión, realizamos un masaje en las manos para que les lleguen las sensaciones corporales a la vez que vamos nombrando la parte del cuerpo sobre la que damos masaje. En relación con el masaje, realizamos masaje con

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

objeto intermediario al principio para después pasar a un contacto más directo cuando el niño está preparado." El masaje es una técnica de intervención en relación con la totalidad corporal, especialmente cuando va acompañado de emoción. Ayuda a la vivencia del Esquema Corporal, interviniendo a través de los distintos tipos de sensibilidad. En este sentido, al reenviarle sensaciones placenteras se facilita la reconstrucción de su unidad. El masaje permite también reactualizar el diálogo tónico, favoreciendo al mismo tiempo el proceso de fusión (afecto, calor.) y la separación del adulto"(Camps C, 2007). Para Schneider (1991) el masaje infantil facilita los vínculos afectivos, porque incluye los elementos principales para establecerlos: contacto con la mirada, contacto piel a piel, sonrisa, sonidos, abrazos, caricias, olor, respuesta a los estímulos e interacción. «Salir de este mundo fluido supone haber podido experimentar un límite, lo que puede producirse en una relación emocional intensa con el terapeuta, a través de sensaciones corporales como contactos, presiones, estiramientos, el peso, el calor, masajes, manipulaciones…» (Aucouturier, 2004, 43).

Al final de la sesión, contamos lo que hemos realizado por medio de unas fotos de objetos reales de materiales que hemos utilizado en la sesión. Intentamos dar apoyos visuales con las tarjetas para que vayan teniendo representaciones internas. Los niños se van con sus padres terminada la sesión y comentamos con ellos como ha ido la sesión con sus hijos, muchos van con prisas por tener que llevarlos al colegio o bien por las características de los niños que a veces hacen complicado que se de este espacio comunicativo con los padres. Por ello, mantenemos a parte de este contacto semanal, reuniones en grupo con los padres para que visualicen y comenten grabaciones del grupo de sus hijos. Resulta muy enriquecedor este lugar de encuentro entre los padres.

Así vemos cómo podemos realizar: juegos de espontaneidad, juegos tónico emocionales (balanceos, equilibrios, caídas en el vacío, saltos, arrastre pasivo sobre tela), juegos sensoriomotrices (rodar, correr, arrastrarse), juegos de maternaje (masajes, envolver con telas, ..), juegos presimbólicos (aparecer-desaparecer, esconderse- ser encontrado, perseguir-atrapar), juegos simbólicos (construcciones, juego de roles, disfraces) (Camps, C., 2007).

Todos estos juegos (tónico-emocionales, presimbólicos y de maternaje) son los que suele realizar la madre con el bebé, produciéndole un gran disfrute y dando lugar a un encuentro entre ambos y son juegos fundamentales para la construcción de lo corporal en la etapa perinatal.

Al cabo de año y medio de tratamiento, en una sesión con estos niños, para trabajar la identidad corporal favorecemos:

- La elaboración de sensaciones de fragmentación corporal y reunificación a través del empleo de ladrillos para trabajar el que construyan torres con los ladrillos-tiren los ladrillos- y construyan.
- La identidad diferenciada de cada uno. Lo trabajamos con tacos y unas cuerdas haciendo que lleva cada uno un perro con el taco y la cuerda y lo van paseando (inicio hacia la simbolización). Cada uno le pone un nombre a su mascota y salen por turnos y luego todos a la vez.
- Los límites corporales, donde entre los iguales se realizan un masaje con una pelota dibujándose la silueta estando tumbados en una colchoneta. Se van nombrando las partes del cuerpo de cada uno de los niños y se favorece también la cohesión. Favorecemos también el dentro y el fuera, rellenando con la pelota el cuerpo de cada niño y pintando la silueta de cada uno.

En este momento del tratamiento, estos niños van teniendo representaciones internas y se han ido produciendo avances en su simbolización y comunicación, por lo que ya no es necesario el utilizar los pictos o imágenes reales del material de la sala

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

para que cuenten lo que ha sucedido en la sesión. Asimismo, comienzan a participar en juegos grupales si están mediatizados por el terapeuta, pero aparecen dificultades en establecer una relación espontánea.

Durante estos años de tratamiento estos niños han ido creando, en este espacio terapéutico, un lugar de encuentro entre ellos, y vienen ilusionados por relacionarse, a su manera, con sus iguales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aulagnier, P. (1992). Fuentes somáticas y discursivas de la realidad. *Psicoanálisis con niños y adolescentes, 2,* 7-25.

Anzieu, D. (1998). *El yo piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Aucouturier, B. (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz.* Barcelona: Graó.

Avellón, M. (2015). Vínculos, identidad y desarrollo psíquico. *Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 59,* 25-30.

Bleichmar, S. (1993). *La fundación de lo inconsciente*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Camps, C. (2007). El diálogo tónico y la construcción de la identidad personal. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales, 25.*

Camps, C. (2002). El esquema corporal. En Llorca et al. (coords.), *La práctica psicomotriz: una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento.* Aljibe: Málaga.

Carbonell, N. y Ruiz, I. (2013). *No todo sobre el autismo.* Madrid: RBA Ediciones.

De Miguel, A. (2017). *La enfermedad en el niño. El papel de los padres*. Trabajo presentado en el curso "Dificultades de alimentación en el niño pequeño: Haciendo balance". Homenaje a Inmaculada Azcorra. Junio 2017. Hospital Univ. Niño Jesús de Madrid. Inédito.

Doltó, F. y Nasio, J. (1987). *El niño del espejo.* Madrid: Editorial Gedisa.

Doltó, F. (1984). *La imagen inconsciente del cuerpo*. París: Editions du Seul.

Ferrari, P. (2000). *El autismo infantil*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1923). *El yo y el Ello*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1915). *Los instintos y sus destinos.* Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1895). *Proyecto de una psicología para neurólogos.* Madrid: Biblioteca Nueva.

Grinberg, L. y Grinberg, R. (1980). *Identidad y Cambio*. Barcelona: Paidós.

Guttoon, P. H. (1983). *El bebé del psicoanalista*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Hornstein, L. y otros (1981). *Cuerpo, historia e interpretación. Piera Aulagnier: de lo originario al proyecto identificatorio.* Barcelona: Paidós.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Jiménez Pascual, A. y otros. (2010). Intervención clínica en unidad de terapia intensiva (hospital de día a tiempo parcial) en trastorno autista, a propósito de un caso. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 50,* 109-132.

Kreisler, L., Fain, M. y Soulé, M. (1974). *El niño y su cuerpo. Estudio sobre la clínica psicosomática de la infancia.* Buenos Aires: Amorrortu editores.

Lapierre, A. (2011). *El espacio en Psicomotricidad.* Seminario impartido en la ULL.

Lasa, A. (1994). Introducción: acerca de la identidad y sus trastornos. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 17/18*, 5-10.

Llorca, M. y Sánchez, J. (2003). Creciendo juntos: un acercamiento desde la educación psicomotriz a las personas con espectro autista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales, 10,* 11-24.

Llorca M. y Sánchez, J. (2009). La Fragilidad de la identidad: jugamos a crecer. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales, 33*, 55-60.

Llorca M. y Sánchez, J. (2014). La Psicomotricidad como recurso en el tratamiento de las necesidades asociadas a TEA. Extraído de *www.revistadepsicomotricidad.com/2014/10/la-psicomotricidad-como-recurso-en-el.html*

Maleval, J. C. (1996). *Locuras histéricas y psicosis disociativas*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Maleval, J. C. (2011). *El autista y su voz.* Madrid: Ed. Gredos.

Nasio, J. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes.* Buenos Aires: Ed. Paidós.

Núria, B. y Torras. E. (1994). El desarrollo de la identidad en el tratamiento de niños pequeños. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 17-18*, 77-86.

Ogden, Th. H. (1989). La matriz de la mente. Las relaciones de objeto y el diálogo psicoanalítico. New Jersey: Karnack Books.

Polonio B., Castellanos O. y Viana M. (2008). *Terapia ocupacional en la infancia: Teoría y práctica médica*. Madrid: Panamericana.

Rodríguez, R. (2004). *Terapia psicomotriz infantil*. Madrid: CIE.

Rodulfo, M. y Rodulfo, R. (1989). *Clínica Psicoanalítica en Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Schejtman, C., Duhalde, C., Silver, C., Vernengo, M. P., Wa iner, M. y Huerin, V. (2009). Los inicios del juego en la primera infancia y su relación con la regulación afectiva diádica y la autorregulación de los infantes. *Facultad de Psicología-UBA. Anuario de investigaciones, XVI*, 241-252.

Rota, J. (1996). Marco específico de la práctica psicomotriz. *Entrelíneas, 5*, 6- 8.

Ruiz de Velasco, A. (2002). La unión- separación, un proceso clave en la construcción de la identidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. 8,* 39-50 .

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Sami-Ali. M. (1989). Cuerpo real-cuerpo imaginario. Para una epistemología psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós.

Sánchez, J. (2002). El desarrollo psicomotor. En Llorca y otros (coords.), *La Práctica psicomotriz: una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento* (pp. 275-298). Málaga: Aljibe.

Schneider, Mc. (1991). *Masaje infantil. Guía práctica para la madre y el padre.* Barcelona: Medici.

Stavchansky, L. (2015) Autismo y cuerpo: en los trazos de la perfección. México: Paradiso Editores.

Tustin, F. (1992*). El cascarón protector en niños y adultos*. Buenos Aires: Amorrortu.

Tustin, F. (1972). Autismo y psicosis infantiles. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1962). *La integración del yo en el desarrollo del niño.* Buenos Aires: Paidos.

Wing, L. (1998). *El autismo en niños y adultos*. Paidós: Barcelona.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

FENÓMENO TERESHKOVA. MIGRANTES EN PROCESO DE REAGRUPACIÓN FAMILIAR*

THE PHENOMENON OF TERESHKOVA. MIGRANTS IN THE PROCESS OF FAMILY REAGRUPTION

Saray Arozena Alberdi ** *y María Jose Alberdi Espinosa* ***

RESUMEN

Desde la creciente demanda de ayuda psicológica de las mujeres en proceso de reagrupación familiar[1], se realizó en el curso 2018-2019 un programa piloto de intervención en relación a dicha petición. A través del trabajo con este perfil se han podido extraer distintas conclusiones sobre las consecuencias de dicha separación y reencuentro en las madres, pero también en sus hijos[2]. En concreto, este trabajo se focalizará en las reflexiones recogidas sobre el desarrollo de estos menores cuando llegan al nuevo país. Este proceso de cambio se ha denominado "El fenómeno Tereshkova", en un intento de comprensión y de definición de la experiencia subjetiva de estos menores al llegar al nuevo país, el "shock" que esto provoca y la necesidad de restablecimiento de todos los sistemas de su identidad.

Palabras clave: infancia; reagrupación familiar; identidad

ABSTRACT

Since the increasing demand for psychological help from women in the process of family reunification, a pilot intervention program was carried out to this request in the 2018-2019 academic year. Through work with this profile we have been able to draw different conclusions about the consequences of this separation and reunion in the mothers, but also in their children.

1. Se utilizará el término reunificación y/o reagrupamiento familiar para referirse al mismo proceso de encuentro familiar.
2. En este trabajo cada vez que se referencie la palabra hijo, hija, niño, niña, chico, chica, no hará referencia a la diferencia sexual si no que se referirá a los menores en general.

* Trabajo presentado en el XXXI Congreso Nacional SEPYPNA celebrado en Málaga los días 28-30 de marzo de 2019.
** Psicóloga voluntaria en Cruz Roja Gipuzkoa, Programa Elkartuz. *saray_arozena@hotmail.com*
*** Psicóloga responsable del servicio Txoko Txiki en Cruz Roja Gipuzkoa y Programa Elkartuz.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Specifically, this work will be focus on the reflections collected on the development of these children when they arrive in the new country. This process of change has been called "The phenomenon of Tereshkova", in an attempt to understand and define the subjective experience of these minors upon arrival in the new country, the "shock" that this causes and the need to re-establish all systems of their identity.

Keywords: chilhood; family reunification; identity.

INTRODUCCIÓN

Los movimientos transnacionales aumentan cada año. El observatorio de inmigración afirma en su último estudio realizado el año pasado que en España residen 5.331.774 personas procedentes de otros países (datos extraídos del Observatorio de Inmigración, 2018). En concreto, el 47,6% son mujeres de mediana edad. Se debe remarcar que estos datos corresponden sólo a los migrantes que han conseguido el permiso de residencia (por lo que la cifra no recoge todas las personas que están a la espera de la resolución administrativa favorable, esto es, la cifra real es aún mayor).

Del porcentaje citado, son muchos los casos que se encuentran en proceso de reagrupamiento familiar. Se trata de madres que salieron de su país en determinado momento, por distintas circunstancias, dejando allí uno o mas hijos al cuidado de otras personas. Esto es, se da una separación madre-hijo por motivo migratorio de una de las partes. Tras un tiempo de distancia (variante en cada caso), deciden reencontrarse con los menores, esta vez, para residir en el país al que emigró en su día la madre y así, rehacer su vida de nuevo como una unidad familiar.

Generalmente, en la mayoría de los casos dicha separación suele dejar una huella, un "dolor" psicológico en ambas partes. Ya no solo por el hecho de la división entre ambos, si no por la propia migración también. Se ha vuelto una demanda común en distintos centros psicológicos-sanitarios de niños y adolescentes (Domínguez, Gutiérrez y León, 2016). Esto ocurre en el servicio "Txoko Txiki" de la Cruz Roja Guipúzcoa en San Sebastián, servicio de intervención y apoyo a mujeres inmigrantes con bebés, donde muchas de las mujeres acuden al servicio de guardería y demandan ayuda psicológica y asesoramiento para el proceso de reagrupamiento. De los 76 casos que atienden actualmente, el 33% solicita ayuda en relación a este tema.

Dado que desde el servicio no se contaba con un programa específico para esta problemática, se decidió hacer una revisión biográfica sobre la sintomatología característica de las madres migrantes y de sus hijos que están en situación de reagrupamiento familiar, para más tarde poder plantear un programa piloto basado en dicha investigación. Se pudieron determinar distintos síntomas tanto por la separación, como por el proceso migratorio en sí mismo. Se describen distintas consecuencias como: el síndrome de Ulises (Achotegui, 2010), dificultad en la vinculación madre-hijo o el fenómeno Tereshkova. Todos estos cuadros sintomatológicos se definirán y explicarán de manera más extensa a lo largo del trabajo.

Finalmente, se pudo plantear el programa piloto y llevarlo a cabo con éxito durante el curso 2018/2019. Se trata de 11 sesiones grupales donde a través de distintas dinámicas se trabaja la sintomatología relacionada a este proceso. Tras la realización del programa se han extraído un listado de características sobre el proceso que viven estas familias. En este trabajo nos centraremos en las conclusiones adquiridas en relación a los hijos y su proceso de identidad, en la definición del nuevo concepto del fenómeno Tereshkova y el trabajo realizado con las madres para paliar su propia sintomatología y a su vez, la de los menores.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

OBJETIVO DE LA COMUNICACIÓN

El objetivo principal de esta comunicación es plasmar el trabajo realizado con un grupo de mujeres migrantes y las conclusiones extraídas sobre los cambios que sufre el desarrollo de la identidad, en este caso, en los menores. Aunque la intervención directa se haya realizado con las madres, en este trabajo la atención se centrará en sus hijos (en el trabajo indirecto y las conclusiones que se han podido extraer de su proceso). Además, se propondrá un nuevo concepto en un intento de comprender mejor el estado de los hijos una vez que llegan al país de origen: el fenómeno Tereshkova.

PROGRAMA ELKARTUZ

Es un programa piloto dirigido a mujeres inmigrantes en proceso de reagrupación familiar, estén separadas de sus hijos o ya se haya llevado a cabo la reunificación familiar. Se compone de 11 sesiones grupales semanales, de una hora y media de duración.

Se trabaja sólo con las madres, estén aquí los hijos o no. En algunos de los casos es imposible trabajar directamente con los hijos ya que todavía no se ha llevado a cabo la reunificación. Es por ello, que los objetivos se centran en trabajar la sintomatología de la madre y a su vez, la vinculación con sus hijos y de manera indirecta, la sintomatología de estos. Por consiguiente, aunque el trabajo directo se realice con las progenitoras, se realiza un trabajo colateral con los hijos también.

Se trabajan distintos aspectos como: síndrome de Ulises, la vinculación madre-hijo y la sintomatología de ambos por la separación. Para ello se han utilizado distintas técnicas del enfoque sistémico: la silla vacía, las esculturas, la carta terapéutica, las cajas de vida, etc.

SINTOMATOLOGÍA PRINCIPAL

Tanto las madres como los hijos suelen presentar un listado de síntomas relacionados con el proceso migratorio. Achotegi (2010), denominó a ese conjunto de síntomas tan característico por el nombre de "Síndrome de Ulises". Este espectro describe el estrés crónico que sufren las personas migrantes cuando marchan de su país a un nuevo lugar. Se determina por los siguientes síntomas: ansiedad, depresión, disociación, insomnio, estrés, dolores corporales, etc., siempre relacionados al movimiento migratorio.

La vinculación madre-hijo estará determinada por el momento y la forma en el que se dio la separación. Siempre se debe tener en cuenta, la edad del niño en la separación, la forma en la que se separaron, la calidad del contacto desde la distancia y los años que llevan separados.

Esto es, es muy importante tener en cuenta cómo ha sido la desvinculación (si ha sido traumática, si se le ha explicado algo al menor, si no sabía nada y la madre ha desparecido, etc.), en qué momento (la edad del menor, no es lo mismo haber pasado 5 años junto a tu hijo y separarte que ocurra a los 3 meses del nacimiento de este), si se le ha explicado al menor o no o si tienen cuidadores secundarios (tener un plan de vida pensado para el menor cuando la madre no este). Además, la calidad y frecuencia de la comunicación en la distancia es un buen predictor de la vinculación madre-hijo. Por último, en el reencuentro se deben atender distintos aspectos: la vinculación madre-hijo y el Síndrome de Ulises que se activará en el menor también.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Para trabajar todo esto, existen distintas técnicas y teorías, pero respondiendo al objetivo principal de esta comunicación, se desarrollará el proceso de desconstrucción y reconstrucción de identidad al que se enfrentan estos jóvenes.

PROCESO DE IDENTIDAD

La identidad permite tener conciencia de quien es uno mismo, de donde viene y de que se distingue de los demás. Al atender el proceso de reagrupamiento familiar se debe considerar sin duda alguna todo este desarrollo. Desde el Programa Elkartuz el proceso de identidad se ha trabajado desde el primer momento. Además, el abanico de edades que tenían los hijos de las asistentes al grupo, daba pie a estudiar los distintos estadios y formas de expresión del cambio de la identidad en los mismos.

Por lo general, la separación afecta de alguna u otra manera a la identidad de los jóvenes. Se debe tener en cuenta la edad del menor para poder entender las expresiones del mismo, para comprender su vivencia más personal. Esta separación marca huella en cada uno de estos chicos y ya desde muy pequeños hacen de esta desvinculación una parte de ellos mismos.

Cuando realmente se pueden ver las secuelas de ese adiós, es en su llegada. Para entender el proceso de la identidad en este momento, se debe realizar una separación por edades.

No se entrará en detalles exhaustivos de cada caso pero a grandes rasgos, se pueden describir varias opciones de procesos de reunificación familiar. Por supuesto, hay casos exitosos, los cuales al haber hecho un proceso más vincular desde la separación, las secuelas posteriores son escasas. No obstante, las personas que llegan a consulta lo hacen por distintos factores de malestar. A continuación se presenta la respuesta más habitual de los niños y jóvenes tras su llegada al país migrado: cuando los hijos tienen más de 5 a y menos de 13, encontramos dos tipos de procesos: (a) niños que a simple vista parecen adaptarse de manera perfecta sin ninguna mella en su identidad, parece que el psiquismo esta fuerte y que el proceso migratorio a ellos no les afecta; (b) niños que desde su llegada no se adaptan, se sienten perdidos y no encuentra un espejo donde poder reflejarse para poder construir de nuevo su identidad. Suelen señalar conductas agresivas, de rechazo, tristeza y ansiedad. Por otro lado, los chicos y chicas que llegan como adolescentes suelen tender a expresar su malestar diciendo que quieren volver continuamente, señalan síntomas depresivos, agresivos, de rechazo y juicio hacia la madre por su decisión de migrar.

Aparentemente parece que los niños del ejemplo “a” se adaptan y siguen su desarrollo sin problemas. Son estos los jóvenes que, generalmente, cuando llegan a la adolescencia presentan un nivel de sufrimiento altísimo y comienzan a expresar todas las huellas que dejó la separación en su momento. Al igual que los más pequeños, suelen mostrarlo con conductas agresivas, pero más de la índole agresivo-pasivas, de depresión, de lucha contra cualquier autoridad y de mucha angustia.

Se debe tener en cuenta que estos datos se han extraído de la experiencia del grupo, por ello, no se puede aplicar a la población general. Además, destacar que, aunque se encuentren patrones generales, se debe atender cada caso con sus propias necesidades.

Algo que se ha observado de manera frecuente es el impacto que sufre la identidad de estos menores al llegar al nuevo país. Suelen llegar con unos valores sociales y culturales, con unas personas de referencia, con formas de expresión, con formas de ser, con formas de pensar, que ya no están, que han cambiado y que tienen que cambiar para adaptarse. Esto es, desde el modelo ecológico de Belsky (Belsky, 1980), se podría entender que todos los niveles de la identidad cambian: microsistema

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

(su madre/cuidador, familia, amigos, personas significativas,), mesosistema (lugar, entorno), exosistema (escuela, política) y el macrosistema (valores, forma de pensar, tradiciones, cultura).

Por lo que, todo esto se rompe y se tiene que construir de nuevo. Es un impacto muy grande. Con un acompañamiento adecuado, los mas pequeños, antes de los 8-9 años suelen hacer un buen cambio. Teniendo en cuenta que la identidad a medida que uno crece se vuelve cada vez más hermética y sólida, la herida suele ser más profunda en pre-puberes y adolescentes.

También, al tomar contacto con estos jóvenes expresan claramente que cuando llevan un tiempo aquí y vuelven a su país de origen, se dan cuenta de que ya no se sienten de allí, pero es que tampoco se sienten del todo de aquí. Aunque, habitualmente, deciden formar su vida en el nuevo país. La adaptación de la identidad suele ser progresiva.

Este momento de pérdida de la identidad, de romper con todo lo anterior deriva una sensación de extravío y desorientación en los menores. El choque producido en la identidad es solo una de las características del golpe que recibe toda su persona, al llegar al nuevo país y encontrarse en cierta manera perdido. Este proceso, desde el servicio, se suele comparar con el ondeo de los astronautas en el espacio, por ello lo denominados: "El fenómeno Tereshkova".

FENÓMENO TERESHKOVA

La descripción de este fenómeno es un intento de comprender el momento de transición de los menores en un proceso de reagrupación y el shock que esto produce. En este trabajo se describirá en concreto el choque que produce en la identidad, aunque se podrían desglosar distintos aspectos más.

Se observa que los menores, al romper con su sistema de identidad pasan por un momento de "shock" hasta poder comenzar a desarrollar un nuevo sistema. Este choque varía en tiempo y en intensidad según el caso. Se entiende que cuando los menores llegan al nuevo país tienen que romper con todo lo anterior y crear un nuevo sistema de identidad. Pero no solo la identidad, sino toda la persona se pierde en el espacio y el tiempo. Se encuentran en una bola en el aire, donde flotan sin ningún rumbo en concreto, sin tener nada a lo que aferrarse. Este proceso, en ocasiones, no suele ser fácil, por lo que requiere ayuda y acompañamiento de un adulto.

Lo más característico de este momento de transición es la sensación de "flotar" que viven los menores. Se encuentran en un duelo por lo perdido y es difícil tejer una nueva red. Desde el Programa Elkartuz este momento siempre se ha relacionado con la pérdida de gravedad y el ondeo de los astronautas en el espacio. Por ello, se escogió el nombre Tereshkova, haciendo referencia a la primera mujer astronauta. Además, al hablar con las madres del grupo y hacer referencia a este símil le dan sentido enseguida a lo que ven en sus hijos y, también, a lo que sintieron muchas de ellas en su llegada. Por lo que este "shock" no se da solo en menores, si no que en adultos también.

Las características principales del fenómeno Tereshkova son: sensación de ondeo, desconexión, en ocasiones pérdida de memoria, embotamiento, bloqueo, sentimiento de vacío, alexitimia y escisión.

Cuando se habla del concepto de que la persona flota, se podrían atender a otros conceptos como el de "identidad flotante" descrito por otros autores. Pero este fenómeno, además de la identidad recoge el cuerpo de la persona y la esencia en sí misma, la sensación de pérdida no solo interna si no externa también. Es todo un shock en general.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Tener una persona significativa cerca, un apoyo de acompañamiento, palia esta sensación de pérdida y desconexión con todo. Por desgracia, muchos de los chicos que llegan no cuentan con ninguna figura vincular (ya que en muchas ocasiones el vínculo madre-hijo es muy delicado). Desde el trabajo terapéutico se tiene que intentar encontrar herramientas o apoyos que ayuden al menor a salir de esa bola de manera segura y de poder ir construyendo, siempre, desde un pequeño apoyo.

Celia Falicov (extraído de Puyo, 2009) describe el Modelo Comparativo Ecosistémico Multidimensional (MECA) para la intervención con mujeres en proceso de reagrupamiento. Desde su teoría, las características principales que hay que atender en un proceso psicoterapéutico con personas en proceso de reagrupamiento familiar se dividen en 3 contextos distintos: el relacional, el comunitario y el cultural/sociopolítico. Lo que correspondería mas o menos a al sistema ecológico de Belsky.

En la intervención grupal se han utilizado alguna de las técnicas descritas por la autora en su teoría. Como factor protector de este choque describe la importancia de realizar rituales. Desde la práctica y el trabajo con las mujeres se ha podido concluir que los rituales de despedida, desde la distancia y en la llegada son un factor preventivo crucial. Los rituales ayudan a eludir la colisión de la despedida, del reencuentro y a comprender qué esta pasando.

Cuando se va a realizar la despedida madre-hijo, es muy importante hacer dos rituales: explicar que va a pasar (la madre va a migrar) y realizar un acto de despedida. Esto es, primero explicar por qué se ha tomado la decisión, a donde se va a ir y que va a pasar en el futuro (sin crear idealizaciones), ser claro, expresando cariño y brindando una explicación. Luego, antes de marchar, se puede celebrar una misa, o algún ritual cultural de despedida, que ayudará al menor a ir procesándolo. Esto es imposible en algunos de los casos ya que la despedida fue rápida, o incluso, no hubo un adiós. Las madres que no pudieron llevar a cabo un ritual de despedida pueden hacerlo desde la distancia, con la carta terapéutica, por ejemplo, donde con ternura y claridad pueden explicar todo lo ocurrido a sus hijos. No se deben hacer promesas falsas (por ejemplo, decir al hijo que se van a reencontrar en un mes cuando es mentira), se deben explicar las causas sin enjuiciar a los menores y disculparse por el dolor que le haya podido causar por haberse ido así.

Luego para el reencuentro, lo más oportuno es poder ir al país de origen para poder acompañar al menor en el viaje. Para ello, lo más adecuado sería darle la noticia del reagrupamiento con tiempo, a través de una carta si puede ser (ya que así el menor lo leerá las veces que quiera). Una vez obtenida la respuesta comienza la preparación del viaje, mandándole fotografías o haciendo videos de todo lo que se pueda en relación a su nueva vida: casa donde vivirá, la cama, si vivirá con más personas o no, fotografías de las calles, de su futura escuela, etc. Luego una vez llegue la madre al país de origen, al igual que la primera separación se hará otro ritual de despedida (el que se elija), ya que ese menor se tiene que despedir de todas las personas significativas con las que ha pasado esos años. Antes de salir, contarle al menor todo el proceso de aviones, horarios y lugar de llegada. Es importante que tengan claro como va a ir el viaje.

Por último, pasado poco tiempo desde la llegada se realizaría otro ritual de bienvenida del menor (como lo elija la familia, una fiesta, una misa, una comida, etc.). Permitir siempre que quiera el menor tomar contacto con las figuras significativas que dejó en el país de origen, que no haya rivalidad entre las partes. Cuanto más coopere toda la familia durante todo el proceso, mejor.

Aunque es un proceso largo y costoso, para ambas partes, desde la experiencia con los casos se ha observado que los rituales y la claridad contando la verdad de manera que los pequeños lo entiendan, son uno de los mejores factores protectores para el fenómeno de shock descrito.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

CONCLUSIONES

Los menores en proceso de reagrupación familiar sufren ciertas huellas marcadas por la separación y el reencuentro en un lugar donde todo es nuevo para ellos. Por ello, su identidad cae y se rompe gran parte de lo que había desarrollado hasta el momento. Esto produce un shock a todos los niveles y la persona completa queda paralizada en una burbuja.

Al igual que los astronautas vagan por el aire sin ningún rumbo y sin nada a lo que aferrarse. Esa sensación se ha denominado "El fenómeno Tereshkova". Se debe intentar hacer todo lo posible para minimizar los daños en estos momentos ya que una mala adaptación y no tener ningún apoyo se puede convertir en un factor de riesgo para que este fenómeno se prolongue en el tiempo durante meses o años. Para evitar esto, es

importantísimo el espacio terapéutico y el intento de empezar a tejer algo donde no quedaba nada.

El reagrupamiento familiar es una realidad en nuestra sociedad. Por ello tenemos que seguir invirtiendo en el estudio de las consecuencias que vivencian estos menores durante todo el proceso. De esta manera, la intervención se podrá realizar de manera mucho más precisa y exitosa, sin olvidar la importancia de atender cada caso con sus características únicas. *Fenómeno Tereshkova.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achotegi, J. (2010). *Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio. Escalas de evaluación de factores de riesgo en la migración. Aplicación al estrés y el duelo migratorio. Escala Ulises.* Girona: Ediciones El Mundo de la mente.

Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist, 35*(4), 320-335. DOI: http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.35.4.320

Domínguez, Y., Gutiérrez, D. y León, L. (2016). Caracterización del estado psicológico en los niños separados de sus figuras parentales. *Revista de ciencias médicas de Pinar del Río, 20*(6), 738-750.

Observatorio de inmigración (2018). Extranjeros residentes en España. Principales resultados. *Gobierno de España. Ministerio de trabajo, migraciones y seguridad social.*

Puyo, L. (2009). *Acortando las distancias: El trabajo del vínculo afectivo en familias transnacionales. Trabajo final de curso de terapia familiar y de pareja*. Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

GRUPOS DE INTERVENCIÓN INICIAL BREVE*

INITIAL BRIEF INTERVENTION GROUPS

*M. Balcells**, I. Bobadilla***, L. M. González**, C. Montañès***, N. Reyes**, M. D. Rifà**, M. P. Romero**, T. Ribalta*** y V. Ribes****

RESUMEN

Existe un incremento reciente de la demanda asistencial por trastornos de salud mental graves asociados a complejidad social. Eso no quita la necesidad de atender también conflictos propios de la psico-evolución o problemas adaptativos entre leves y moderados en niños y adolescentes en los centros de salud mental infanto juvenil (CSMIJ). Para ello, y con el fin de gestionar eficientemente las listas de espera y priorizar la demanda grave, se propone como primera opción terapéutica una intervención en grupo, focalizada y breve para los problemas aparentemente "leves".

Palabras clave: complejidad social, abordaje grupal, intervención breve.

ABSTRACT

There is a recent increase in the demand for care for serious mental health disorders associated with social complexity. That does not remove the need to also address conflicts of psycho-evolution or mild and moderate adaptive problems in children and adolescents in youth and mental health centers. To do this, and in order to efficiently manage waiting lists and prioritize serious demand, a first, therapeutic and short-term intervention is proposed as a therapeutic option for apparently "mild" problems.

Keywords: social complexity, group approach, brief intervention.

Existe un incremento reciente de la demanda asistencial por trastornos de salud mental graves asociados a complejidad social. Eso no quita la necesidad de atender también conflictos propios de la psico-evolución o problemas adaptativos entre leves

---

* Trabajo presentado en el XXXI Congreso Nacional SEPYPNA celebrado en Málaga los días 28-30 de marzo de 2019.

** CSMIJ L'H – Fundació Orienta

*** Fundació Orienta

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

y moderados en niños y adolescentes en los centros de salud mental infanto juvenil (CSMIJ). Para ello, y con el fin de gestionar eficientemente las listas de espera y priorizar la demanda grave, se propone como primera opción terapéutica una intervención en grupo, focalizada y breve para los problemas aparentemente "leves".

Si el objetivo general inicial de este tratamiento fue la agilización de la lista de espera en momentos críticos de gran presión asistencial, también lo es la posibilidad de establecer un diagnóstico dinámico, así como ofrecer una intervención focalizada para aquellos casos que se puedan beneficiar de una terapia breve con la idea de completar finalmente con una alta terapéutica.

Los objetivos específicos del grupo de padres se relacionan con propiciar un cambio de mirada, un viraje de la conducta al discurso emocional; reducir el abanico de proyecciones hacia el hijo y responsabilizarse de sus malestares. En cuanto a los objetivos del grupo de niños se persigue el fomento del pensamiento reflexivo, mentalizado, el abordaje de las ansiedades de separación /individuación y sobre todo, ayudar a definir una demanda propia distinta a la de los padres.

Los casos son seleccionados en una primera visita en el ámbito ambulatorio de salud, donde nuestro servicio desarrolla el Programa de Salud Mental de Soporte a la Atención Primaria de Salud. En este contexto los psicólogos o psiquiatras de atención, tras valorar la causa y la gravedad de las consultas derivan al centro de salud mental con indicación de GIIB.

La población diana se centra en niños y adolescentes de 4 a 17 años (no siempre se completan los grupos de mayores) que consultan por problemas como: celos entre hermanos, ansiedades de separación, somatizaciones, miedos, terrores nocturnos, rabietas, inatención, retraimiento, inseguridades, rivalidad entre compañeros, conductas regresivas, enuresis, … o trastornos adaptativos leves que se manifiestan con alteraciones del estado de ánimo y del comportamiento en un momento dado. Estas quejas las podemos situar más o menos en las etapas psicosexuales clásicas en concreto la libidinal (4-7 años), de latencia (8-11 años) y puberal (12 años en adelante) y se corresponden más o menos con los diagnósticos F32*, F40* y F41*, F43.2, F93*, F98* y Z03.2 del CIE10.

Se descartan para los GIIB aquellos diagnósticos que no coinciden con éstos y aquellas situaciones de disfuncionalidad familiar grave, trastorno mental de los padres, retraso cognitivo en el chico/-a, estar en situación de duelo activo o haber padecido traumatismos psíquicos en anterioridad. Por otro lado, también es importante resaltar que para la indicación a grupo es necesario el deseo de los padres por interrogarse, por saber más acerca de lo que le ocurre al niño/-a y obviamente con la posibilidad de asistir ellos a todas la sesiones.

A nivel organizativo se establecen 3 grupos simultáneos; 2 grupos de niños y uno de padres paralelo para cada franja de edad, de 5 a 8 integrantes cada uno. A lo largo del año se convocan tres tandas de GIIB que coinciden en los meses de octubre, febrero y abril según calendario anual. Tras la primera visita ambulatoria, la segunda es convocada al centro de salud mental por el terapeuta de grupo que acaba de valorar la idoneidad de inclusión de grupo y el compromiso terapéutico familiar. Siguen a ésta, las 6 sesiones grupales y una sesión final de devolución individual por parte del mismo terapeuta. Una vez finalizado el proceso, se puede dar el alta o derivar a tratamiento convencional en CSMIJ si se detectan aspectos que necesariamente deban tratarse durante algunas sesiones más.

A nivel clínico y más allá del síntoma por el cual se consulta, en cada grupo madurativo se abordan aquellos aspectos que les son propios y que están en la base del conflicto que se expresa. Así, en el grupo de los menores se trabaja por ejemplo acerca del investimento fálico, la triangulación padre-madre-niño, las ansiedades de castración o de separación / individuación, los

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

celos entre hermanos, conductas regresivas. En el grupo de los chicos en período de latencia se elaboran estos mismos conflictos trasladados al contexto social como la rivalidad entre iguales, la relación con la norma y la autoridad, otros intereses más allá de los académico / intelectuales, … El grupo de los mayores se centra sobre los cambios puberales y la imagen corporal, ansiedades agora fóbicas y claustrofóbicas relacionadas con las ansias y los miedos acerca de su autonomía, identificaciones al grupo de pertenencia, etc. Estas cuestiones, que son compartidas en cada grupo madurativo se elaboran a partir de distintas dinámicas grupales como la línea de la vida, el juego, el dibujo, la escenificación, el relato de sueños u otras actividades participadas.

La técnica empleada está basada en la observación clínica y la mentalización mediante la confrontación y clarificación de los aspectos que, de forma semi-dirigida van surgiendo en cada sesión a partir de las dinámicas propuestas. A cada una de ellas se valoran aspectos específicos que van a completar un diagnóstico integral a través del aspecto, actitud y contacto, signos clínicos visibles, aspectos dinámicos en relación al grupo, conflictos explicitados y compartidos, mecanismos defensivos, capacidades yoicas, insight, curso y contenido del lenguaje y del pensamiento, hábitos de autonomía.

En líneas generales, los resultados de los grupos realizados entre 2016 y 2017, destacan un menor tiempo de tratamiento, adecuada efectividad y una mayor vinculación que el tratamiento convencional.

Se incluyeron en el estudio un total de 94 niños/as, de los cuales 68.1% eran de sexo masculino y 31.9% femenino. Tras el GIIB se consiguió dar el alta clínica a 60 familias (63,8%). Del resto, 9 (9,6%) abandonaron el seguimiento y 25 (26,6%) siguieron en tratamiento activo en el CSMIJ. Al finalizar, el 68,1% de los pacientes recibieron diagnóstico F98 de trastorno de conducta, el 11,7% de F94 o trastorno del vínculo social, el 6,38% de F40 /F41 de trastorno de ansiedad y el 6,38% de F43.2 o trastorno adaptativo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las variables socio-demográficas, diagnóstico principal y tiempo de estancia en el CSMIJ. Tampoco se encontraron diferencias entre diagnóstico y los pacientes desvinculados. Mayoritariamente el tiempo de seguimiento se sitúa entre 6-12 meses, por debajo de la media de los tratamientos recibidos por la población clínica atendida. Asimismo el porcentaje de pacientes desvinculados también resultó por debajo de la media (14%) del resto de procesos asistenciales.

Los resultados nos hacen pensar que los grupos de intervención inicial breve reúnen tanto la eficacia clínica como la eficiencia en la gestión de la presión asistencial. Habiendo una mayoría de diagnósticos por alteración conductual, los GIIB permiten determinar el alta terapéutica o bien ofrecer un plan terapéutico posterior focalizado. Permiten asimismo fomentar una demanda familiar y la vinculación al servicio.

A mejorar. Seguramente el aumento de 6 a 8/10 sesiones del grupo permitiría una alta terapéutica más estable y con menos sesiones de afianzamiento posteriores. La mejor garantía para el éxito del grupo en términos del número de altas es asegurar los diagnósticos de entrada. El modelo GIIB puede ser aplicable en otros ámbitos u otras finalidades como la prevención, por ejemplo en el campo de los duelos migratorios cuando se produce la reunificación familiar. Nos falta todavía sistematizar la evaluación de los resultados de los grupos mediante la administración de los test SDQ i HONOSCA que, de forma generalizada, intentamos administrar antes y después de cualquier intervención psicoterapéutica. A pesar de ello, el grado de satisfacción manifiesto tanto de chicos como de los padres nos anima a persistir en esta opción terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agulló, R. (1999). *Trabajo en grupo en Psicología infantil. Una experiencia exploratoria y diagnóstica: El grupo Aladino.* Barcelona: PPU.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Montaner A. y Torras de Beá, E. (comp.) (2012). *Elementos psicoterapéuticos. De la primera entrevista al alta*. Barcelona: Octaedro Edicions.

Sala J. et al. (2009). *Psicoterapia focal de nens. Una aplicació del model psicoanalític a la Xarxa Pública.* Barcelona: Grup del Llibre SCCL Editorial.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

"EL NIÑO NO QUIERE COMER". "MAMÁ ES TONTA PELADA".

Acercamiento al funcionamiento psíquico infantil y su comprensión en una intervención psicoterapéutica mediante el juego.

"THE CHILD DOES NOT WANT TO EAT". "MOM IS FOOL".

Approach to child psychic functioning and its understanding in a psychotherapeutic play intervention.

Angélica Esteban Arroyo*

RESUMEN

Se presenta el proceso terapéutico realizado con un niño de 7 años en un centro de salud mental público. se considera que este caso ilustra aspectos relevantes respecto a:

El juego como instrumento, técnica y medio de trabajo psicoterapéutico con niños.

El funcionamiento psíquico particular de un niño, la dinámica familiar y la relación con el síntoma por el que consultan.

La génesis de la violencia y trastornos del comportamiento en algunos niños, en relación a vínculos y dinámicas familiares alterados.

Palabras clave: Terapia de juego. Dinámica familiar. Maltrato infantil. Mentalización. Trastorno oposicionista.

ABSTRACT

The aim of this paper is to present the therapeutic process developed with a 7-year-old child in a public mental health center. This clinical case highlight relevant aspects regarding:

The game as an instrument, technique and way of psychotherapeutic work with children.The particular psychic functioning of the child, the family dynamics and how they deal with the symptom for which they consult.

The genesis of violence and behavioral disorders in some children, relating to altered bonding patterns and dynamics.

* Psicóloga Clínica, psicoterapeuta. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario 12 de Octubre. CSM de Villaverde. Madrid. *angelica.esteban@salud.madrid.org*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Keywords: Play therapy, Family dynamics, Child abuse, Mentalization, Oppositional defiant disorder.

Entiendo que el juego infantil es un acto de (re)creación imaginativa, en el que el niño, mediante su capacidad de simbolizar, se vale de los juguetes para entrar en un proceso de ensoñación lúdica. En él recrea y representa escenas inventadas en las que proyecta su mundo interno y cómo le impacta lo externo, aspectos de su entorno, y de sus relaciones significativas. En el juego del niño se plasman y manejan fantasías y deseos, sobre todo los ligados a conflictos inconscientes, que aparecen de forma automática. El niño disfruta con ello, por lo que supone de creatividad, y porque la distancia que le permite el componente lúdico y lo simbólico, le produce una sensación de alivio y le proporciona la sensación de tener cierto control sobre lo interno. Así el niño puede representar y expresar emociones y situaciones difíciles de representar y afrontar de forma consciente: agresividad, miedos, ira, angustias, etc.

Cuando el niño juega, pone en conexión dos tipos de procesos. Unos son internos, mediante la ensoñación, que viene a ser una asociación libre de contenidos inconscientes que se representan en la actividad lúdica. Y otros son externos, con el manejo de lo representado en la "vida escénica", de los juguetes, de lo corporal,…

En el juego libre se articulan las capacidades del niño a todos los niveles: la cognitiva, la personal, la relacional, junto con los dinamismos de la etapa madurativa en que se encuentra. Además, en el juego se integra lo mental con lo corporal. El cuerpo del niño se ve comprometido en lo lúdico y es otro instrumento de expresión de la emoción y el conflicto. El nivel de desarrollo madurativo y emocional de cada niño y su singular funcionamiento, hacen que esta actividad sea una creación única y personal, con elementos propios de cada momento evolutivo.

La observación clínica de un niño jugando proporciona elementos valiosos para la valoración y comprensión de su psiquismo, de los aspectos más sanos y de los patológicos. Y también permite vislumbrar datos de la realidad y del entorno del niño (no siempre explicitados por los padres) que pueden estar afectándole.

A los niños con dificultades en la simbolización, en el lenguaje y/o en la comunicación, o con un funcionamiento psíquico perturbado hay que ayudarles a crear la capacidad de jugar.

La observación del funcionamiento del niño jugando, junto con los datos recogidos de las entrevistas con los padres sobre su evolución, su funcionamiento personal, sus síntomas, las relaciones, las dinámicas familiares, etc, van a permitir abordar los aspectos conflictivos y los dinamismos vinculares implicados.

El trabajo con los padres es fundamental para promover cambios en los vínculos patologizantes y en las dinámicas familiares alteradas.

La capacidad del terapeuta para promover cambios psíquicos, personales y relacionales tanto en el niño como en los padres, se va a ir conformando progresivamente mediante la relación que se va estableciendo con uno y los otros. Con los padres hay que crear una relación terapéutica que les permita una mirada diferente sobre los procesos vinculares y relacionales intrafamiliares. Dicha relación se basará en el progresivo establecimiento de una alianza entre los padres y el terapeuta en la que está inherente el objetivo común de ayudar al niño, tras el reconocimiento de que tiene síntomas o alteraciones emocionales involuntarios, con un posible sufrimiento personal asociado a lo sintomático.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

En la relación que se va estableciendo con el niño se van a posibilitar cambios en el modo vincular interiorizado, y la asimilación de emociones complicadas y conflictos intersubjetivos conscientes e inconscientes, en la medida en que pueden ser mentalizados, metabolizados por el psiquismo del niño.

Este doble proceso con los progenitores y con el niño, tiene también elementos propios de un juego para el terapeuta: es un acto creativo, que implica cierto disfrute (a veces no exento de angustia u otras emociones) con la actividad. Y despierta muchas emociones en el terapeuta, con movilizaciones contratrasferenciales reactivadas por el funcionamiento familiar, por aspectos infantiles de la propia historia personal y familiar, etc.

Respecto al caso clínico que expongo, realizaré la descripción sucesiva del desarrollo de la intervención psicoterapéutica con un niño, al que llamaré Alberto (me centraré especialmente en aspectos relevantes de la primera mitad del proceso). Realizo algunos comentarios sobre la sesión concreta y reflexiones en torno a la clínica y al proceso psicoterapéutico. Terminaré profundizando en esos aspectos. He entrecomillado lo que los padres o Alberto dicen, y pongo en cursiva mis intervenciones.

El tratamiento se desarrolló a lo largo de 2 años, y se atendió a Alberto de forma individual en 17 ocasiones y 7 veces a los padres (o a uno de ellos). La distancia, por tanto, entre cada cita era dilatada en el tiempo, la que podía permitirme el trabajo en un centro público en esos momentos.

CASO CLÍNICO

1ª consulta: Alberto, de casi 7 años de edad acude a la primera consulta con su padre (mes de noviembre), quien dice: "El problema es que no quiere comer más que 4 cosas y lo demás ni probarlo" y que está anémico. Come selectivamente algunas cosas (garbanzos, tortilla de patata, sopa, quesitos, chocolate,…). "Yo creo que es un cabezón. Él no ve necesario tener que comer. Y a las bravas, no come".

Convive con los padres y su hermano de 9 años, "que come de todo". El padre es operario y la madre trabaja en un comercio. El padre prosigue: "Así no le podemos llevar a ningún lado. Tenemos que llevar la comida para él".

Indago en datos familiares. La madre padece de cefaleas tensionales. El padre dice que todos se llevan bien, que él no es de discutir y que la madre chilla mucho a Alberto y a todos.

Alberto es descrito como rebelde, dice a todo que no, y hace las cosas, pero tienen que estar encima. En el colegio "hemos tenido problemas también", dice el padre, porque le dejaban en el comedor y no comía. Respecto al rendimiento, va regular y no le gusta trabajar, pero va sacando los cursos. Y respecto a las relaciones con iguales, el padre dice que normal.

En casa el padre le pone límites con la comida, pero la madre acaba dándole de comer. Siempre están encima de él, con la comida y los deberes. Se ha criado sano y el padre no señala otros aspectos de su desarrollo o salud como significativos.

Cuando le pregunto a Alberto qué le parece a él lo que ha contado el padre, se encoge de hombros y no parece vivirlo como un problema. Mientras hablamos, jugó, dibujó "un autobús marcha atrás" y recogió.

Al despedirnos, Alberto dice: "mi madre es tonta pelada".

Aparentemente es un niño con un aspecto normal para su edad en cuanto a peso y talla.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Comentario: La demanda se centra en la comida. Alberto es presentado como un niño que rechaza la comida que se le da. Llevan al niño para que coma. Cuando se habla de él, una y otra vez es presentado como un niño que da problemas por la comida, que se niega a comer. Él rechaza lo que le dan, se opone, y les hace enfadar. A Alberto no parece preocuparle el problema por el que los padres le llevan, pero dice algo significativo: critica a su madre, que es "tonta pelada", haciéndonos saber que hay problemas en la relación con ella, que es quien le alimenta, dándole de comer como a un niño pequeño o "a las bravas".

La hipótesis diagnóstica es que no se trata de un trastorno de la alimentación, sino de un trastorno del comportamiento, basado en una actitud de oposición del niño (como ese autobús que representa marcha atrás) y en una relación con los padres, y especialmente madre e hijo, cargada de hostilidad. No es un trastorno anoréxico, puesto que el niño tiene apetito y come... lo que quiere, y no lo que le ofrecen.

Doy una cita para los padres. Va la madre sola. Dice: "Hemos tocado todos los palillos y sigue igual, y además este trimestre no ha hecho muchas tareas". "Lo de las comidas lo ha llevado a las tareas, no sé si está enfadado. Y le tienes que obligar, agarrar, traerle. Dice: no me da la gana". Que es así desde que Alberto tenía meses, costándole el paso a la cuchara: "le tenía que mezclar la leche y las verduras".

Prosigue diciendo que está muy contestón, que si se enfada "suelta la cuchara y se va al salón". Que hoy ella le dijo que tenía que ir al cole y Alberto le dijo "mala". Ella comenta: "No puedo tolerar que me chulee".

Intento indagar en éstos y otros aspectos familiares, y una y otra vez la madre vuelve a la comida, y a decir que Alberto no come, no quiere, se opone y al enfrentamiento entre ellos.

Cuenta que el padre lleva 2 años de baja y que es más paciente que ella y se ocupa de los hijos mientras ella trabaja. Ella es la mayor de 5 hermanos "comíamos en casa en plan hostal. Me ha tocado cuidar a mis 4 hermanos, todos pequeños" Ella comía mal. Sus padres trabajaban fuera todo el día y su abuela colaboraba en la crianza de los nietos.

Comentario: La madre se muestra muy irritada al hablar de Alberto y de su relación con él. La madre quiere que el hijo coma, que haga los deberes y él se opone. Ella es una persona emotiva, poco mentalizadora, más actuadora, con dificultades para comprender las necesidades del hijo y su parte emocional. Las frustraciones con el niño dan lugar a enfrentamientos, a lucha corporal, de poder, con descontrol y agresividad por parte de ella (irritabilidad, voces, estilo relacional de riña constante). Es un conflicto que se mantiene a lo largo del tiempo. Intento abordar con la madre el efecto oposicionista en el niño de sus modos emotivos de reaccionar y las dificultades de Alberto para aceptar lo que se le pide y el posible enfado del niño al que la madre aludió. Lo recibe de forma defensiva.

Cito de nuevo a los padres, con la propuesta de trabajar su relación con el niño. Va el padre solo. Dice que intentan tener más paciencia con Alberto, y habla sobre todo de comida y tareas. Respecto a ellos, dice que en 25 años juntos no han tenido "ningún bache". Todo se plantea en tono de queja por la actitud del niño, en el que se deposita todo el malestar, y no se va más allá, pese al planteamiento de cómo entender lo que le sucede al niño y a ellos. La sensación es que el objetivo de la demanda

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

es que el niño haga lo que ellos desean: que coma lo que le dan y obedezca. Y no se significa nada más de las relaciones entre ellos. Y es significativo que a las entrevistas conjuntas vayan cada vez uno y por separado.

Les cito a ellos de nuevo. Dicen que Alberto "sigue igual", aunque le dejan algo más a su aire. Que con las tareas escolares va algo mejor, pero que sigue comiendo solo lo que le gusta. Que en los últimos análisis no estaba anémico. Y vuelven a hablar de comida todo el tiempo, pese a mis esfuerzos por intentar pensar con ellos lo que se juega en la relación con el niño (la emotividad, su irritación, como puede vivirlo el niño) y en el síntoma y otras aspectos de la vida del niño.

El padre sigue de baja y la madre con cefaleas. Les pregunto por cómo lo viven, como repercute en el ambiente familiar y el como lo entenderá el niño. Se racionaliza sobre ello.

Comentario. Todo es comida y conducta. La única emoción que aparece es el enfado, la irritación y la rabia. Es una dinámica familiar actuadora, con dificultades para reconocer y abordar los aspectos emocionales que se juegan en las relaciones intrafamiliares. La comida es un simple objeto de pelea entre padres e hijo, como todo lo que se le pide a Alberto.

Mi sensación es que conmigo se repite la dinámica: ellos se oponen a recibir lo que yo les quiero dar. Y que contratrasferencialmente me irritan mucho y me dejan frustrada, insatisfecha.

Planteo comenzar a atender al niño.

1ª sesión individual: Alberto no quiere entrar y lo hace enfadado. Hablo con él sobre por qué viene y le pregunto qué piensa él de lo que le pasa. Silencio... ¿Qué le gustaría ser de mayor? : Conductor de rallys, dice, porque le gustan mucho los coches. O tenista. Le gusta Nadal. Lo recojo: A lo mejor le gustaría ser un chico como él, fuerte y con energías.

En el colegio, dice que bien, pero no le gusta mucho estudiar. Tiene amigos y no refiere conflictos. A lo mejor se van a Segovia en Semana Santa de vacaciones. Le planteo un dibujo de sí mismo que realiza rápido y colorea. Se dibuja "subiendo una montaña". Dice que el que más protesta en casa es su padre, porque él se porta mal.

Pese a su inicial oposición, fuera del tema de la comida, Alberto es un chico que puede interactuar de forma normalizada.

En esta primera sesión con él a solas intenté que comprendiera la función de la intervención (ayudarle) y potenciar una relación de confianza, fuera de lo sintomático.

2ª sesión individual: Ofrezco la caja de juego y comienza a jugar. Juega un rato con los coches y los hace avanzar. Le pregunto y se encoge de hombros. Luego coge un osito pequeño y la marioneta-cocodrilo, con la que coge al osito con la boca. "Se lo está zampando". Lo libra: "le metió una patá". Coge una marioneta, que dice que es "una vieja" y pega a ambos. Luego saca el material sanitario y comienza a atender al oso. Digo que *menos mal, que el osito tiene que estar asustado, que si lo está curando*. Dice que sí, "del mordisco". Y pasa a golpear al cocodrilo con los indios "Quería matar al osito". Monta al cocodrilo en un camión y prosigue desarrollando su juego, de forma un poco caótica, pues van cambiando los personajes rápidamente. Luego hace andar cantando al osito, lo monta en un coche y con él da dos tiros al cocodrilo. Digo que *parece que el osito se*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

ha enfadado mucho porque el cocodrilo le hizo daño "¡Ya te digo!", contesta. Y enfrenta al osito y al cocodrilo. Digo que *el osito parecía pequeño e indefenso, pero que sabe defenderse*. Los ausculta y dice que el osito está bien y el cocodrilo fatal. (...) Con un vaquero dispara al cocodrilo que "lo ha matado". El osito golpea al cocodrilo "le está machacando", dice y el cocodrilo "se come a si mismo, porque es tonto", dice Y luego con el osito pega a una muñeca (pequeña, con aspecto de bebé) y dice "machaca a la niña que se mete con él" Y escenifica una paliza. Recojo que *el osito está tan furioso que no puede parar de golpear*. Y acaba diciendo: "El osito machaca a todo el mundo"

Comentario. Es una sesión en la que Alberto comienza a jugar, haciendo un despliegue de sus fantasías. Tiene un rico juego simbólico representativo de un funcionamiento mental y cognitivo potencialmente adecuado para su edad, pero con un funcionamiento impulsivo, conductual y un tanto desorganizado. En cuanto al contenido del juego, resalta la relación entre el osito, con el que parece identificarse, y el cocodrilo, personaje fuerte y poderoso, agresivo oralmente, que le ataca y le daña. Pero el osito, inicialmente indefenso pasa a convertirse en fuerte y despiadado, de agredido a agresor y acaba agrediendo a una figura femenina que previamente le ha agredido. En esta sesión, Alberto hace un despliegue de fantasías narcisistas y sádicas en relación a lo oral: ser agredido y agredir. Todo parece jugarse en el plano de la conducta.

3ª sesión individual: Busca al osito y al cocodrilo y con el osito golpea a todos. Le pregunto por ello y dice que "se metieron con él". Le pregunto si también se meten con él en el colegio y dice que "un gitano" de su clase le da patadas y que él se las devuelve. Y continúa con los golpes de unos a otros.

Luego encuentra en la caja otro oso y dice que son "la madre y el hijo. La madre o el padre" (¿?) "La madre, que es más clarucha. Y éstos (figuras de monstruos) los pinchan. Los mejores delante del jefe (me muestra quién es el jefe). Vamos a pegar una paliza a los osos (los golpea) y ahora a por los coches" Lo escenifica controlando que yo le estoy mirando. ¿*Por qué hacen esas cosas?*, le pregunto. "Porque son los mejores". Le digo *que a lo mejor, golpear les hace sentir fuertes e importantes.* Los pelea con una jirafa que va "al montón de los destrozados", donde también termina un dinosaurio. Y va sacando diversos personajes a los que va golpeando y echando al montón.

Le digo que *esos que en pandilla, van dando golpes a todos de uno en uno, a mí no me parece que sean fuertes y poderosos, sino unos cobardes.*

Los pone a todos en pie, dice que están todos vivos y comienza a sacudir a los monstruos, que van siendo vencidos. Y se va ensañando con ellos.

Le digo que *parece que hay muchos con mucha rabia dentro y que por eso se pegan los unos a los otros.* "Los malos muertos. Vamos a verlo. ¡Hala, qué brutos son los niños!" (...) Un muñeco se cae: "Se cae para atrás: es tonto. ¡Yo no me caería!" y juega a echarlos en la caja.

Comentario. La sesión está marcada por la continua escenificación de relaciones de agresividad, en las que se agrede y es agredido. Hay una fugaz identificación de las figuras del padre y la madre, con una crítica desvalorizativa a la madre (clarucha). Los posibles sentimientos de indefensión (representados en el inicial personaje del osito, u oso niño pequeño) son transformados en intensa rabia y sentimientos de ser poderoso a través de la agresión en grupo a terceros, en los que se descarga con saña toda su furia, representándola con tal intensidad y emoción realista que consigue angustiar a la terapeuta y descolocarla (haciendo un comentario racionalizado e inoperante sobre las agresiones en grupo).

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Este mecanismo de buscar sentirse poderoso mediante la asociación con un grupo de iguales que agrede a terceros (como determinadas bandas juveniles violentas), lo encontramos en adolescentes con graves problemas narcisistas y experiencias de frustración y rabia muy intensas.

4ª sesión individual: Pasa un rato con ataques a diversos personajes. Después coge la muñeca pequeña y le aplasta la cabeza y dice que está viendo "qué cara pone". Luego le da el biberón. ¿*Come o no*?, le pregunto. Da un respingo. Choca 2 osos y los deja. Con las tijeras sanitarias, le anda a la muñeca en la cabeza. Le pregunto qué está haciendo. Se la aplasta. Se ríe. Le golpea con fuerza en la cabeza con el martillo sanitario. Luego con una sartén. *Le digo que no se sabe si la está cuidando o atacando*. Con las tijeras sanitarias hace como que le aplasta y le corta la cabeza y las extremidades. Le clava las tijeras en la boca y me lo muestra. ¿*Le clavas las tijeras en la boca*? No contesta y sigue. Luego intenta meterla el biberón "No la entra", dice. Le digo que *está intentando alimentarla a la fuerza, incluso haciéndola daño: Que quizás eso sea lo que él siente cuando le obligan a comer*. Le mete la jeringuilla en la boca a lo bruto. Le pregunto qué hace y dice que "meterle leche". Vuelvo a recoger que *la intenta alimentar pero que la está haciendo daño*. La agita con fuerza y se da con ella en un pie. Le digo: *quizás está enfadada contigo por el daño que le has hecho... como tú te enfadas con tus padres.*

Comentario. Representa escenas perversas en cuanto al manejo que hace de la agresión y el placer en la misma, asociada a escenas de agresión y alimentación violentas a un bebé. Suscita horror en quien lo mira, por lo real de lo representado y por la falta de elementos simbólicos que en él puedan dar cuenta de lo que siente, desde la confusión entre ser agresor y víctima. Los contenidos que van apareciendo en las sesiones apuntan a dos aspectos: vivencias de malos tratos y al riesgo de una evolución a un trastorno grave de conducta (quizás oposicionista desafiante o con rasgos perversos).

Se van fuera de vacaciones de verano.

5ª sesión individual, tras las vacaciones. Hablamos de sus vacaciones. Luego se pone a jugar, al principio con coches a los que pelea entre ellos. Después coge el muñeco y le agarra la cabeza con las tijeras. Le ausculta. Dice que le está curando. ¿*Por qué? ¿qué le ha pasado*? Busca jeringuillas. Y parece que le pone una inyección. Después le aplasta la cabeza, le golpea durante un rato. Le digo que *quizás él hace al muñeco lo que a veces él ha podido sentir: que le han tratado mal, sobre todo cuando le alimentaban*. Pelea al muñeco con otro. Recojo como *puede estar rabioso y con ganas de pelear, porque le han tratado mal*. Continúa un rato con las peleas entre muñecos. Con el muñeco "aplasta con el coche de bomberos a los otros" muñecos. Le digo que *a veces uno puede sentirse tan enfadado, que le gustaría aplastar a los demás*. Zarandea al muñeco y lo hace caer sobre los otros a modo de pelea. Coge las tijeras y se las mete en la boca. Le pregunto *qué hace* y dice "Matándole, porque ha sido malo". Hablo con él de la diferencia entre ser malo y comportarse mal, y lo relaciono con cómo puede vivirlo él.

Comentario. Las vivencias de maltrato en Alberto parecen convertirse en actos violentos. Hay un viraje en el juego, tras decirle yo que ha podido sentirse maltratado al ser alimentado (intentando una conexión entre la emoción y la vivencia y que pueda pensar la vivencia). Tras ello pasa a un nivel simbólico de juego (son los personajes los que interactúan y pelean), diferente al perverso, en el que es él el que arremete y lo disfruta, aunque al final vuelve al nivel de sadismo.

6ª sesión individual. Hablamos un rato de las vacaciones. Y dice que le obligan a hacer deberes y no le gusta. Cuándo cuestiono algo sobre ello, me mira con desconfianza y se cierra. Luego se relaja y sonríe tras decirle que *siempre se siente muy*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

rabioso cuando le obligan a hacer algo, porque lo vive como una agresión. Va a la caja y escenifica la escena sádica de agresión en la alimentación

Consulta con los padres. Octubre, comienzos de curso

"Poco más o menos", dice la madre, quien relata cómo y qué come. Pero luego comenta que vuelve más contento del colegio, que le ven más centrado, dice. Y que habla más con los otros niños y no protesta por ir a clase. Le costó sacar el curso pasado, pero lo aprobó. Con el hermano, bien, juegan y a veces pelean. Con ellos es "más sociable", aunque coge rabietas fuertes y se va corriendo, se mete bajo la cama y grita. A la madre le dice que es tonta y mala. Ya no le pegan, dicen.

A los padres les hablo de la asociación que hace Alberto entre ser alimentado y ser agredido, y cómo esto es una vivencia real para él. El padre dice entonces que cuando no come "llega la madre y le embucha la comida a la fuerza". Lo abordo con ellos: Con esto Alberto se siente maltratado... porque es un maltrato. Y lo hablamos. Alberto no tiene un problema de alimentación, sino que hay problemas en la relación madre - hijo que hay que modificar: Ellos intentan cuidar al hijo, alimentarle, pero la forma en que se hace es una agresión, que Alberto vive como tal.

Planteo como la rigidez, la agresividad y la rabia de Alberto es algo muy serio que podría dar lugar a problemas más graves en la adolescencia. Y la necesidad de ayudarle a cambiar, cambiando el modo de relacionarse con él y evitando la violencia. Intento apoyar a la madre para que tome conciencia de sus propias dificultades con el hijo y de potenciar cambios en la relación con él. Y el papel del padre como posible mediador en la relación.

Comentario. Se van apreciando ligeros cambios en la relación entre el niño y los padres. Aparecen comentarios sobre él, en los que se recogen otros aspectos distintos a la alimentación y sus avances a algunos niveles. Y, pese a los planteamientos tan duros que les hago, los padres pueden recibirlos y podemos hablarlos. Parecen más receptivos y hay más elementos emocionales en la relación y menos irritación.

7ª sesión con Alberto. Entra decidido y animado y va a la caja. Le digo que vinieron sus padres. *¿Quiere saber de qué hablamos*? "Bah", dice mientras "clava" al muñeco el biberón en la boca. Le digo que *yo le quiero contar que les dije a los padres: que obligarle a comer a la fuerza no era bueno para él, que le hacía sentirse mal, le ponía muy furioso y no le dejaba pensar qué quiere él de la comida*.

Entonces deja la muñeca, saca platos, la cocina y un león que pone en una sartén. Encuentra en la caja una cabeza de muñeca y busca el cuerpo. Luego juguetea con la sartén como dando la vuelta a algo. *¿Estás haciendo una tortilla?* "No, es pescado". Le pregunto y dice que en casa su hermano ayuda a cocinar. Él, no. Pero que ayuda a poner la mesa. Da "la vuelta al pescaíto". Le digo que *en casa no cocina, pero que hoy aquí está cocinando. ¿Qué tal te está saliendo?* "Un poco pachucho". *¿Y eso?* "Un poco quemadito". *Pues te va a tocar comer pescado un poco quemado*. Lo tira y coge un pollo. Lo cocina. *¿Qué tal te ha salido?* "Superfantástico". Representa que lo come. Cocina "pescaíto otra vez"… "¡Casi se me quema!" (*Pues baja el fuego*) "Un poco tostado pero bueno" Continúa cocinando y al rato le pregunto si le gusta y dice que "poco".

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Lo deja y saca animales. Vacuna a varios de la "antigripe". "Se han revolucionado". Saca también al león que pelea con el rinoceronte. Escenifica y comenta: "Fuera de combate. Ahora viene el padre y se enfrenta al león. Pum!" El padre rinoceronte sale por los aires. Saca al monstruo y lo pelea con el león. Luego saca un muñeco y lo mete en la bañera. Lo llama "hijo" Coge ropa y dice que se lo va a poner a otro "que está en bolas" *¿Qué está pasando?* "Este no quiere ponerse el traje". (...) Luego pelea a los dos muñecos "Este le dio una patada *(¿por qué?)* Porque no quiere que se ponga el traje". Los pelea violentamente. "Se ha muerto éste. Le están sangrando los ojos" Y continúa con la pelea, chocan, se golpean, el grande pega al pequeño. "Se ha muerto. Sale al otro hermano". Recojo lo que ha ido pasando y como han acabado en una violenta pelea "a muerte". (¿Y él, cómo se lleva con su hermano?) "Jugamos a peleas, pero no a muerte". Cuenta que pelean porque él quiere jugar al ordenador y el hermano, no. Le saca la cabeza al muñeco y luego no se la puede poner y me pide ayuda para colocarla. Le digo de terminar y busca el chupete, se lo pone al muñeco, y le mete en el maletín del médico. Y dice: "Estos dos se han cargado al mayor y lo han metido en la tumba". Luego se matan entre ellos.

Comentario. En esta sesión hay un viraje tras mi comentario sobre que les dije a los padres acerca de cómo se sentía él. Y pasa al juego simbólico con otro contenido, que tiene que ver con la comida. El acceso a este nivel de juego con los contenidos que representa es valorado como un cambio sustancial, y también cambia la relación conmigo. Luego aparece representada la figura de un padre y una lucha con él. Él hace de padre que cuida. Mediante escenas de fuerte intensidad simbólica (pero ya sin el nivel de sadismo de otras veces) representa peleas entre varones y también aparecen peleas a muerte entre hermanos. El comentario final aclara que la rebelión y agresión del final es "al mayor", es decir, al padre. Son otro tipo de contenidos los que van apareciendo, saliendo ya de la relación complicada con la figura materna. El nivel de simbolismo apunta a cambios sustanciales en su funcionamiento psíquico, que se flexibiliza y gana en capacidad de expresión de lo emocional y un menor sadismo.

Siguientes cuatro sesiones con Alberto: 8 a 11

Hubo una ausencia a una sesión, y a la siguiente dice que su padre se despistó. Él parece contento y juega con coches, luego peleando 2 muñecos a "matarse, a hacer el tonto". Cocina, atropella animales,...

En la siguiente juega con la pistola, disparando a todo. Luego saca indios, vaqueros, Spiderman. Los pelea y dice que se matan entre ellos y que son enemigos. Luego dice que solo hay heridos. Le pregunto por las peleas en su casa y dice que se pelean su hermano y él y que también con la madre y la comida. Tras lo cual cocina "pollo" y luego "oso a lo tonto".

Aparece una elección de elementos y de personajes propios de su edad, lo que apunta a una reorganización del mundo interno. Pero coexisten elementos de conflicto en relación a la comida y lo que para él simboliza: la agresión, la indefensión, la rabia, pero de forma más controlada.

En la sesión posterior dispara a coches y a un animal. Luego corta el cuello a un monstruo porque es malo. Le echa veneno con una jeringuilla. Atropella a otro... Un coche de policía pasa sobre un bebé. Intento hablar y se muestra un tanto lacónico y cerrado. De nuevo aparecen elementos descontrolados teñidos de sadismo, pero en el contexto de juego simbólico. Tiempo después me enteré de que estaban pasando acontecimientos especiales en su entorno familiar.

En la siguiente sesión se muestra más contento y mejor en el contacto. Me cuenta que se va a ir al pueblo a ver a la abuela materna. Que allí tiene un primo. Que ha aprobado todo con notables y sobresalientes en las notas del primer trimestre.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Pelea a “Hulk contra Spiderman”, moviéndose mucho. Saca un monstruo para ayudar a Hulk. Con un coche grande aplasta a todos “Los está matando a todos. Pero ahora se están ayudando todos para que no los mate” (...) Luego juega con “buenos y malos” y escenifica alguna escena de violencia, como un coche que atropella un cerdo,...

Entrevista con los padres

La madre comienza diciendo que lo ve “casi peor” en relación a la comida. Que come en el comedor del colegio y vuelve contando que apenas ha comido, pero que no los han llamado y que físicamente está bien. Y que ya no tienen enfrentamientos.

Han tenido varios acontecimientos: la abuela paterna falleció en enero y al abuelo le detectaron un cáncer y le operaron. Alberto lloró con lo de la abuela. Que por todo ello han estado menos pendientes de Alberto. La madre está teniendo cefaleas y un cuadro de ansiedad, y está de baja. Lo relaciona con lo de los suegros y con que le han diagnosticado un ojo vago, lo que le afecta mucho, porque la limita al no poder coger pesos. Habla de lo mal que lo pasa con las cefaleas, que a temporadas son muy intensas. El padre tiene ahora reconocida la incapacidad permanente y dice que está más tranquilo.

Alberto en la evaluación subió mucho su rendimiento. Bien con los compañeros y no plantea problemas. Algunas peleas con el hermano, pero también juegan. La madre le ayuda con las tareas.

Abordo, entre otros aspectos, cómo puede entender Alberto lo que les va pasando, como cuando les ve mal, en especial a la madre. No suelen explicarle lo que les pasa, de hecho, no le han dicho nada del ojo vago de la madre, aunque piensan que lo escucha y lo sabe. Planteo la necesidad de explicaciones que le permitan comprender lo que pasa en la casa, a la madre, los abuelos y en su entorno.

Persisten las dificultades con la comida, aunque parece que ya no está habiendo momentos tan conflictivos. Recojo los cambios positivos que cuentan que está habiendo en Alberto, e insisto en la importancia de la actitud emocional de ellos, apoyando sus esfuerzos en cambiar.

En las **siguientes 5 sesiones con Alberto** vamos hablando más de diversos aspectos. Le planteo el tema de la enfermedad del abuelo y la muerte de la abuela, contesta con monosílabos o da respuestas formales, mostrándose evitativo.

También abordo el tema de la comida y dice que no es un problema para él, que cree que no come poco, aunque lo reconoce como un problema para sus padres. Voy mostrándole algunos aspectos en relación a esto a lo largo de estas sesiones, como la utilización de la negativa a comer como muestra de hostilidad hacia la madre; el vivir la comida como algo malo para él, cuando en realidad no lo es y lo malo son los conflictos con los padres en el momento de comer. Si aludo a tener que comer como una necesidad, da muestras de oposición y malestar, pero poco a poco va mostrando una actitud más tranquila y de menor rechazo cuando hablamos de este tema.

Respecto a su madre, piensa que le duele la cabeza por el accidente que tuvo. Pero cuando le planteo si él lo relaciona con los enfados con él, lo confirma y dice que a él le hace sentir mal que le duela la cabeza. Su madre se pone más nerviosa y le riñe más cuando le duele la cabeza. Lo hablamos (él como no responsable de las cefaleas). Respecto a la relación cotidiana con

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

ella, dice que "se queja por todo" y "me zumba" (comenta que le da algún tortazo). Cuando le planteo si él le ha dicho que no le gusta que le pegue y que le hace sentir mal, y por qué no se lo dice, me mira con asombro (parece que no se dicen lo que sienten, ni Alberto ha podido contemplar esa posibilidad).

En cuanto a su juego, progresivamente las escenas de agresión sádica van dando paso a otras de pelea y conflicto más contenidos y a actividades lúdicas placenteras propias de su edad: pasea coches, echa carreras con ellos, disparando al que pierde; Hulk golpea a los coches (con ya con cierto control) y luego les pone inyecciones para arreglarlos (reparación); dispara a los coches y les hace chocar; pelea indios y vaqueros; construye una casa compleja y grande con piezas; escenifica animales huyendo de los coches y que éstos matan a alguno; dibuja un camión llevando coches al concesionario; etc.

Un día, al final de la sesión dice que quiere darle un susto a su padre y lo dispara cuando entra.

Va mostrando un mundo interno en el que el modo relacional se va normalizando, aunque hay agresividad y conflictos, pero también regulación y ya maneja la diferenciación: buenos y malos, como interiorización de límites internos. Hay agresión pero también capacidad de reparación. Puede jugar con el padre y representar una agresión al padre de forma simbólica y con una interacción que conlleva juego y complicidad.

Va estando más cercano y expresivo en la relación conmigo. Y ya ha podido pasar a la capacidad de poder hablar de algunos sentimientos.

Ha pasado el verano y vuelve al colegio contento, aunque algo quejoso, porque le gustan las vacaciones, dice. Le planteo posibilidad de terminar, porque las cosas se van normalizando, aunque quede lo de la comida (lo que voy hablando con él recogiendo sus hábitos no adecuados en relación a la misma), me escucha y no dice nada al respecto.

Entrevista con los padres (Octubre)

Dicen que con la comida sigue igual, aunque va comiendo más cosas y me cuentan cuales. Refieren que en el colegio está más centrado, que también va a una academia y bien allí. Que antes tenía dificultades de tipo disgráfico y disléxico y que ahora ya no. Su rendimiento es adecuado y le ven contento en el medio escolar. También va a fútbol, que le gusta. Con ellos está más cercano, y aunque a veces dice que no de entrada, luego hace las cosas sin problemas. Ambos padres reconocen que ha habido grandes cambios en Alberto, y que en general se le ve bien.

La madre habla de que antes estaban todos muy estresados y que tenían menos paciencia. Que el hecho de que el padre no trabaje y que sea él quien se ocupe de los chicos y la casa, les ha venido bien. La madre ya no entra en confrontación con Alberto en las comidas. Apoyo este cambio y hablamos de cómo ahora puede haber una gran rigidez en los hábitos alimentarios de Alberto que seguramente no se irá rompiendo hasta que no asuma él su alimentación, cuando vaya madurando y separándose de ellos.

Hago una valoración del proceso, resaltando la importancia de los cambios en Alberto y en ellos. Y nos despedimos

Sesión de despedida con Alberto. Le comento que es el último día. Recojo y valoro sus cambios y buena evolución. ¿Qué quiere hacer para terminar? Dice que un dibujo. Hace dos. Le pregunto qué ha dibujado. Del primero dice que somos "Tú y

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

yo (*¿Qué estamos haciendo?)* Saltar. (*¿Por qué estamos saltando?)* Para divertirnos". Y del segundo: "Es un coche (*¿Quiénes van en él?)* Tú y yo (*¿Y dónde vamos?*) Al cine" Recojo como, de despedida nos ha representado a los dos, haciendo cosas juntos y divertidas. Cómo son dibujos que nos hablan de su cambio: antes lo pasaba mal y solía estar furioso. Ahora puede hacer cosas divertidas conmigo, y con los demás.

Me da un regalo, un frasco de colonia que agradezco. Le hablo de que vamos a dejar de vernos y se echa a llorar con mucho sofoco. Me acerco a él y le digo que esto no está en su dibujo, que me está mostrando que le da pena separarse, despedirse de mí. A mí también me da pena, porque me ha gustado trabajar y estar con él todo este tiempo. Y estoy contenta con su evolución. Lo hablo un rato con él y nos despedimos.

REFLEXIONES

Sobre el diagnóstico:

Alberto presenta una alteración de la conducta alimentaria que se sustenta en un trastorno de conducta más global. Como funcionamientos psíquicos relevantes, observamos una inicial dificultad para la mentalización y para la gestión de lo emocional, con un funcionamiento personal que se descarga en conductas alteradas, sustentadas en una intensa rabia (emoción nacida de las vivencias de maltrato) ante situaciones de conflicto, que dan lugar a actitudes oposicionistas – desafiantes o a actos agresivos cargados de emociones de tipo sádico. No muestra compasión, ni empatía, ni resonancia emocional en la relación con los demás, aunque puede mostrarse relativamente adecuado y adaptado si no se pone en juego lo emocional. Además, a lo largo del tratamiento nos enteramos de que tiene otros síntomas: rechazo por lo escolar, y dificultades específicas en los aprendizajes: dislexia y disortografía. Estas últimas no son raras en niños con funcionamientos disfuncionales, relacionándose con una deficiente integración y evolución de aspectos psicoemocionales y capacidades simbólicas.

En la dinámica familiar aparece una vinculación madre e hijo cargada de hostilidad por ambas partes, en confrontación continua. Y una figura paterna, también conflictiva para él, habiendo diferencias en la relación entre los padres respecto a Alberto. La función parental no opera como reguladora del funcionamiento psíquico y emocional de Alberto. No se instaura la represión de lo pulsional y Alberto queda dominado por emociones intensas y agresivas, realimentadas por un funcionamiento familiar desorganizado emocionalmente y agresivo. Los síntomas aparecen en la conducta, en la relación con los padres, en confrontación con la normativa parental: Alberto es rebelde, oposicionista y agresivo. Tiene reacciones emotivas y se enfada fácilmente, con momentos de ofuscación, rabia y explosiones emocionales; trata a la madre con desprecio e insultos,…

En el desarrollo del juego vemos más: el sadismo, el ensañamiento y placer en el maltrato del otro, sin represión ni elaboración mental. Estos funcionamientos infantiles pueden evolucionar hacia trastornos de la personalidad, en forma de trastornos del control de impulsos, trastornos de conducta individual o social, funcionamientos psicopáticos, etc, y muestran su cara más feroz en la adolescencia, pero que también pueden cristalizar en la emergencia de violencia en las relaciones de pareja y/o con los hijos.

Como diagnóstico clínico, podemos hablar de un Trastorno Oposicionista - Desafiante. Y además, de un vínculo padres - hijo desorganizado y violento.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Sobre el caso: las relaciones vinculares, la instauración de la clínica, los disfuncionamientos y las intervenciones.

La madre, alimentando al bebé, cubre una necesidad primaria de éste. Pero también mediante este acto y otros cuidados del bebé se va a ir estableciendo una conexión madre – hijo que va a ser significativa y crucial para el desarrollo emocional del niño (etapa oral del desarrollo psíquico).

Tras la lactancia, el alimento es un objeto de intercambio entre la madre y el niño. La madre da comida al niño, es decir, le cuida al proporcionarle alimentos, lo que es necesario para él. Y el niño, comiendo, hace que la madre se sienta satisfecha y tranquila con su función de materna. Porque nutrir al hijo es sinónimo de criarlo sano y fuerte. Y un niño sano y contento da tranquilidad y alimenta el narcisismo de la madre. De esta manera, el alimento se convierte en un vehículo de emociones entre la madre y el niño, y pasa a ser un objeto de relación gratificante o frustrante para ambos. Con frecuencia se pueden oír comentarios de madres de niños pequeños como "el niño no me come" o "me come muy bien", representativos de una relación en la que la madre interpreta que el hecho de que el niño coma o no coma, como un acto con una clara intencionalidad hacia ella.

Con la evolución del niño, el alimento puede ser utilizado por éste como un medio más de autoafirmación, sobre todo en la etapa del desarrollo (anal) en la que el "no" o el "no quiero" son manifestaciones naturales que el niño utiliza para diferenciarse del otro, para afirmarse como ser con una individualidad propia, diferente al otro, ejerciendo la capacidad de hacer u oponerse a lo que se le pide.

Por los datos que tenemos de la historia de Alberto, podemos suponer que desde los primeros meses de vida, alrededor del año, y especialmente en el paso del biberón a la cuchara, es el momento en el que se comienza a instaurar el síntoma. La madre alimentaba al niño posiblemente con poco placer, estresada, y mostrándose brusca y escasamente afectuosa. En esta relación preverbal entre el niño y la madre, Alberto comienza a rechazar lo que la madre le da y la comida comienza a convertirse en una amenaza, en un objeto de conflicto entre ambos (el paso a la cuchara). Y la madre lo pudo vivir como un fuerte ataque personal, como un cuestionamiento de su función y de su persona. "No puedo permitir que me chulee", dice la madre. Y el acto de la alimentación pasa a convertirse en un conflicto permanente en la relación madre – hijo. En la etapa de los 2-4 años, la oposición natural del niño pudo ir evolucionando a una oposición pertinaz a recibir lo que venía de la madre, porque el vínculo con ella era hostil, y la alimentación del niño era agresiva (las huellas mnésicas de vivencias y emociones tempranas aparecen a veces representadas en el juego libre de los niños, como en el caso de Alberto, representando la alimentación y agresión al bebé). Y la oposición y hostilidad se fueron instaurando en el funcionamiento personal de Alberto.

La madre tiene un funcionamiento muy primario a nivel personal y emocional, con poca capacidad de mentalización, escasas habilidades relacionales, afectivas y empáticas, con tendencia a descontrolarse ante las frustraciones ("chilla a todos", dice el padre) y posiblemente tendencia a cargarse de tensión que vehiculiza vía somática. No puede comprender lo que le pasa a ella y a su alrededor utilizando la reflexión para conectar sus emociones con las experiencias, comportamientos y relaciones. En ella las frustraciones dan lugar automáticamente a emociones tipo irritación y rabia. Padece de cefaleas tensionales. Este tipo de patologías, cuando están ligadas a funcionamientos psicosomáticos, apuntan a sobrecargas de tensión que suelen conllevar una fuerte carga agresiva que no se canaliza. Con el hijo pasa de la frustración a la rabia, y de ella a la actuación agresiva, pegándole un tortazo, agarrándolo, tirando de él o zarandeándolo, o embuchándole la comida.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Esta dificultad en asimilar reflexivamente las vivencias suele plasmarse en relatos de la propia historia personal pobres, en los que se vislumbran carencias afectivas y emocionales que fluyen intergeneracionalmente. La madre de Alberto cuenta poco de sí misma. Sabemos que cuidó a sus hermanos teniendo no mucha edad, cuando por su juventud, no estaba capacitada para sustituir a su madre en esa función materna. Y que comer juntos en familia (situación en la que se suelen compartir vivencias, palabras, emociones y alimentos) para ella se dio en una situación muy impersonal ("comíamos en casa en plan hostal"). Es posible que la madre haya tenido una infancia dura y desafectivada. Y no se puede trasmitir lo que no nos ha sido dado previamente, si no se dan cambios internos que permitan modificar los funcionamientos personales automáticos no pensados.

Respecto al padre, resulta una figura muy presente, pero aún más opaca, pues se las apaña para decir siempre que no tiene problemas, ni contar nada personal, aunque podemos suponer que no es así, como lo atestiguan sus dolencias que acaban en invalidez o las críticas a la madre que los chilla a todos, incluido a él. No desempeña una función reguladora ni para la madre, ni para el niño, aunque él critica el comportamiento de ambos, pero siempre negando conflictos con el niño y con la madre. Alberto, por su parte, cuando lo representa en su juego, lo simboliza como un personaje fuerte y agresivo, un personaje al que en su juego agrede y hacia el que él se rebela.

Para Alberto, la comida que los padres le ofrecen se confunde con la manera en que se le da: agresiones en forma de voces, insultos o golpes. Por eso rechaza la comida, como rechaza otras cosas que vienen de los padres, lo que éstos recogen como que siempre dice que "no" a todo. Este funcionamiento de Alberto no es tan potente en otras relaciones externas a la familia: como en el medio escolar, ni durante el tratamiento (se mostraba adecuado en consulta, recoge sin problemas,...), lo que apunta a cierta flexibilidad en su funcionamiento psíquico según con quien se relacione.

En el proceso terapéutico, Alberto representa escenas de maltrato, en las que él se identifica totalmente con el agresor. Este mecanismo de identificación con el agresor no es un mecanismo infrecuente en personas con experiencias de malos tratos en su infancia.

De la identificación con el osito más indefenso y amenazado por personajes poderosos, pasa a agredir al muñeco de forma salvaje. Es él mismo quien en su juego agrede al personaje representado por el muñeco, mostrando un placer perverso que horroriza a quien lo contempla, en este caso a la terapeuta. Es el placer sádico, al gozar infligiendo daño a un muñeco que a la vez representaba a otro y a sí mismo. Agredir le hacía sentir fuerte y poderoso, como formación reactiva ante sentimientos de impotencia, sufrimiento, desvalía y rabia, vividos cuando él era objeto de la agresión de un adulto. Los daños narcisistas cristalizan a veces de esta forma. Seguramente los puntos cruciales de la intervención psicoterapéutica con él, los momentos que posibilitaron un cambio psíquico, fueron:

- Cuando él representaba escenas de agresión, especialmente al muñeco bebé y se le ayudó a tomar conciencia de lo que se jugaba de él en dicha agresión: las vivencias de sufrimiento cuando él era el agredido. Ésto permitió un cambio progresivo en el que se fue desactivando la repetición automática de lo reprimido y conflictivo.
- Y cuando la terapeuta le hizo saber que les había dicho a sus padres cómo se sentía él, convirtiéndose así para él en alguien que le cuidaba, haciendo de mediadora con los padres.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Junto con esto, fue fundamental el que los padres, a su vez, fueran siendo conscientes de sus propios funcionamientos personales y sus efectos en Alberto, y que pudieran tomar contacto con las dificultades y el sufrimiento del niño, que encubría su oposición pertinaz. Los padres, aunque seguían hablando de la comida como problema central, pudieron ir significando en el hijo otros aspectos positivos, como su apertura o sus avances en lo escolar, o registros de lo emocional, como que lloraba cuando murió la abuela. Ellos también comenzaron a hacer esfuerzos por cambiar el vínculo con el hijo. También pasaron de oponerse (la madre) y no recibir lo que la terapeuta les trasmitía, a aceptarlo y recogerlo, lo que parece que les ayudó en su cambio.

En relación al juego de Alberto observamos que va cambiando progresivamente. La agresión sádica al muñeco va dejando paso a escenificaciones en las que aparecen rivalidades, confrontaciones con la madre, el padre, la autoridad, ansiedades y temores. Y va apareciendo el disfrutar con una actividad lúdica propia de su edad. De golpear con saña, pasa a moverse libremente con una implicación desinhibida del cuerpo paralela a la pérdida de la tensión agresiva. Y la interrelación con la terapeuta mediante la palabra y la complicidad va ganando espacio. Va pudiendo jugar conmigo, comunicar y escuchar, recibir lo que se le va diciendo. Hasta llegar a los dibujos finales, en los que puede simbolizar a dos personas en actividades que implican disfrutar haciendo algo juntos, sensación que posiblemente naciera en la experiencia del placer del juego en el espacio terapéutico y en la relación con otro (el terapeuta).

Esta relación con la terapeuta experimentó cambios sutiles pero progresivos a lo largo de todo el proceso. De una relación inicial desafectivada, en la que Alberto va a la consulta a jugar sin querer saber nada de lo que le pasa, y poniendo el problema en la madre ("mamá es tonta pelada") a poder escuchar y recibir lo que se le dice. Si no hubiera podido hacerlo, si Alberto no se hubiese abierto a la creación de un vínculo con la terapeuta, no hubiera podido recoger lo que se le comunicaba, ni hubiera tenido un efecto en él lo que se le decía. Este aspecto es fundamental en todos los procesos terapéuticos: la creación de un vínculo emocional con el terapeuta, la movilización de una transferencia positiva o negativa que pueda generar cambios en el paciente.

La escasa capacidad de comunicación de lo emocional que Alberto tenía al principio de su proceso, hace que cueste ver claramente cómo se va dando su evolución. Hasta que los cambios en su reorganización emocional van dando paso a un juego mucho más rico en matices, personajes, acciones, relaciones, etc, con muchas representaciones nuevas que iban a apareciendo y que no siempre se pudieron significar. Los padres, a su vez, fueron informando de sus cambios: de la mejoría en las relaciones con iguales, con la familia y su adaptación escolar; y a sus avances en los aprendizajes superando las dificultades en los mismos y viviéndolos de forma gratificante.

En la sesión de despedida Alberto me lleva un regalo, un objeto intermediario entre él y yo, entre los padres (que lo compran) y yo. Objeto cargado de sentimientos positivos de los padres (posible agradecimiento por la ayuda al hijo) y de Alberto. Y me deja también sus dibujos, que nos representan a los dos contentos. Pero también me deja su emoción en forma de llanto en la despedida: Lo interpreto como la pena por separase de mí y lo que yo representaba para él: alguien que escuchó aspectos íntimos de él, su rabia y sufrimiento sin tratarle mal, aceptándole y respetándole, y alguien que intervino con los padres para que cambiase la relación tan conflictiva entre ellos, y para que no se le agrediese.

La comida continuaba siendo un problema, pero ya sin el valor de objeto de agresión y pelea. Seguramente, tal como hablé con los padres, Alberto no llegaría a solucionar sus malos hábitos alimentarios hasta que no se separara de ellos y tuviera que responsabilizarse de alimentarse a sí mismo, pero necesitaría de un proceso madurativo aún por venir.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aduriz, S. (2012). La violencia del padre y sus repercusiones en el hijo adolescente. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, *53*, 41-47.

CIE-10. (2017). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Zaragoza: Meditor.

CFTMEA R-2012. (2017). *Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del adolescente.* Buenos Aires: Polemos.

Diatkine, G. (1989). Psicopatía del niño y del adolescente. En S. Levobici, R. Diatkine y M. Soulé, *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente.* Tomo III (pp. 295 – 344). Madrid: Biblioteca Nueva.

Dolto, F. (1989). *¿Niños agresivos o niños agredidos?.* Barcelona: Paidós.

Fonagy, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas*, *4*.

García Caballero, C. (1999). ¿Qué elementos aporta el juego al diagnóstico?. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 27*,81-130.

Geets, C. (1993). *D.W. Winnicott. Pediatría, juego y psicoanálisis.* Buenos Aires: Almagesto.

Grassano de Piccolo, E. (1977). *Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas.* Buenos Aires: Nueva Visión.

Klein, M. (1975). *La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado*. Obras Completas. Volumen 3. Buenos Aires: Paidós.

Mora, V. (1996). El juego: pensamiento sin palabras. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, *21/22,* 49-55.

Siquier de Ocampo, M. L, García Arzeno, M. E, Grassano de Piccolo y col. (1980). *Las técnicas proyectivas y el proceso psico-diagnóstico.* Buenos Aires: Nueva Visión.

Tarragó, C. (2007). *Tratamiento por juego simbólico.* En E. Torras de Bea (Ed.), *Normalidad, psicopatología y tratamientos en niños, adolescentes y familia* (pp. 281 - 299). Valls: Lectio Ediciones.

Tustin, F. (1992). *El cascarón protector en niños y adultos.* Buenos Aires: Amorrortu.

Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y juego.* Barcelona: Gedisa.

Winnicott, D. W. (1993). *Los bebés y sus madres.* Barcelona: Paidós.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

PARENTALIDAD EN PROGENITORES CON TRASTORNO MENTAL Y PROTECCIÓN A LA INFANCIA

PARENTING IN PARENTS WITH MENTAL DISORDER AND CHILD PROTECTION

Alicia Delgado Campos y Rafael Delgado Campos***

RESUMEN

El presente artículo pretende analizar algunas consideraciones clínicas y legales a tener en cuenta en los procesos de evaluación que realizan los servicios de protección a la infancia, en coordinación con los servicios de salud mental, en familias en que uno o ambos progenitores tienen una enfermedad o trastorno mental. Y ello con objeto de garantizar al menor una situación de protección efectiva para su integridad psicológica y física que permita un adecuado desarrollo de su personalidad.

Palabras clave: Parentalidad, trastorno mental, protección a la infancia, servicios de salud mental, coordinación

ABSTRACT

This article attempts to analyse clinical and legal considerations to take into account in the evaluation processes that made the child protection services, in coordination with the mental health services, in families in which one or both parents have a disease or mental disorder. And this in order to guarantee the child a situation of effective protection for their psychological and physical integrity which allows a proper development of his personality.

Keywords: Parenting, mental disorder, child protection, mental health services, coordination.

* Psicóloga Clínica Infanto-Juvenil. Centro de Salud Mental. Hospital Infanta Leonor. Madrid. *aliciadelgadocam@yahoo.es*

** Psicólogo. Práctica profesional en Servicios Sociales de Familia e Infancia. Abogado. *rafadelgados@yahoo.es*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

REALIDADES FAMILIARES

Realidades familiares como las que se describen a continuación suscitan la cuestión sobre qué intervenciones, apoyos o, en su caso, medidas de protección a valorar por los servicios especializados en infancia y familia pueden ser más favorables para posibilitar un escenario en que una familia con algún hijo a su cargo, y con uno o ambos progenitores con enfermedad o trastorno mental, pueda brindar al menor una situación de protección efectiva para su integridad psicológica y física que permita un adecuado desarrollo de su personalidad. El necesario respeto al anonimato de los datos personales ha sido observado con la variación y modificación de la información oportuna a efectos de prevenir la posible identificación y con objeto de dar respuesta al deber de confidencialidad.

Amalia cuenta ocho años de edad. Sus circunstancias familiares hablan de una madre con seguimiento desde el recurso especializado en salud mental y desde el recurso especializado en violencia de género. La menor también se encuentra en tratamiento en el dispositivo de salud mental infanto-juvenil.

La menor estuvo residiendo con abuelos y tíos maternos desde los dos hasta los cuatro años, habiendo presenciado episodios de maltrato entre adultos. La madre recoge a la menor y mantiene convivencia con el padre de la misma. Ante el maltrato recibido por el padre de Amalia hacia ambos abandona el domicilio y accede a centro de acogida para víctimas de violencia de género permaneciendo en el mismo durante unos meses y causando finalmente baja voluntaria. Tuvo lugar un juicio para la regulación de las relaciones familiares, estableciéndose orden de alejamiento, cuya vigencia ya finalizó. El padre mantiene relación con la menor y con la madre de forma irregular y sin sujeción al régimen establecido judicialmente. En dichos contactos el padre realiza amenazas a la madre de Amalia, no estando presente la menor según ella. Se volvió a proponer casa de acogida a la madre de Amalia, no aceptando la misma y no planteando denuncia. La madre y su hija han cambiado tres veces de alquiler de habitación en los últimos meses.

En el momento del inicio de la valoración la madre mantiene adherencia al tratamiento en el dispositivo de Salud Mental existiendo buena vinculación con los profesionales de dicho recurso, prescribiéndosele ansiolíticos y antidepresivos así como apoyo psicoterapéutico.

Desde el centro de salud mental competente informan de que la madre padece un trastorno de estrés postraumático, así como de falta de red social y apoyos familiares. Se informa, asimismo, de la existencia de un trastorno de conducta alimentaria. Se habló con la madre para ver si admitía su ingreso y el de su hija en residencia maternal, por historia de maltrato en su vida. La madre mostró su reticencia a esta propuesta por su vivencia en relación con una experiencia anterior en residencia maternal. La menor se encuentra afectada por la situación e "hipervigilante" con la madre.

La madre acudió al Centro de Servicios Sociales en que era atendida con una crisis de ansiedad. La menor la acompañó allí al ver el estado en el que se encontraba. Fue atendida en contexto hospitalario y dada de alta el mismo día con diagnostico de crisis de ansiedad en contexto adaptativo con sintomatología mixta.

Se añade como dato a tener en cuenta la existencia de un vínculo afectivo y relacional importante y positivo entre madre e hija. A su vez, se indica que la madre de Amalia muestra, también, habilidades de cuidado con la menor.

Amalia se encuentra escolarizada, con buena adaptación en su colegio. En la información que se aporta de la misma se le presenta como una niña "muy" educada, tranquila y responsable. En la familia concurre, por otro lado, una situación eco-

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

nómica precaria, percibiendo la madre una renta de inserción social de cuantía sensiblemente menor a la del salario mínimo interprofesional. El padre de la menor abona la habitación. Junto a lo anterior, la madre de Amalia se muestra activa en la búsqueda de recursos, habiendo acudido a las entidades autonómicas y organizaciones no gubernamentales para solicitar una vivienda y encontrar un trabajo que aporten mayores condiciones de estabilidad.

SEGUNDO CASO

Marcelo es un menor de edad que vive con su madre y abuela materna. La madre tiene un diagnóstico de trastorno límite de personalidad realizado en su centro de salud mental donde recibe tratamiento desde hace años. En una intervención en el domicilio de un servicio de emergencias sociales por una fuerte discusión entre madre e hijo refiere éste que sufre maltrato psicológico y físico mediante bofetadas, y tirones de pelo, así como mediante insultos y descalificaciones. Refiere que la madre no se ocupa de su cuidado, ni alimentación, ni vestidos, ni cuidados médicos, aunque sí de los temas escolares. El domicilio está desordenado y sucio y la abuela refiere ser también víctima de malos tratos por parte de su hija.

El menor no tiene contacto con su padre. El paciente manifiesta padecer de síntomas que el servicio que la atiende califica de ansiedad y de desesperanza.

El caso es revisado en el espacio de coordinación interprofesional competente. La trabajadora social del centro de salud mental expone la existencia de un diagnóstico de trastorno límite de personalidad en la madre, la larga trayectoria de intervención y difícil manejo de la situación al haber abandonado ésta los recursos de hospitalización temporales que se le han propuesto, no llegando a finalizar el tratamiento en los mismos. Transmite la consideración del núcleo familiar con características de desestructuración e inestabilidad. La progenitora pone voluntad, pero tiene un carácter muy difícil y ha vivido ella misma una dinámica familiar muy tóxica. Se acuerda la necesidad de valorar las consecuencias de esta realidad en el menor así como las medidas más adecuadas que garanticen el interés y protección del mismo.

En el proceso de valoración iniciado desde el servicio especializado en infancia resultó significativa la descripción realizada de la progenitora por un familiar, el cual realizaba funciones puntuales de apoyo y cuidado al menor refiriendo cómo a veces tiene explosiones con el niño o con su madre. Añade cómo piensa que el hijo es suyo, como una cosa y explica, también, que la madre tiene el temor de que le quiten a su hijo. Traslada, finalmente, su preocupación relativa a que, de ser así, podría hacer algo contra sí misma, añadiendo no obstante la necesidad de un ambiente estable para Marcelo.

Según refiere la familia y la propia madre a ésta le es muy costoso la separación física con su hijo, queriendo estar en todo momento a su lado, no permitiendo que el menor haga las actividades propias de su edad. Según el relato familiar, con la entrada de Marcelo en la preadolescencia, éste ha sido capaz de alcanzar un mínimo grado de diferenciación así como de poder enfrentarse a su madre cuando ésta le dice algo que él no comparte, dando lugar de esta forma a enfrentamientos directos entre ambos.

Marcelo expone en entrevista no querer separarse de su madre y de su abuela, o solo un poco, pero que lo que le gustaría es que todo estuviera más tranquilo. Comenta que su madre se enfada con él y le grita, pero niega agresión física. Desde la notificación de la intervención en el domicilio su madre le trata mejor y no se han producido discusiones fuertes.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

En el Instituto de Educación Secundaria al que acude el menor mantiene buena relación con iguales y con profesores, mostrándose alegre en el centro. Presenta un buen nivel académico y un comportamiento correcto en clase, aunque se muestra algo inquieto en el aula.

REALIDADES LEGAL Y JURISPRUDENCIAL

Una previsión legal desde la que partir a este respecto es la contemplada en el artículo 172 del Código Civil cuando considera como situación de desamparo *"la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible e inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material"* El texto legal no hacía referencia a situaciones concretas que puedan constituir dicha figura legal.

La concreción legislativa venía materializada en las leyes establecidas por las comunidades autónomas en el marco de sus competencias, siendo una de las situaciones que refieren las legislaciones autonómicas el trastorno mental grave de los padres o guardadores que impida el normal ejercicio de la patria potestad o la guarda.

Las leyes autonómicas que consideran expresamente la concurrencia de dicha circunstancia en los progenitores como una causa de desamparo de los hijos serían:

La Ley 1/1998, 20 Abril, de los derechos y la atención al menor de la Comunidad Autónoma de Andalucía, en su artículo 23.1.f : "*El trastorno mental grave de los padres o guardadores que impida el normal ejercicio de la patria potestad o la guarda*."

La Ley 12/2001, de 2 de Julio de la infancia y adolescencia de Aragón en su artículo 59.2.e: *"Cuando… cualquier otro problema…, psíquico o social de los responsables de los menores impida la adecuada atención de los mismos."*

La Ley 1/1995, de 27 de Enero, de protección del menor de Asturias en su artículo 31.2.d: *"El trastorno mental grave de los padres, tutores o guardadores, siempre que impida o limite gravemente el adecuado ejercicio de los deberes que tales instituciones conllevan."*

La Ley 4/1994, de 10 de noviembre, de Protección y Atención a Menores de Extremadura en su Artículo 6.c: *"El trastorno mental grave de los padres o guardadores de hecho, que impida el adecuado ejercicio de la patria potestad o del derecho de guarda y educación."*

La Ley 1/2006, de 28 de febrero, de Protección de Menores de La Rioja en su artículo 49.1.c: *"Trastorno mental grave de quienes ostenten la patria potestad o la tutela, siempre que impida o limite gravemente los deberes de asistencia que conlleva."*

La ley Foral Navarra 15/2005 de 5 diciembre, de promoción, atención y protección a la infancia y a la adolescencia en su artículo 50.k: *"El trastorno mental grave de los padres, tutores o guardadores que impida el normal ejercicio de la patria potestad, de la tutela o de la guarda."*

Otras Comunidades Autónomas no recogen como causa expresa de desamparo el trastorno mental grave de los padres cuando impide el normal ejercicio de la patria potestad o la guarda encuadrándose dicha circunstancia en epígrafes que refieren la imposibilidad de los progenitores para ejercer dichas funciones o que se encuentran en situación de ejercerlas con grave peligro para el niño.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Con la modificación llevada a cabo por la L.O. 8/2015 de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia y la *Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, se regulan por primera vez a nivel estatal las causas del desamparo. En la modificación del artículo 18 de la L.O. 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, llevada a cabo por dicha reforma, se establece que* se entenderá que existe situación de desamparo cuando se dé alguna o algunas de las circunstancias que se especifican con la suficiente gravedad que, valoradas y ponderadas conforme a los principios de necesidad y proporcionalidad, supongan una amenaza para la integridad física o mental del menor. Se explicita en el apartado d) como una de dichas causas el riesgo para la salud mental del menor, su integridad moral y el desarrollo de su personalidad debido al maltrato psicológico continuado o a la falta de atención grave y crónica de sus necesidades afectivas o educativas por parte de progenitores, tutores o guardadores. Cuando esta falta de atención esté condicionada por un trastorno mental grave, entre otras causas, se valorará como un indicador de desamparo la ausencia de tratamiento por parte de progenitores, tutores o guardadores o la falta de colaboración suficiente durante el mismo.

Para la determinación de las líneas de actuación a promover resultará necesario tener en consideración el principio del interés superior del menor a concretar en cada caso específico con el objetivo de poder determinar si la desprotección existente en relación a un menor, en un momento determinado, es constitutiva bien de desamparo bien de riesgo para el mismo. Este último concepto jurídico deberá ser entendido como aquella situación en la que, a causa de circunstancias, carencias o conflictos familiares, sociales o educativos, el menor se vea perjudicado en su desarrollo personal, familiar, social o educativo, en su bienestar o en sus derechos de forma que, sin alcanzar la entidad, intensidad o persistencia que fundamentarían su declaración de situación de desamparo y la asunción de la tutela por ministerio de la ley, sea precisa la intervención de la administración pública competente, para eliminar, reducir o compensar las dificultades o inadaptación que le afectan y evitar su desamparo y exclusión social, sin tener que ser separado de su entorno familiar. Ello según lo preceptuado por el artículo 17 de la L.O. 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor, en la nueva definición, más detallada, ofrecida por la modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia operado por las leyes arriba referidas.

Para la comprensión del concepto jurídico indeterminado del interés superior del menor en el área que nos ocupa de relaciones parentofiliales con progenitores con enfermedad mental, resulta útil la relación que la doctrina jurídica ha realizado del mismo con diferentes valores como el desenvolvimiento libre e integral de la personalidad del menor y la supremacía de todo lo que le beneficie, con independencia de las preferencias o necesidades personales de sus padres, tutores o guardadores, en orden a su desarrollo físico, ético y cultural; con su salud y bienestar psíquico y su afectividad, junto a otros aspectos de tipo material; o con la protección de sus derechos fundamentales.

En cualquier caso, en el supuesto de concurrir una situación de desamparo en el menor por la existencia de un trastorno mental grave en progenitor y que afecte al normal ejercicio de la patria potestad o guarda, la misma debe ser acordada por las autoridades autonómicas competentes, previa instrucción del correspondiente procedimiento administrativo de protección. Esto supone que la tutela administrativa del menor corresponderá a la entidad pública que tenga encomendada en cada territorio la protección del mismo. Este tipo de tutela implica necesariamente la guarda del menor desamparado bien de tipo familiar bien de tipo residencial atendiendo a las circunstancias y necesidades del menor.

Una característica importante de este tipo de tutela es su carácter temporal y transitorio ya que deberá durar el tiempo necesario para conseguir bien la reinserción familiar del/la menor, si se han modificado las circunstancias que dieron lugar a la

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

asunción de la medida de protección; bien la constitución de la tutela ordinaria, cuando existen personas que por su relación familiar con el menor u otras circunstancias pueden asumir la tutela en beneficio de éste; bien la adopción por terceros, si ninguno de los objetivos anteriores es viable.

Es importante tener en consideración, igualmente, la jurisprudencia dictada por los tribunales de justicia, para darse cuenta de que, tanto en la determinación judicial de cuándo existen circunstancias constitutivas de desamparo en un menor como consecuencia del trastorno mental grave en los progenitores como en las evaluaciones que se realicen desde los servicios especializados en infancia y familia por aplicación extensiva de tales criterios, será necesario tener en cuenta diferentes consideraciones y circunstancias. Su concurrencia o ausencia determinará la capacidad o incapacidad para el cumplimiento de las obligaciones parentales, pudiendo tener lugar tanto una como otra en la misma categoría diagnóstica y siendo necesario un pormenorizado e individualizado análisis en cada supuesto.

Así, la Sentencia nº 384/2005 de TS, Sala 1ª, de lo Civil, de 23 de Mayo de 2005 resuelve mantener a la menor en la situación en que se encuentra (tutela pública y acogimiento preadoptivo) debido al *"Imposible cumplimiento de las obligaciones parentales: la madre de la menor tiene una enfermedad mental -trastorno esquizofrénico que parecía que se había estacionado en forma negativa últimamente, según informe de Psiquiatra, que la incapacita para hacerse cargo de su hija…Inadecuado cumplimiento de las obligaciones parentales por parte del padre, al delegar el cuidado de la menor en la Administración, mostrando desinterés e incapacidad en la resolución de la problemática familiar*."

La Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid, sec. 22ª, de 16 octubre 1998 plantea la privación de la tutela en base al trastorno grave de personalidad de la madre, que compromete el cuidado del hijo**:** *"No ofrece en la actualidad Dª A. las condiciones necesarias para poder afrontar, con un mínimo de garantías, el cuidado cotidiano de su hijo, según se desprende del informe médico-forense practicado (…), y en el que se afirma que aquélla presenta un trastorno grave de la personalidad, con características de inestabilidad emocional y relaciones inestables en general, que compromete seriamente la aptitud para cuidar de su hijo, lo que, en el acto de ratificación del perito, se concretó aún más en la falta de capacidad para asumir la responsabilidad plena de cuidado de un menor, existiendo el riesgo de posibles descompensaciones futuras."*

En sentido contrario, por las diferentes circunstancias del caso, la Sentencia de la Audiencia Provincial de Navarra, de 21 de abril de 2004 establece que la enfermedad de carácter psiquiátrica padecida por la madre -esquizofrenia paranoide con remisión incompleta-, no la incapacita ni limita para el cuidado y atención de sus hijos; al contrario, la evolución ha sido positiva, no existiendo razones que justifiquen modificación de la guarda y custodia así como tampoco del régimen de visitas del padre.

En el mismo sentido, la Sentencia de la Audiencia Provincial de Pontevedra de 8 de octubre de 1997 establece: *"Del informe obrante en autos, emitido por la Directora del Centro Ocupacional donde recibe tratamiento el demandado (…) se desprende que su actividad psicótica ha evolucionado adecuadamente y además, que se trata de un paciente nada problemático y no agresivo, lo que unido a la exploración de uno de sus hijos menores que manifiesta unas buenas relaciones con su padre, creemos que son motivos suficientes para no privar a dicho demandado de la patria potestad sobre sus hijos y concederles, como lo hace la sentencia apelada, la posibilidad de visitar los mismos."*

REALIDADES PRÁCTICAS

En *El efecto de los padres psicóticos sobre el desarrollo emocional del niño*, Winnicott (1959) afirmaba que la psicosis de los padres no ocasiona psicosis infantil y que la etiología de la misma no es un problema tan simple resaltando que la psicosis no se

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

transmite directamente como el cabello oscuro o la hemofilia, ni tampoco a través de la leche con que la madre amamanta a su hijo. El autor británico plantearía también en *La familia y el desarrollo del individuo* su convicción de que no debería permitirse que una familia se desintegre debido a la psicosis de uno de los hijos o de uno de los progenitores, salvo que exista una actitud cruel o de tremendo descuido. Añadiría la importancia de intervenir y apoyar a estas familias (Winnicott, 1980).

Por su parte, Lebovici, citado por Sánchez del Hoyo, P. y Sanz, L. (2004), planteaba en su capítulo del *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*, dedicado a los niños de familias psicóticas, la necesidad de poner en práctica programas preventivos que trabajen con los niños en estas circunstancias familiares, con objeto de brindarles la necesaria protección terapéutica, extendiendo estos programas y protección también para la familia. Estos programas no pasarían por privar a la madre de las competencias inherentes a la función materna sino por emprender las medidas precisas con objeto de establecer una relación maternal favorable y que permita una continuidad no obstante la enfermedad o trastorno de las figuras parentales (Levobici, 1989).

Más recientemente resultan útiles las investigaciones de Tienari (2003) sobre psicosis en la comunidad, y sobre cómo el pronóstico de los descendientes de progenitores psicóticos, antes considerado negativo sin género de duda, se verá influenciado de manera determinante por el tipo de familia en la cual a esos «hijos de esquizofrénicos» o de «pacientes afectados por otras psicosis» les toca vivir, y por el apoyo que esa familia recibe de su entorno.

Tales planteamientos programáticos y terapéuticos están en consonancia con los principios jurídicos aplicables en el ámbito del derecho de familia como el mantenimiento del menor en su medio familiar de origen, si bien, siempre que dicha alternativa sea respetuosa con el prioritario interés del menor, concretado, para las situaciones que nos ocupan, en el desenvolvimiento libre e integral de la personalidad del mismo; su adecuado desarrollo físico, afectivo, relacional y social; y con su salud y bienestar psíquicos.

La enfermedad mental de los progenitores no es susceptible de transmisión directa a los hijos, y aunque la evolución de éstos puede ser diferente a la de aquéllos hay que tener también en cuenta que el desarrollo psicológico, emocional, relacional y social de los menores podrá verse, muy probablemente, afectado en algunos casos y en determinadas circunstancias, siendo necesario incluir en la evaluación algunos aspectos personales, actitudinales y relacionales cuando las situaciones pueden conllevar un nivel de desprotección para los menores.

Aspectos a integrar en los procesos de evaluación por los servicios especializados de infancia y familia en los supuestos de trastornos mentales en progenitores serán la valoración de la presencia e incidencia en el ejercicio de la parentalidad de características que pueden concurrir en procesos de orden psicótico como la tendencia al aislamiento o a interactuar pasivamente con el entorno, la posible inclusión del hijo en la temática delirante o la exposición del menor a una afectividad incongruente o a un pensamiento desorganizado. (Goodman y Brauley, 1990)

La necesidad de un vínculo afectivo sólido como base segura desde la que el niño pueda explorar el entorno con confianza, según las propuestas de Bowlby (1989), también puede verse seriamente afectada por las características de indisponibilidad afectiva e imprevisibilidad que conllevan algunas psicosis o trastornos afectivos. La indisponibilidad afectiva y presencial además puede tener efectos perturbadores en el desempeño de las funciones maternas de sostenimiento, manejo y presentación objetal. (Winnicott, 1967) Resulta necesaria la exploración de estos aspectos relacionales y funcionales en la valoración a efectuar desde los servicios sociales especializados y, en los supuestos en que dicha indisponibilidad tenga un protagonismo

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

importante por su intensidad o por la frecuencia de su presencia en la relación parentofilial, adquirirá también relevancia la valoración de las actitudes vinculares del otro progenitor o de otra figura familiar de apoyo.

Otras cuestiones importantes a considerar en la evaluación serán, de acuerdo con Bourdier (1972), el conocimiento que el menor tiene de la enfermedad parental, con objeto de distanciarse del trastorno del progenitor enfermo y promover la diferenciación con la relación psicótica fusional. De igual forma es importante la valoración de la capacidad de la familia de permitirle tomar distancia con el trastorno parental y la facilitación de la identificación con figuras sustitutivas. Si dichas funciones fueran deficitarias, sería útil valorar la viabilidad de su promoción en la estructura familiar como elemento para continuar valorando la permanencia del menor en el medio familiar con los apoyos especializados pertinentes a la familia.

Factores personales, relacionales y comunicacionales que pueden suponer elementos de riesgo para la consecución de los objetivos de crianza compatibles con el interés del menor, en desórdenes mentales como la esquizofrenia o trastornos afectivos mayores, y que habrá que valorar, igualmente, en la relación parentofilial serán la conciencia de la familia sobre la enfermedad del progenitor y su incidencia en las relaciones parentofiliales, la existencia de pautas de crianza inapropiadas, patrones de comunicación carenciales o situaciones ambientales caracterizadas por la confusión y la incoherencia. (White et al., 1995).

Un riesgo a considerar en hijos de progenitores psicóticos siguiendo a Micheline Enriquez (1988) está relacionado con la excitación y deriva pulsional así como con el riesgo de fragmentación psíquica como consecuencia de la dificultad en los padres de contenerse y contener al hijo. El intento del niño de hacer frente a tal situación pasará, según la autora, por posicionarse en una identificación consistente en ser causa desencadenante del trastorno parental y la aparición de una intensa culpabilidad y del deber de reparar aquella causa. En línea con lo expuesto será necesario integrar, en la evaluación de la relación parentofilial, la concurrencia o no de un discurso acusatorio por parte del progenitor hacia la descendencia en su intento constructivo de dar cuenta del sufrimiento y de los orígenes, pero que incluiría, también, una dimensión perturbadora sobre el menor.

La capacidad o incapacidad de conocimiento y autoobservación del progenitor sobre su situación mental así como de contención o descontención sobre las actitudes, verbalizaciones, expresión de emociones y proyecciones derivadas de la misma debe constituir un apartado a examinar, no sólo en lo relativo a las conductas que pueden conllevar un riesgo para la integridad física del menor, sino también en lo referente a los riesgos para el desarrollo emocional y psicológico del hijo. En relación a esta última posibilidad será necesario integrar en la evaluación a llevar a cabo la observación sobre los contactos relacionales y los vínculos afectivos continuos entre el progenitor y el hijo, en los cuales se construyen las identificaciones así como la cualidad patógena o preservable de las mismas. Cobrará importancia, de igual manera, atender al hecho de si el padre o madre delirantes, en casos de psicosis, comunica al hijo sus pensamientos delirantes y la influencia de los mismos en las actividades de investigación infantiles sobre el nacimiento, la muerte o la sexualidad y las construcciones que el menor realice sobre tales cuestiones. (Enriquez, 1988) También habrá que tener en cuenta la eventual influencia de las producciones delirantes comunicadas por el progenitor sobre aspectos de la cotidianeidad del menor en los ámbitos relacional y de integración escolar y social.

La capacidad de contención parental y la susceptibilidad de estabilización de tal discurso con los apoyos clínicos y psicosociales pertinentes serán cuestiones a cifrar en la evaluación, para lo cual resulta imprescindible el trabajo en coordinación entre los recursos especializados de salud mental encargados del tratamiento o seguimiento del progenitor y los dispositivos competentes en protección infantil y preservación familiar.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Será necesario atender en dicho trabajo de coordinación a la conciencia de enfermedad de la persona, la actitud de permitir y colaborar con la ayuda especializada si ha sido un episodio aislado; la adherencia al tratamiento o abandono del mismo en los casos de una trayectoria más larga con episodios recurrentes; y su relación de colaboración o impedimento con recursos como centros de salud mental, hospitales de día y apoyos psicosociales. Un dato de realidad revelador en este proceso de evaluación sería la disposición de los progenitores con enfermedad mental para solicitar ayuda para sus hijos en el momento adecuado (Winnicott, 1959), sin que se viera impedida tal solicitud por la existencia del trastorno.

Información importante a considerar en la coordinación entre dispositivos de protección infantil y de salud mental será la capacidad de poder beneficiarse de programas de prevención en primera infancia para los hijos de padres diagnosticados de psicosis u otra enfermedad mental y programas de atención precoz a las primeras manifestaciones psicóticas tanto en los adultos como en los menores en los casos en que el curso de la enfermedad o trastorno se encuentra en sus inicios. O la opción de que los hijos puedan recibir atención preventiva integrada en los dispositivos de atención a los adultos con dicho diagnóstico. (Tizón et al., 2006) Otra línea de intervención a valorar por su utilidad para disminuir la involuntaria sobreidentificación del niño con la enfermedad del progenitor son los talleres kidstime, donde padres e hijos pueden explorar y hablar de manera no estigmatizante sobre la enfermedad mental de los progenitores, mediante técnicas grupales y multifamiliares. (Cooklin, Bishop, Francis, Fagin y Asen, 2011). En el supuesto de no ser viables dichas alternativas cobrará especial relevancia en este proceso de valoración la coordinación paralela del servicio especializado en infancia con los dispositivos de salud mental encargados de atender a los pacientes adultos y con los recursos especializados en la salud mental infantil.

Para los supuestos en que se valora la incidencia profunda del trastorno mental en el ejercicio de las competencias parentales por la severidad o cronicidad de la patología y su influencia grave en las necesidades de protección del hijo, la coordinación con los dispositivos de protección de menores cobrará relevancia para analizar y determinar la opción más aconsejable al interés de los mismos, incluida la adopción de una medida de protección en el caso de ser la única opción viable y durante el tiempo en que se mantengan las circunstancias de desprotección en los supuestos de recuperabilidad o estabilización. Un componente importante de la coordinación en este caso vendrá constituido por las necesidades de atención y contención del progenitor ante el riesgo de eventuales descompensaciones.

Las connotaciones de estigma que la enfermedad mental aún comporta y las actitudes defensivas no siempre inconscientes que la misma suscita pueden también estar presentes cuando la persona portadora es padre o madre y cuando, en determinadas circunstancias, las instituciones con competencias en protección de menores deben de llevar a cabo una valoración o intervención. Resultará útil para contener tales riesgos evocar el pensamiento y trabajo winnicottianos y tener en cuenta con el autor británico que, con el debido apoyo especializado, un padre esquizofrénico puede *a pesar de su enfermedad, o quizás gracias a ella*, ayudar en su enfermedad a un hijo con síntomas agudos de psicosis, *tolerar la locura en el niño* por la experiencia con su propia esquizofrenia (Winnicott, 1959), y cooperar con los recursos pertinentes para que el menor pueda tener un desarrollo autónomo y saludable en relación con la enfermedad parental. Será necesario seguir teniendo en cuenta, también en los procesos de valoración de los dispositivos de protección infantil, lo que ya establecía Winnicott (1959) en El efecto de los padres psicóticos sobre el desarrollo emocional del niño: *"Cada caso requiere un cuidadoso examen o, en otras palabras, un trabajo de caso (casework) sumamente hábil."*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

B.O.E. nº 175 de 23 de julio de 2015. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio *de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.*

B.O.E. nº180 de 29 de julio de 2015. *Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.*

Bourdier, P. (1972). L'hypermaturation des enfants de parents de malades mentaux. *Rev. Franc. Psychan*, *1,* 19-42.

Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas para una teoría del apego.* Barcelona: Paidos Ibérica.

Cooklin A., Bishop P., Francis D., Fagin L. y Asen E. (2011*). The Kidstime Workshops. A Social Intervention for Children with Parents with a Mental Illness and their Parents*. London: London Press Camhs.

Enriquez, M. (1988). El delirio en herencia. En Kaes y otros (comps.), *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.

Goodman, S. y Brumley, H. (1990). Schizophrenic and depressed mothers: relational deficits in parenting. *Developmental Psychology*, *26*(1), 31-39.

Lebovici S. y Rabain -Lebovici M. (1989). *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Tomo VI. Madrid: Biblioteca Nueva.

Sánchez del Hoyo, P. y Sanz, L. (2004). Hijos de padres psicóticos. Revisión bibliográfica: implicaciones preventivas, de apoyo y terapéuticas. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente. 4*, 99-107.

Tienari P., Wynne, L. C., Laksy, K., Moring, J., Nieminen, P., Sorri, A. et al. (2003). Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum: evidence from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. *160*(9):1, 587-594.

Tizón, J. Parra, B. Artigue, J. y cols. (2006). Hijos de pacientes psicóticos en el proyecto Saspe: Investigar para cuidar un futuro comprometido. *Archivos de Psiquiatría, 69*(1), 59-80.

White C., Nicholson J, Fisher W. y Geller, J. (1995). Mothers with Severe mental Illness caring for Children. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *33*, 398-403.

Winnicott, D. (1959). El efecto de los padres psicóticos sobre el desarrollo emocional del niño. Recuperado de *http://www.psicoanalisis.org/winnicott/efecto.html*

Winnicott, D. (2008). *Realidad y Juego.* Barcelona: Gedisa. (Orig. 1967)

Winnicott, D. (1980). *La familia y el desarrollo del individuo*, Buenos Aires: Hormé.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

LA MATERNIDAD EN LAS ADOLESCENTES ADOPTADAS. REFLEXIÓN TEÓRICA Y EJEMPLOS CLÍNICOS

MATERNITY IN ADOPTED ADOLESCENTS. THEORETICAL REFLECTION AND CLINICAL EXAMPLES

Soledad Jorge Serra y Ana Rubio Fernández***

RESUMEN

En este artículo hemos tratado de explorar el trabajo psicológico que las adolescentes adoptadas enfrentan al posicionarse como futuras madres. En la encrucijada de la doble identificación (madre biológica/madre adoptiva) estas chicas han de escoger entre una madre que no pudo/quiso cuidar, incapaz de dar el sostén en la primera relación y una que no pudo/quiso engendrar, incapaz de crear la vida que sí se comprometió a sostener. Las viñetas clínicas ilustran estas cuestiones: impulsividad, pasos al acto, promiscuidad, conductas de riesgo o rechazo de la sexualidad. Frecuentemente son los embarazos y los abortos los que ponen en escena la conflictiva del primer vínculo y de los orígenes, reactualizando el drama del abandono en el propio cuerpo. El aborto convierte de pasivo en activo el trauma de la relación con la madre que abandonó o fantaseó con el fin de un embarazo que no podía sostener.

Palabras clave: Adolescencia, adopción, maternidad, aborto

ABSTRACT

In this paper we have tried to explore the task that female adopted teenagers have to achieve to position themselves as future mothers. In the crossroad of double identifications (biological mother/adoptive mother) these girls have to choose between a mother who could not/did not want to care for her baby, unable to hold the first relationship and a mother who could not/did not want to create a life that she was commited to take care of. The clinical vignettes show these issues: impulsivity, acting-out, sexual promiscuity, risk behaviour or rejection of sexuality. Frecuently pregnacies and abortions bring to reality the conflict

* Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Lliria. Valencia. *sjorgepsiquiatra@gmail.com*

** Psiquiatra. Centro de Salud Mental Sedaví. Valencia. *anrufer@outlook.com*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

of the first bond and the origins. With them the drama of abandonment is reactualized in the body. The abortion turns the trauma of the first relationship with the mother from passive into active and reconnects with that mother who abandoned or fantasied with the end of a pregnancy that she couldn´t sustain.

Keywords: Adolescence, Adoption, Motherhood, Abortion

La adolescencia es un momento evolutivo clave. En este periodo de la vida los procesos de identificación deben completarse y, en un progresivo juego de acercamiento y alejamiento, de incorporación y de rechazo, se conseguirá construir la nueva identidad. En dicho proceso las figuras parentales ya no son las únicas referencias. La apertura al mundo, a otros modelos y a otras relaciones relevantes irá marcando el devenir del mismo. La salida de la endogamia se hace necesaria y se vive con urgencia ya que, con la reactivación del complejo de Edipo y los cambios corporales experimentados, la proximidad antes tranquilizadora se ha vuelto amenazante.

Y es que ahora el Edipo es vivido desde un cuerpo sexualmente desarrollado y en plena ebullición pulsional, lo que lo dotará de una nueva perspectiva e intensidad. En este momento hay una necesidad de poner distancia y marcar diferencias rechazando aquello que resulta difícil de asumir en las figuras parentales o en uno mismo. Se buscan otros modelos y son los iguales los que conforman el sentido de pertenencia y con los que el adolescente necesita vincularse. Por otra parte, hay una necesidad de reasegurarse y de regresar a un vínculo que solía ser tranquilizador pero que desde la reactivación del Edipo ya no lo es tanto.

En los adolescentes adoptados el proceso de construcción de la identidad resulta, sin duda, mucho más complicado, añadiéndose "otra vuelta de tuerca" a los elementos que se deben tener en cuenta para llevar a buen puerto su desarrollo. En este caso el adolescente tendrá que manejarse, como en un tablero de ajedrez imaginario, no sólo con las figuras parentales adoptivas sino también con el referente de las figuras parentales biológicas. Es lo que algunos autores han denominado la "doble vertiente de las figuras parentales" (Martín, 2006).

Existen en la vida de estos adolescentes dos parejas de padres, dos referentes que se ofrecen en los procesos identificatorios como posibles espejos en los que mirarse. Unos son los padres biológicos que engendraron. Ellos fueron capaces de crear la vida pero no de sostenerla con sus cuidados. Estas figuras estarán ligadas al trauma del abandono y a los interrogantes del por qué no pudieron/quisieron cuidar. La respuesta, sea cual sea, nunca será fácil de asumir. Las figuras de los padres biológicos pueden ser odiadas, rechazadas o idealizadas, pero sin duda su representación irá ligada a la intensidad de un primer trauma imposible de metabolizar y que habrá condicionado la constitución del objeto primario y la del propio self (Newton, 1993).

Los escenarios, además, se multiplican según hayan sido las circunstancias de la adopción. Los progenitores, para bien o para mal, pueden haber estado presentes en la primera infancia. En el mejor de los casos habrá existido un tiempo inicial compartido en el que se habrá podido establecer una relación satisfactoria y estructurante para el psiquismo. En este supuesto habrá sido necesario transitar, una vez rota la relación, por un duelo con sus diferentes vicisitudes y desarrollos posibles. En otros casos habrá sido una institución o una figura sustituta la que haya llevado a cabo los primeros cuidados y los derroteros por los que haya transcurrido la construcción de la primera relación y la incorporación del primer objeto son innumerables. Por desgracia es bastante frecuente que los primeros años hayan estado cargados de vivencias traumáticas cuyas secuelas pueden

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

haberse manifestado ya de muy diversa forma durante la infancia o comenzar a mostrarse en el periodo siempre complejo de la adolescencia del sujeto.

A esta multitud de escenarios posibles cabe añadir el hecho de que, a su vez, el adolescente puede contar con datos objetivos con los que llenar el vacío de la historia de su origen o, por el contrario, puede que no le quede más remedio que tener que recurrir a la fantasía y la especulación. Sea cual sea el caso, en la adolescencia van a cobrar enorme importancia las cuestiones acerca de los orígenes y la propia historia. ¿Quién soy yo? ¿Por qué estoy aquí? ¿De dónde vengo? ¿Cuál es mi historia? Son preguntas que en el adolescente adoptado llevan asociada la complejidad de una doble vertiente ya que él es al mismo tiempo fruto de lo que le aportaron sus padres biológicos y de lo que le han aportado los adoptivos.

De unos tiene la genética, lo biológico, que adquiere en estos años una relevancia y un protagonismo innegables. En la adolescencia el cuerpo se transforma para revelar unos rasgos y un parecido imposible de incluir en la línea de lo conocido, en los referentes cotidianos que le han acompañado en los años previos. Lo desconocido se hace visible en el propio cuerpo y esto, sobre todo cuando existen diferencias raciales con la familia adoptiva, añade al proceso un elemento de extrañeza y de complejidad.

De los padres adoptivos tiene la historia común, lo vivido y compartido, lo que se haya podido construir en los años previos. Muchas veces se ha conseguido una identificación positiva a través de los valores, las costumbres, el vínculo establecido, la manera de hacer las cosas… En definitiva, todo lo que nos caracteriza como familia y nos dota de identidad. Se ha producido aquí una auténtica filiación que la adolescencia vendrá a poner a prueba. Y es que aún en los casos en que se parte de este supuesto positivo, la adolescencia es el momento de cuestionar todos los valores y costumbres, de destruir los referentes previos y de aceptar la pérdida de omnipotencia de las figuras parentales. Será necesario revisitar lo que dábamos por bueno en las figuras parentales de la infancia y, con una nueva mirada, decidir si se acepta, reafirmando el vínculo, o si se rechaza, poniéndolo a prueba. Según hayan transcurrido los años de la infancia en compañía de estos padres el proceso se teñirá de unas u otras características y se posibilitará o dificultará la reafirmación de la filiación.

En las cuestiones que surgen en torno a su origen, el adolescente adoptado se enfrenta de nuevo a la complejidad de una doble vertiente. ¿Cómo acabó habitando el vientre de su madre? ¿Qué historia hubo detrás de ese embarazo? ¿Cuáles fueron las circunstancias que desembocaron en su abandono y adopción? Por otra parte, igual de importante en su filiación y en su historia son las preguntas sobre sus padres adoptivos. ¿Por qué decidieron adoptarle? ¿Qué motivos tuvieron y cuál fue el camino que recorrieron hasta cruzarse en su destino? ¿Cuáles fueron las circunstancias de su adopción? Todas estas cuestiones pueden plantearse de manera más o menos abierta durante la adolescencia o, por el contrario, quedar silenciadas, pero sin duda recorren de manera subterránea las vicisitudes psíquicas de esta etapa.

Otro punto importante a considerar y que condicionará la evolución en este periodo es el de los diferentes duelos. La adopción conlleva necesariamente el tránsito por algunos duelos (Mirabent, 2014; Dualde, 2015). Todas las partes implicadas en una adopción habrán de asumir sus pérdidas. Los padres biológicos, los grandes ausentes, harán el duelo por el hijo perdido. Los padres adoptivos tienen el trabajo de enfrentarse al duelo por la propia fertilidad y por el hijo biológico que no podrán tener. Por su parte el niño tiene abierto el duelo por el primer abandono y la pérdida de los vínculos con su linaje biológico (y, en ocasiones, también con su país y cultura de origen). Estos procesos requerirán tiempo para ser metabolizados y, en la adolescencia, volverán a reactivarse y a colocarse en primer plano.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Lo ideal sería que los padres hubiesen resuelto de la mejor manera posible su propio duelo antes de acoger al niño y que, por lo tanto, estuviesen disponibles para acompañar al hijo en el suyo con empatía. Si esto se ha conseguido, si el proceso se ha hecho junto con los padres adoptivos y estos han acompañado en los momentos en que se ha manifestado el dolor por la pérdida, se habrá podido establecer un sentimiento de cercanía y conexión muy valioso que ayudará a atravesar la adolescencia. Sin embargo, si los padres adoptivos han estado demasiado comprometidos con su propio duelo no se habrá dado esa conexión y se habrá tendido a negar la pérdida. La negación se impone porque el hecho de reconocer la pérdida del hijo y conectar con ella remite de manera demasiado directa a lo biológico y al propio dolor por la infertilidad. En este caso el niño se ha encontrado solo con unos sentimientos que tampoco puede comprender plenamente y que han sido "no vistos" por los padres adoptivos. Incluso aunque no haya existido ningún acontecimiento traumático, el propio hecho de no disponer de alguien que acompañe y de sentido a lo sucedido es en sí mismo no estructurante. Puede darse en estos niños una doble situación: en un primer momento no han sido sostenidos por los padres biológicos y han sufrido un abandono y en un segundo momento tampoco han sido sostenidos por los padres adoptivos que estaban demasiado inmersos en sus propias historias para poder hacerse cargo de su dolor.

Resulta interesante conectar esto con el concepto de Winnicott de "miedo al derrumbe". (Winnicott, 1963). En estos niños el abandono (del que frecuentemente temen la repetición) ya se ha producido antes de que se tuviese la capacidad de comprenderlo e integrarlo. Winnicott nos señala en su texto la importancia de hacerle saber al paciente que el derrumbe ya se experimentó, que aquello que se teme ya aconteció en un pasado donde no se es capaz de metabolizarlo. Según esta idea, estos niños podrían beneficiarse de una presencia segura que les explicase que el abandono ya se produjo y les acompañase en él.

Para llegar a la adolescencia con una adecuada elaboración del duelo por el abandono y por la primera pérdida debería haberse contado con un proceso prolongado de trabajo conjunto; un espacio donde, a lo largo de la infancia, el niño y los padres adoptivos hayan podido hablar sobre la historia de sus orígenes. No nos referimos a un "hablar" ofreciendo (o incluso imponiendo) datos objetivos sobre los padres, la llegada a la familia adoptiva u otros detalles, sino de estar atento y receptivo a las necesidades de saber del niño e ir ofreciendo la información de manera adaptada. No basta con haberle dicho "la verdad" sino que es necesario que dicha verdad se ofrezca elaborada y metabolizada por el adulto para no resultar traumática. Si se ha podido empatizar con el dolor del abandono y acompañar en el proceso de descubrimiento de la propia historia, se contará con una base más sólida para enfrentar la tarea de las identificaciones en la adolescencia.

Sin duda el trabajo de los duelos por parte de los padres adoptivos es complejo y requiere tiempo y ayuda para llevarse a buen puerto ya que implican enfrentarse a la pérdida de la fertilidad y del hijo biológico. Si no se han podido hacer y la herida está todavía abierta, no se podrán aceptar las diferencias del hijo. Estas serán negadas para mantener la fantasía de que el hijo es propio y la manifestación de lo ajeno en él será vivida como amenazante. En este caso el vínculo que se ha construido con el hijo está al servicio de las necesidades narcisistas y no permite la entrada en la ecuación de lo ajeno. Cuando la diferencia se manifieste, será negada o vivida como peligrosa y amenazante. Cabe hablar aquí de lo que Milagro Martín ha denominado "lo ominoso" (Martin, 2006) remitiéndose al concepto de Freud (Freud, 1919). Martín extrapola la idea freudiana de lo inquietante que se oculta en aquello que no es familiar al caso de los niños adoptados ya que los padres pueden vivir como "siniestra" u "ominosa" la presencia de lo diferente en el hijo. Resultará inquietante si no se ha podido procesar e incluir en la filiación por la fuerza de un vínculo maduro. Sólo con la elaboración de los duelos paternos y con la construcción de un vínculo auténticamente objetal se podrá haber cimentado sólidamente la filiación.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Centrándonos ahora en el caso específico de las chicas adoptadas, la construcción adolescente de la identidad incluye también la futura faceta como madre. En esta etapa en que el desarrollo corporal hace posible la realización de la maternidad, deberá completarse no sólo la construcción de la femineidad sino también la identificación con lo materno. Me remito en este punto a las aportaciones de Florence Guignard (Guignard, 1995, 2012) y a su concepto de "lo maternal primario". Con este término la autora se refiere a cómo la relación de cuidado y de dependencia que se establece desde un primer momento entre la madre y el bebé da lugar, mediante mecanismos de introyección, a la construcción del primer objeto. Las características de este primer objeto interiorizado nos acompañarán para siempre y las vicisitudes de la adolescencia pondrán a prueba su solidez o sus fallas. Esa primera identificación es la base sobre la que se construye en la mujer, tras el paso por el Edipo, la femineidad y más tarde, tras la adolescencia, la capacidad de maternaje.

En dicha etapa se inaugura para la chica la posibilidad de colocarse del otro lado del primer vínculo con la mujer capaz de engendrar y cuidar. Cuando esta primera relación ha estado marcada por el abandono y el trauma como en el caso de estas jóvenes ¿cuál será la salida para la adolescente? Sin duda las posibilidades son múltiples. Frecuentemente vemos materializarse un intenso odio que, desplazado, se deposita en la madre adoptiva y genera constantes conflictos, desencuentros y rupturas en estos años. También son frecuentes los pasos al acto, las conductas de riesgo o la búsqueda a través de un embarazo prematuro de la posibilidad de recuperar un primer vínculo fusional e idealizado dentro de sí misma. Los embarazos y abortos constituyen una manera de reactualizar en el propio cuerpo ese primer vínculo. En su búsqueda por re-encontrar una unión placentera e idealizada con el objeto primario, las chicas se quedan embarazadas. Pero lejos de encontrar el consuelo de una primera fusión, lo que encuentran es la reactivación de la angustia al sentirse habitadas por un objeto interno que está teñido de connotaciones abandónicas y mortíferas. Se establece así un círculo en el que se reactualiza el trauma, convirtiendo esta vez lo pasivo en activo, e identificándose ellas con la madre que abandona o más aún, que actúa los deseos de muerte de los que se sintieron objeto en el vientre materno.

Durante el embarazo está descrita la llamada "trasparencia psíquica" y, además, se revive con intensidad la primera relación fusional y el vínculo con el primer objeto. ¿En qué medida pueden estas chicas encontrar en su embarazo la fusión idealizada con el primer objeto? Con gran probabilidad este será vivido como un objeto dañino, abandónico y persecutorio que, desde el interior, despertará las angustias primitivas y será imposible de soportar para el psiquismo materno. (Bydlowski, 1997). ¿Cómo pueden acceder a la maternidad si, como dice Monique Bydlowski, "enfanter c´est reconnaître sa propre mère à l´intérieur de soi"?[3] El aborto tendría, según esta autora, el significado simbólico de matar a la propia madre que habita el interior del cuerpo. Así se deshacen de ese objeto interno y se repite el trauma del primer abandono convirtiendo ahora lo pasivo en activo y reviviendo su origen desde el otro lado de la ecuación.

Resulta interesante conectar esta idea con lo que Guignard nos expone sobre el sentido de pertenencia del propio útero (Guignard, 2012). Para esta autora, el propio útero es vivido durante la infancia, la adolescencia e incluso durante la edad adulta como indiferenciado del de la madre. Sólo con un primer embarazo ese lugar del propio cuerpo es "conquistado" por la mujer y se establece la separación definitiva con la madre. Mientras esto no se produce, el útero sigue siendo más el lugar

3. Tener un niño es reconocer a la propia madre en nuestro interior.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

del cuál venimos que el espacio en el cual podemos crear y sostener la vida. ¿De qué manera pueden transitar las adolescentes adoptadas por este camino de separación que remite directamente al primer objeto y a la fusión originaria? ¿No estarían tratando de separarse definitivamente de la madre biológica al poner en marcha su propia función reproductora? ¿Qué significado tendrá entonces el aborto desde esta perspectiva? Son sin duda cuestiones a tener en cuenta en el trabajo clínico con estos casos.

Hay además otro aspecto a considerar, teniendo en cuenta la doble vertiente identificatoria con la que han de manejarse. La llegada de la madurez sexual y de la capacidad reproductiva implica una nueva posición ante la madre adoptiva. Podemos entender que la fertilidad puede ser vivida con ambivalencia ya que supone un triunfo sobre la madre adoptiva que no pudo tener hijos. Al mismo tiempo remite a la figura de la madre biológica que sí lo pudo hacer pero en la que la capacidad reproductora quedó separada de la capacidad cuidadora.

El triunfo frente a la madre adoptiva en plena reactivación adolescente de la conflictiva edípica tendrá sus consecuencias en la relación. La irrupción de la sexualidad de la hija materializada en un embarazo vendrá a reactivar el duelo materno por la fertilidad. En estos momentos será determinante la estructura psíquica de la madre y el trabajo de elaboración que haya sido capaz de hacer hasta el momento. También resultará clave la calidad del vínculo establecido entre ellas. Si la rivalidad está demasiado presente constituirá un obstáculo para la relación ya que el florecimiento de la hija y de su sexualidad supondrán un golpe para el narcisismo materno. Lo ideal sería que la madre pudiese posicionarse como aliada y mirar de modo empático a la hija en la nueva etapa tratando de comprender sus motivos.

Pasemos ahora a ilustrar algunos de estos aspectos con tres viñetas clínicas de adolescentes adoptadas atendidas en consulta. Estos ejemplos clínicos han sido simplificados por razón de espacio y los detalles más característicos han sido modificados con el fin de asegurar el anonimato.

JULIA:

Julia es una adolescente de 16 años en el momento en que acude a la consulta por primera vez. La sintomatología por la que se hace la demanda de atención es la alta impulsividad, la aparición de autolesiones en forma de golpes y arañazos, el bajo rendimiento académico y las pérdidas de control tras discusiones o frustraciones en las que hay gritos, agresiones y destrucción de objetos. Las peleas que tiene con su madre y con su novio frecuentemente llegan a lo físico.

De origen sudamericano, fue adoptada cuando contaba con 24 meses de edad. En su país de origen había estado previamente en el ámbito rural, en un hogar de acogida donde había varios niños a cargo de una cuidadora. Se desconocen los datos previos a la entrada en la casa de acogida. Estaba en buenas condiciones de salud y presentaba una precocidad marcada en varios ámbitos ya que a su llegada a la familia de acogida tenía gran autonomía en tareas como vestirse o controlar esfínteres perfectamente. "Todo eso lo perdió cuando llegó aquí", explica la madre. Fue adoptada por una familia que contaba ya con un hijo biológico de 8 años. No había problemas de fertilidad ni de salud que hicieran desaconsejable un segundo embarazo. La adopción es relatada por la madre como fruto de su deseo intenso de tener una niña. Decidió adoptar para tener la certeza de poder escoger el sexo de este segundo hijo.

A su llegada a nuestro país y a su nueva familia la madre describe una regresión temporal en los hitos del desarrollo y un vínculo exclusivo con ella y con una tía abuela (que ha fallecido poco antes de la primera consulta). Según describen la niña se mostraba retraída y temerosa frente a las figuras masculinas. "No sé si es que me pasaría algo con algún hombre", dice Julia.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

La niña tuvo problemas de adaptación al medio escolar desde la primera infancia con dificultades para la concentración y, sobre todo, en la interacción con los iguales por los que era rechazada. Cambió en varias ocasiones de centro escolar por este motivo. Madre e hija relatan burlas continuas en referencia a su color de piel, sus rasgos étnicos (latinos) y también a su condición de adoptada. La situación de rechazo se repitió en diversos ámbitos (colegio, lugar de veraneo…). Describen escenas de crueldad por parte de otras niñas con insultos y mucha sensación de soledad. A nivel académico los resultados han sido siempre muy malos. Fue diagnosticada de TDAH sobre los 8 años y ha tomado de manera intermitente estimulantes sin gran mejoría. En el momento en que acude a la consulta ya no lleva medicación y ha conseguido terminar la ESO. Va a iniciar un ciclo formativo de administración.

La familia de Julia tiene un alto nivel económico y el padre, que está frecuentemente ausente por motivos de negocios, parece haber elegido estar también ausente en las tareas educativas y afectivas. Su rol es el de aportar dinero para mantener el estatus familiar. No pasa mucho tiempo en casa y la comunicación con Julia suele limitarse a lo concreto. Ella se siente mucho más unida a su madre. El hermano se marchó a trabajar al extranjero hace tres años y se ha instalado allí con su pareja. La relación con él es distante.

La madre impresiona de alta impulsividad y de inmadurez. La relación entre ellas es de simetría. Comparten ropa, secretos, juegos de móvil… no hay diferencia generacional ni rol de autoridad en la madre. Los secretos que comparten son luego utilizados por ambas "en contra" de la otra.

A las pocas sesiones de iniciar el tratamiento relata el traumatismo sufrido el año anterior, cuando quedó embarazada tras su primera relación sexual con el chico que actualmente sigue siendo su pareja y que es 4 años mayor que ella. La madre descubrió el embarazo con la primera falta de la menstruación. "Ella me controla la regla con un calendario". El tema fue hablado con el padre y de esa conversación se concluyó "No pasa nada, no tiene porqué enterarse nadie. Esto lo solucionamos y ya está". Se le practicó una interrupción voluntaria de embarazo (IVE) en una clínica privada. Tiene recuerdos muy vivos y dolorosos de esa experiencia. Describe una sala de espera con mujeres de todas las edades y de muy variada condición: "Íbamos pasando todas a la consulta como pollos". La IVE se hizo con sedación profunda pero recuerda con horror las horas posteriores. Permaneció un tiempo en observación en la sala de espera acompañada por su madre. Después volvieron a casa en autobús y en el trayecto vomitó por el dolor y el malestar "Estaba muy mareada y mi madre no paraba de hablar". Al día siguiente participó con aparente normalidad en una celebración social que implicaba ir muy arreglada, llevar tacones, conversar y sonreír. Me enseña una foto de este evento en la que va del brazo de su madre.

Desde la IVE (ya hace en ese momento más de 6 meses) no ha vuelto a tener relaciones sexuales y siente un profundo rechazo por la sexualidad que explica como fruto del miedo a tener que volver a pasar por lo mismo. Su novio no estuvo con ella ese día ni los posteriores. Dejaron la relación durante unas semanas y, posteriormente, la retomaron. Desde entonces la familia de él no la deja subir a casa ni la saludan cuando la ven. Aunque dice que no saben nada del embarazo ni del aborto la acusan de ser una mala influencia para el chico (han tenido peleas muy fuertes en la escalera de la finca en las que ella le ha llegado a romperle a él la ropa, se han pegado, han roto objetos…).

Cuando en consulta hablamos sobre el aborto niega tristeza o sentirse responsable o culpable. "¿Cómo voy a cuidar a alguien si ni siquiera me sé cuidar yo?". Habla también de que su pareja debería haber sabido lo que iba a pasar porque "es el mayor y es el chico" y le culpa del embarazo.

La diferencia física de Julia con su familia adoptiva es muy notable y ella vive con gran rechazo y con vergüenza todos los comentarios que hacen referencia a su evidente origen latino. De su historia previa a la adopción sabe que fue encontrada sola, en una casa

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

de campo, cuando era un bebé. Fantasea con que sus padres biológicos debieron morir en un accidente de tráfico y por eso no pudieron ir buscarla.

Cuando lleva unos meses en terapia, durante un encuentro familiar, una prima de la madre que "tiene poderes de médium" le dice que puede ver a su lado a su madre biológica y que esta siempre la acompaña. Para Julia este comentario es enormemente traumático y pasa varios días aterrorizada y sin poder dormir por la presencia de "esa mujer" que la asusta y con la que no quiere tener nada que ver. Ella niega haber tenido curiosidad por visitar su país o por saber más sobre sus orígenes: "¿Para qué?"

La psicoterapia es semanal. Julia no suele faltar a las sesiones y va habiendo mejoría progresiva en el control de impulsos, la autoimagen y la relación con la madre. Tenemos periódicamente sesiones conjuntas madre-hija y se atiende también a la madre por separado para reforzar sus capacidades de manejo de las situaciones de crisis. Julia es capaz de mejorar sus resultados académicos y de vincularse y comprometerse de manera importante con una actividad creativa en la que se siente valorada y capaz y donde obtiene logros destacables.

La relación con el chico prosigue todavía durante más de un año a pesar de las constantes peleas (incluso físicas) entre ellos, las infidelidades por ambas partes y los insultos y las faltas de respeto. Finalmente, ella decide no volver con él tras una de las innumerables rupturas y se mantiene firme en la decisión. Conoce otros chicos y es capaz de retomar las relaciones sexuales, inicialmente con miedo y, progresivamente, con mayor disfrute y tranquilidad.

La psicoterapia que se hace es de apoyo y los momentos de introspección han de ser siempre muy cautelosos y mesurados. Cuando se producen, Julia recurre a la racionalización y a negar los conflictos relacionados con su origen y su historia personal. La realidad externa y las frecuentes crisis ocupan la mayor parte de la terapia. Sin embargo, con el desarrollo del trabajo psicoterapéutico, Julia va adquiriendo una mayor distancia con la madre y su capacidad para recurrir a la reflexión en lugar del paso al acto aumenta notablemente.

La posición de Julia respecto a sus orígenes ha sido siempre difícil. La madre conserva la foto que le enviaron de la niña y le ha contado muchas veces cómo fue su primer encuentro. Aparentemente ella nunca ha querido saber más ni ha mostrado interés por otros detalles. En este sentido, resulta muy ilustrativa la secuencia en la que la chica reacciona con terror a la supuesta presencia de su madre biológica a su lado. No se trata para ella de una presencia tranquilizadora y calmante, especie de "ángel de la guarda" que la médium le propone. La presencia materna representa para ella la materialización a su lado de ese primer objeto mortífero y abandónico. La reacción, como no podría ser de otra manera, es de terror y de rechazo muy intensos. De hecho la lleva a una descompensación que dura varios días y que le impide incluso dormir. No ha existido en la infancia de Julia ningún espacio de elaboración para la propia historia y el miedo aparece ahora crudo, con toda la intensidad de las angustias primitivas. Sin duda ha estado sola con las preguntas que puedan haber surgido en torno a este tema y lo único que ha podido elaborar es la hipótesis de un accidente en el que sus padres fallecen y que la deja sola en una cabaña. Quizá con un trabajo en la infancia de ese primer duelo hubiese estado más preparada para enfrentarse a la imagen de su propia madre y de sus propios orígenes como niña abandonada.

Deteniéndonos ahora en la relación madre-hija vemos cómo ya desde el deseo de adopción se impone lo narcisista y el vínculo con la hija está al servicio de las necesidades maternas. La madre desea una niña y se asegura de conseguirla. A partir

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

de ahí se construye una relación de simetría y de falta de distancia entre ellas. Comparten los secretos, se lo cuentan todo y la madre también está presente en la sexualidad de la hija, a quien controla la regla con un calendario. En esta estructura donde no existe el límite generacional el padre y el hermano están excluidos.

Pero la cercanía en la que se da su relación no va acompañada de empatía ni de respeto ya que la madre no es capaz de hacerse cargo de las necesidades de Julia. Esto se pone en evidencia de manera clara en la escena del aborto. Al día siguiente, todavía con molestias físicas y sin haber tenido ningún tiempo para procesar lo sucedido, se ha de aparentar normalidad y satisfacer los deseos exhibicionistas familiares en un evento social del cual se podría haber prescindido. El funcionamiento es operatorio, concreto. El "problema" se ha resuelto y no hay nada más de lo que hablar. Podemos imaginar que esa debe haber sido la manera de funcionar imperante durante la infancia, donde no habría habido espacio para reflexionar sobre la historia de Julia ni tampoco sobre las dificultades que se han ido planteando en su crecimiento. De hecho los problemas de adaptación y de relación con iguales se prolongan durante años sin que se consiga ninguna solución para ellos. Cabe destacar que Julia también muestra la misma falta de respeto hacia las necesidades y los estados internos de la madre ya que en numerosas ocasiones se muestra tiránica con ella y utiliza para atacarla aquello que sabe que más doloroso puede resultar.

ALBA:

Alba es una adolescente de 18 años en el momento que acude a la consulta. Respecto de su origen sabe que fue adoptada a los pocos días de nacer (menos de una semana) de madre politoxicómana que había consumido durante el embarazo y que era seropositiva para el VIH. La niña tuvo síndrome de abstinencia tras el nacimiento y negativizó el VIH al poco tiempo. Es de etnia gitana. De su padre sabe que es de origen magrebí. Ambos padres estaban cumpliendo condena en prisión durante todo el embarazo de la niña. La madre regresó a prisión tras su ingreso hospitalario para el parto.

La familia adoptiva es de un alto nivel económico y social. Tienen otros dos hijos adoptados mayores que Alba, ambos de origen latinoamericano. Se llevan 6 y 4 años respectivamente con la pequeña.

La niña padeció asma grave en la primera infancia "Mi madre me salvó. Le dijeron que me iba a morir pero a ella le dio igual y tanto me cuidó que me puse bien. Ella me curó el SIDA y me llevaba todos los días al mar porque le dijeron que era bueno para mí".

Desde el primer momento mostró dificultades en el rendimiento académico y en la relación con iguales en el medio escolar. Sufrió durante años rechazo por parte de las compañeras de colegio e instituto por sus rasgos físicos y por su condición de adoptada.

La madre cuenta con evidente dolor cómo Alba, a diferencia de sus hermanos, siempre ha querido saber cosas sobre su origen, sobre su madre biológica… Cuando Alba ha preguntado, siempre en el contexto de discusiones, la madre le ha arrojado "la verdad" casi como un reproche: "Tu madre era una drogadicta y una delincuente". Estas confrontaciones han alternado a lo largo de los años con periodos de idilio entre ellas. En esos momentos se ha negado la diferencia y la historia real actuando la fantasía de que las únicas figuras parentales que existen e importan son las de los padres adoptivos. Los hermanos nunca han cuestionado ese planteamiento y siempre han rechazado conocer más sobre su historia "Los padres sois vosotros, no me importa nada más" dice el mayor.

La relación entre Alba y su madre ha sido siempre muy cercana. Es la hija de la que ha tenido que estar más pendiente y por la que más ha luchado. El padre es considerado por Alba "un señor, educado, humilde, respetuoso… de los que ya no hay" Es un hombre

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

que trabaja muy duro y que ha sido excluido por la madre de muchos de los problemas de Alba "para protegerlo" del sufrimiento que le hubiesen causado. La madre ha ido "solucionando" los problemas a sus espaldas, en la mayor parte de ocasiones utilizando el dinero o recurriendo a cambiar de colegio buscando una mejor adaptación en lugar de enfrentar las situaciones y clarificarlas. El dinero tiene un papel muy relevante en la relación de Alba con la madre ya que es con esto con lo que la madre negocia frecuentemente para conseguir cambios en la conducta de la chica.

Desde la pubertad comenzó a buscar la amistad de adolescentes mayores que se movían en medios marginales, consumían drogas y frecuentemente tenían problemas legales por actos delictivos. A los 15 años quedó embarazada de uno de estos amigos, de etnia gitana, y ocultó el embarazo durante un breve periodo de tiempo. Su estado es conocido finalmente en el instituto (una institución religiosa muy conservadora) porque Alba lo contó a la tutora y la madre la acompañó a practicarse una IVE en una clínica privada. El padre no lo supo, y sigue sin saberlo, al igual que permanece ignorante de muchos de los conflictos que Alba ha tenido a lo largo de su vida.

En el momento de la consulta Alba ha entrado en una escalada de alteraciones de conducta cada vez más graves: pasa varias noches a la semana fuera de casa aunque, repetidamente, promete que acudirá a dormir. Miente sobre dónde ha pasado la noche y con quién ha estado. Ha dejado de asistir al curso de formación profesional en el que se había inscrito y sus horarios son caóticos. Frecuentemente se muestra arrepentida y promete cambiar su conducta, pero tras uno o dos días en casa en los que se muestra muy cariñosa y hace mil promesas vuelve a desaparecer.

Estas alteraciones de conducta se han agravado desde que Alba cumplió 18 años. Es una fecha muy significativa porque era el momento en el que la madre siempre le prometía que le daría toda la información sobre su origen. Durante las discusiones en las que Alba le echaba en cara no ser su madre, esta le decía que si cuando cumpliera 18 años seguía queriendo saber, le daría todos los papeles. Curiosamente, desde que ha cumplido los 18, Alba no ha vuelto a preguntar… En consulta niega tener interés ya sobre su origen y manifiesta rechazo por sus padres biológicos. Odia cualquier cosa que le recuerde su etnia y tiene muchos complejos físicos por este motivo aunque es una chica muy guapa. Así, no soporta el flamenco y como ella dice "Yo, de aros, nada. Yo, mis pendientes de perlas". Su actual novio es de Europa del este y étnicamente es gitano. Él se vanagloria de ser "un chico de la calle y no un pijo niño de papá como tus amigos". En las frecuentes peleas entre ellos él la ataca recriminándole que es una "niña de mamá" y "una pija". También le ha dicho varias veces "Tú y yo somos la misma mierda".

Hace aproximadamente un año del aborto, del que Alba se muestra muy reticente a hablar en consulta. En este periodo insiste en que le compren un cachorro para cuidarlo. "Necesito darle mi amor a alguien y como mi novio no se deja…" Promete a los padres que el perro le ayudará a permanecer en casa y comportarse mejor. Tras varias semanas de insistencia la madre cede imponiendo para ello la condición de que Alba rompa con su novio. Ella acepta y asegura que lo ha hecho pero el cachorro queda abandonado y a cargo de los padres ya que ella, aunque reitera su intención de cuidarlo, nunca acude a casa para estar con él.

Las consultas con ella se espacian. Falta muchas veces sin avisar, a veces varias sesiones seguidas y a la madre le dice que acude. Necesita poner distancia, quizá por sentirse vulnerable en la situación de vínculo que se genera en la consulta. Durante las sesiones alternan periodos de auténtica comunicación, en los que el discurso versa sobre sus inquietudes, la relación con su novio, sus padres o sus compañeras de curso, con periodos en los que me dice lo que supone que quiero oír y se deshace en promesas sobre sus futuros cambios de conducta. En estos últimos periodos se muestra complaciente y luego "me abandona" sin explicaciones durante varias semanas.

Su conducta en casa está tomando un cariz cada vez más psicopático y todo se centra para ella en conseguir dinero. Sospecho que está siendo económicamente explotada por el novio al que constantemente hace regalos caros y a quien cubre todos los gastos (gasolina,

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

comida, caprichos…) También hace muchos regalos a la madre y a la hermana de este. Su novio la trata cada vez peor, se burla de su físico y de sus amistades y Alba sospecha alguna infidelidad. La madre sigue cubriendo los incidentes más graves (por ejemplo, una deuda importante porque, supuestamente, ha perdido las entradas de una discoteca que ella era la encargada de vender en el instituto).

En este contexto la madre cae gravemente enferma y ha de ser hospitalizada. La conducta de Alba sigue sin cambios y lo último que sabemos de ella es que exige dinero a su familia y corta toda relación con ellos para instalarse con su novio en otra ciudad.

En este caso hay varios aspectos que permiten ilustrar lo expuesto en la introducción teórica. Por un lado, resulta de elevada transcendencia la diferencia étnica con la familia adoptiva, que complejiza todavía más la identificación. Ella siente un profundo rechazo por esas características físicas que la acomplejan y le señalan la diferencia pero busca en sus parejas lo mismo que rechaza y queda embarazada de un chico de su misma etnia. Señala Nancy Newton Verrier, en su libro "The primal wound" (Newton, 1993), que una de las motivaciones de estas chicas al quedar embarazadas es la de poseer por primera vez algo auténticamente propio que entronque con la línea biológica que ellas han perdido. Al escoger una pareja de su mismo origen estaría entroncando con lo que dice rechazar y permitiéndose mirar hacia atrás. La interrupción de este embarazo implica otra ruptura y la negación de aquello a lo que ha querido acercarse. Así se vuelve al punto de partida pero con un nuevo traumatismo a las espaldas.

Y es que las diferencias raciales y de aspecto físico con la familia adoptiva pueden constituir un escollo en el proceso de construcción de la identidad pues ese cuerpo cambiante y por descubrir del adolescente carece de referencias en las que mirarse: No me parezco a mi madre ni a mi padre, no me parezco a nadie de estos que son mi familia y, sin embargo, hay rasgos en mí que comparto con gente con la que no tengo nada más en común. Alba recibe comentarios en la calle que hacen referencia a su etnia, los amigos le preguntan si es gitana y ella lo niega con enfado. Sin embargo dice que "me lo esperaba y no me lo esperaba" cuando se enteró de que su madre lo era. Por tanto, algo dentro de ella sí se identifica con ese origen. Lo biológico y lo cultural se oponen, conflictuando la construcción de la identidad. En estos chicos los rasgos físicos están desligados de las connotaciones culturales y valores que llevan generalmente asociados y hacen más ardua la tarea de posicionarse en el mundo (Mirabent, 2014). Así, a la inquietud normal de todos los adolescentes frente a los cambios físicos que están experimentando, se une muchas veces el miedo por el surgimiento en sí mismo de rasgos que uno no puede reconocer y que remiten a las figuras de los progenitores. Como con frecuencia esas figuras están teñidas de connotaciones negativas y abandónicas, la presencia en el propio cuerpo de su huella puede resultar inquietante y despertar la ambivalencia.

El otro aspecto a destacar en este caso es la intensidad del vínculo narcisista de Alba y su madre. Da la sensación de que el duelo materno por la infertilidad no ha sido trabajado y se intenta negar el origen y la historia real de la niña. Mediante el mantenimiento de una imagen omnipotente de la madre adoptiva (que da la vida al salvarla de la muerte con sus cuidados) se está negando la existencia de esa otra madre que dio originalmente la vida, aunque fuese en circunstancias tan dramáticas. Alba unas veces se alía con esta necesidad materna y otras veces se opone a ella.

La realidad es que en la búsqueda de respuestas sobre sus orígenes Alba lo ha tenido muy difícil. Cuando ha querido saber, su deseo ha sido ignorado y tan solo en el contexto de enfrentamientos se le arroja la información cruda, de manera hostil. No ha existido ninguna elaboración ni acompañamiento por parte de los adultos. La niña queda sola con datos tan difíciles como la toxicomanía de la madre o su condición de presa. La cuestión del origen es utilizada como un arma entre madre e hija.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Por parte de Alba su deseo inicialmente auténtico de saber se pervierte convirtiéndose en una manera de atacar a la madre y cuestionarla en la legitimidad de su vínculo con ella. La madre, por su parte, trata de que en la búsqueda de respuestas Alba se desmoralice al encontrar una verdad dolorosa y se alíe con ella en la negación de su origen. Se plegaría así, como han hecho los hermanos, a la necesidad materna de negar la verdadera historia y otorgarle entero el rol de madre. Cuando los 18 años llegan y se hace posible la separación real Alba deja de preguntar. Ahora es demasiado aterrador hacerlo. De nuevo la madre "no ve" los verdaderos motivos de ese silencio y banaliza diciendo "ahora ya le importa un comino".

La adolescencia, con sus movimientos de alejamiento y acercamiento, vendrá a probar la solidez de la filiación y del vínculo construido previamente. El adolescente adoptado revivirá conflictos relacionados con el miedo a ser abandonado en uno de esos movimientos o puede vivirse a sí mismo como rechazante y abandónico al tomar distancia. Para estos adolescentes la distancia será exageradamente amenazadora y angustiante ya que se ha vivido de manera traumática en la primera relación. Alba "abandona" noche tras noche a la madre y se va con un chico que le dice "Tú y yo somos la misma mierda". ¿Qué está buscando en esa relación de pareja tan fusional? ¿O de qué está huyendo al romper la fusión con la madre adoptiva? Con los dos reproduce el mismo tipo de relación y alterna una con otra. Ambos le exigen un vínculo exclusivo y la sitúan repetidamente en posición de elegir entre ambos, la misma situación en la que se ha visto cuando ha querido saber sobre su madre biológica.

MARTA:

Marta tiene 17 años cuando inicia seguimiento. La conozco mientras cumple un tiempo de condena en un Centro de Reeducación de Menores por peleas y robos.

Es de origen ucraniano y procede del medio rural. Pasó la primera infancia con su madre y dos hermanos varones mayores. Recuerda a su madre siempre alcoholizada. El mayor de los hermanos, trece años mayor que ella, era el que se hacía cargo del cuidado de los dos pequeños. Tiene recuerdos de ir en la parte de atrás de la bici con él y de que él les preparaba la comida. Cuando ella tenía aproximadamente 5 años este hermano se suicidó y ella fue la que lo encontró colgado en casa. Recuerda haber visto a su madre por última vez en el entierro. Ella y su hermano fueron institucionalizados en orfanatos diferentes y no ha vuelto a saber nada de él ni de su madre.

Sus recuerdos del orfanato son terribles e incluyen maltrato físico y grandes carencias incluso de las necesidades básicas. Narra también castigos desproporcionados como permanecer de pie toda la noche en el pasillo si se hacía pis en la cama. Recuerda que ella y varias niñas más se escapaban a veces por las vallas del centro para encontrarse con hombres que les llevaban muñecas y jugaban con ellas. En estos encuentros parece que se producían abusos sexuales. Ella lo describe con naturalidad y es capaz de verbalizar la ambivalencia que siente pues esas salidas del centro eran algo placentero que las niñas esperaban ilusionadas, aunque ahora se da cuenta de lo que realmente significaban.

A los 9 años es adoptada por un matrimonio español de edad avanzada. La niña presenta dificultades para aprender el idioma a su llegada y graves problemas para las relaciones en el ámbito familiar y escolar. Se muestra arisca y retraída y el proceso de adaptación lo recuerdan como muy duro. Constantemente se escondía por la casa, no quería ir al colegio… Se vinculó casi exclusivamente con la madre. Con la escolarización se hace evidente un grave retraso académico y mucha dificultad para integrarse con los iguales. Sin haber llegado a superar este proceso, a partir de los 12 años comienza a relacionarse con adolescentes marginales y a delinquir. Ha

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

consumido alcohol, cannabis en grandes cantidades y cocaína. A los 16 años ingresa en un Centro de Reeducación de Menores para cumplir condena por robo y peleas.

Su vida sexual es precoz y promiscua. Es muy impulsiva y en más de una ocasión ha perdido relaciones de pareja con chicos que le gustaban mucho por haberse acostado con otros que no le importaban. Ha tenido numerosas relaciones de pareja marcadas por la inestabilidad y las infidelidades. La tónica general en ella son las conductas sexuales de riesgo y expresa reiteradamente su deseo de ser madre. Habla de ese deseo como de una manera de "hacerle un regalo" y compensar a su madre adoptiva por los problemas y disgustos que ella le ha generado desde la adopción. "Yo quiero que sea abuela, pobre, que es muy mayor". Le cuesta conectar con la realidad de lo incompatible de su estilo de vida actual con una maternidad responsable. Cuando se la confronta con esto se muestra dispuesta a cambiar radicalmente de estilo de vida y elabora una fantasía de maternidad idealizada y entregada que no puede sostener siquiera en el discurso, que interrumpe con risas.

Durante un periodo de 4 años se realiza psicoterapia con Marta y sesiones de apoyo a la madre. El primer periodo, mientras ella está internada en el centro, es el más estable y en él es posible una regularidad de visitas semanales y un trabajo psicoterapéutico. El contexto de contención que ofrece el centro hace posible frenar los constantes pasos al acto y Marta puede pensar, llorar, recordar… Lleva un diario en el que le escribe a su madre biológica, a su hermano muerto y a su madre adoptiva. En las cartas a su madre biológica la insulta y acusa por no haberlos cuidado, pero también llega a perdonarla porque estaba sola y siempre borracha (Marta tiene importantes problemas con el alcohol también y le cuesta enormemente parar de beber una vez ha comenzado. Frecuentemente, cuando se emborracha, acaba peleándose, rompiendo objetos o acostándose con algún chico que acaba de conocer).

Su hermano mayor se ha convertido, en su imaginario, en una especie de ángel de la guarda con el que desea reunirse un día. Las cartas que le escribe son desgarradoras y están llenas de preguntas sobre por qué no pudo seguir luchando. También le echa en cara haberla abandonado cuando le necesitaba tanto.

En las cartas a su madre adoptiva le agradece todo el sacrificio y esfuerzo que ha hecho por ella y le promete compensarla por ello. El padre ha permanecido en la periferia de la vida de Marta. Nunca han llegado a tener una relación.

El proceso terapéutico es interrumpido en múltiples ocasiones por las complicadas situaciones en las que se ve envuelta Marta. Se fuga del Centro de Reeducación durante un permiso de fin de semana y pasa varios meses en paradero desconocido, conviviendo con un hombre mucho mayor de ella que se dedica al tráfico de drogas. Reaparece cuando la relación acaba e ingresa de nuevo en el centro para finalizar el tiempo de condena restante. El tiempo que comparte con este hombre parece ser todavía más oscuro. Ella no quiere hablar sobre ese periodo pero parece que consumió cocaína de manera habitual y que había frecuentes peleas entre ellos durante las que se agredían físicamente.

Tras terminar el tiempo de internamiento en el Centro de Reeducación vuelve a casa de los padres pero su estilo de vida sigue siendo caótico. Sale por las noches casi constantemente y pasa con frecuencia días enteros fuera de casa. La madre adoptiva no se ve capaz de controlar estos comportamientos y finalmente toma la decisión de cambiar la llave de casa para que ella no pueda entrar sin que ellos le abran la puerta. Este parece un límite necesario ya que Marta invita a dormir a su cuarto a sus novios o ligues de una noche y la madre tiene miedo de lo que estos puedan hacer. Va encadenando relaciones de pareja con chicos que siempre son conflictivos y marginales. Rápidamente convive con ellos y todos le parecen adecuados para satisfacer su deseo de ser madre. En este periodo las sesiones son esporádicas y siempre en un contexto de urgencia. La demanda suele tener que ver con crisis tras rupturas de pareja, nuevos problemas legales o discusiones más fuertes con la madre.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Poco a poco entra en una época más tranquila. Consigue terminar un curso formativo e inicia la convivencia con otra pareja de la que rápidamente queda embarazada. Vive el embarazo con mucha ilusión y, finalmente, da a luz a un niño que nace prematuramente y que ha de permanecer hospitalizado durante 5 semanas. Los padres de Marta y de su pareja son los que sostienen económicamente a la nueva familia. Ella se hace cargo del cuidado del bebé y, por el momento, el primer tiempo de la crianza transcurre felizmente. Se ha podido instaurar la lactancia y la madre es para Marta un apoyo cotidiano fundamental.

El caso de Marta es especialmente dramático. La adopción se produce a una edad muy tardía y la niña acumula ya un gran bagaje de carencias y traumas.

Podemos reconstruir a través de sus recuerdos unos primeros años muy deprivados al cuidado de una madre alcohólica. El hermano (13 años mayor) conseguía compensar en parte estas carencias pero la etapa concluye dramáticamente con el suicidio de este. Ella nunca ha podido comprender qué sucedió y este tema sigue siendo un gran interrogante en su psiquismo.

Los años posteriores, en el orfanato, son todavía peores porque allí no hay ninguna figura de apego, ningún vínculo que sobreviva a la precariedad de la institución. Las niñas se escapan repetidamente al encuentro de unos hombres que abusan de ellas pero en los que quizá encuentran el único intercambio humano al que pueden acceder. Al menos el recuerdo conservado por Marta está teñido de esa ambivalencia: ella sabe que algo terrible sucedía mientras jugaban con las muñecas que ellos les traían, pero al mismo tiempo era un momento agradable, diferente de la frialdad cotidiana.

Pasando ahora a centrarnos en el tema que nos ocupa resulta interesante explorar el intenso deseo de maternidad de Marta. ¿Qué es lo que la lleva a buscar un bebé? Entre las numerosas motivaciones inconscientes para la maternidad, ¿cuál es la que mueve a Marta? Planteamos diversas hipótesis y exploramos diferentes aspectos del deseo de maternidad que parecen estar presentes en el caso expuesto:

Por una parte, la maternidad nos abre la posibilidad de tener el control total sobre un ser dependiente en el que podemos proyectar nuestras propios aspectos carenciados. Al cuidarle estamos también compensando nuestra necesidad de ser cuidados, volviendo al primer vínculo para tratar de repararlo. Sin embargo, la dependencia del bebé es tan extrema que a la vez tiraniza y depriva al cuidador por lo que la situación de crianza puede a su vez remitir de nuevo a los aspectos deprivados y ser vivida como hostil. En lugar de encontrar la reparación que se buscaba se puede llegar a una repetición de la primera experiencia con toda la conflictiva que implica. Por el momento Marta está pudiendo sostener las demandas de un recién nacido prematuro si bien expresa con frecuencia su deseo de volver a salir por la noche y de beber.

Otro de los aspectos que el embarazo y la maternidad pueden venir a satisfacer en el psiquismo es tratar de llenar el vacío que se siente por la ausencia de un buen objeto interno. De nuevo aquí aparece la paradoja de que difícilmente se encontrará lo que no se tiene ya, lo que no se pudo construir en la primera relación. En la historia de Marta encontramos ejemplificada la idea que nos expone Estela Welldon de que cuando existe ese vacío, tanto en las uniones promiscuas e indiscriminadas con parejas como en el embarazo, lo que realmente se está buscando es lo que faltó en esa primera relación con la madre (Welldon, 2015). Aquí creemos que está situada Marta: primero con los hombres y, luego, con el embarazo y el bebé busca sentir la unión satisfactoria que todavía no ha conocido. El bebé constituiría la promesa de obtener por fin un vínculo seguro y afectuoso que, además, es auténticamente propio. Se abre la posibilidad de una filiación que no esté marcada por el abandono o por la necesidad de adaptarse a algo inicialmente ajeno como es el caso de la adopción.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Marta habla de su deseo de darle un nieto a su madre adoptiva. No quiere esperar porque esta es mayor y siente la necesidad de compensarla por lo difíciles que han sido los años compartidos. ¿No está aquí pidiendo un auténtico inicio desde cero para ambas? Este niño constituiría la unión de lo biológico y lo adoptivo, un hijo propio y un nieto que su madre también pueda sentir como propio. Con él se abriría la posibilidad para su madre y para ella de construir una primera relación que ninguna de las dos pudo tener. Más que en abuela, lo que creemos que propone Marta es que ella y su madre adoptiva se conviertan juntas en madres de ese bebé que entroncaría lo biológico con lo adoptivo. El recién nacido es a la vez la oportunidad para la madre de empezar una relación que no venga marcada por el trauma y el bagaje previo y para Marta la posibilidad de construir ese vínculo seguro y propio que quede a salvo del abandono.

Queremos concluir señalando la ausencia del padre en las tres historias. Voluntariamente excluídos o no, la realidad es que no hay un tercero en las relaciones de estas chicas con sus madres adoptivas. Con ello, la intensidad del vínculo se acentúa y todos los conflictos se condensan en la relación madre-hija. Con los enfrentamientos, la transgresión de los límites o la instauración de otros vínculos de manera desorganizada y autodestructiva ellas parecen querer romper esa relación demasiado asfixiante. Podemos especular que una estructura familiar donde el padre hubiese tenido una presencia más relevante en lo emocional hubiese permitido diluir la intensidad de dicho vínculo.

También cabe destacar la dificultad en las tres chicas de libidinizar el propio cuerpo y de elaborar una identificación femenina. Sin duda aunque la herida originaria (Newton, 1993) está en el núcleo de estos problemas, la ausencia posterior de un escenario que posibilite la elaboración del trauma y la construcción de unos vínculos satisfactorios no ha contribuido a sanar esa herida.

AGRADECIMIENTOS: Fernando Dualde, Mª Ángeles Albamonte y Cristina Molins por las correcciones, sugerencias y apoyo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amati, J. (2015). La maternidad. En C.R. Zelaya, J. Mendoza y E. Soto (Eds.), *La maternidad y sus vicisitudes hoy* (pp.36-64). Lima: Cauces Editores.

Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité.* Paris: Presses Universitaires de France.

Chicoine, J. F., Germain, P. y Lemieux, J. (2003) *L´enfant adopté dans le monde (en quinze chapitres et demi).* Montréal: Éditions de l´Hôpital Sainte-Justine.

Dualde Beltrán, F. (2015). Adopción, parentalidad y psicopatología. Cuando los duelos se encuentran. *Revista de Psicopatología y Salud Mental Del Niño y Del Adolescente, 2,* 95–104.

Freud, S. (1996). *Lo ominoso. Obras completas.* Buenos Aires: Amorrortu Editores. (1919)

Guignard, F. (2012). Mère et fille: entre partage et clivage. En T. Bokanowski y F. Guignard, *La relation mère-fille. Entre partage et clivage* (pp. 11-40). Paris: In press.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Guignard, F. (1995). Le maternel et le féminin: deux espaces de la vie psychique. *Psychologie clinique et projective*, *1,* 7-26.

Martín, M. (2006). Crisis adolescente y adopción. En M. Cid, y S. Pérez (Coords.), *La adopción. Un tema de nuestro tiempo.* Madrid: Biblioteca nueva.

Mirabent, V. (2014). El adolescente adoptado: dificultades añadidas en el proceso de construcción de su identidad. *Temas de psicoanálisis, 8*, 35-50.

Newton, N. (1993). *The primal wound. Undestanding the adopted child.* Baltimore: Gateway Press.

Welldon, E. (2015). ¿Por qué se desea tener un niño En C.R. Zelaya, J. Mendoza y E. Soto (Eds.), *La maternidad y sus vicisitudes hoy* (pp. 137-161). Lima: Cauces Editores.

Winnicott, D. W. (1963). Fear of breakdown. *International Review of Psycho-Analysis, 1,* 103-170.

https://evagiberti.com/adopcion-y-generos/

http://www.psicoanalisis.org/winnicott/adopadol.html

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

ESTAMOS HECHOS DE ESTRELLAS: ENTRE ADOPCIÓN E IDENTIDAD*

WE ARE MADE OF STARS: BETWEEN ADOPTION AND IDENTITY

Manuela Stucchi**

RESUMEN

Al preguntarme sobre el concepto de identidad e intimidad en el crecimiento evolutivo, mi atención se ha centrado en un tema que, desde el punto de vista clínico, siempre me ha atraído por su complejidad y riqueza: la adopción. En particular, me gustaría compartir partes de la historia de una familia que, en su complejidad, me hizo reflexionar sobre el tema de la identidad y la intimidad.

Palabras clave: identidad, intimidad, desarrollo, adopción.

ABSTRACT

When asked about the concept of identity and intimacy in development, my attention has focused on a topic that, from the clinical point of view, I have always been attracted due to its complexity and richness: adoption. In particular, I would like to share parts of the history of a family that, in its complexity, made me reflect on the issue of identity and intimacy.

Keywords: identity, intimacy, development, adoption.

Al preguntarme sobre el concepto de identidad e intimidad en el crecimiento evolutivo, mi atención se ha centrado en un tema que, desde el punto de vista clínico, siempre me ha atraído por su complejidad y riqueza: la adopción. En particular, me gustaría compartir partes de la historia de una familia que, en su complejidad, me hizo reflexionar sobre el tema de la identidad

* Texto traducido por Marina Lujan Pozzuto.

** Psicologa, psicoterapeuta equipè C.I.D.P. presso C.I.D.P. Padova. *manuela.stucchi@gmail.com*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

y la intimidad. Sabemos cómo el proceso de identidad recorre múltiples caminos en la evolución psíquica del sujeto, acompañando al individuo en una temporalidad que se extiende a lo largo de su vida. En este sentido, me gustaría aclarar algunos conceptos útiles para presentar mi reflexión.

Gracias a la literatura y la clínica, sabemos en parte que la identidad ya está estructurada por momentos muy tempranos en la vida de un individuo y quizás incluso antes, en ese "espacio de expectativa" que precede a su nacimiento, donde se van formando expectativas, deseos e ilusiones van a construir, en el imaginario parental y familiar, el niño ideal que inevitablemente tendrá que confrontar y chocar con el niño real. Este último tiene la difícil tarea de evoluciona y emprende una especie de batalla creativa para imponerse en el mundo y conquistar así sea su lugar a un nivel subjetivo, que familiar que uno social. Este proceso al principio es imposible sin el cuidado de un adulto, porque las necesidades biológicas no encontrarían apoyo. Como la Dra. Baldassarre nos recuerda en su trabajo, el desarrollo mental parte de este aspecto básico de la supervivencia, a través de la relación que se crea. Una relación, la primera es madre-hijo tiene razón fusión, subyacente a la adicción, hecha de gestos, miradas, olores y caricias de cariño es vehiculo de cariño, en la repetición del intercambio, le permite al niño experimentar una base segura, una enlace de apoyo que también conduce a la construcción de las raíces de un sentido del yo: "ser el objeto del amor nos hace adquirir valor a nuestros propios ojos" (Baldassarre, 2008). Gracias a estos intercambios empapados en sensorialidad, emociones e incluso pensamiento, eso comienza a vivir la intimidad. La calidad emocional de los vínculos experimentados en la infancia y, por tanto, el tipo de relación objeto experimentado son los principales discriminantes que influyen en el proceso de la conquista de la identidad para cada ser humano. El niño no posee de inmediato su subjetividad, debe construirlo y puede hacerlo cuando se le da un apoyo, es decir cuando se le permite apoyarse en la subjetividad de sus padres. No siempre esto sucede sin problemas porque la personalidad de los padres, sus áreas de conflicto, pueden demostrar ser un problema para el desarrollo del hijo debido a los procesos de identificación. La capacidad para regular la impulsividad y para apoyar los impulsos, la construcción del Yo, de fronteras fuertes o frágiles, la percepción del Otro que reconoce las diferencias generacionales, dependerá mucho de habilidades de crianza para poder adoptar comportamientos apropiados que pueden limitar, para contener, regular la impulsividad del hijo al proporcionar ese vínculo emocional afectivo y continuo. De esto surge que el clima emocional familiar es crucial para el desarrollo psíquico de los hijos. En este sentido, si hablamos de herencia psíquica, de trangeneracional, autores como Aulagner recuerda que "cada recién nacido viene al mundo como portador de la misión de tener que asegurar la continuidad de la generación según un contrato particular entre el sujeto, su familia y el grupo social del que forma parte la familia". Si la construcción de la identidad tiene sus raíces en tiempos tan lejanos, durante el crecimiento evolutivo existe un tiempos en que este equipaje emerge y explosiona con toda su fuerza: la pubertad y la adolescencia. Es la época en la que presenciamos el primer desafío evolutivo real como el sujeto está llamado a implementar la transformación de material infantil en un adulto, en un rebobinado intrapsíquico que conduce a la conquista de su subjetividad, de su identidad. Para hacer esto debe ser capaz de separarse mentalmente de los objetos infantiles en un acto de emancipación. En este sentido la Dr. Baldassarre nos recuerda que el crecimiento mental, a diferencia de la biológica que es imparable, está sujeta a momentos regresivos y progresivo, esto se debe a que los conflictos emocionales generados por los cambios biológicos van integrados y elaborados en la unidad psíquica con los emocionales, culturales y psicosociales. "El sentimiento de identidad se adquiere cuando el sujeto es capaz de identificarse de una manera continua en las diferentes áreas de la vida: sexualidad, relaciones, objetivos profesionales,

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

etc." "Adquirir conciencia de uno mismo, comenzar con la identidad adulta, necesita transformaciones decididamente incisiva, una subjetividad capaz de "armonizar" las nuevas experiencias" (Baldassarre, 2017).

¿Qué sucede en esta etapa de la vida cuando, además del trabajo psíquico normal y complejo para crecer debemos enfrentar e integrar el evento de adopción?

La reunión con Pietro y su familia me hizo reflexionar inmediatamente sobre cómo el trabajo complejo de la unión de las figuras parentales, puede llegar a ser más doloroso, cuando, en el caso de adopción, además de la liberación de su familia adoptiva, tendrá que retirarse de representaciones que ha mantenido a los padres biológicos, desde las fantasías vinculadas a su orígenes, de las huellas invisibles que Pietro lleva consigo de ese equipaje inscrito en su ADN. Cuando lo conozco a los 11 años, aparece en mi estudio, de cuerpo delgado, ojos grandes y tristes, presenta una serie de tics faciales múltiples. En su apariencia física los signos de una dicotomía que la caracterizan de inmediato: fuerza frente a fragilidad. Por un lado se percibe un gran potencial: es brillante, intuitivo, alerta, amigable; por el otro, se percibe un gran fragilidad: una hiperactividad psíquica que le impide expresarse, pasa de un discurso a otro en una fragmentación de palabras y pensamientos que muestran inequívocamente la sensación de discontinuidad que vive en un nivel profundo. Viene en consulta a petición de la escuela de problemas graves de comportamiento que la familia lucha por gestionar. Las primeras palabras que me dirige son: "Mi nombre es Pietro y soy adoptado". Esta oración contiene todos sus problemas y todo el esfuerzo que enfrenta. La adopción se convierte para él en un elemento de identidad, la imagen de sí mismo que busca y rechaza al mismo tiempo. Él siempre ha sabido acerca de la adopción desde la escuela primaria, pero nunca ha tenido la respuesta a las preguntas: ¿de dónde vengo? ¿A quién soy yo? ¿A quién me parezco? Preguntas dolorosas que persistentemente ocupan su mente, como la de muchos niños adoptados, y que con gran dificultad encuentran una respuesta de los padres adoptivos también por las limitaciones burocráticas. Pietro es adoptado a través de una adopción nacional dentro del primer año de vida, no tenemos muchas noticias del período previo a la adopción, sabemos de la presencia de una madre de acogida, pero nada se sabe de los padres biológicos y esta imposibilidad de conocer lo real de sus orígenes generan en el niño una grave herida narcisista por el sentimiento de abandono que vive. Por lo tanto, durante el inicio de la adolescencia en su mente, se revelan cuatro padres de los que debes liberar. Dos adoptivos de los cuales, surgirán de una manera evidentemente durante las entrevistas, no se siente reconocido en la mirada: las dificultades escolares no caen dentro de las expectativas maternas que niegan los problemas del niño al atribuirlo a un capricho primero y luego apatía. Y los dos padres biológicos, de los que no tiene un conocimiento real, pero una sola certeza: el hecho de haber sido abandonado, rechazado. Ambas relaciones que no conservan la distancia correcta, necesarias para permitir a Pietro de expresarse, en su singularidad. En una sesión en la que hablamos de adopción y sus fantasías, me pregunta: "¿Puedes quedarte conmigo hasta que me sea posible conocer a mis verdaderos padres? Me gustaria preguntarle ¿Por qué lo hicieron? Porque me dejaron ... no entiendo ... ¿no podrían retenerme? Me hubiera contentado con solo ... " Como se desprende de estas palabras cuando nos comparamos con casos de adopción no podemos olvidar que la pérdida está incluida en la adopción. El abandono es un evento que el niño no elige, sino que lo sufre y, aunque no posea recuerdos muy precisos de lo que sucedió antes de la adopción, a menudo permanecen borrosos sentimientos y recuerdos antes del abandono. Esta pérdida inevitablemente tiene repercusiones a nivel de identidad también por el desafío que el adolescente se encuentra viviendo en la doble pertenencia de linaje, y si hablamos de adopción internacional de etnicidad. La erradicación, incluso muy temprana, de un niño de su lugar

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

de origen es en sí misma un trauma grave, porque lo aleja de ruidos, sonidos, olores, sabores, de imágenes que pertenecen a quienes lo generaron. Rastros que no desaparecen, sino que quedan depositados en memoria implícita. El sentido de continuidad se interrumpe y Yo, que es como solía decir Freud (1923) ante todo un Yo corporal, vive una sensación de fragmentación.

Estos recuerdos profundos inscritos en la historia perceptiva de cada uno de nosotros se originan en el la vida fetal y es probablemente la base de un sentido estético personal para el placer o el desagrado. Como se afirma en la literatura (Gabbriellini, Nissim, 1989), también en el caso de las adopciones tempranas, el cuerpo es el único lugar donde la reunión con lo que se piensa y se vive como biológico. En ella se pueden fantasear rastros que tocan las capas más profundas del Sí mismo y se remontan al período en el que el contacto ha creado una relación fantasma entre el cuerpo de la madre y el del niño.

Comparado con esto, Pietro estaba muy interesado en encontrar partes de sí mismo en su familia adoptiva "en tu opinión, ¿a quién me parezco más de mis padres? Tengo los mismos ojos que mamá, y seré tan alto como mi papà creo ... aunque no haya nacido de ellos, me parezco mucho tenemos el mismo color de piel ... tal vez parezco a los abuelos ... " Por otro lado en la vida de todos los días, cuando nace un niño, tratamos de identificarlo ante alguien del la familia, para colocarlo, reconocerlo, darle su lugar. Esta negación fuerte de las diferentes orígenes biológicas, mucho nos dice del dolor de el niño y de su ambivalencia respecto a esta verdad de su vida. Desde cierto punto de vista aparece como un intento para que Pietro niegue la inquietud del presente a través de un pensamiento mágico / omnipotente con la necesidad sea de rastrear un origen en esta familia, para ser realmente reconocido, o como una forma de implementar la misma negación de padres incapaces de vivir Pietro como un niño no biológico: "Siempre le dije a Pietro que no lo tenía en mi vientre pero es como si lo hubiera dado a luz, para mí no hay diferencia " me dirá madre en una de nuestras sesiones".

Winnicott (1971) subraya la importancia de la función espejo de la cara materna y de la calidad de su presencia, y nos recuerda que la representación interna del objeto no es equivalente a la simbolización que hace tolerable la ausencia. La búsqueda de una cara, una mirada en la que reflejarse para ser reconocido y reconocerse, se convierte en un elemento clave para estructurar un sentido integral del yo y poder experimentar un sentido del intimidad con uno mismo, un modelo en el que se basa la capacidad de entrar en una relación íntima con Otro.

Los sentimientos que están generalmente asociados con el tema del abandono y la pérdida en los niños son de culpa, inadecuación personal y rencor: el dolor y la ira que experimenta el niño adoptado encuentran difícil identificación en su mente. Tales sentimientos se actúan a menudo en comportamientos desviados y inadaptados que ejercen una presión sobre el entorno circundante en el que se inserta el niño. La calidad del vínculo que se estructurará entre los padres adoptivos y el niño será determinante en la construcción de su identidad física y psíquica, sobre todo en la medida en que toleren el sufrimiento de su hijo, sabrán cómo reconocer los aspectos creativos de su vida integrándolos en una historia de vida única. Una de las dificultades de Pietro fue esta: ser reconocido en las dos imágenes contrastantes que trajo consigo, como si la convivencia causara una herida narcisista personal en los padres aparentemente imposible de curar, como si los buenos aspectos fueran identificados con la familia adoptiva y los aspectos "malos" atribuidos a un ADN que no puede y no debe ser reconocido.

"Creo que tengo cosas dentro que no desaparecen de ninguna manera, tal vez hubiera sido mejor si no me hubieran adoptado...no me entienden (refiriéndose a los padres adoptivos) ... Desearía que todos murieran ... Quiero irme ... ¿A dónde? Lejos ... ¿para hacer qué? El astronauta me gustaría hacer el astronauta ... ¿Interesante y por qué? Me gustan las estrellas, me gusta descubrir la historia de los planetas, ¿sabes que somos como las estrellas? si ... estamos hechos de las mismas cosas ...Quiero ir

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

a verlas, entrar al espacio y ver cómo son... en vivo ... " El deseo de Pietro de buscar respuestas a sus preguntas existenciales en el universo, para descubrir los misterios del mundo, en las orígenes de la vida y, por lo tanto, de la existencia humana (somos hecho de estrellas todos) abre espacio a la importancia de la búsqueda de orígenes para estructurar una identidad propia. Los hijos adoptados intentan conectar pasado y futuro en el presente, integrando diferentes partes de uno mismo que se han dejado en el pasado. La comparación con la propia historia, la necesidad de descubrir sus orígenes, en primer lugar la biológica, es una forma de dar sentido a inquietud del presente a través de la historia del pasado. Cuando no hay información que se refiere a su propia historia antes de la adopción, uno se siente expropiado de una parte de la existencia, y surgen sentimientos de ira y sufrimiento que evocan lo muchos autores llaman vacío de orígenes: esto es lo que Pietro vive. La necesidad urgente de dar sentido a la propia historia tiene sus raíces en la característica existencial interrogativa de la adopción, esta es una necesidad fisiológico de la persona, el desafío de la familia parece ser integrar el pasado en la historia del presente. Buscar y colocar sus orígenes en un lugar y en un tiempo, es necesario para que la persona construya un sentido seguro de sí mismo. Aquí la variable del tiempo, adquiere un significado particular en las familias adoptivas al entrar en un escenario ya articulado: si los niños adoptivos no han encontrado su lugar en el pasado y una continuidad con su presente, difícilmente podrán imaginarse a sí mismos en el futuro. Al mismo tiempo si la familia adoptiva no encuentra su propio lugar con respecto a ideales y mitos familiares transmitidos y adaptados a un presente diferente al imaginado, difícilmente podrá imaginar un futuro en el que incluso el pasado tenga su lugar.

Desde un punto de vista psicoanalítico, sabemos que la vida fantasmática está estructurada dal complejo de Edipo, un triángulo alrededor del cual se articulan los fantasmas originales, y cómo explica Gilliéron en sus obras "el funcionamiento de toda la familia puede socavar la estructuración del mundo intrapsíquico del niño. La organización fantasmática del niño, después del primer contacto con los objetos, dependerá tanto del padre como de la madre, y también del tipo de vínculo que une a la pareja". (Gillieron, 2018).

Esto es tanto más cierto en el caso de una familia adoptiva en la que la calidad de los lazos, tanto para los niños como para los padres, está severamente probado por la reactivación del trauma durante la pubertad y adolescencia. Citando a René Diatkine: "Uno no puede pensar en la función paterna sin pensar en la función materna y sin pensar en los lazos privilegiados del padre y la madre ". Para que el niño desarrolle un Yo sano y saludable, como la autora nos recuerda, necesita pensar que sus padres se amaban y que él es el fruto de ese amor. De consecuencia, las características psicológicas y los roles del padre y la madre pueden variar según individuos y culturas, pero su conjunción y complementariedad siguen siendo una necesidad para el niño".

En el caso de Pietro, él también necesita sentir que él es el fruto de este amor, un amor que no pasa por la concepción física, sino por la elección de adoptar eso puede tomar otro nuevo punto de origen para esta familia.

Con respecto al vínculo que une a la pareja durante la terapia familiar, ha surgido de una manera evidente una dificultad que exasperó la relación conflictiva con el hijo. Cada hijo representa para el padre un fortalecimiento de su propia identidad, lo que le permite de calificar como padre de, como ser humano capaz de generar una vida. En el caso de los padres de Pietro, siendo desafiados como padres reales ha reabierto las heridas mostrando en profundidad una fragilidad narcisista de ambos, que se activó en un lado (la madre) un movimiento defensivo de negación para evitar enfrentar el dolor de no haberlo generado (envidia por la madre biológica) y por el otro (el padre) la comparación con el ideal de los padres biológicos más "capaces", en

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

algunos aspectos más "poderosos", dignos e invertidos con un deseo de amor que parece haber sido robado a él. Ambos portadores de un sentido de fallo en la imagen personal que no permite que sean esa referencia sobre la cual el hijo puede construir su propia subjetividad. Esto ha influido fuertemente en la relación entre las diferentes partes en juego al producir demasiada distancia en los lazos entre los padres primero, luego entre padres y hijos, que podríamos definir como falta de intimidad.

Incluso el crecimiento físico de Pietro y el acceso a la sexualidad han colocado a los padres frente a su incapacidad de verse de nuevo como un hombre y una mujer, en un vínculo en el que la naturaleza emocional está subtendida por la sexualidad. La imposibilidad de acceso para la pareja a un intercambio íntimo, hecho de miradas, emociones y pensamientos en los que uno se reconoce y se reconoce a sí mismo, parece ser especular a la imposibilidad experimentada por Pietro de un vínculo íntimo con los padres adoptivos que permite desarrollar un sentido de pertenencia, una historia de vida que no solo es personal, sino también es la familia.

Al darse cuenta de esta falta los llevó a embarcarse en un viaje de pareja donde el trabajo terapéutico sobre la vida fantasmática tiene como objetivo reconstruir un vínculo afectivo libre que permite de experimentar un intercambio mutuo y íntimo, abriendo así el espacio para un nuevo modelo de identificación. En conclusión, lo que se ha dicho hasta ahora no pretende ser exhaustivo ni con respecto al tema identidad e intimidad en el crecimiento evolutivo o con respecto a la cuestión de la adopción, lo que me gustaría compartir con vosotros, a través de partes clínicas que espero hayan sido sugerentes, es la importancia de los vínculos afectivo, origen de la vida psíquica del individuo y cómo en mi opinión buena intimidad en el enlace con el padre adoptivo puede llevar a reforzar las orígenes inciertas creando un nuevo punto de partida, un nuevo origen que le permite responder a la pregunta quien soy yo? En este sentido se podría decir que la intimidad sana puede ser el origen de una identidad sólida, teniendo en cuenta, como Pietro nos sugirió, que hay una origen común: ¡todos estamos hechos de estrellas!

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretaciòn. Del pictograma a la oraciòn,* Roma: Ed Borla.

Baldassarre, M. (2008). *Pareja, familia y enfermedades emergentes.* Roma: Alpes Italia srl.

Baldassarre, M., Daniele, M. T. y Pinto, M. (2016). *Funciòn parental y psicopatologìa,* Roma: Alpes Italia srl.

Baldassarre, M. (2017). *Adolescencia y familia.* Roma: Alpes Italia srl.

Baldassarre, M. y Nalon, E. (2018). *Las familias.* Roma: Alpes Italia srl.

Diatkine, R. (1998). *El niño en el adulto o la eterna capacidad de fantasear.* Roma: Borla.

Freud, S. (1923). *El yo y el Ello.* Buenos Aires: Amorrortu.

Gabbriellini G. y Nissim S. (1989). *El niño adoptado se convierte en un adolescente: notassobre problemas corporales.* Rivista Psicologica analitica, 2.

Gilliéron, E. (1998). *Tratado de psicoterapias breves.* Roma: Borla.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Winnicott, D. W. (1965). *Desarrollo afectivo y medio ambiente: estudios sobre la teoría del desarrollo afectivo.* Roma: Armando.

Winnicott, D. W. (1971). *Juego y Realidad.* Roma: Armando.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

COMPARACIÓN CLÍNICA Y PSICOMÉTRICA DEL BASC Y EL CBCL 11/2-5. REFLEXIONES SOBRE LA UTILIDAD DE AMBOS INSTRUMENTOS EN ATENCIÓN TEMPRANA

CLINICAL AND PSYCHOMETRIC COMPARISON OF BASC AND CBCL 11 / 2-5. REFLECTIONS ON THE UTILITY OF BOTH INSTRUMENTS IN EARLY CARE

Jesús Ramón Molina Vizcaíno *

RESUMEN

El propósito de este trabajo es dar a conocer dos herramientas para la evaluación de la conducta en atención temprana. Se realiza una comparación entre el CBCL 1 ½-5 años y el BASC, en su versión de 3-6 años. Se comparan los constructos clínicos que evalúan, así como sus propiedades psicométricas. Por último, se ilustra el trabajo, mediante un caso clínico en el que fueron empleados ambos instrumentos, con el fin de apreciar su complementariedad clínica.

Palabras clave: CBCL, BASC, conducta, atención temprana.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to present two tools for the evaluation of early care. A comparison is made between the CBCL 1 ½-5 years and the BASC, in its version of 3-6 years. They compare the clinical constructs they evaluate, as well as their psychometric properties. Finally, the work is illustrated, through a clinical case in which both instruments were used, in order to appreciate their clinical complementarity.

Keywords: CBCL, BASC, behavior, early care.

¡Dedico este trabajo a todas las compañeras y compañeros de EDAI!

* Doctor en Psicología y psicoterapeuta. CDIATs EDAI. Associació EDAI (Barcelona). *molinavizcaino@edai.cat*

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

INTRODUCCIÓN

Es bien conocido que en atención temprana, la que contempla la asistencia a niños de 0-6 años, hay una escasez mucho mayor de instrumentos que en edades escolares (6 o más años).

A su vez, en edades preescolares, los instrumentos para evaluar el comportamiento se centran mayormente en sistemas multi-método, basados en reportes de padres y maestros/educadores, más que en la administración de dichos instrumentos al niño.

En una búsqueda en PsychNet cruzando los términos evaluación, conducta y preescolares, y enmarcando la búsqueda en el periodo temporal 2002-2018, encontramos un dominio de tres instrumentos en cuanto a número de artículos se refiere. Estos son: Children Behavior Checklist 1 ½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000) también conocido por sus siglas inglesas CBCL 11/2-5; BASC. Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes (Reynolds y Khampaus, 2004) y Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997) o SDQ de su acrónimo inglés.

A continuación vamos a emplear los acrónimos de los instrumentos referidos en lugar de su nombre completo. En este trabajo vamos a centrarnos en la comparativa entre el CBCL 1 ½-5 años y el BASC. Vamos a focalizar exclusivamente en la versión para padres, puesto que es la que más habitualmente empleamos en nuestros Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana o CDIATs (CDIATs EDAI Sant Martí y EDAI Les Corts, Barcelona), si bien es aconsejable, si las posibilidades asistenciales de tiempo lo permiten, emplear también la versión de maestros.

CBCL 1 ½-5 AÑOS (ACHENBACH Y RESORLA, 2000), VERSIÓN PARA PADRES

Se trata de un instrumento validado, pero sin adaptación en España. Esto significa que si bien ha sido traducido, no se poseen baremos españoles para la versión 1 ½-5 años (aunque sí para otras franjas de edad, correspondientes a otras versiones: 2-3 años, 4-5 años, 6-18 años) A su vez es una herramienta ampliamente utilizada a nivel internacional.

Es administrable a partir del año y medio, lo cual supone una ventaja frente al BASC (Reynolds y Khampaus, 2004).

En referencia a sus propiedades psicométricas pierde la comparativa con el BASC (Reynolds y Khampaus, 2004) por el hecho de no poseer, como ya se ha apuntado, baremos españoles en 1 ½-5 años.

Consta de 99 afirmaciones sobre la conducta del menor, si bien permite escribir tres opciones más que los progenitores piensen que no están incluidas en la lista, a las que los padres deben responder con 0, 1 o 2 en función de si "no es cierto", "algo, algunas veces cierto" o "cierto muy a menudo/bastante a menudo". Por tanto emplea una escala Likhert con 3 opciones de respuesta.

También contiene, a diferencia del BASC (Reynolds y Khampaus, 2004), tres preguntas abiertas. La primera hace referencia a si el hijo/a tiene alguna enfermedad o discapacidad física o mental. La segunda indaga por lo que más preocupa a los padres. La tercera solicita a los progenitores que escriban qué es lo más positivo de su hijo/a.

Otra diferencia con el BASC (Reynolds y Khampaus, 2004) es que el CBCL ½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000), se centra únicamente en escalas clínicas o sintomáticas, pero no en adaptativas.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

También el CBCL 1½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000) y a diferencia del BASC (Reynolds y Khampaus, 2004), contiene una escala de correspondencias con familias diagnósticas DSM-IV. Estas familias son:

1-Trastornos afectivos

2-Trastornos de ansiedad

3-Trastornos Graves o Generalizados del desarrollo (como por ejemplo el Trastorno del Espectro Autista)

4-Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad

5-Trastorno Oposicionista-Desafiante

En cuanto a las escalas clínicas del CBCL ½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000), encontramos:

1-Reactividad emocional

2-Ansiedad/Depresión

3-Quejas somáticas

4-Retraimiento

5-Problemas de Sueño

6-Problemas de Atención

7-Conducta Agresiva

8-Otros problemas

También posee una escala de Internalización y una de Externalización.

Por último, permite el cálculo de una Puntuación total.

Todas estas escalas (tanto las que refieren a correspondencias con familias diagnósticas, como las escalas clínicas, como las escalas de internalización, externalización y problemas totales) presentan rangos de puntuaciones que van desde la "zona normal", a la "zona clínica", pasando por la "zona límite", que como la normal, se considera aún sub-clínica.

Las puntuaciones directas pueden transformarse en puntuaciones T.

BASC (REYNOLDS Y KHAMPAUS, 2004), VERSIÓN PARA PADRES

Instrumento adaptado y validado en España y ampliamente utilizado a nivel internacional.

En referencia a sus propiedades psicométricas cabe decir que la fiabilidad depende del grupo de edad (3-4 años vs 5-6 años) y de las escalas que elijamos. No obstante, si calculamos el promedio para toda la gamma de edad, es decir 3-6 años, podemos referir los siguientes valores de fiabilidad alfa en relación a la consistencia interna:

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

a. En relación con el Índice de Severidad Conductual (perteneciente a las dimensiones globales), la fiabilidad promedio para 3-6 años es: 0,91

b .En relación con la escala Exteriorizar problemas la fiabilidad promedio es: 0,88

c. En relación a la escala Interiorizar problemas la fiabilidad promedio es: 0,82

d. En relación a la escala Habilidades adaptativas la fiabilidad promedio es: 0,81

e. En relación a la escalas clínicas, la fiabilidad promedio es: 0,79 (agresividad); 0,83 (hiperactividad); 0,75 (problemas de atención); 0,65 (atipicidad); 0,70 (depresión); 0,55 (ansiedad); 0,79 (retraimiento); 0,77 (somatización).

f. En relación a las escalas adaptativas, la fiabilidad promedio para este grupo de edad, y en relación con la consistencia interna, es: 0,61 (adaptabilidad) y 0,77 (habilidades sociales).

En conclusión, verá el lector, que las escalas menos fiables son las de: ansiedad, atipicidad y adaptabilidad.

En cuanto a la fiabilidad test-retest para la muestra de 3-6 años, tuvo un valor promedio de 0,85, es decir muy alto.

En cuanto al acuerdo inter-evaluadores, o entre padres, no se empleó muestra española, y se utilizaron los estudios americanos. Este sería un punto débil del instrumento.

Es administrable a partir de 3 años, lo cual supone cierta desventaja clínica respecto al CBCL ½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000) en su administración en atención temprana, es decir para menores de 6 años.

Consta de 130 afirmaciones sobre la conducta sintomática y adaptativa del menor, por tanto es ligeramente más largo de cumplimentar que el CBCL ½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000). También, a diferencia de este último, ofrece cuatro opciones de respuesta, es decir una opción más. Esto será una ventaja en algunos casos, los de aquellos padres con mayor capacidad de discriminación, y una desventaja en otros: los de aquellos padres a los que les cuesta discriminar, padres más concretos cognitivamente, o con menor sensibilidad parental. Las cuatro opciones de respuesta que ofrece son: A, B, C o D, que se corresponden con la leyenda “nunca”, “alguna vez”, “frecuentemente”o “casi siempre”.

A diferencia del CBCL ½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000) no permite añadir nuevas conductas al listado, lo que encontramos como una desventaja, si bien en nuestra experiencia clínica amplia, rara vez los padres añaden alguna conducta.

También a diferencia del CBCL ½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000) no posee preguntas abiertas, tal y como ya se ha apuntado previamente. En este sentido encontramos otra desventaja, ya que a veces, que los padres escriban qué es lo que más les preocupa o lo más positivo de su hijo, permite analizar cualitativamente cómo pueden ser las representaciones internas de los progenitores con respecto al hijo. Así, imaginemos que en lo más positivo un padre/madre sólo anota una cosa, mientras que en lo que más preocupa anota cinco. Ello puede hacernos formular la pregunta de si el progenitor es capaz de ver la parte sana del menor o si está tan estresado que solamente puede ver lo negativo, lo que no funciona en la conducta. También podremos ver si lo que más preocupa al padre se corresponde con lo que observa el psicólogo, o bien si el padre está muy alejado de una percepción realista de su hijo, o está negando dificultades.

Se trata de una herramienta multidimensional que, a diferencia del CBCL ½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000), valora no únicamente las conductas sintomáticas, sinó también las adaptativas. A su vez posee, como el CBCL ½-5 años (Achenbach

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

y Rescorla, 2000), una escala de Problemas internalizantes y externalizantes, y una puntuación sintomática total, denominada Índice de Severidad Conductual. También, y a diferencia del CBCL ½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000), añade una escala de Habilidades Adaptativas dentro de las dimensiones globales.

En cuanto a las escalas clínicas, evalúa:

1-Agresividad

2-Hiperactividad

3-Problemas de atención

4-Atipicidad

5-Depresión

6-Ansiedad

7-Retraimiento

8-Somatización

Como el lector habrá comprobado, posee muchas escalas similares al CBCL ½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000) como agresividad, problemas de atención, retraimiento o somatización. Sin embargo, el BASC (Reynolds y Khampaus, 2004) discrimina mejor entre depresión y ansiedad, dado que las evalúa por separado, y el CBCL ½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000) las evalúa conjuntamente: escala clínica de "ansiedad/depresión". A nuestro entender esta es una ventaja del BASC (Reynolds y Khampaus, 2004), puesto que se puede tener un trastorno de ansiedad sin estar deprimido, y viceversa. No obstante, las correspondencias del CBCL ½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000) con familias diagnósticas DSM-IV permiten subsanar este hecho, dado que ahí si diferencia familia de trastornos de ansiedad, con familia de trastornos afectivos.

Otra diferencia con el CBCL ½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000) es que el BASC (Reynolds y Khampaus, 2004) incluye una escala propia de hiperactividad, mientras que el CBCL ½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000) no lo hace dentro de las escalas clínicas, aunque sí hay una escala de correspondencias DSM-IV con trastornos TDA con/sin H. Sin embargo ésta no discrimina entre TDA y TDAH sino que evalúa ambos cuadros de forma conjunta o no diferenciada.

Por otra parte, el BASC (Reynolds y Khampaus, 2004) incluye una escala clínica de atipicidad que, en nuestra experiencia, resulta útil para el diagnóstico de diferentes cuadros dentro del Trastorno del Espectro Autista. Así, en estos niños es fácil encontrar atipicidades, bizarrismos, y un perfil BASC (Reynolds y Khampaus, 2004) que combine unas bajas habilidades adaptativas, con un alto retraimiento y una alta atipicidad será candidato a sospecha de un Trastorno del Espectro Autista.

Esta ventaja del BASC (Reynolds y Khampaus, 2004) sobre el CBCL ½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000) se contrarresta con que el primero carece de una escala clínica de problemas del sueño, como sí posee el segundo. Estas dificultades son habituales en niños con cuadros de neuro-desarrollo, como el TDA, el TDAH o el TEA, donde diferentes estudios neuro-pediátricos (Malow, Adkins, McGrew, Wang, Goldman, Fawkes y Burnette, 2012; Wirojanan, Jacquemont, Diaz, Bacalman,

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Anders, Hagerman, y Goodlin-Jones, 2009) detectan dificultades en la regulación de la melatonina, agente co-responsable del sueño, en niños aquejados de estos cuadros.

A su vez, el BASC (Reynolds y Khampaus, 2004) carece de la escala "otros problemas" del CBCL ½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000), si bien esta escala nos parece muy ambigua, y poco delimitada. Parece un tanto un fichero en el que entra de forma no especificada, toda sintomatología que no puede evaluarse mediante las escalas clínicas de este instrumento.

En cambio el BASC (Reynolds y Khampaus, 2004), si nos ofrece unas escalas adaptativas. Y son:

1-Adaptabilidad

2-Habilidades Sociales

Las mismas pensamos que son interesantes por el hecho de que permiten analizar no únicamente cúal es la sintomatología del menor, sino cúal es su funcionalidad. Además, tal y como ya hemos apuntado, en casos de sospecha de Trastorno del espectro autista, resultan muy útiles (especialmente en la combinación con retraimiento y atipicidad, entre otras escalas).

En cuanto a su puntuación, tal y como ocurre con el CBCL 1 ½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000), se obtienen puntuaciones directas y T.

En el caso del BASC (Reynolds y Khampaus, 2004) la media aritmética de puntuaciones T se sitúa en 50, con una franja media para las puntuaciones entre 40 y 60. De 30-40 y de 60-70 se va a considerar una tendencia a puntuaciones ya un tanto bajas u altas, y por debajo de 30 (en las escalas adaptativas y dentro de dimensiones globales en habilidades adaptativas) o por encima de 70 (en las clínicas y el Índice de severidad conductual) vamos a considerar valores clínicos. Por ejemplo, si un niño puntúa menos de 30 en habilidades sociales, vamos a considerar clínica esa puntuación: el niño tiene muy pocas habilidades sociales, lo cual resulta preocupante. Si el niño puntúa 74 en hiperactividad, vamos a considerar que está en zona clínica, que hay una alta sospecha de que pueda ser hiperactivo.

En cuanto a los problemas externalizantes, se va a considerar clínico, o muy externalizante, un niño que supere la PT 70. Lo mismo para los problemas internalizantes: más de 70 se va a considerar una puntuación de internalización ya clínica.

BREVE SÍNTESIS COMPARATIVA: CBCL ½-5 AÑOS (ACHENBACH Y RESCORLA, 2000) VS BASC (REYNOLDS Y KHAMPAUS, 2004)

A continuación sintetizamos, a partir de lo ya expuesto, la comparación CBCL 1 ½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000) vs BASC (Reynolds y Khampaus, 2004). La pretensión no es afirmar de forma objetiva o inapelable que una herramienta es mejor que la otra, sino ofrecer al clínico de atención temprana un mapa esquemático de los pros y contras de cada uno, para que el clínico decida su propia elección en función de sus necesidades asistenciales.

Vamos a sintetizar la comparación en relación a diferentes constructos, que resumimos en una tabla (tabla 1).

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Tabla 1. Comparación CBCL ½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000) vs BASC (Reynolds y Khampaus, 2004)

Table 1. CBCL 1½-5 years (Achenbach & Rescorla, 2000) vs BASC (Reynolds & Khampaus, 2004)

	CBCL ½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000)	BASC (Reynolds y Khampaus, 2004)	Recomendación de elección
Inicio edad de administración	1 ½ años	3 años	CBCL 1 ½-5
Capacidad para medir la conducta multidimensionalmente (sintomatología y habilidades adaptativas)	Sólo sintomatología	Sintomatología y Habilidades adaptativas	BASC
Facilidad para conversión a diagnósticos DSM	Sí escala de correspondencias con familias diagnósticas DSM-IV	No escala de correspondencias con familias diagnósticas DSM-IV	CBCL 1 ½-5
Evaluación problemática sueño	Sí posee escala de problemas del sueño	No posee escala de problemas de sueño	CBCL 1 ½-5
Evaluación de atipicididad	No posee escala de problemas de sueño	Sí posee escala de problemas de sueño	BASC
Empleo con padres con cognición media-baja, o con poca sensibilidad parental	Emplea escala Likhert de tan sólo 3 opciones, más sencilla para estos padres	Emplea escala Likhert de más opciones, 4, menos sencilla para estos padres	CBCL 1 ½-5
Empleo con padres con media-alta cognición o sensibilidad parental	Sus sólo 3 opciones Likhert limitan una mejor discriminación o jerarquización	Sus 4 opciones Likhert ayudan a una mayor discriminación o jerarquización	BASC
¿Permite anotar conductas al listado predefinido?	Sí	No	CBCL 1 ½-5
¿Permite preguntas abiertas para su análisis cualitativo?	Sí	No	CBCL 1 ½-5
Tiempo de administración	99 ítems.	130 ítems, algo más largo	CBCL 1 ½-5
Fiabilidad test-retest (promedio todas escalas)	No se poseen baremos españoles para la franja de edad estudiada (1½ -5 años)	0,85	BASC
Consistencia interna (rango de todas escalas evaluadas)	No se poseen baremos españoles para la franja de edad estudiada (1 1½-5 años)	0,61-0,91	BASC

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

CASO CLÍNICO

Por último os presentamos un caso clínico, atendido en un centro de atención temprana, en el que se emplearon ambos instrumentos.

El caso nos va a permitir pensar en la complementariedad de ambas herramientas en la clínica habitual.

Niño de 4 años y 6 meses en el momento de la solicitud de acogida, que presenta dificultades en la atención conjunta en la escuela. Refieren desde esta que muestra una conducta desregulada, con tendencia a la impulsividad. Este es el motivo de consulta por el cual derivan.

En la entrevista inicial de acogida, los padres se muestran preocupados por la conducta del niño. Señalan que ellos lo ven impulsivo e inatento. Dicen que "tiene una gran imaginación" y que en ocasiones "le hablas de una cosa, y te sale con otro tema. Como si le viniera a la cabeza algo que recuerda en ese momento, y que no viene a cuento con el tema del que estábamos hablando". Señalan que esto le pasa "desde siempre", "ya desde que tenía 3 años o menos".

Les pedimos algunos ejemplos.

Dicen que, por ejemplo, le "encantan las naves espaciales. Todo el día está hablando de naves, de viajes en el tiempo"

Dicen que con los otros niños "le cuesta jugar. No es que no quiera, pero parece como si tuvieran intereses muy diferentes. Él está en su mundo, en sus temas: naves, cohetes, planetas, el espacio en general".

Refieren que ya "desde los 3 años" mostraba "un gran interés" en las temáticas espaciales.

"Siempre fue un niño algo diferente a los demás, diferente de los hermanos mayores".

Aluden a que es un niño "inteligente", y la madre matiza "pero siempre y cuando le interese el tema".

Cuando indagamos por el desarrollo del lenguaje, los padres no notifican regresiones ni pérdidas comunicativas en un momento dado. Señalan que "ya de muy pequeñito, tenía un lenguaje muy rico para la edad. Empleaba a veces palabras, como muy sofisticadas, cosa que nos sorprendía". También señalan que "aprendió los números y las grafías de las letras ya de muy chico, sin que nosotros o la escuela le enseñaran".

En cuanto a su personalidad, verbalizan que es un niño "muy meticuloso". Dicen que "le irrita que le cambies ciertas cosas de sitio. Si es algo que le interesa lo controla mucho, tiene mucha memoria visual". Indican que "en cambio, si no le interesa, ni te escucha, como si estuviera en su planeta".

Tras la primera entrevista con los padres, a fines de recoger datos del desarrollo y del motivo de consulta, procedemos a varias visitas con el menor, acompañado de éstos. En las mismas empleamos observación de hora de juego, así como algunos instrumentos, entre ellos:

a. Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad (McCarhy, 2006)

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

b. Test de Apercepción Infantil con Figuras Animales (CAT-A) (Bellak y Bellak, 1966). En adelante nos referiremos a este test por su acrónimo.

c. Tras la administración de estos dos instrumentos, y en el caso del segundo de ellos con respuestas poco normativas o populares, decidimos complementar el estudio diagnóstico con la administración del CBCL 11/2-5 años Test de Apercepción Infantil con Figuras Animales (CAT-A) y del BASC (Reynolds y Khampaus, 2004), ambos en su versión de padres.

Ya en las respuestas al CAT-A (Bellak y Bellak, 1966) observamos particularidades del menor.

En primer lugar nos llama la atención la dificultad para escuchar al psicólogo. El niño se muestra en ocasiones como distraído, y hay que repetirle con frecuencia la consigna.

En general emplea un tono de voz bajo, el cúal en ocasiones cambia prosódicamente alternando el volumen.

En sus respuestas al CAT-A (Bellak y Bellak, 1966), destacan algunos elementos, que ordenamos por las láminas, citando parágrafos de sus respuestas que nos parecen clínicamente significativos.

Lámina 1. Algunas respuestas relevantes: "Son unos dinosaurios voladores, peteranodáctilos, un tipo de ave de tiempos antiguos. Están devorando algo. Y después se van con la nave espacial, y entran en un portal tridimensional, y aparece un agujero negro, que los tele-transporta a otras dimensiones".

Lámina 2. "Son unos hombre-lobo. Vampiros, que estiran las cadenas. Están en Júpiter. Y van a seguir estirando. Y luego vendrán unos alienígenas que les liquidarán. Y ya está"

Lámina 3. "Es un león. Está sentado. Lleva un bastón. Está e un trono. Es el rey. Y ahí un ratón, pequeño. El león le va a arrancar la cabeza, y le saldrá sangre, y después tomara su nave espacial, y va a hacer un viaje a otra galaxia. Y en la otra galaxia hay unos alienígenas. Y estos tienen armas más sofisticadas que las del león."

Láminas 4, 5 y 6. No hace alusiones relevantes.

Lámina 7. "Es un tigre. Se ha comido al mono. Era un mono de otro planeta, venía de un asteroide. El mono tiene un tyrannosaurus rex de mascota. Los tyrannosaurus con carnívoros. Y cogerá la nave. Y se tele-transportará".

Lámina 8. No dice nada relevante.

Lámina 9. Es el interior de una nave. Es una nave-barriga. La de su madre. Y la madre es un braquiosaurus. Un dinosaurio herbívoro, que vino a ese planeta. Y destruyó a todos los que vivían. Eran unos androides malos, y el braquiosaurus los aplastó. Y quedo el planeta desierto."

Lámina 10. Son dos hombres-perro. Llevan un traje espacial de perro, porque no son de este planeta. No les gusta la gente de este planeta. Ellos viven en otro planeta, con un anillo, en Saturno. Y ya está."

Tras el, como apreciará el lector, preocupante inicio, con respuestas bizarras a muchas de las láminas del CAT-A (Bellak y Bellak, 1966), y evidentes dificultades para mantener la atención y el contacto ocular constante con el psicólogo, éste decide entregar a los padres el CBCL 11/2-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000) y el BASC (Reynolds y Khampaus, 2004).

Visita posterior: resultados del CBCL 1½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000) y el BASC (Reynolds y Khampaus, 2004).

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Los perfiles de ambos padres resultan muy similares, con más de un 90% de concordancia entre escalas. Ambos se muestran con un discurso de preocupación similar. Por ello, a continuación, y a fines de resumir los datos, para una mayor claridad expositiva, exponemos únicamente los resultados en ambos instrumentos, de las respuestas de la madre.

El BASC (Reynolds y Khampaus, 2004) muestra las siguientes puntuaciones típicas en escalas clínicas: agresividad (80), hiperactividad (68), problemas de atención (83), atipicidad (95), depresión (90), ansiedad (94), retraimiento (71), somatización (67).

En cuanto a las escalas adaptativas puntúa en adaptabilidad 37, y en habilidades sociales 36, ofreciendo en dimensiones globales una puntuación en habilidades adaptativas

En relación a la Externalización e Internalización de problemas las puntuaciones son 78 y 79 respectivamente.

Sintetizando el perfil podemos señalar que se observan puntuaciones clínicas en: agresividad, problemas de atención, retraimiento, y (además muy altas) en depresión, ansiedad y atipicidad.

Por su parte, el perfil del CBCL 11/2-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000) muestra las siguientes puntuaciones T: reactividad emocional (74); ansiedad/depresión (91); quejas somáticas (65); retraimiento (73); problemas del sueño (95); problemas de atención (85) y conducta agresiva (79).

En cuanto a las escalas de Externalización e Internalización puntúa en ambas en zona clínica, con los siguientes valores T: 76 y 78 respectivamente.

Por otra parte, y atendiendo a las correspondencias con familias diagnósticas DSM-IV, observamos posibilidades múltiples, ya que puntúa en zona clínica en todas las familias diagnósticas: trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos graves del desarrollo, TDA o TDAH y Trastornos oposicionistas-desafiantes.

Así, y ante tantas correspondencias a la vez, debemos emplear nuestra pericia clínica, arropada por los perfiles del CBCL 11/2-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000) y el BASC (Reynolds y Khampaus, 2004) para delimitar una hipótesis diagnóstica a nivel categórico o sintomático.

De entrada observamos una similitud entre escalas clínicas similares de uno y otro instrumento.

En el caso del CBCL 1½-5 años (Achenbach y Rescorla, 2000) encontramos una gran aportación en la alta puntuación (clínica) en problemas del sueño. De esta forma, se sabe que los niños con trastornos del neuro-desarrollo, suelen presentar en su historia clínica alteraciones de los ciclos del sueño (los cuales generalmente son estudiados por los neuro-pediatras de los centros de atención temprana). Es conocido que alteraciones en relación a la secreción de melatonina cursan con estos trastornos. Ese es un dato interesante para nuestro caso, que nos aporta el CBCL 1½-5 (Achenbach y Rescorla, 2000) y no el BASC (Reynolds y Khampaus, 2004), dado que no posee esta escala.

En cambio, el BASC (Reynolds y Khampaus, 2004), nos aporta una intensísima puntuación en atipicidad. Eso nos hace pensar en un niño con respuestas bizarras, y encaja a la perfección con las extrañas respuestas que ofrece en el CAT-A (Bellak y Bellak, 1966). En ellas recordaremos que parece mezclar temas, evadirse en la fantasía perdiendo la temática-foco de la lámina.

En cuanto al retraimiento es alto en ambos instrumentos, pero el BASC (Reynolds y Khampaus, 2004) nos permite ver a su vez, que las habilidades adaptativas son bajas.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

De ahí, y aunque posea una alta tendencia a la ansiedad y depresión, empezamos a hipotetizar si esta no sería un efecto colateral de unas dificultades del desarrollo más globales, en la línea del trastorno del espectro autista –en adelante me referiré a él por su acrónimo, T.E.A- y cuadros similares.

La misma hipótesis hacemos para la agresividad y los problemas de atención. En ambos instrumentos observamos una alta agresividad, así como dificultades atencionales importantes. Todo ello se resume en una tendencia externalizadora también muy elevada y clínica. Pero nuevamente nos planteamos si estas dificultades atencionales no estarán formando parte de la "afectación social" propia de cuadros de T.E.A. A su vez se sabe que los niños con T.E.A. pueden presentar, además de valores elevados en internalización, valores altos en externalización, dadas sus dificultades en las funciones ejecutivas y en la capacidad mentalizadora para regular la conducta externalizante o la planificación motriz.

Tras esos perfiles, empezamos a plantearnos si no estaremos ante un cuadro de T.E.A., de tipo Asperger (denominación extinta actualmente en el DSM-V).

Nuestras hipótesis van a ser:

a. Alto retraimiento

b. Alta atipicidad: tanto en el BASC (Reynolds y Khampaus, 2004), como en las respuestas al CAT-A (Bellak y Bellak, 1966), y las descripciones de los padres de un niño con mucha imaginación en un sentido evasivo.

c. Bajas habilidades adaptativas

d. Presencia de síntomas colaterales a un posible T.E.A., como alta ansiedad y bajo estado de ánimo, o dificultades para regular atención y conducta externalizante

e. Los padres describen que aprendió los números y letras ya de pequeño, y en las Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad (2006), no se observan dificultades aptitudinales, que es uno de los requisitos del extinto Síndrome de Asperger.

f. A su vez, presenta un desarrollo del lenguaje normativo, con riqueza de vocabulario. Nuevamente en el extinto Síndrome de Asperger se exigía que el lenguaje hubiera seguido un curso clínico normativo.

Tras eso, procedemos a observación en hora de juego diagnóstico, donde destaca:

a. El niño únicamente juega con un avión de la caja de juegos. Su temática es el espacio, los cohetes, etc

b. Cuesta seguir su discurso. Va saltando de un tema al otro

c. Cuando se le ofrecen otros materiales lúdicos, los rechaza, presentando un interés masivo en el avión y las historias espaciales.

Tras esta visita propusimos a los padres la administración del test ADOS-2. Escala de observación para el diagnóstico del autismo-2 (Lord, Rutter, DiLavore, Risi, Gotham y Bishop, 2015) el cual, en su módulo 2, ofreció las siguientes puntuaciones: Afectación Social: 7; Comportamiento Restringido-Repetitivo: 2. Total 9, y por tanto ya dentro del T.E.A.

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT (EE.UU): University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Bellak, L y Bellak, S. S. (1966). *Test de Apercepción Infantil con Figuras Animales (CAT-A).* Buenos Aires: Proyectivas Peker.

Goodman, R. (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38,* 581-586.

de la Osa, N., Ezpeleta, L., y Navarro, B. (1997). Adaptación y baremos del Child Behavior Checklist (CBCL/2-3) para preescolares españoles: Resultados preliminares. *Ciencia Psicológica*, *4*, 19-31.

Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K. y Bishop, S. L. (2015). *ADOS-2. Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - 2. Manual (Parte I): Módulos 1-4.* Madrid: TEA Ediciones Departamento de I+D. (Orig. 2012).

Malow, B., Adkins, K. W., McGrew, S. G., Wang, L., Goldman, S. E., Fawkes, D y Burnette, C. (2012). Melatonin for sleep in children with autism: a controlled trial examining dose, tolerability, and outcomes. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42*(8), 1729-37. doi: 10.1007/s10803-011-1418-3

McCarthy, D. (2006). *Adaptación Española de las Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para niños (MSCA).* Madrid: Departamento I+D de TEA Ediciones, S.A. (Org. 1970).

Reynolds, C. R., y Khampaus, R. W. (2004). *BASC. Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes*. Madrid: Departamento I+D de TEA Ediciones, S.A. (Org. 1992).

Wirojanan, J., Jacquemont, S., Diaz, R., Bacalman, S., Anders, T. F., Hagerman, R. J. y Goodlin-Jones, B. L. (2009). The efficacy of melatonin for sleep problems in children with autism, fragile X syndrome, or autism and fragile X syndrome. *Journal of Clinical and Sleep Medicine*, *5*(2), 145-50

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. ISSN: 1575-5967

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

Nº 67 - 1º semestre 2019

LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD EN LA ADOLESCENCIA: EMERGENTES DE UN GRUPO PSICOTERAPEÚTICO CON ADOLESCENTES EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL
Marina Esparza Barandiaran, María Carnicer Castaño y Rocío Hermosillo Torres.....5

LAS VICISITUDES DE LA IDENTIDAD FEMENINA DESDE LA INFANCIA A LA ADOLESCENCIA
Carmen Morales García.....13

OVODONACIÓN: LA IMPORTANCIA DE LOS ORÍGENES. MÁS ALLÁ DE LO BIOLÓGICO
Sabina del Río Ripoll.....31

FRACASO DE UNA ADOPCIÓN. OTRA HISTORIA ES POSIBLE
Genoveva Bustillo Gálvez y Edith Bokler Obarzanek.....39

TIEMPOS DIFÍCILES PARA LA IDENTIDAD
Ana Elúa Samaniego, Cristina Catalina Fernández, Isabel Reyes de Uribe Zorita y Laura Carballeira Carrera.....51

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA RE-CONSTRUCCIÓN DE LA HISTORIA VITAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ADOPTADOS EN UNA UNIDAD TERAPEÚTICA EDUCATIVA
Itxaso Santamaría Sanz y Ana Fernández Cagigas.....61

¿POR QUÉ SE SIENTEN CULPABLES LAS MADRES?
Isabel Reyes de Uribe Zorita, Ana Elúa Samaniego y Cristina Catalina Fernández.....75

SINTOMATOLOGÍA INTERNALIZANTE EN LA INFANCIA Y CORRELATOS PRELIMINARES CON APEGO Y TERORÍA DE LA MENTE
Jaione Onaindia Rodríguez, Ana Estévez Gutiérrez, Oihana Beitia Anduaga, Idoia Clemente Ozamiz y Arrate Emaldi Pereira.....85

PSICOLOGÍA CLÍNICA PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL GENERAL: FUNCIONAMIENTO Y DESCRIPCIÓN DE UNA UNIDAD
Isabel Cuéllar Flores.....93

LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD CORPORAL EN LA ETAPA PERINATAL. REFLEXIONES DESDE LA CLÍNICA
Mónica Avellón Calvo, Carmen Gutiérrez Serrano y Beatriz Sanz Herrero.....103

FENÓMENO TERESHKOVA. MIGRANTES EN PROCESO DE REAGRUPACIÓN FAMILIAR
Saray Arozena Alberdi y María José Alberdi Espinosa.....127

GRUPOS DE INTERVENCIÓN INICIAL BREVE
M Balcells, I. Bobadilla, L. M. González, C. Montañès, N. Reyes, M. D. Rifà, M. P. Romero, T. Ribalta y V. Rives.....135

"EL NIÑO NO QUIERE COMER". "MAMÁ ES TONTA PELADA"
Angélica Esteban Arroyo.....139

PARENTALIDAD EN PROGENITORES CON TRASTORNO MENTAL Y PROTECCIÓN DE LA INFANCIA
Alicia Delgado Campos y Rafael Delgado Campos.....155

LA MATERNIDAD EN LAS ADOLESCENTES ADOPTADAS. REFLEXIÓN TEÓRICA Y EJEMPLOS CLÍNICOS
Soledad Jorge Serra y Ana Rubio Fernández.....165

ESTAMOS HECHOS DE ESTRELLAS: ENTRE ADOPCIÓN E IDENTIDAD
Manuela Stucchi.....181

COMPARACIÓN CLÍNICA Y PSICOMÉTRICA DEL BASC Y EL CBCL 11/2-5. REFLEXIONES SOBRE LA UTILIDAD DE AMBOS INSTRUMENTOS EN ATENCIÓN TEMPRANA
Jesús Ramón Molina Vizcaíno.....189

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA 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.)