Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

RUBÉN D. GUALTERO	• De la adolescencia hacia la edad adulta en una sociedad de cambios acelerados
ASUNCIÓN SORIANO SALA	• La psicoterapia en el proceso de transición hacia la adolescencia
M.ª ESTHER DÍAZ RODRÍGUEZ	• Ábrele la puerta al día
DANIEL CRUZ SERGIO HERRERA	• Terapéutica institucional en el abordaje de un trastorno grave de la conducta
SUSANA VILLANUEVA SUÁREZ	• Intervención psicoterapéutica en un caso de oncología pediátrica75
YOLANDA CARBALLEIRA RIFÓN	• Un amor narcisista de un padre hacia su hijo
ANTONIO GALÁN RODRÍGUEZ SONIA ROSA VALLEJO JOSÉ SERRANO SERRANO	• Lo clínico y lo social: dos lecturas ¿complementarias?
SARA TERÁN SEDANO PAULA LAITA DE RODA M.ª ÁNGELES MÁRQUEZ NAVARRO JULIA AYALA PERALES PALOMA ORTIZ SOTO	• La demanda de atención psiquiátrica infantil en el contexto de un programa de violencia de género
SILVIA DEL CASO CENTENO FERNANDO GONZÁLEZ SERRANO	• Los retos de la adolescencia. Ansiedad de separación y somatización: a propósito de un caso clínico
DANIEL MARTÍN BAYÓN	• Trastornos psiquiátricos graves en la adolescencia (experiencia en hospital de día tipo comunidad terapéutica)
MAITE PIÑEIRO JERICO	• El espacio de transición de Marilín
LUIS LEÓN	• Presentación de caso clínico: “Mi hijo no anda, corre”
GENOVEVA BUSTILLO GÁLVEZ	• Evolución de un niño con trastorno mental severo en el marco de un hospital de día

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

SEPYPNA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Castilla-La Mancha

N.º 47 - 2009

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

N.º 47
1.er semestre
2009

Gualtero, Rubén D.
Soriano Sala, Asunción
Díaz Rodríguez, M.ª Esther
Cruz, Daniel
Herrera, Sergio
Villanueva Suárez, Susana
Carballeira Rifón, Yolanda
Galán Rodríguez, Antonio
Rosa Vallejo, Sonia
Serrano Serrano, José
Terán Sedano, Sara
Laita de Roda, Paula
Márquez Navarro, M.ª Ángeles
Ayala Perales, Julia
Ortiz Soto, Paloma
Del Caso Centeno, Silvia
González Serrano, Fernando
Martín Bayón, Daniel
Piñeiro Jerico, Maite
León, Luis
Bustillo Gálvez, Genoveva

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

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

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

Depósito Legal:
BI-1.383-95

ISSN: 1575-5967

Edita:
Sociedad Española
de Psiquiatría y
Psicoterapia del Niño
y del Adolescente.

Imprime:
Berekintza, S.L.
Heros, 7
48009 Bilbao

Director:
Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Directora adjunta:
Ainara González Villanueva

Comité de Redacción:
Agustín Béjar Trancón (Badajoz)
Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)
Pablo García Túnez (Granada)
Carmen González Noguera (Las Palmas)
Fernando González Serrano (Bilbao)
Juan Manzano Garrido (Ginebra)
Cristina Molins Garrido (Madrid)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
Ángeles Torner Hernández (Madrid)

Consejo editorial:
Fernando Cabaleiro Fabeiro
Marian Fernández Galindo
Alberto Lasa Zulueta

Evaluadores externos:

Dr. Francisco Palacio-Espasa (Ginebra).
Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente Universidad de Ginebra.

Dr. Miguel Cherro Aguerre (Montevideo).
Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente Universidad de Montevideo.

Dra. Paulina F. Kernberg (New York) †.
Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Universidad de Cornell. New York.

Dr. Bernard Golse (París).
Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente Universidad René Descartes - París V.

Dr. Philippe Jeammet (París).
Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Universidad de París VI.

Envío ejemplares atrasados:
Secretaría Técnica
C/. Monte Esquinza, 24-4.º izqda.
Madrid 28010
Telf./Fax: 91 319 24 61

Información y envíos de artículos:
Manuel Hernanz Ruiz
Heros, 19-6.º D
48009 Bilbao
mhernanz@cop.es

www.sepypna.com

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

RUBÉN D. GUALTERO	De la adolescencia hacia la edad adulta en una sociedad de cambios acelerados	5
ASUNCIÓN SORIANO SALA	La psicoterapia en el proceso de transición hacia la adolescencia	35
M.ª ESTHER DÍAZ RODRÍGUEZ	Ábrele la puerta al día	53
DANIEL CRUZ **SERGIO HERRERA**	Terapéutica institucional en el abordaje de un trastorno grave de la conducta	65
SUSANA VILLANUEVA SUÁREZ	Intervención psicoterapéutica en un caso de oncología pediátrica	75
YOLANDA CARBALLEIRA RIFÓN	Un amor narcisista de un padre hacia su hijo	85
ANTONIO GALÁN RODRÍGUEZ **SONIA ROSA VALLEJO** **JOSÉ SERRANO SERRANO**	Lo clínico y lo social: dos lecturas ¿complementarias?	93
SARA TERÁN SEDANO **PAULA LAITA DE RODA** **M.ª ÁNGELES MÁRQUEZ NAVARRO** **JULIA AYALA PERALES** **PALOMA ORTIZ SOTO**	La demanda de atención psiquiátrica infantil en el contexto de un programa de violencia de género	125
SILVIA DEL CASO CENTENO **FERNANDO GONZÁLEZ SERRANO**	Los retos de la adolescencia. Ansiedad de separación y somatización: a propósito de un caso clínico	133
DANIEL MARTÍN BAYÓN	Trastornos psiquiátricos graves en la adolescencia (experiencia en hospital de día tipo comunidad terapéutica)	151
MAITE PIÑEIRO JERICO	El espacio de transición de Marilín	163
LUIS LEÓN	Presentación de caso clínico: “Mi hijo no anda, corre”	181
GENOVEVA BUSTILLO GÁLVEZ	Evolución de un niño con trastorno mental severo en el marco de un hospital de día	189

N.º 47 2009 - 1.er semestre

Revista incluida en la base de datos bibliográficos del CSIC y en LATINDEX.

Publicación semestral dirigida a los 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, planteando desde un punto de vista psicoanalítico, actualizaciones teóricas tanto conceptuales como descriptivas de cuadros psicopatológicos, presentación de actuaciones clínicas, y debates sobre las situaciones actuales referidas a este campo.

Sistema de selección de los originales

- Publicación de ponencias presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.).
- Selección de comunicaciones presentadas en los congresos de S.E.P.Y.P.N.A.
- Conferencias.
- Aportaciones libres.

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

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYPNA

Presidente:	Juan Manzano Garrido (Ginebra)
Vicepresidenta-tesorera:	Cristina Molins Garrido (Madrid)
Vicetesorero:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Secretaria:	Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Vicesecretaria:	Ángeles Torner Hernández (Madrid)
Vocales:	Agustín Béjar Trancón (Badajoz) Leticia Escario Rodríguez (Barcelona) Pablo García Túnez (Granada) Carmen González Noguera (Las Palmas) Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
Responsable de Publicaciones:	Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

DE LA ADOLESCENCIA HACIA LA EDAD ADULTA EN UNA SOCIEDAD DE CAMBIOS ACELERADOS*

Rubén D. Gualtero**

RESUMEN: Que vivimos una época de cambios acelerados es algo difícilmente cuestionable, de la misma manera que la adolescencia es un momento de gran trascendencia en el ciclo de la vida. El artículo trata sobre esta interrelación adolescencia-sociedad actual, haciendo especial énfasis en tres aspectos: la mercantilización del cuerpo, las trasformaciones en el ámbito familiar y el acceso al mundo laboral. Finaliza planteando algunos riesgos en este proceso de transición.

Palabras clave: adolescencia, sociedad postindustrial, cuerpo, familia, mercado laboral.

ABSTRACT: FROM ADOLESCENCE TO ADULTHOOD IN A SOCIETY OF ACCELERATED CHANGE. That we live in an age of accelerated change is quite unquestionable, in as much as adolescence is a moment of great transcendence in the life cycle. This paper deals with the interrelationship between adolescence and current-day society, emphasizing on three aspects: the commercialisation of the body, transformations in the family and the access to labour. The paper finally points out certain risks associated to this process of transition.

Keywords: adolescence, post-industrial society, body, family, labour market.

---

* Ponencia presentada en el XXI Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Períodos de transición en el desarrollo e intervenciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Almagro del 17 al 18 de octubre de 2008.

** Sociólogo. Responsable del Departamento de Estudios y Publicaciones de la Fundació Orienta. Coordinador de redacción de la *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del Adolescente.*

Correspondencia: recerca@fundacioorienta.com

Lo que me sorprende al volver la vista a mi juventud e incluso a mi adolescencia es la enorme rapidez con la que se cree estar de vuelta de lo fundamental y con la que incluso se niega lo fundamental.

Chesterton (2003, p. 101)

INTRODUCCIÓN

Antes que nada quisiera señalar que los jóvenes, la adolescencia en general, y su tránsito hacia la edad adulta, ha sido objeto de atención y polémica ya desde épocas remotas, además de uno de los momentos más señalados en el ciclo de la vida de los grupos humanos, tal como lo ponen de manifiesto los estudios etnográficos que documentan la presencia de los ritos de paso, en pueblos, culturas y latitudes muy diversas. Por tanto una primera consideración es que no es para nada un tema nuevo, al contrario, se trata de un hecho y una vivencia importante no solo a nivel general sino en la vida de cada uno de nosotros. Seguramente de muchas cosas podemos olvidarnos, pero costaría entender que alguien no tuviera ningún recuerdo de su adolescencia.

El otro aspecto que quisiera destacar, y sobre el que centraré este trabajo, es que si bien no estamos ante un tema novedoso, sí que hay algo muy significativo en el "mundo de la vida" –en el sentido del *lebenswel* hursseliano– en el que les ha tocado crecer. Así, y a diferencia de cualquier otra época de la historia, nunca como hasta ahora la sociedad en su conjunto, y especialmente el mundo occidental, ha experimentado una serie de cambios en un periodo de tiempo tan corto. Hace unos cuantos días en un informe sobre urbanismo se comentaban que en las últimas décadas, sí, décadas, se había construido más que desde la prehistoria hasta este momento. Es posible que haya algo de exagerado en esa afirmación pero, seguramente, todos recordarán la aparición de los primeros teléfonos móviles, pesados, aparatosos y con unas funciones básicas. Pues bien, ahora son ligeros, ágiles y con múltiples prestaciones, y todo esto en pocos años. Y así podríamos multiplicar los ejemplos ya sea en relación con internet, las aplica-

ciones informáticas, la biotecnología, la neurofisiología, la robótica; en definitiva, nos asombraríamos de los enormes cambios que se están sucediendo de forma vertiginosa en cualesquiera de los ámbitos que constituyen la llamada sociedad postindustrial.

Y no se trata únicamente de cambios tecnológicos, también asistimos, diría que con cierta perplejidad, a profundas transformaciones en otros ámbitos como pueden ser la vida familiar, laboral, de las relaciones interpersonales, consumo de masas, etc. Es decir, a diferencia de otras épocas, la adolescencia como un momento de la vida marcado por las transformaciones –corporales y morfológicas–, desprendimientos, búsquedas –de identidad y autonomía–, de incertidumbres y grandes anhelos (Aberastury et al, 1984; Kaplan, 1986, Hogan and Astone, 1986), tiene como marco de referencia un mundo en el que "conceptos como ambivalencia, borrosidad, contradicción, perplejidad, etc. cobran importancia, una importancia que con los cambios radicales parece crecer sin pausa" (Ulrich Beck, 2000, p. 29).

La pregunta que surge es cómo crecer en estas circunstancias. Por supuesto que no tengo la respuesta y dudo que se pueda tener en su totalidad. Lo que sí podemos es intentar analizar algunos aspectos de la relación adolescencia-sociedad actual; relación de profunda y mutua imbricación, que en cada momento histórico ha marcado el tránsito hacia la adultez.

Para ello, haremos referencia a tres cuestiones que nos parecen características de nuestra época y que, sin duda, están condicionando –para bien o para mal– la vida y el modo de construirse de los jóvenes de hoy día. En primer lugar hablaremos de la mercantilización del cuerpo joven y la fascinación que produce entre los adultos. En segundo lugar de "familias particulares" o "esas familias modernas tan complicadas, donde todo el mundo llama a todo el mundo por el nombre de pila" (Coetzee, 2005, p. 46). Y, por último, de las relaciones de los jóvenes con el mundo laboral y sus dificultades de emancipación.

MERCANTILIZACIÓN Y FASCINACIÓN DEL CUERPO JOVEN

Pocas veces como en la época actual la imagen del cuerpo ha estado tan presente en todos los ámbitos de la vida cotidiana. Se trata de una presencia invasiva y constante que poco a poco ha ido conformando un dictado del cual difícilmente se puede estar al margen y que afecta, sobre todo, a los jóvenes y a los adultos. A los jóvenes, por la enorme necesidad que tienen de sentirse aceptados, y que supone, para la mayoría, seguir los patrones de la moda que, a su vez, suelen ser los aceptados por sus iguales (Giodarno, 2003). El otro grupo son los adultos, especialmente, los más viejos, un colectivo cada vez más numeroso e importante desde el punto de vista de la mercadotecnia. En este caso, la consigna es conseguir un "cuerpo joven" que suplante al "cuerpo real" en el que se ha hecho, se está haciendo o se teme que se haga evidente, el deterioro causado por el paso de los años y que, por lo mismo, es objeto de rechazo y de ocultación.

El cuerpo, que cautiva a los jóvenes y a los que no lo son tanto, tiene unas características determinadas y responde, básicamente, al canon siguiente: un individuo blanco, atlético –o delgada si es una mujer– y bello. En ningún otro momento como hasta ahora se ha visto y reproducido una figura tan prototípica; es decir, como modelo que se tiende a imitar y, a su vez, como un cuerpo "modelado" a base de esfuerzo, dietas y gimnasio. En cualquier caso es una imagen –ideal– que contrasta con todos aquellos cuerpos "desgarbados" por la pubertad, lo que genera más de un desengaño y preocupación. Como dice Lasa, aludiendo a estas vivencias, son "cuestiones que pueden apasionar y fascinar al adolescente, pero también obsesionarle, angustiarle y aterrorizarle" (2003, p. 55).

A fin de profundizar brevemente en los dos aspectos que acabamos de plantear –por un lado, el carácter invasivo y omnipresente y, por otro, su papel hegemónico– haremos un pequeño recorrido por la historia del cuerpo. En este sentido llama la atención el poco interés que el cuerpo ha despertado entre los estudiosos de las diferentes disciplinas sociales, especialmente entre los historiadores. Más aún, los textos que

hablan de la vida y las costumbres en épocas pretéritas están centrados fundamentalmente en los adultos, con lo cual las referencias a la infancia y más concretamente a la juventud son todavía más escasas. Al preguntarse, "¿Por qué no se habla del cuerpo en la Edad Media?", Le Goff y Truong responden: "Porque constituye una de las grandes lagunas de la historia, un gran olvido del historiador. La historia tradicional, en efecto, estaba desencarnada. Se interesaba por los hombres y, accesoriamente, por las mujeres. Pero casi siempre sin cuerpo. Como si la vida de éste se situara fuera del tiempo y del espacio, recluida en inmovilidad presumida de la especie" (2005, p. 11).

En este sentido, sabemos poco de la vida de los niños y los adolescentes en la antigüedad (Potsman, 1994, p. 25); sin embargo, lo que sí ha trascendido y pervive hasta nuestros días es el cuerpo joven *(Kurós*[1]*)* como modelo "escultural" de la figura humana, cuyo "reino de la belleza" (Gombrich, 2003) alcanzó su máximo esplendor durante la Grecia clásica. Aparte de este ideal artístico, en la vida social y cotidiana su presencia fue mucho menos relevante, pues el saber, la autoridad y el poder, lo ejercían las personas adultas, fundamentalmente los hombres. El deporte y, sobre todo, el campo de batalla constituyeron, pues, los lugares apropiados para el lucimiento del cuerpo joven en el mundo grecorromano[2].

En la Edad Media se asiste a un hundimiento de las prácticas corporales y a la supresión o relegación de los lugares del cuerpo de la Antigüedad pero, "paradójicamente, este se convierte en el corazón de la sociedad medial" (Le Goff y Truong, 2005, p. 31), especialmente a partir del discurso –punitivo y

[1] Kurós que significa "hombre joven" es la típica estatua de una figura masculina desnuda de pie, mirando hacia delante, con el peso repartido entre las dos piernas.

[2] Como señala A. Iriarte, "es cierto que por desnudez masculina no puede entenderse una exhibición del cuerpo en su estado "natural", pues su ámbito es el gimnasio, donde el joven se educa dedicando una buena parte de la jornada a modelar la figura que dará cuenta de sus cualidades de ciudadano, es decir, de sus buenas actitudes para la defensa de la patria y para la vida en sociedad. Teniendo en cuenta este aspecto "cultural" del cuerpo del hombre se entiende que la representación del desnudo masculino equivalga a la de la mujer artificiosamente ataviada" (1990, p. 30).

ascético– que introduce el cristianismo. Desde entonces y hasta hace pocos años, el joven pasa a ser ante todo objeto de control –en el sentido actual del término– más que de admiración, especialmente por los "peligros de la carne" que se acentúan durante esta etapa de la vida. Es interesante resaltar cómo ideas y prácticas relacionadas con el cuerpo y la sexualidad han pervivido y nos resultan familiares a pesar de los cambios que sobre su "construcción" se han ido sucediendo a lo largo de la historia (Foucault, 1978 y 1987, 1980).

No obstante la diversidad de opiniones, posiblemente no es hasta el s. XVIII que se pueda hablar de la "aparición" o "invención" de la infancia, en el mundo Occidental, y hasta la revolución industrial cuando se empieza a considerar la adolescencia como un momento, entre la infancia y la adultez, destinado a la formación de aquellos que se han de incorporar a un nuevo "mercado" de trabajo, cada vez menos rural y con necesidad de una mano de obra especializada (Diverio, 2004, p. 121). Sin ánimo de entrar en la polémica sobre el origen del constructo adolescencia –por otro lado ajeno a la perenne rotundidad con que emerge la pubertad biológica y el cortejo de cambios que lleva aparejada–, lo cierto es que desde los inicios de la modernidad hasta nuestros días, todo lo relacionado con "la infancia" y "la juventud" no ha parado de consolidarse, manifestarse y penetrar diferentes órdenes de la vida social: desde las primeras leyes encaminadas a la protección y defensa de la infancia, hasta la actual preocupación por el papel didáctico de los juguetes, la programación televisiva, la alimentación, etc. En un periodo relativamente corto, además de una ingente producción normativa, la preocupación por el niño y el joven ha llevado a la creación de nuevas especialidades –médicas, psicológicas, docentes– como también de dispositivos asistenciales –ambulatorios y de internamiento–, educativos –aulas especiales y centros de reeducación–, penitenciarios, recreativos, además de una importante producción teórica desde las ciencias sociales (Castells, 1980; Foucault, 1990; Giddens, 1994).

Por tanto, si hasta hace relativamente pocos años los adolescentes han permanecido en la sombra –con excepción del

mundo griego que le otorgó un cierto lugar de privilegio–, asistimos a una exaltación de la juventud, especialmente a través del culto al cuerpo –hermoso, perfecto– y el rechazo a cualquier signo o síntoma de envejecimiento. Pocas veces como hasta ahora el cuerpo del joven había estado tan presente en el imaginario social y asumiendo el protagonismo de la figura humana, erigiéndose no solo en el espejo en el cual se han de fijar todas las miradas, sino también en el "ideal" al que los adultos de cualquier edad han de aspirar a lo largo de la vida. Pero no es simplemente un ideal físico el que se ha de perseguir, no solo el cuerpo "ha de ser joven", también se ha de mantener joven el "espíritu", el "alma", sobre todo –y no únicamente– cuando se va haciendo evidente el deterioro de los años que la ortopedia médica no puede paliar del todo. Como planteamiento para el nuevo milenio, en el suplemento de una revista dedicada a un público masculino joven, en su editorial decía:

> «Al grito silencioso de "intenta estar bien!" os invitamos a conocer el lenguaje de vuestro cuerpo, y a moveros con comodidad dentro de él. Por qué no rechazar las prisas y los malos rollos con un cóctel muy masculino: una parte de deporte, dos de alimentación saludable, otra de sensibilidad a flor de piel, tres de aprendizaje de los olores y las texturas, unas gotas de introspección para acumular energías positivas. Y en un vaso largo bebamos lentamente. Recordando, como dijo ese tipo de sabio que "hoy es el primer día del resto de tu vida". No dejemos que nadie nos estropee la fiesta» (GQ, 2000, p. 4).

Nos encontramos pues, que ante esta presencia hegemónica del cuerpo joven –en algunos casos cada vez de menor edad–, difícilmente los chicos o chicas podrán sustraerse a la imagen que va asociada a la mayoría de los productos de consumo cotidianos –ropa, alimentación, cosmética–. Es verdad que no todo el mundo tiene las mismas posibilidades de acceder a según qué productos, pero lo que casi siempre tienen presente es la imagen que acompaña a la mercancía.

> «Me encantaba mirar los anuncios de cigarrillos que aparecían en *Time*, *Newsweek* y *Life*. Los hombres *Malboro*

> a caballo, las mujeres que fumaban *Virgina Slims* con su ropa interior victoriana, bajo el lema publicitario: "¡Has recorrido un largo camino, muchacha!", y las chicas *Salem*, sanas, de pelo oscuro, vestidas con tejano, paseándose con unos muchachotes bronceados y musculosos. Las mujeres reían mientras apuntaban con una manguera a los hombres. Eran americanos limpios, sanos, amantes de la diversión, con aliento a menta. Yo miraba con atención aquellos dioses modernos, procurando captar cada detalle del movimiento de sus cuerpos. Blancos, extranjeros, pero al alcance de mi mano en la página» (Vakil, 2000, p. 116).

El que habla es el protagonista de la novela *El chico de la Playa,* del escritor hindú A. Vakil, un muchacho a punto de entrar en la pubertad. Como se puede ver estamos ante una descripción que destaca unas figuras que se perciben como ideales y que, sin embargo, en muchos casos no se asemejan con el cuerpo real que se posee. Podemos suponer que se trata de una vivencia como mínimo contradictoria para quienes andan en la nada fácil tarea de construir su representación corporal, su propia identidad. Por supuesto que este hecho no supone la causa de todos los males que pueden padecer en la actualidad los adolescentes y, probablemente, para muchos de ellos y ellas tampoco es un problema, pero en cualquier caso es algo a tener presente, ya que:

> "En ningún otro tipo de sociedad de la historia ha habido tal concentración de imágenes dentro de mensajes visuales"… "Estamos tan acostumbrados a ser los destinatarios de estas imágenes que apenas si notamos su impacto total. Una persona puede notar una imagen concreta o cierta información porque corresponda a algo que les interese especialmente en ese momento. Pero aceptamos el sistema global de imágenes publicitarias como aceptamos el clima. Por ejemplo, el hecho de que esas imágenes sean cosa del momento pero hablen del futuro producen un extraño efecto que, sin embargo, ha llegado a sernos tan familiar que apenas si lo notamos" (Berger, 2005, pp. 43-144).

Si tenemos en cuenta lo dicho hasta ahora, resulta que, además de ser el cuerpo joven y "perfecto" el único patrón válido que se exhibe y se ofrece como objeto de "deseo" –tanto desde el punto de vista físico como del imaginario social– resulta que es el mismo en el que se fijan –y cautiva– a los adultos. Es como si, al buscar las figuras adultas de referencia, los adolescentes se encontraran que éstas reproducen su propia imagen. En unos momentos de confusión e inseguridad como es la pubertad y la adolescencia, cabría preguntarnos si esta indiferenciación facilita el crecimiento. Más aún, ¿puede un "postadolescente"[3] –que en muchos casos su máxima pretensión es no dejar de serlo– ayudar a aquel o aquella adolescente que pretende o busca la manera de ser adulto?

Una de las paradojas que vivimos en nuestra sociedad es que mientras por un lado se alaba y magnifica la juventud de forma que se estandariza como prácticamente el único "estilo de vida"[4] (Giddness 1994, p. 106), resulta que se clama, cada vez con más insistencia, la falta de referentes claros que ejerzan de adultos. Por supuesto que no se trata de añorar viejos modelos adultrocráticos o de figuras al estilo del "padre padrone", sino de dar lugar, hacer posible, unas relaciones coherentes en las que los adultos –sin más eufemismos– se sientan a gusto con su cuerpo y su forma de vida y los adolescentes puedan ser lo que son, encontrar su lugar, "vivir su tiempo", sin sentirse presionados ni proyectados en un mundo que no es el suyo y que han construido –y usurpado– los adultos para su propio beneficio, no solo económico. Contrariamente a lo que puede parecer, llama la atención el esfuerzo que han de llevar a cabo los adolescentes para poderse diferenciar, huir de un modo de vida ("juvenil") que no ven como propio, para zafarse de la uniformidad a la que poco a poco, viejos y jóvenes, son convocados por el mercado. "No pretenderás que lleve unos

[3] Sobre la prolongación de la adolescencia consultar un breve pero interesante artículo de René Bendit (2006).

[4] Entendido en la línea que le otorga este autor, quien considera que "en las condiciones de la modernidad reciente todos nosotros nos atenemos a estilos de vida, pero además, en cierto sentido, nos vemos forzado a hacerlo (no tenemos más elección que elegir).

vaqueros roñosos como los tuyos", decía un adolescente ante la recriminación que le hace su padre por usar pantalones vaqueros rotos y enseñar los calzoncillos.

Para decirlo de forma muy genérica: es un momento en el que a diferencia de épocas anteriores, tienden a desaparecer "etapas" del ciclo vital para concentrar el protagonismo en la juventud o, como mucho, en los adultos a condición de que sean "jóvenes". Se trata pues, de "una sociedad finalmente convertida en adolescente", para usar la expresión de Finkielkraut[5] (1987).

Si la tendencia es, como señalaba el filósofo francés, a la indiferenciación de otras "formas de vida", en pro de un estilo "siempre juvenil", el resultado es que aquellos que no se adapten a este patrón, tienen muchas probabilidades de ser progresivamente ocultados o estigmatizados. De forma sutil o más directa –como pueden ser los requisitos que se han de cumplir para poder acceder a determinados puestos de trabajo– lo cierto es que estamos ante un fenómeno de mayor envergadura que la idea bastante generalizada que pretende delimitar la cuestión de la apariencia y del uso social del cuerpo al "mundo de la moda y la publicidad", exclusivamente. Se trata, por tanto, de una situación ciertamente compleja y que impregna otros ámbitos de la vida y del funcionamiento social de nuestros días.

En este sentido, cada vez se percibe con mayor claridad cómo la lucha por la liberación del cuerpo y la sexualidad y su apropiación por parte de los individuos –frente al control que a lo largo de la historia han ejercido diferentes instancias de poder (político, religioso-pastoral), sus discursos y "miradas" (médica, psiquiátrica, pedagógica, jurídica)– está siendo desplazada y progresivamente asumida por el poder económico, gracias a la mundialización del capitalismo (Sennett, 2000; Touraine, 2005), y la búsqueda de la felicidad *(paradójica)* que promete el hiperconsumo (Lipovetsky, 2006).

---

[5] Si bien me parece una expresión acertada, no considero lo mismo sus argumentos porque además de un cierto regusto a que cualquier tiempo pasado fue mejor, en algunos casos achaca a los jóvenes toda una serie males que, más bien, son ellos los que los padecen.

FAMILIAS PARTICULARES

Hablaremos a continuación sobre lo que podríamos denominar "la cuestión familiar", algo que sin duda está a la orden del día ya sea a través de estudios empíricos, análisis teóricos hasta una importante producción de libros de ayuda y autoayuda relacionados con la crianza y el hecho de ser padres. Parentalidad, estilos parentales, el declive u ocaso del padre, las nuevas familias, son algunos de los aspectos que están siendo objeto de debate y que nos hablan de las transformaciones que se están produciendo hoy.

Se trata, pues, de una temática compleja y con implicaciones que pueden ir desde lo estrictamente doméstico y cotidiano hasta aspectos de orden normativo-judicial, pedagógico-clínico-asistencial, socio-económico, etc. En este caso, lo que intentaremos desarrollar tiene un horizonte más modesto y se propone, básicamente, abordar los cambios que en los últimos tiempos, se han ido produciendo en: I) la estructura o configuración de la llamada "familia tradicional", II) en las relaciones de pareja, y III), en las relaciones paterno-filiales. Por supuesto que son aspectos que están íntimamente relacionados y que plantear y desarrollarlos de forma aislada sólo tiene una pretensión puramente práctica.

> "De todas las instituciones que hemos heredado del pasado –decía Bertrand Rusell, el año 1939–, *ninguna está en la actualidad tan desorganizada y mal encaminada como la familia*. El amor de los padres a los hijos y de los hijos a los padres puede ser una de las principales fuentes de felicidad, pero lo cierto es que en estos tiempos las relaciones padres e hijos son, en el 90 por ciento de los casos, una fuente de infelicidad para ambas partes, y en el 99 por ciento de los casos son una fuente de infelicidad para al menos una de las dos partes. Este fracaso de la familia, que ya no proporciona la satisfacción fundamental que en principio podría proporcionar, es una de las causas más profundas del desconcierto predominante de nuestra época" (2000, p. 148. Las cursivas mías).

No parece que sea una cosa exclusiva de nuestra época aludir al "fracaso o crisis de la familia". En este sentido y sin la

rotundidad con las que se refería el autor de la cita anterior, hablaremos de procesos de cambio y, especialmente, trataremos de plantear cómo los parámetros que estamos utilizando para analizar la familia actual nos resultan cada vez más obsoletos. En otras palabras, posiblemente el desajuste radica en que estamos pretendiendo –¿añorando?– unas relaciones familiares que no son posibles porque "esa familia" ya no existe o está en un proceso de franca transformación. Por tanto, sin pretender negar que los cambios que estamos viviendo generan riesgos, amenazas, inseguridades y a menudo son una fuente de ansiedad y temor, vaya por adelantado que no estamos del lado de quienes en la actualidad consideran que cualquier pasado fue mejor, ni de quienes etiquetan o pronostican un negro futuro para la vida familiar y las nuevas generaciones.

Nuevas configuraciones familiares

> "Su segundo marido tenía el pelo canoso desde la adolescencia, las cejas cruzándole la frente amplia, una boca de labios delgados y la punta de la nariz buscando el cielo. Era quince años mayor que ella y desde que la conoció era doctor en el hospital Inglés. Cardiólogo para mejor información. Era también, y quizá sobre todo, un hombre bueno, para efectos padre, como ella madre, de los cinco hijos que tenían entre ambos. Dos de ella con su primer marido, dos de él con su primera mujer y una que procrearon juntos en su época de oro" (Mastreta, 2007, p. 195).

Esta familia que describe Angeles Mastreta, en su reciente obra *Maridos,* viene a ejemplificar un modelo que lejos está de la que hasta hace relativamente pocos años se consideraba prototípica: padre, madre e hijos. Este tipo de familia nuclear, con sus posibles variaciones[6], continúa no obstante siendo mayoritaria y coexiste con nuevas formas, de manera que más que un modelo único lo que aparece es una constelación de agrupaciones familiares.

[6] Según el Censo de Población de 2001, el modelo familiar que predomina en los hogares de España es el de pareja con dos hijos (22,2%). Mientras en años anteriores, éste iba seguido del modelo de pareja con un hijo, en 2001 la situación ha variado y esta posición la ocupa el modelo de parejas sin hijos (19,4%). INE, 2004, p. 2.

Sin ánimos de hacer un listado exhaustivo, podemos hablar de cuatro grandes grupos: la familia biparental postradicional –heterosexual, urbana y cada vez menos numerosa–; la familia monoparental –cada vez más frecuente, con un solo progenitor, generalmente la madre–; la familia reconstituida, después de un divorcio o separación, como la que aludía la cita– y, por último, las familias homoparentales de hecho o de derecho, menos habitual y en las que la presencia de hijos son básicamente de una relación anterior, puesto que las posibles adopciones, además de menos frecuentes en la legislación actual, es objeto de debate a varios niveles (Castillo et al, 2006; Moore, 2006[7]).

Si aceptamos estas agrupaciones –con más o menos matices– como tales "nuevas familias" vemos que en todas ellas deja de estar presente un hecho que hasta hace relativamente poco siempre era constitutivo de la unión familiar en nuestras sociedades occidentales de raíz católica: la indisolubilidad del matrimonio. Este hecho característico de la familia premoderna y fruto del papel hegemónico que ejercía la religión en la vida social, impedía la separación de los cónyuges, además de otorgar un lugar preponderante al marido (padre) y la sumisión de la esposa e hijos, a la vez que consagraba una forma de parentesco como legítima: sólo la de los nacidos dentro del matrimonio. Como podemos ver, en la actualidad estamos lejos de este tipo de situaciones y el divorcio o las separaciones han venido a introducir una profunda fractura dentro de un modelo hegemónico que hasta hace pocas décadas ha estado vigente, al menos en nuestro país[8].

De cómo han cambiado las cosas en España en apenas tres décadas lo pone de manifiesto que el número de separaciones se ha triplicado desde 1982 hasta 2001[9], mientras que

[7] Tanto la revisión de Castillo et al. como la reseña del libro Sullivan, ponen el acento en que no obstante lo reciente de las investigaciones y de la experiencia abierta de este tipo de familias, en general, no se detecta un "balance catastrófico" por lo que hace sobre todo la vida doméstica y la relación con los hijos.

[8] Una visión apasionada sobre el *Noviazgo y Matrimonio* en la burguesía española, en el libro de Ferrándiz y Verdú publicado en 1975.

[9] Concretamente en 2002, el número de separaciones y divorcios que hubo en España fue de 115.188 (73.567 separaciones y 41.621 divorcios), más del doble de los registrados en 1985. INE, op. cit.

el número de divorcios se ha doblado para este mismo periodo, todo y que las cifras siguen siendo de las más bajas de la Unión Europea (Jurado, 2005). Pero junto con el incremento cuantitativo en el número de rupturas familiares, también hay que destacar las consecuencias o efectos que traen consigo, no sólo en los proyectos de vida de los cónyuges –cambio de residencia, distribución de bienes, cambios en el estatus laboral, etc.– como de la prole. Según datos de 1991, en la mayoría (82%) de las parejas que se separaban o divorciaban habían hijos y en el 92,4% de las rupturas matrimoniales todos los hijos quedaban con la madre, porcentaje que pasa a ser del 95% en aquellos casos en que la ruptura se producía en las primeras uniones de hecho (Jurado, 2005). Sea como fuere, parece claro que después de la ruptura, las situaciones vitales de los ex cónyuges, de los hijos e incluso de los abuelos y amigos comunes, siguen derroteros dispares y, a menudo, inciertos.

Podemos destacar, pues, que frente a un modelo que imponía una inevitable "convivencia para toda la vida", se va hacia formas en las que tiende a predominar el "mutuo acuerdo", sobre todo en función no de un mandato divino sino de unas expectativas más modestas y, en ocasiones, como en las denominadas "parejas del fin de semana", en la búsqueda de una "convivencia lúdica" con la que pretenden así alejarse de los problemas y dificultades que conlleva el vivir juntos cada día. Hasta qué punto estas propuestas llegarán a consolidarse o tendrán una viabilidad más allá de los desiderátum de los interesados, es una cuestión que está siendo objeto de controversia, entre otras razones, por el carácter frágil o "líquido" (Bauman, 2008) de los vínculos que establecen.

Pero además de mencionar estas nuevas formas de convivencia que, casi imperceptiblemente, se han ido colando en nuestras biografías, el otro aspecto a resaltar es qué suponen estas nuevas situaciones para la prole. Decíamos en la primera parte que si algo caracteriza la llegada de la pubertad y la adolescencia son los diversos y profundos cambios y, por consiguiente, un gran esfuerzo si se quiere crecer y asumir de forma lo menos traumáticamente posible el paso a la edad

adulta. Pues bien, si aceptamos que este proceso es ciertamente difícil en sí mismo, cuanto más si acontece en una situación en la que la familia está en plena transformación. O cuando las figuras parentales no sólo no tienen claro su propio papel –en relación a las anteriores que si lo tenían o al menos lo aparentaban– sino que tienen que (re)construirlo –como puede ser el caso de algunas familias mono o homoparentales.

> "Muchas personas, mayores y niños, viven hoy en día en este tipo de familias que, por lo general, no se han formado, como en épocas anteriores, a consecuencia de la muerte del cónyuge, sino por la reestructuración de los lazos matrimoniales tras el divorcio. El niño con un padrastro o madrastra puede tener dos padres o dos madres, dos series de hermanos y hermanas, además de otros nexos de parentela complejos, a consecuencia de los múltiples matrimonios de los padres. La misma terminología ofrece ya dificultades: ¿debería el niño llamar "madre" a su madrastra o más bien dirigirse a ella por su nombre? La dilucidación de estos problemas puede llegar a ser ardua y suponer un coste psicológico para todas las partes; pero también existe, desde luego, la oportunidad de nuevas formas de relación satisfactorias" (Giddnes, 1994, p. 24).

Desde luego que no tenemos, todavía, una respuesta a las preguntas que se planteaban en la cita anterior y ni es una cuestión menor encontrar una manera adecuada de dirigirse a quien sustituye al anterior miembro de la pareja, lo que sí parece claro es que cuanto más "adulto" sea el comportamiento de aquellos que ejercen las funciones parentales, mejor (Constante and Tanner, 2004). Se trataría de no trasladar o hacer repercutir en los miembros de la nueva familia, especialmente los más adolescentes, las dificultades que obviamente se han de encontrar en el camino hacia una relación en la que, en la mayoría de los casos, parte sin una experiencia previa.

De los cambios en las relaciones de la pareja

Con toda la precaución que supone entrar en el ámbito de la privacidad, donde para decirlo de forma llana "cada familia o pareja es un mundo", un aspecto en el que podemos estar

de acuerdo es que la división y la organización del grupo doméstico pasaba por asignar a la mujer la condición de madre y esposa, y para el hombre de "cabeza de familia". Hasta qué punto la redefinición de los roles es una búsqueda –lucha llaman algunos– marcada por una gran ambigüedad, contradicciones, avances y retrocesos es algo que supera nuestra posibilidades de entrar en ellas, ni siquiera de forma somera. Por tanto, teniendo presente estas limitaciones, nos centraremos en dos aspectos que consideramos importantes en la (re)ubicación que están llevando a cabo los miembros de la pareja. Por un lado, la consecución de una mayor simetría en la distribución de las tareas domésticas y, por otro, nuevas tentativas en el orden de los afectos o manifestaciones afectivas entre la pareja y con la prole.

Decimos que una de las características que destaca en las nuevas formas de convivencia es la pérdida del papel patriarcal del hombre. Seguramente esta afirmación podrá ser objeto de muchas matizaciones, pero lo que está fuera de dudas es que la legitimidad que antaño se le otorgaba y asumía, hoy en día está en franca decadencia (Flaquer, 1999; Anguera et al, 1999). Ahora bien, junto a esta afirmación también hay que destacar el hecho que la búsqueda de una repartición más equitativa de las tareas domésticas, del cuidado de los hijos, la continuidad o discontinuidad de la vida laboral después de la maternidad, no siempre resultan del todo homogéneas[10]. Sea como fuere, lo que parece a todas luces más evidente es que para la mujer combinar la vida laboral y doméstica resulta una verdadera odisea diaria (Tobio, 2002), a pesar de que algunas hipótesis dan el máximo protagonismo del cambio familiar en España a la mujer y particularmente a las más jóvenes[11] (Jurado, 2005).

[10] Además, a la hora de plantearse esta recomposición de roles las cosas se complican, pues de forma directa o indirecta intervienen una serie de factores como: el nivel de estudios de los miembros de la pareja –sobre todo de la mujer–, el status profesional, los ingresos y nivel social de procedencia o de la forma de emparejamiento según en nivel educativo de los cónyuges (sea homo o heterogámico).

[11] En relación a un repartimiento más igualitario de las tareas domésticas y, a pesar de las disonancias entre los que se dice y se hace, un hecho innegable, más allá de la importancia que se le otorgue, es la expansión educativa

El otro aspecto a considerar es el que tiene que ver con los afectos o manifestaciones afectivas entre los miembros de la pareja y con la prole. Por descontado que no es nada fácil precisar el papel de los sentimientos en la vida de las parejas, sea cual sea la época a la que nos estemos refiriendo. Damos por sentado que el amor, juntos a otros valores –ayuda y sostén mutuo a lo largo de una vida; sacrificio para sacar adelante una prole, conseguir o aumentar un patrimonio– ha sido el cemento que animaba y les mantenía unidos. Sin embargo, una mirada más atenta pone de manifiesto muchos altibajos en este proyecto que, durante siglos ha estado tutelado por los mandatos, ya sean divinos, la tradición o del Estado. Hasta fechas recientes la figura de un hombre rígido, frío y distante en la relaciones de pareja y con los hijos ha sido no solo una imagen sino un prototipo y un símbolo que encarnaba diversos valores, entre ellos el de la virilidad. Salirse de este papel, a pesar que interiormente se deseara, era dar pie a una serie de representaciones y atribuciones que generalmente se reservaban al mundo de la feminidad. La ternura y la vivencia de la sexualidad, aunque presentes eran objeto de disimulo y en muchos casos de grandes recubrimientos y tapujos por parte de la mujer y, muchas veces, también de los hombres. Por encima de todo, la obediencia a los designios del esposo y padre se erigía como principio incuestionable y sagrado, cuyo cumplimiento comportaba el sometimiento de la mujer –incluso a disponer de su propio cuerpo– y de los hijos. No hace falta remontarse muchos años atrás para encontrar relatos y vivencias que darían testimonio de esta situación, probablemente con mucha mayor crudeza. Más aún, es probable que en el proceso de transición hacia lo que se ha dado en llamar la familia postpatriarcal, situaciones de sumisión al "cabeza de familia" convivan con otras más dialógicas y simétricas, cosa que llama al desconcierto, sobre todo a la hora de valorar hechos como la violencia doméstica. Sin embargo, sea cual

---

de la mujer y, como una de sus consecuencias, su incorporación al mercado de trabajo. Por lo respecta a la generalización de la formación en la mujer, tan solo un dato. De las mujeres nacidas a finales de los años 40, un 28% no tenían estudios, las nacidas 40 años más tarde, solo un 1% estaban en esta situación (2005, p. 57).

sea el punto de vista que adoptemos, lo cierto es que como señala Ferry en su libro *Familia y Amor:*

> "la comparación del matrimonio moderno con su predecesor del Antiguo Régimen saca a la luz una serie de cambios fundamentales que, desde la perspectiva del *homo democraticus* en el que más o menos todos nos hemos convertido, dan ventaja al primero". Y añade más adelante: "Dentro de todos estos cambios, el más importante, la primera ruptura por así decirlo, se halla sin duda alguna en el paso de un matrimonio "de conveniencia" –casi siempre arreglado por los padres o por la comunidad sobre la base de criterios económicos o de linaje– a un matrimonio elegido entre los contrayentes" (Ferry, 2008, p. 93).

Y si nos aproximamos en el tiempo, el vuelco es aún más notorio pues "en resumidas cuentas, de ahora en adelante el amor ocupa un lugar central en el matrimonio: es su fundamento" (Prost, 2000, p.78). Y si bien el autor habla de Francia y de mediados del siglo pasado, lo cierto es que con sus avances y retrocesos estamos ante un hecho inherente a las "relaciones de pareja" en la modernidad (Giddnes, 1998). Lo diremos nuevamente en este proceso de transición –como en otros antes mencionados– muchos son los factores que han intervenido de forma diversa e interrelacionada. Y con la intención simplemente de tenerlos en cuenta, convendría destacar entre estos factores, el empuje de las ideas feministas, la independencia económica de la mujer, la generalización de la contracepción, todo ello en el marco de una sociedad cada vez más secularizada e individualizada.

Pero además de la búsqueda de nuevos posicionamientos en los roles de las parejas, también asistimos a transformaciones significativas en las relaciones paterno-filiales (Anguera, 2003). En este caso, y con una alta resonancia mediática, cada vez son más frecuentes las voces que se alzan contra la falta de autoridad en la familia, la ausencia del padre y los riegos que ello conlleva en cuanto a la educación y comportamiento de los hijos, especialmente, los adolescentes. Violencia, abandono y fracaso escolar, problemas psicológicos y de comportamiento, embarazos no deseados son algunos de los comen-

tarios que saltan frecuentemente a la opinión pública para tipificar la situación actual de los jóvenes. No vamos a negar que algunas de estas cuestiones sean realmente un problema y que preocupe a las familias implicadas como al conjunto de la sociedad. Pero también es cierto que frente a este panorama que se dibuja desolador, cada vez son más los hombres que se ocupan de sus hijos, que asumen tareas domésticas y que junto a su pareja se responsabilizan y siguen de cerca el crecimiento de sus hijos cuando son pequeños y en una época tan delicada como es la adolescencia (Marí-Klose et al, 2008[12]).

De nuevo no hace falta retroceder mucho para comprobar cómo hasta hace relativamente poco tiempo cuando se hablaba de la situación de los hijos dentro de la familia lo que aparecía de forma evidente eran los deberes de éstos para con los padres y casi nunca al revés. Del "padre padrone" que dirimía los conflictos con sus hijos, a veces, solamente con la severidad de la mirada, estamos asistiendo a una situación en el que los deseos, opiniones y decisiones de los hijos son habladas y respetadas (Kurz, 2002). Probablemente se pueda objetar que muchas veces a lo que se asiste es a una delegación de la autoridad y al sometimiento de los padres a los caprichos de sus "pequeños o jóvenes tiranos". Puede ser, pero la preocupación por el cuidado de los hijos, no sólo de los más básicos –salud física y mental, educación, socialización, etc.– sino también de aspectos más intangibles como pueden ser el acceso a la cultura y el respeto a sus anhelos y proyectos de futuro, especialmente en los más jóvenes, son cuestiones que encontramos en la agenda de los progenitores actuales, cualesquiera que sea el tipo de familia que pretendan construir (Sayer, 2004; Lleras, 2008).

También es verdad que tampoco se trata de ignorar las dificultades e incertidumbres que se generan al iniciar un nuevo camino. En este sentido, compaginar la vida laboral y doméstica

[12] *Tems de les famílies* es un trabajo que de forma rigurosa y exhaustiva, al menos por lo que respecta a Catalunya, ofrece datos suficientes que cuestionan los muchos tópicos sobre la situación actual de las familias –distribución de tareas domésticas, cuidado y seguimiento de la prole, etc.– y de los hijos –especialmente el tiempo de los adolescente, la relación con los iguales, etc.–.

es una carga que en muchos casos ocasiona un enorme agobio en las mujeres que han visto cómo el peso de las responsabilidades y tareas aumentaban, tanto si asumen el cuidado de los hijos en pareja, más aun si tienen que hacerlo en solitario. Por su parte el hombre, frente a la pérdida de una legitimidad que le venía concedida directamente por delegación divina o el poder de la tradición, a duras penas trata de salir a flote en un ambiente que se hace cada vez más inestable en muchos frentes: la pareja, la familia, el trabajo, el futuro. Podríamos decir pues, que estamos ante un escenario en que lo viejo y lo nuevo confluye, pero que a diferencia de otras épocas, esto último se mueve a una velocidad de vértigo y difícilmente se está suficientemente preparado para adoptar una postura óptima en todo los flancos que se abren, especialmente en aquellos que tienen que ver con las relaciones personales y más si los protagonistas son, en este caso, los propios hijos.

Tal vez uno de los retos a los que se enfrenta esta "sociedad adolescente" es la necesidad de encontrar su propia adultez sin que para ello tenga que aferrarse o reivindicar modelos que difícilmente podrán regresar, pues, como bien señala Elisabeth Beck-Gernsheim,

> "… esa leyenda de una pasado sano engaña, en este como también en otros puntos. En realidad, la familia de la época preindustrial era, sobre todo, una comunidad forzada por la necesidad y los imperativos, a la que el mucho trabajo y la amenaza de los golpes del destino (temporales, pillaje, hambrunas) mantenía unida. Por razones de supervivencia, estaban en primer plano los intereses materiales del hogar y de la aldea, y no la libertad del individuo. Dominaban entonces tales circunstancias que quedaba poco lugar para actitudes de consideración, manifestaciones de ternura o comprensión" (Beck-Gernsheim, 2003, p. 131).

Claro está que crecer en estas circunstancias no resulta fácil, pues si bien es verdad que se ponen de manifiesto cambios positivos que hacen patente modelos de relación paterno filiales de mayor cercanía afectiva y respetuosos con las decisiones individuales, también es cierto que, como se quejaba un chico ante unos padres ciertamente desorientados en como

tenían que llevar adelante su separación, "con tanto *jaleo* no hay quien se aclare". Más allá de la rotundidad con que suelen expresarse los adolescentes, resulta que hoy por hoy, y a pesar de la proliferación de los libros de autoayuda, el manual no está escrito y hará falta, además de tiempo, muchas cautela para que sobre los adolescentes no recaiga parte de la confusión que viven los mayores, pues querámoslo o no, únicamente si se está en condiciones de adquirir y aceptar una mayoría de edad, se podrá ayudar a crecer a los que aún no la tienen. Hay que tener presente que en España las familias monoparentales, en las que la madre constituye el soporte económico principal y el padre aporta la parte complementaria, tienen apenas 30 años de recorrido por lo que todavía pervive una cierta desconfianza sobre su capacidad de "sobrevivir", de cumplir con los roles asociados a la familia tradicional.

Por supuesto que todavía es pronto para prever la evolución que seguirán estas "nuevas familias" y qué derroteros marcarán los itinerarios personales en su esfera más íntima. Lo que sí podemos observar es que esta transformación no se está llevando a cabo de forma atraumática y que las tensiones y conflictos derivados van más allá de los propios protagonistas para abarcar a toda la parentela, especialmente a los hijos que se encuentran, ellos mismos, en plena vorágine de cambio. Para decirlo en palabras de la estudiosa de este tema antes mencionada: "la respuesta a la pregunta sobre qué es lo que vendrá después de la familia resulta de lo más fácil: ¡la familia! De otro tipo, mejor, la familia pactada, la familia cambiante, la familia múltiple, surgida del fenómeno de la separación, de nuevos matrimonios, de hijos pasados o presentes familiares tuyos, míos, nuestros…" (Beck-Gernsheim, 2003, p. 25).

LA ENTRADA EN EL MUNDO LABORAL: UNA CUESTIÓN CADA VEZ MÁS DIFÍCIL

> "A los dieciocho años pudo haber sido poeta. Ahora no es poeta, ni escritor, ni artista. Ahora es programador informático, un programador informático de veinticuatro años en un mundo donde no hay programadores informáticos de

treinta años. A los treinta años estás demasiado viejo para ser programador" (Coetzee, 2002, p. 167).

Coetzee nos describe magistralmente en su novela *Juventud* lo difícil que resulta hacer realidad un proyecto vital, entre otras cosas porque no siempre se tiene la suficiente claridad para elegir de una vez y para siempre aquello que se pretende ser, sobre todo si tienes poco más de dieciocho años. Pero también, porque una vez que se ha tomado tal decisión –estudiar una carrera, aprender un oficio, buscar una ocupación cualquier–, el panorama se presenta poco prometedor: dificultades para entrar, precariedad o inestabilidad mientras se está dentro y la amenaza de una salida o expulsión del mercado laboral cada vez más temprana. Como diría Sennett: "Nada a largo plazo". Y si éste es, de algún modo, el lema que define nuestra sociedad y especialmente el mundo del trabajo, se pregunta: "¿Cómo puede un ser humano desarrollar un relato de identidad e historia vital en una sociedad compuesta por episodios y fragmentos?" (Sennett, 2000, p. 25).

De la misma manera que señalábamos cambios acelerados en la vida familiar y cómo en muchos casos suponen un ruptura respecto de modelos que han pervivido durante largos periodos de tiempo, sin apenas cambios en profundidad, en el caso de la vida laboral asistimos a transformaciones no menos radicales y paradójicas. No hace muchos años, la llegada de la adolescencia suponía el hecho de hacerse mayor y con ello una triple transición: familiar –nuevas relaciones–; económica –"ganarse la vida"– y domiciliar –marchar de la casa paterna–.

Pues bien, este proceso –planteado esquemáticamente– además de retrasarse ha pasado a ser, en general, mucho más incierto. Acceder a un lugar donde desarrollar tus conocimientos y habilidades –en muchos casos después de un largo periodo de formación y la etiqueta de "joven suficientemente preparado"[13]–, está suponiendo para los más jóvenes un enorme esfuerzo que muchas veces se ve poco compensando o, lo

[13] Una de las posibles opciones ante las dificultades de inserción laboral de los jóvenes es la prolongación del periodo de formación, lo cual además de retrasar la emancipación, no garantiza mejoras evidentes por lo que respecta a la ocupación, pues se da la paradoja que jóvenes "sobre-formados" terminan optando a puestos de trabajo de perfil bajo tanto profesional como salarial.

que es peor, un "mundo laboral" al que se teme y pospone su entrada. Más allá de la cautela con que se que puedan manejar las cifras y los motivos que se dan sobre el retraso en la emancipación de los jóvenes, una cuestión que difícilmente se podrá ignorar son los desequilibrios y contradicciones que acompañan la fase actual del capitalismo avanzado o mundialización de la economía. Si bien este nuevo "orden económico" afecta por igual a jóvenes y adultos, hay algunos colectivos muchos más frágiles, sobre todo, a los imperativos del mercado. "Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo" (Sennett, 2000), "La precariedad del trabajo en la era de la globalización" (Beck, 2000), "Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad" (Sennett, 2003) son, además de subtítulos, aspectos concretos que aluden a esta nueva realidad.

En este sentido, una situación ciertamente paradójica es la que viven los jóvenes de nuestra época: por un lado se exige una formación cada vez más sofisticada y, por otro, las oportunidades parar acceder a un puesto de trabajo son cada vez más inciertas. Al menos por lo que respecta a nuestro ámbito más próximo las cifras resultan suficientemente reveladoras. Un informe del Consejo Económico y Social (CES) del 2002, referido al conjunto de España, decía entre otras cuestiones:

- "Puede afirmarse, entonces, que la temporalidad ha venido siendo, desde finales de los años ochenta, la situación más habitual de los jóvenes que trabajan. Si a ello se añade las altas tasas de paro que como se dijo más arriba, sufrieron estos jóvenes en buena parte del periodo, bien podría afirmarse, asimismo, que pocos habrán dispuesto a lo largo de esos años de una fuente de ingresos, mucho menos estable. Y concluye más adelante que "la temporalidad ha debido impulsar el retraso en la edad media de emancipación de los jóvenes españoles desde finales de los años ochenta" (CES, p. 48 y 50).

Desde un ámbito más cercano como es Cataluña, los datos no pueden ser más reveladores:

- "Así pues, al final del siglo XX un sustancioso 65% de los hombre jóvenes de 16 a 19 años se encontraba fuera del mercado laboral y un relativamente reducido 20% era

activo laboralmente. Sin duda, esto ha supuesto para los hombres un mantenimiento de la inmensa mayoría de los menores de 20 años como jóvenes, no solo por lo que respecta a la edad sino también a la situación vital". Y por lo respecta a la mujer la situación no se vislumbra más halagüeña: "La extensión de la juventud como una etapa vital alejada del mercado de trabajo es todavía más evidente entre las mujeres de menos de 20 años que entre los hombre de la misma edad laboral" (Miret, 2004, p. 15-16. La traducción es mía).

Ante este panorama, al margen de lo que pueda ofrecer una visión más exhaustiva cercana, no es casual que ante las incertidumbres y dificultades reales con que se encuentran los más jóvenes para acceder al trabajo en nuestra sociedad, los plazos para la salida del hogar paterno, la vida en pareja y la fecundidad, se retrasen. "De acuerdo con los datos recogidos en el estudio CIS 2.370 para el informe sobre la *Juventud 2000,* tres de cada cuatro jóvenes españoles viven la mayor parte del año en el domicilio paterno o de quienes hacen sus veces, lo que supone un descenso porcentual de cinco puntos respecto a 1985" (CES, p. 24).

Como dice el protagonista de *Juventud,* después de encontrar trabajo y plantearse la posibilidad de pagar una hipoteca durante los próximos diez o quinces años, "lo único que haría falta ahora para completar el cuadro serían el coche y la mujercita" (Coeetze, 2002, 142). Al comentario anterior se podría añadir que, a menudo, tras una fachada aparentemente despreocupada o irónica de muchos jóvenes, lo que hay es visión desesperanzada sobre su futuro y su realización personal. Inestabilidad, precariedad, dependencia, son aspectos que además de caracterizar gran parte de la oferta laboral actual, también vienen a condicionar otros ámbitos como pueden ser la vida relacional, así como la posibilidad de encauzar proyectos más acordes con su formación o anhelos. No es casual, pues, que la mayoría (77%) de los jóvenes españoles consideren que los aspectos más importantes que debe tener un empleo sean la seguridad y la estabilidad (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Observatorio de la Juventud en España, Encuesta 2006).

Junto a esta situación de precariedad laboral, otro aspecto llamativo es que mientras en la adolescencia, incluso durante la infancia, se ha promovido la inmediatez y la facilidad para conseguir casi todo, en el momento de acceder a la vida adulta lo que se exige a los jóvenes es justamente lo contrario: madurez para saber esperar o capacidad y serenidad para adaptarse a las situaciones cada vez inciertas y cambiantes, como reclama el "orden económico" actual. Es como si de golpe los destellos que acompañaban a la "edad dorada" se apagaran y la sociedad en su conjunto rechazara, frenara su paso a la mayoría de edad. No deja de ser como mínimo contradictorio que se exija aquello que no se cultivó, justamente en el momento ideal para hacerlo.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Hemos hecho un recorrido a grandes rasgos por algunos aspectos que caracterizan la sociedad actual y sus repercusiones, directa o indirectamente, en la vida de los adolescentes, concretamente en su camino hacia la adultez. Básicamente se ha hablado de cambios sociales y de cómo muchos de ellos, de una u otra forma, están marcando nuestras biografías e itinerarios personales. Se ha señalado, también, que ante el desconcierto que generan estos cambios se echan de menos las recetas, las soluciones definitivas. Lamentablemente no las hay, o al menos no parece que las haya, lo que supone para los adultos y los adolescentes la difícil, pero estimulante tarea, de moldear su propia vida; de buscar soluciones y salidas a retos que, hasta hace poco, parecían impensables. Pues como dice Alain Touraine,

> "Cada vez que cambia nuestra mirada sobre nosotros mismo, nuestro entorno y nuestra historia, tenemos la impresión de que el mundo antiguo ha caído arruinado y que no hay nada que pueda reemplazarlo. Eso es lo que hoy sentimos, pero, como hicimos en el pasado, intentaremos construir una nueva representación de la vida social y así escapar a la impresión angustiosa de la pérdida de todo sentido" (Touraine, 2005, 15-16).

Ante este panorama muchas son las dificultades y amenazas que acechan este momento de doble transición –social y personal– que viven los adolescentes de hoy. En este sentido nos parece oportuno destacar dos riesgos que pueden aparecer a la hora de considerar esta etapa del ciclo vital. Por un lado, la excesiva dramatización de los conflictos adolescentes y, en consecuencia, la progresiva medicalización y judicialización de su vida. Nos parece que el intervencionismo cada vez mayor de los expertos, a menudo como única alternativa, justamente no favorece el crecimiento y la búsqueda de autonomía, sobre todo cuando las medidas que se tomen se dirijan exclusivamente a los adolescentes.

El otro riesgo potencial, que se sitúa justamente en el polo opuesto, es una cierta tendencia a banalizar los conflictos de los jóvenes y, más concretamente, de los adolescentes. Quizá la necesidad de encontrar una respuesta rápida a los problemas que plantean, una cierta ambigüedad a la hora de considerar sus dificultades y la de aquellos que están más próximos –familia, docentes, iguales– hacen que los auténticos problemas –psicológicos, psiquiátricos, sociales– sean un terreno abonado para propuestas pseudoclínicas o discursos más cercanos a la trivialización que no al sufrimiento que los y las adolescentes pueden tener y/o estar ocasionando.

BIBLIOGRAFÍA

ABERASTURI, A. Y KNOBEL, M. (1984). *La adolescencia normal*, Barcelona, Paidós.

ANGUERA, B. I RIBA CAMPOS, C. E. (1999). *Fi del mil·lenni: crisi de la funció paterna*. Barcelona, Beta Editorial.

ANGUERA, B. (2003). Padres e Hijos hoy, *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 1, 29-36.

BAUMAN, Z. (2008). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*, Madrid, Fondo de Cultura Económica.

BECK-GERNSHEIM, E. (2003). *La reinvención de la familia. En busca de nuevas formas de convivencia,* Barcelona, Paidós.

BECK, ULRICH (2000). *Un nuevo mundo feliz. La precariedad del trabajo en la era de la globalización*, Barcelona, Paidós.

BENDIT, R. (2006), Youth Sociology and Comparative Analysis in the European Union Member Status, *Papers*, número 79, pp. 49-76.

BERGER, J (2006). *Modos de ver*, Barcelona, Gustavo Gilli, 6.ª edición.

CASTELL, R. (1980). *El orden psiquiátrico*, Madrid, Ediciones La Piqueta.

CASTILLO, J. A.; PÉREZ TESTOR, C.; DAVINS P., M.; VINEYT, M. J. (2006). Adopción y parentalidad: aportaciones de la investigación. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente,* 8, 55-64.

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (2002). *La emancipación de los jóvenes y la situación de la vivienda en España. Consejo Económico y Social*, Colección Informes Número 2/2002, Texto completo en: http://www.ces.es

COETZEE, J. M. (2002). *Juventud*, Barcelona, Mondadori.

COETZEE, J. M. (2005). *Hombre lento*, Barcelona, Mondadori.

CONSTANTE R. A. AND TANNER, J. L. (2004). Adult Children and Their Fathers: Relationship Changes 20 Years Alter Parental Divorce. *Family Relations*, Volume 52, 4, 340-351.

CHESTERTON, G. K. (2003). *Autobiografía*, Barcelona, Acantilado.

FERRANDIZ, A. Y VERDÚ, V. (1975). *Noviazgo y matrimonio en la burguesía española*, Madrid, Ediciones Cuadernos para el Diálogo.

FERRY LUC (2008). *Familia y Amor*. *Un alegato a favor de la vida privada*. Madrid, Taurus.

FINKIELKRAUT, A. (1987). *La derrota del pensamiento*, Barcelona, Anagrama.

FLAQUER, LL. (1999). *La estrella menguante del padre*. Barcelona, Ariel.

FOUCAULT, M. (1978). *Vigilar y Castigar*, México, Siglo XXI.

FOUCAULT, M. (1987). *Historia de la sexualidad*, Madrid, Siglo XXI.

FOUCAULT, M. (1980): *Microfísica del Poder*, especialmente el apartado Poder - Cuerpo, Madrid, Ediciones La Piqueta.

GIDDENS, A. (1994). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contermporánea*, Madrid, Ediciones Península.

GIDDENS, A. (1998). *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*, Madrid, Ediciones Cátedra.

GIODARNO, P. C. (2003). Relationships in Adolescence. *Annual Review of Sociology*, Vol. 29, 257-281.

GOMBRICH, E.H (2003). *Historia del arte, contada por E. H. Gombrich*, Debate, Madrid.

GQ, (2000). Editorial, núm. 2, marzo, p. 4

HOGAN DENIS P. AND ASTONE M. (1986). The transition to adulthood, *Annual Review of Sociology,* 12, 109-130

INE (2004). *Boletín Informativo*, 2. Madrid

IRIARTE, ANA (1990), *Las redes del enigma. Voces femeninas en el pensamiento griego*, Madrid, Taurus Humanidades

JURADO, T. (2005). Las nuevas familias españolas, en González, J.J. y Requena, M.: *Tres décadas de cambio social en España*, Madrid, Alianza.

KAPLAN LOUISE J. (1986). *Adolescencia. El adiós a la infancia*, Buenos Aires, Paidós

KURZ D. (2002). Caring of Teenage Children. *Journal of Family Issues*, Vol. 23, No. 6, 748-767.

LIPOVETSKY, G. (2007). *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo*, Barcelona, Anagrama.

LE GOFF, JACQUES Y TRUONG, NICOLAS (2005). *Una historia del cuerpo en la Edad Media*, Barcelona, Paidós.

LLERAS, CRISTO (2008). Employment, Work Conditions, and the Home Environment in Single-Mother Families, *Journal of Family Issues*, Vol. 9, N. 10, 1268-1297.

LASA, ALBERTO (2003). Experiencias del cuerpo y construcción de una imagen corporal en la adolescencia: vivencias, obsesiones y estrategias. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 2, 53-74.

MASTRETA, A. (2007). *Maridos,* Barcelona, Seix Barral.

MIRET G., P. (2004). *Emancipació domiciliària, laboral i familiar dels joves a Catalunya*, Generalitat de Catalunya, Observatori Català de la Juventud. Texto completo en: www.gencat.net/joventut/observatori

MOORE M., R. (2006). The family of Women: Lesbian Mothers, Their Children, and the Undoing of Gender, *American Journal of Sociology*, volume 11, Number 4, 1234-36. Book Review.

POSTMAN, N (1994). *La desaparició de la infantesa*, Barcelona, Eumo Editorial

PROST, A. (2000). Fronteras y espacios de lo privado, en Ariès, F y Duby G, (directores): *Historia de la vida privada. Tomo 5. De la Primera Guerra Mundial hasta nuestros días*, Madrid, Taurus.

RUSSELL, B. (2000). *La conquista de la felicidad*. Barcelona, Editorial Debate.

SAYER, L. C. (2004). Are Parents Investing Less in Children? Trends in Mothers' and Fathers' Time with Children, *American Journal of Sociology*, Volume 110, Number 1, 1-43.

SENNETT, R. (2000). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo,* Barcelona, Anagrama.

SENNETT, R. (2003). *El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad*. Barcelona, Anagrama.

TOBIO, C. (2002). Conciliación o contradicción: cómo hacen las madres trabajadoras. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 79, 221-246.

TOURAINE, A. (2005). *Un nuevo paradigma. Para comprender el mundo de hoy*. Barcelona, Paidós.

VAKIL, A. (2000). *El chico de la playa*, Barcelona, Anagrama.

LA PSICOTERAPIA EN EL PROCESO DE TRANSICIÓN HACIA LA ADOLESCENCIA*

Asunción Soriano Sala**

Al reflexionar sobre el paso de la infancia a la adolescencia, es necesario enmarcarlo en el contexto social ya que es el que ofrece los canales para que transite nuestro pequeño o pequeña protagonista. La fragilidad inherente a este periodo, hace más importante el peso de la estructura social que lo envuelve, por ello es imprescindible tenerlo en cuenta, hasta el punto de que puede afectar directamente en la valoración diagnóstica y las decisiones terapéuticas. Me gustaría remarcar la idea de canal o carril para transitar, en relación a la turbulencia y/o fragilidad personal con la que el púber vivirá su transición. La familia, la escuela, la sociedad y, por supuesto, nosotros desde nuestro papel profesional formamos parte mejor o peor de esos canales que deben favorecer el crecimiento. Éste es el gran reto de la pubertad.

Empezaré con una anécdota: este verano, visitando la Guajira colombiana, estuvimos en contacto con la cultura Wayuu y nos explicaron un rito de paso para las niñas. En el momento de la menarquía la niña es apartada de la comunidad, retirada a una choza y cuidada por algunas mujeres. Alimentada únicamente de líquidos durante unos días, pasados los cuales la niña sale de la choza y vomita, dato que se interpreta, según

---

* Ponencia presentada en el XXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA) que bajo el título "Períodos de transición en el desarrollo e intervenciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Almagro (Ciudad Real) del 17 al 18 de octubre de 2008.

** Psiquiatra, Psicoanalista de la SEP-IPA. Coordinadora del Hospital de Día para Adolescentes de la Fundació Hospital Sant Pere Claver. Barcelona.

nos contaron, como que "expulsa la infancia". A partir de ese momento vive durante un año "aprendiendo a ser mujer", sobre todo el arte de tejer, y también comerciar con los tejidos y con la pesca que realiza el hombre. Los hombres que desean casarse, saben que la mujer está en ese proceso de aprendizaje y que han de esperar. Cuando finaliza, está en disposición de casarse y de acceder a la vida adulta y a la sexualidad.

De este relato destacaría algunos elementos básicos que son comunes en este proceso:

1. Los cambios puberales (menarquia), como signo inefable de inicio del periodo de transición.
2. El tiempo de espera y elaboración.
3. El aprendizaje, como preparación para la vida adulta.
4. La simbolización de la pérdida de la infancia a través del vómito.
5. El paso a la adultez que implica, saber trabajar y casarse.

Es evidente que la mayoría de estas culturas ofrecen un camino rígido a través del cual vivir este proceso de transición. Parecería un "buen remedio" para la incertidumbre de este momento de la vida.

En el otro extremo encontramos nuestra sociedad, que parece decantarse hacia la difuminación de los márgenes entre infancia, adolescencia y adultez (Neil Postman, 1994). El púber tiene que hacer su proceso, en el que también necesita tiempo, aprendizaje, contención. Es un riesgo que el niño en su paso a adolescente, se vea expuesto al mundo adulto sin el necesario acompañamiento, casi sin periodo de transición, pero también lo es, cuando recibe diferentes mensajes contradictorios en los que parece que se le empuje a crecer con rapidez a la vez que se le sobreprotege y fragiliza. Los adolescentes pueden encontrarse faltos de una sociedad y una familia que le aporte un espacio, un tiempo y una capacitación en el que poder vivir con protección esta trasformación.

Como todo proceso de cambio, es un momento delicado y aparecerán dificultades que pueden ir desde organizaciones mentales bastante saludables, a patología psiquiatrica, pasando por cuadros clínicos poco claros que requerirán de nuestro

esfuerzo, atención profunda y modestia para establecer un diagnóstico y sobre todo para encontrar la orientación terapéutica más adecuada a cada caso.

Estamos pues apuntando a la necesidad de prudencia en las afirmaciones diagnósticas. En este momento pueden aparecer síntomas que son transitorios debido, por un lado, a la sensibilidad específica a los factores ambientales y, también, al momento evolutivo en el que la personalidad va madurando a base de avances y retrocesos puesto que aún no está estructurada.

La ayuda terapéutica en este momento de la vida ha de suponer una oferta de reconstrucción u organización, del "carril" para que se de está transición natural. De alguna forma hemos de ofrecer una estructura de espacio, tiempo y relación en la que pueda darse el proceso de elaboración necesario y desencadenado por los cambios físicos que implican la pubertad.

Hablaremos, en primer lugar, de la psicoterapia, cuándo, cómo, con qué matices. En segundo lugar de otras posibilidades terapéuticas como: tratamiento familiar, apoyo educativo, intervenciones desde el trabajo social, medicación, etc. Es necesario pensar en cada caso que "menú" será el más adecuado, pero ahora nos centraremos en aquellos pacientes en los que nuestra intervención principal será la psicoterapia.

LA PSICOTERAPIA POSIBLE

Centraré la discusión en nuestra función terapéutica en este periodo. ¿Qué es lo que cura? ¿Qué es lo que ayuda? No me detendré en explicar conceptos teóricos, pero sí los tendré en cuenta, ya que dan soporte a las diferentes modalidades técnicas. Sobre todo trataré de compartir aquellas observaciones clínicas que nos hacen modificar o matizar algunos aspectos del trabajo cotidiano para encontrar las herramientas que sean más útiles a nuestros jóvenes pacientes y sus familias.

En la medida que se abandona la latencia, se va ganando capacidad de introspección, de pensamiento abstracto y por tanto de un inicio de observación y de análisis de sí mismo.

Son estos púberes que van adquiriendo capacidad de introspección, los que realmente pueden beneficiarse de una psicoterapia sustentada principalmente en la relación de observación de su mundo interno.

Es un trabajo fundamentalmente individual entre adolescente y terapeuta. Son terapias en las que la familia no interviene o muy poco y que tienen como objetivo potenciar los aspectos más adultos del adolescente y su autonomía, por ello se trata de pacientes con un cierto nivel de conciencia de conflicto interno y de sufrimiento, que tiene como consecuencia un interés en hablar, pensar, ser escuchados, escuchar. Normalmente la sintomatología que les lleva a nuestra consulta es fundamentalmente interna.

¿Tiene algo de particular la psicoterapia en este momento? Creemos que sí y por ello nombraremos algunas cuestiones que nos parecen significativas.

Nuestro paciente aparece como un mosaico cambiante, tiene en diversos momentos edades diversas, su diálogo puede ser de lo más infantil a ser capaz de reflexiones, críticas o pensamientos que ya aparecen como más adultos.

A nivel técnico esto implica un rápido reconocimiento de lo más maduro para apuntalarlo, a la vez que no apartamos la mirada de aquello que coexiste menos evolucionado y que probablemente dará origen a síntomas. Implica también ser muy flexibles, a menudo sienten como una grave ofensa ser tratados como niños, “aquel terapeuta que me hizo dibujar”. Por otro lado, en ocasiones, no queda otro remedio que usar técnicas de dibujo o juego si el paciente lo requiere. No resulta sencillo sabernos situar en el punto evolutivo en el que se encuentra, teniendo en cuenta que este puede sufrir variaciones, incluso en la misma sesión.

Stefan Zweig describe esto muy claramente en su novela *Ardiente secreto*: “De golpe había desaparecido la inhibición del principio, y la pasión, contenida por el miedo rebosaba. En una transformación rápida como el rayo, el niño de antes, se había convertido en un muchacho desenvuelto”.

El psicoterapeuta que atiende a un púber ha de tener en su mente que su aportación fundamental es apoyar el crecimiento

o evitar las distorsiones de éste. En la línea de lo que decíamos anteriormente, sería ofrecer ese "canal" por el que transcurrir de una etapa a la otra, que implica siempre ayudar a sobrellevar la incertidumbre, la inseguridad y la espera.

Nos parece pues, fundamental focalizar el trabajo psicoterapéutico en el crecimiento y todas las implicaciones emocionales que conlleva en cada caso. Independientemente de la historia individual de cada paciente, la problemática en relación al crecimiento, estará impregnando todas sus vivencias. Ayudarlo en ese punto ofrece una posibilidad de respiro. La experiencia de ser entendido, de conectar con lo que vive en primer plano, a menudo ayuda a establecer una alianza terapéutica y, por lo tanto, a que pueda sentirse interesado en el diálogo psicoterapéutico, ya que esté lo siente conectado con sus vivencias más inminentes.

Este crecimiento tiene múltiples caras, justamente una a destacar es la del cuerpo y su desarrollo sexual. Es el gran protagonista, el motor de todo lo que sucederá. Aparece muy evidente, está afectando mucho y a la vez es mudo, pocas veces se refieren a sus angustias en este aspecto. Para el terapeuta también es difícil hablar de lo corporal, porque es extremadamente delicado, pero a la vez es algo que tendremos que tener muy en cuenta para estar atentos, observar, tratar de entender y ser muy cuidadosos en cómo intervenimos (Lasa, A. 2003).

Corrientemente el púber se acercará a sus preocupaciones corporales a través de signos externos como la ropa o la forma de cortarse el pelo. Debemos hacer el esfuerzo de escucharlos desde la implicación emocional que tienen, dando el valor que merecen ya que son un eslabón básico en el proceso de construcción de la identidad, no solo en el terreno sexual estrictamente, sino en toda su amplitud.

Otro aspecto a tener en cuenta y muy relacionado con lo anterior es que, justamente, en este momento aparece el sentimiento de intimidad, en ocasiones de forma aún muy incipiente, tal es así que pueden iniciar una comunicación realmente significativa refiriéndose a "una tontería que se me ha ocurrido". Eso supone para el adolescente dejar traslucir vivencias

que siente con vergüenza, que no sabe si son o no ridículas: lo que piensa de su futuro, de su cuerpo y la difícil aceptación de éste, de su manera de relacionarse con los grupos de iguales, con el otro sexo (Soriano, A. 2004).

Hay que estar muy atentos para entender lo significativo y delicado que aquello puede ser y abandonar continuamente de nuestra mente lo que es o no importante desde la escala de valores con la que nos manejamos como adultos, para comprender genuinamente el valor que tiene un partido de fútbol, la pérdida de una prenda de ropa o poder ir con el grupo a un concierto.

El púber en la medida que va evolucionando tiene capacidades de introspección y de observación de sí mismo ausentes en la latencia y que le aportan una cierta capacidad autoterapéutica (Nicolò, A. 2004). El terapeuta ha de ser un adulto que no sustituya estas nuevas capacidades, sino que las respete profundamente, como el germen que son de la adultez mental que se estrena. El temor y las resistencias que pueden demostrar a iniciar una psicoterapia, tienen mucho sentido por el temor a perder esta nueva capacidad personal o a la anulación, desvalorización de los adultos, y cometeríamos un grave error técnico si los interpretáramos como resistencias fruto del narcisismo (Feduchi, L. 1986).

Todo ello nos lleva a dar un valor esencial a la actitud relacional del terapeuta como favorecedor de este proceso de crecimiento interviniendo cuando sea necesario y dejando que el adolescente encuentre sus propias soluciones. Algunas de estas ideas quedan reflejadas en un caso clínico de un paciente de 13 años y medio, que fue tratado en psicoterapia.

Tomás consulta con sus padres, todos están muy preocupados. Se trata de un chico que no había dado problemas durante la infancia, acuden a un servicio de urgencias por una crisis de ansiedad y porque empieza a decir que para sentirse así es mejor suicidarse.

Los padres comentan que desde hace unos meses se muestra serio, triste, con llanto incontenible sin demasiada relación con nada y definitivamente una noche se muestra con una “irritación y un desespero que parece insoportable. Llora,

no puede respirar bien y expresa mucho sufrimiento". Los padres deciden consultar, en el servicio de urgencias le dan un tranquilizante y le aconsejan que vayan a una consulta ambulatoria.

Entran en la consulta los dos padres con el chico, a pesar de lo angustiado que se le ve observo un chico que aparenta más edad y con expresión inteligente, atento a todo lo que los padres y yo hablamos, una vez explicado el motivo de consulta, pido a los padres que salgan y me quedo con el chico a solas. En el diagnóstico es importante observar, lo antes posible, justamente su parte adolescente. Si persisto en una entrevista junto con los padres, es muy posible que no lo pueda observar ya que sus capacidades más evolucionadas pueden quedar mediatizadas por la parte más infantil que se deja llevar y explicar por los padres. Por supuesto guardo para otra ocasión completar los datos de la anamnesis en una entrevista a solas con los padres.

Tomás se explica muy bien, no entiende lo que le está pasando, nunca se había sentido así de mal. Añora cómo se sentía de niño, "comunicativo, alegre, feliz, creía que lo tenia todo claro… no me esperaba nada de esto. Sobre todo me da una vergüenza insoportable estas ganas de llorar que a veces no puedo remediar". Le pido que me explique eso de tenerlo todo claro. Me dice que siempre ha sido de los primeros de la clase, le gusta estudiar y sobre todo las ciencias, había decidido hacer químicas, también juega a baloncesto y las cosas le van muy bien… hasta ahora. "He empezado a salir con una chica de clase, parecía que todo cuadraba y me convierto en un llorón, me muero de angustia y empiezan a ir las cosas del revés".

Se trata de un chico hijo único muy investido por unos padres exitosos, que ha evolucionado hasta el momento, satisfactoriamente para él mismo y los padres. No parece haberse permitido entrar en crisis, dudar de las cosas tan claras, parecía que entre la infancia y la adolescencia tuviera que seguir directo como quien va por una autopista.

Explica muy asustado sensaciones de despersonalización, sentimientos de extrañeza, de no ser él. A pesar de que en

este momento pueden aparecer síntomas aparatosos, no siempre significan una gravedad psicopatológica, ya que nos encontramos en un momento en que todo es incipiente, por ello, nuestra intervención psicoterapéutica puede incidir evitando evoluciones malignas.

Trabajo con la hipótesis de focalizar en el temor al crecimiento y como ante ello ha "pisado el acelerador", como para no vivir la adolescencia con dudas y temores. Trata de pasar directamente a ser un adulto que ya tiene decidido "la carrera y la novia", mientras tanto el niño que persiste no puede aguantar el llanto y la angustia.

La psicoterapia supuso para este chico un espacio intermedio donde vivir la incertidumbre, la inseguridad, sin que la angustia le desbordara tanto y darse tiempo para ir construyendo una identidad que quizás podía ser diferente a la prevista. La focalización en todos los temores que tenía alrededor de su crecimiento, le permitió organizarse sobre una base más estable, dentro de la inestabilidad en la que es normal vivir esta etapa. Con ello quiero decir que otra peculiaridad de este momento es que los tratamientos deben acabar cuando el adolescente puede encarar, con mejores recursos, la situación de crisis que ha de vivir.

Realmente en muchas ocasiones es el adolescente que con su estrenada capacidad "auto terapéutica" plantea la finalización del tratamiento. Es frecuente que aún reconociendo el beneficio de la psicoterapia, pidan probar por ellos mismos, creemos que conviene respetar esa iniciativa, por supuesto si no hay un riesgo grave. No es infrecuente que algunos después de esta prueba, puedan volver a acudir al psicoterapeuta, si lo necesitan y en está ocasión probablemente con una demanda más "adulta".

OTRAS MODALIDADES TERAPÉUTICAS

Nuestra experiencia clínica de estos últimos 6 años en un hospital de día para adolescentes, en el que atendemos a pacientes con psicopatología grave, nos ha hecho replantear la indicación de psicoterapia. Se trata de chicos y chicas que

transitan hacia la adolescencia cargando con grandes dificultades personales y del entorno. Normalmente han perdido la vinculación con la escuela, la problemática familiar y social es marcada y la relación con los pares es inexistente o muy distorsionada. La aplicación de la psicoterapia, adquiere en estos casos, unas coordenadas diferentes.

Cuando la afectación externa es importante, por actuaciones de riesgo, problemáticas muy externalizadas en la escuela o en la familia o incluso en el ámbito judicial, es necesario valorar la propuesta terapéutica de forma más amplia y plantearnos como iniciar nuestra intervención para que sea lo más ágil y útil con el fin de evitar riesgos o encallamientos evolutivos.

Las combinaciones son todas las posibles: terapia individual, terapia familiar, intervenciones sociales, educativas, medicación. Normalmente se trata de casos que por la múltiple afectación intervienen diferentes profesionales, dentro del propio centro o externamente, lo que implica un importante esfuerzo de coordinación para que los diferentes recursos actúen como una red coherente en beneficio del paciente y ejerciendo entre todos ese "canal" de contención del que hemos venido hablando.

Aunque la estrategia terapéutica sea múltiple, hemos de partir de un conocimiento profundo de la situación interna y externa de nuestro paciente ya que la mejoría tendrá que ver con haber incidido en lo más nuclear de sus carencias, distorsiones o fallas evolutivas. Tendremos que prestar mucha atención a su crianza y a su relación real e internalizada con las figuras parentales. Esa comprensión profunda, será la que orientará todo el camino a recorrer y la estrategia del caso.

Detectar el núcleo principal o más accesible ha de servir de guía ya que en situaciones tan complejas, y a menudo con biografías muy traumáticas, saber escoger el punto de partida de nuestra intervención y el enfoque psicoterapéutico más eficaz, evita perderse en los mil y un detalles del caso (Torras, E. 1996). Esto implica actuar con precaución, con capacidad crítica, por tanto, dispuestos a rectificar, retroceder y modificar el abordaje cuando sea necesario.

Esta guía ha de ser real y significativa, para que favorezca procesos de cambio psíquico. Ha de ser cercana a las necesidades del paciente, ya que nosotros hemos de hacer el esfuerzo de formularle que creemos que le ocurre y hacia donde dirigiremos el tratamiento, tratando de establecer una alianza terapéutica con las partes más adultas y capaces de entender y colaborar en el proceso.

En todos los casos intentamos establecer un vínculo con el adolescente a través de un setting de psicoterapia, pero también hemos visto necesario no insistir y buscar otros caminos, cuando no hay mejoría o el chico/a no está en condiciones de entender, autobservarse. Se trata de no mantener un setting que no está siendo beneficioso sin justificaciones del tipo "es que no tiene insight o necesita más tiempo, o lo que hacemos seguro que es útil o no le aprovecha porque es muy narcisista". ¿Por qué no pensar que, a veces, la psicoterapia no es la estrategia adecuada?

Algunos de estos púberes no han adquirido aún esta capacidad de observación interna, permanecen muchos aspectos infantiles o solamente actúan, externalizan su patología y "ellos no tienen nada que pensar, hablar, cambiar ". El setting psicoterapéutico puede resultar estéril o claustrofóbico, impidiendo el aprovechamiento del recurso en otro momento en el que el paciente esté más preparado. Al cambiar a otros tipos de escenarios terapéuticos, la problemática puede hacerse más patente para el propio paciente y para el terapeuta, de forma que sean más resolutivos. También hemos podido observar que recursos aparentemente no psicoterapéuticos, actúan como elementos transicionales y pueden resultar facilitadores en pacientes con bajo nivel de mentalización y verbalización.

En ese sentido, en el hospital de día observamos cómo la relación que alguno de estos chicos establece con su educador actúa como agente de cambio psíquico. El estrecho acompañamiento que tienen los educadores con chicos muy fóbicos o muy simbióticos o muy esquizoides es imprescindible, en un inicio para generar algún vinculo de confianza y de esperanza que abra las puertas al proceso terapéutico.

También recogemos esta experiencia de cambio a través de algunos talleres, el dibujo, el barro, mascotas o juegos cooperativos, o como se modifica la relación con la escolaridad vivida a través del aula del hospital de día que participa de los objetivos terapéuticos globales.

El paciente repite en la relación con todos los profesionales del hospital de día muchas de las actitudes que son causa y efecto de su problemática y esto es una buena oportunidad (García Badaraco, 1990). Aunque el chico o chica no estén receptivos a entender a través de una interpretación, la respuesta diferente que recibe del equipo actúa como una experiencia emocional correctiva (Alexander y French, 1946) que podrá ayudarles a ir ganando capacidad de autobservación y mentalización.

Nos hemos planteado que cuando la psicoterapia en el sentido más estricto es difícil de alcanzar, hay que buscar otro tipo de recursos en los que de ningún modo se renuncia a la función psicoterapéutica. Estos harán de plataforma preparatoria a estos púberes y les abrirá paso a la mejora psíquica en primer lugar pero, también, a poder seguir más adelante con una psicoterapia más reglada.

Es necesaria una evaluación profunda para decidir los recursos a utilizar en cada caso, el trabajo en equipo y la supervisión son importantes, ya que de ninguna manera han de ser pruebas improvisadas, sino valoraciones razonadas adaptando nuestra técnica a las necesidades del paciente (Alanen, 1997, 2003). A continuación explicaré un caso en el que justamente, se desbloqueó el proceso al cambiar de estrategia terapéutica.

Ana tiene 12 años, es una niña menuda que no mira directamente y mantiene un rictus de enfado contenido, las pocas cosas que dice lo hace con un retintín de rabieta, como si escupiera las palabras.

El motivo de consulta es que agrede a la madre y que con frecuencia sufre crisis de agitación, rabietas incontrolables, con actuaciones auto y heteroagresivas. En la casa viven la madre y las dos hijas, la paciente tiene una hermana mayor con la que rivaliza y esto es origen de algunos de los altercados.

La pareja está separada, el padre es alcohólico y había agredido a la madre; desde hace cuatro años abandonó el hogar pero se queda en un piso del mismo edificio, a pesar de lo cual no se ocupa de sus hijas y nuestra paciente lo tiene muy poco presente. Ana es lista y la escolaridad está conservada, también tiene amigos y amigas en la escuela, estos últimos datos nos hacen pensar en aspectos bien conservados.

Inicialmente pensamos que a Ana le vendría bien tener una experiencia de psicoterapia, tener un interlocutor adulto diferente del padre y de la madre, una terapeuta joven que permitiera una identificación con la figura femenina, pensábamos que encajaría positivamente para ayudarla en su momento evolutivo de paso a su feminidad.

Simultáneamente se le dio un espacio a la madre de apoyo a sus funciones maternas, porque se la veía muy desorientada. No era capaz de adoptar una postura adulta y se relacionaba de igual a igual con su hija, peleando las dos como dos niñas, pero de pronto, queriendo adoptar una función educativa, poniendo limites desproporcionados, limites de niña, de cómo debía comer o vestir, peinarse o horarios que no tenían en cuenta mínimamente su realidad de más mayorcita o sus necesidades de relación con los amigos. La paciente vivía esto con mucha rabia y la madre había perdido toda autoridad moral sobre su hija.

La respuesta de Ana a la oferta de psicoterapia fue un silencio pertinaz, mucha rabia y por otro lado la situación en la casa empeoraba con un incremento de las agresiones. La madre venía desesperada, pidiendo que hiciéramos algo. Nos planteamos cambiar de estrategia y dado que la conflictiva fundamental se expresaba en la relación entre ellas, planteamos un trabajo psicoterapéutico, madre e hija.

Inicialmente Ana venía con la misma actitud de rabieta, callada, mostrando claramente su oposición hacia la madre y la terapeuta. La madre tomaba la palabra para quejarse de casi todo lo que hacía Ana, se colocaba como una igual y de pronto ponía reglas por decreto que esperaba que Ana cumpliera, si no era así la castigaba, prohibiéndole aquellas actividades más sanas y en las que Ana empezaba a tomar identidad propia.

Aparece una madre con una historia personal en la que nunca tuvo adolescencia, se describe como una buena niña que pasa de estar en la casa sumisamente a casarse. Le resulta muy difícil entender las necesidades que Ana empieza a mostrar y trata de que permanezca como si aún tuviera 10 años. Vive muy mal los inicios de autonomía y frente a eso Ana se revela y la agrede literalmente. Observamos como los sentimientos claustrofóbicos habituales en esta edad se incrementan al no ver salida a sus necesidades de crecimiento, reaccionando con violencia.

Hay una gran confusión entre aspectos sanos de Ana que apuntan a necesitar respeto a las nuevas situaciones de la edad, como son su intimidad o su grupo de amigos, que la madre vive como agresión, frente a conductas en las que efectivamente hay agresión. Nuestro trabajo implicaba ir diferenciado y colocando a cada una de ellas en un rol más adecuado.

Focalizamos el trabajo en dos aspectos: por un lado Ana no podía seguir agrediendo a la madre, dicho claro y contundente. No nos parece que frente a este tipo de problemas el terapeuta tenga otra opción que la claridad y pensamos que no va en detrimento de la neutralidad terapéutica, que tiene el sentido de no posicionarnos a favor ni de una ni de otra, de tratar de comprender lo que ocurre en el interior de ambas, etc. Y por otro, a dar cabida a las nuevas necesidades de la chica en su crecimiento sano.

Sabíamos que dejábamos de lado toda la problemática en relación a la separación de los padres y al padre alcohólico que había maltratado a la madre. Decidimos trabajar con lo más vivo y actual ya que era la única manera de conectar con una paciente muy reticente al diálogo psicoterapéutico. Indagar sobre sus sentimientos en relación al padre, era algo vivido con rechazo, algo que pertenecía a una infancia de la que no estaba dispuesta en ese momento a tratar. Por ello pudimos escuchar los ataques verbales de una y otra y Ana empezó a salir de su mutismo para quejarse, llevar la contraria a lo que la madre decía, sus palabras salían como si escupiera, era como refunfuñar, pero por fin teníamos palabras.

Escuchamos las quejas de ambas y empezamos a entender una demanda de la hija a través de aspectos que son muy importantes en esta edad, donde la identidad se empieza a jugar. Escenas en las que la madre, que se define como moderna, sabe qué ropa le conviene a la hija y ésta se siente invadida y llena de enfado. La pregunta aparentemente banal de la terapeuta: ¿Y entonces a ti como te gusta combinar esta camisa? Abre la esperanza de ser atendida en su nueva realidad de crecimiento.

Es pues muy importante nuestro interés real por todos estos nuevos signos de identidad adolescente que se inician y que requieren de una escucha sumamente respetuosa. Apareció también la lucha por el móvil, la elección del modelo, la gestión del saldo. Entre nada o todo nuestra función, en estas familias que tiene dificultades, es favorecer el diálogo que promueva pactos y puntos de encuentro.

Las primeras intervenciones nuestras de escucha a sus valores como adolescente se expresaron en su cara con un cierto asombro, y poco a poco fue saliendo del mutismo y apareció un cierto humor en los comentarios entre madre e hija.

Era realmente difícil ayudar a esta madre a que no viviera como un ataque lo que no lo era: las ganas de crecer de su hija. Ya que era evidente que la chica no estaba teniendo comportamientos de riesgo; al contrario, era todavía muy niña. A pesar de ello, sus primeros pasos de diferenciación ya eran muy mal tolerados por la madre.

En una ocasión Ana trajo a los amigos a casa, previo consentimiento de la madre. Pero la madre, cuando lo consideró adecuado, sin hablar con Ana entró en la habitación y tratándoles de críos les dijo que ya es hora de ir a casa. Ana se sintió terriblemente avergonzada y pudo en la sesión hablarlo con la madre. Valoramos explícitamente que, está vez, no se ha pasado a la agresión, sino que podemos pensar conjuntamente las razones de una y otra y las posibles maneras de haberlo resuelto. Ana está pidiendo que la madre actúe más en consonancia con su edad y entienda la ilusión de tener amigos.

Todo este proceso de escucha de una y otra permitió que poco a poco el diálogo sustituyera a la agresión. Ana había

demostrado que en una terapia individual no se sentía atendida en lo que le dolía o, en último caso, no era el escenario donde pudo hablar y salir del enfado sin palabras.

Pudimos ayudarla a entenderse como adolescente que tiene unas necesidades nuevas, que para la madre eran difíciles de entender y en parte lo siguieron siendo, evolucionó mucho más Ana que su madre. Este tipo de intervenciones son un eslabón en el proceso hacia la salud. Evidentemente quedan muchos aspectos a resolver y es probable que Ana necesite tratar más adelante aquellos temas que quedaron pendientes. Nos despedimos un poco mejor, sin agresiones en casa y con unas capacidades más maduras por parte de la chica. La madre también ha evolucionado, pero ha continuado recibiendo ayuda a través del grupo de padres del hospital. Para ella sigue siendo difícil no sentir como agresión, lo que no lo es, que su hija se separe y se diferencie de ella.

Para concluir, remarcaría algunas de las ideas expuestas:

1. La necesidad de que el púber encuentre en su entorno una estructura que le permita transitar hacia la adultez.
2. Nuestra intervención profesional ha de ser parte de esta estructura y enfocarla favoreciendo el crecimiento.
3. La psicoterapia será útil en aquellos con una cierta capacidad de observación interna.
4. Si la psicoterapia no da resultados, convendría buscar otro tipo de intervenciones en las que de ningún modo se renuncia a la función psicoterapéutica.

Acabaré con unas palabras de Julia Kristeva (1999): “Se ha repetido insistentemente que el psicoanálisis sexualiza la esencia del ser humano, pero también que lo intelectualiza: todo está en el sexo, bien todo está en las palabras. Ni lo uno ni lo otro: El descubrimiento de Freud consiste en dar un sentido amoroso que transforma el recuerdo. Yo he sido herido(a), traicionado(a), violado(a); te lo cuento a ti; tu atención-confianza-amor me permite volver a vivir esa herida-traición-violación en una forma distinta. Yo le otorgo a partir de ese momento –y en cada nuevo lazo amoroso– un sentido distinto, soportable. No es que yo borre esa herida-traición-violación, sino que la dono… Ésta es la alquimia de la transferencia:

transformación del recuerdo al abrigo de un nuevo lazo, del cual esperamos que tenga una intensidad comparable a la de un vínculo amoroso".

Agradecimientos

Al equipo del Hospital de Día de la FHS Pere Claver:
Ramón Berni, Laura Bosch, María Catarla,
Alfonso Díaz, Luis Gol, Núria Gracia,
Olga Moreno, Sergio Sánchez, Gemma Segura,
Sonia Soriano, Anna Vilanueva y Berna Villarreal

BIBLIOGRAFÍA

ALANEN, Y. (1997). *Schizofhrenia: Its Originis and Need-Adapted Treatment*. London, Kranac.

ALANEN, Y. (2003). *Atenció psicoterapeutica als pacients psicotics a la xarxa pública.* Ponencia presentada en el colegio de médicos de Barcelona.

ALEXANDER Y FRENCH (1946). Terapéutica psicoanalítica.

AVILA ESPADA, A. (2004). Psicoterapia psicoanalitica con adolescentes: su grupo familiar y el proceso psicoanalitico. *Revista de Psicopatologia y Salud Mental del niño y del adolescente,* núm. 4, pp. 9-39.

BLOS, PETER (1993). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires. Amorrortu.

BLOS, PETER (2003*) La transición adolescente*. Buenos Aires. Amorrortu.

PALACIO ESPASA, F. (2008). Abordajes psicoterapéuticos de los casos difíciles (I parte). *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, núm. 11, pp. 27-34.

GUTTON, PHILIPPE (1993). *Lo Puberal*. Barcelona. Paidós.

GARCÍA BADARACO, J. (1990). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar.* Madrid, Tecnipublicaciones.

FEDUCHI, L. (1986). Actuación y adolescencia. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia infantil,* núm. 2, pp. 17-36.

FRIEDMAN, M; LAUFER, M. (1997). Problems in working with adolescens, en Laufer M (editey): *Adolescent Breakdown and Beyond*, London, Karnac Books.

KRISTEVA, J. (2002). Memoria y salud mental, en *¿Por qué recordar?*, Barcelona, Granica.

LASA, A. (2003). Experiencias del cuerpo y construcción de una imagen corporal en la adolescencia: vivencias, obsesiones y estrategias, *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente,* núm. 2, pp. 53-74.

MALE, P. (1966). *Psicoterapia del adolescente.* Barcelona, Paideia.

NICOLÒ, A. M. (2004). *L'adolescentee il suo mondo relaciónale.* Roma. Carocci.

POSTMAN, N. (1994). *La desaparició de la infantesa.* Barcelona. Eumo editorial.

ROTHER HOORNSTEIN, M. C. (comp.*)* (2006*). Adolescencias: trayectorias turbulentas.* Buenos Aires. Paidós.

SORIANO, A (2004). Consideraciones sobre la actitud terapéutica en la atención a los adolescentes. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente,* núm. 4*,* pp. 81-90.

SORIANO, A. (2005). Algunas consideraciones sobre la clínica hoy*. Revista de Psicoterapia*, núm. 62, pp. 69-81.

TORRAS, E. (1996). Modalitats terapèutiques a l'assistència a nens i adolescents: les dinàmiques subjacents, *Revista Catalana de Psicoanàlisi,* vol. XIII, núm. 2. pp 77-88.

ZWEIG, S. (2004). *Ardiente secreto.* Barcelona. Acantilado.

ÁBRELE LA PUERTA AL DÍA*

M.ª Esther Díaz Rodríguez**

RESUMEN: "Ábrelle a porta o día" (Ábrele la puerta al día), así empieza un poema en gallego en el que siempre pienso cuando comienzo el tratamiento con un paciente grave.

A finales de 2005 la Orientadora Escolar del colegio de **Marcos**, un niño de 6 años, me pidió cita con la conformidad de sus padres.

En el colegio les llamaban la atención los problemas de aprendizaje y, sobre todo, de relación con sus compañeros.

Los padres, profesores ambos, pusieron el acento en la primera entrevista en las dificultades en el aprendizaje.

Desde entonces, el tratamiento psicoterapéutico con **Marcos** se realiza quincenalmente. Con la madre comenzó pocos meses después un trabajo de diferenciación de su hijo, también quincenalmente.

Intentaré reflejar en mi exposición, cómo, para que se den los "periodos de transición en el desarrollo", va a ser necesario que ese niño nazca de forma imaginaria y simbólica para la madre.

Palabras clave: hijo, madre, nacimiento, desarrollo.

---

* Ponencia presentada en el XXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA) que bajo el título "Períodos de transición en el desarrollo e intervenciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Almagro (Ciudad Real) del 17 al 18 de octubre de 2008.

** Psiquiatra, Psicoanalista de la SEP-IPA. Coordinadora del Hospital de Día para Adolescentes de la Fundació Hospital Sant Pere Claver. Barcelona. E-mail: medara@eresmas.com

El inicio (comenzar o promover una cosa).

De las **primeras entrevistas** con **Marcos** y sus **padres** destaco lo siguiente:

Tiene un hermano dos años mayor que él.

Cuentan los padres que fue un niño muy enfermo sobre todo hasta los tres años, y está diagnosticado de asma.

Tiene mucha fantasía, supone la madre que la utiliza para encontrarse mejor físicamente. Su tema constante son los barcos y se nombra como capitán de barco.

Para ellos es un niño feliz en casa, algo inquieto.

Lo que esperan de la consulta son pautas para reforzar la atención de su hijo.

Y añade el padre, también saber lo que le pasa, porque a lo mejor tiene algo que ellos no ven, porque no son objetivos.

Lo describen de carácter alegre y divertido. Cariñoso y sensible. Aparentemente extrovertido, hablador, no comunica sentimientos.

No se enfada fácilmente y si ocurre, porque los padres le niegan algo, llora mucho.

No es rencoroso, y "se le cura todo con un beso", dicen.

La madre resalta los miedos que tiene: a los esqueletos, máscaras, bombas, truenos, ruidos fuertes, desde que tenía meses.

Marcos dibuja, mientras, por propia iniciativa. Ha estado jugando sobre todo con el tren y animales, construyendo historias.

Según dibuja, borra una y otra vez, porque no le gusta como queda, se preocupa de dejar todo limpio, la mesa, y su ropa.

Al preguntarle, responde de forma escueta. Muy pendiente de la madre, cada vez que dice algo mira para ella, pide su confirmación, y se extiende hablando con ella. Serio, no mira directamente. La madre aclara que hasta que no tiene confianza no mira.

Sobre su **crianza** dicen que ya nació mal, a los pocos meses ya tenía un pitido en el pecho. Lloraba mucho. Ahora piensa que no respiraba bien y por eso lloraba.

Tuvo un ingreso en la UVI a los 9 meses, y un segundo ingreso a los 11 meses.

Lo recuerdan con mucha angustia.

Fue diagnosticado de asma al año. Empezó entonces la recuperación, con mucho ejercicio al aire libre, y medicación.

Ha comido siempre muy mal, vomitaba constantemente, comió todo en papilla durante años, siempre en el límite del percentil de peso adecuado. Se le deformaba el paladar y hubo que suprimir las papillas.

Respecto al sueño, el padre dice que arrastran ya un problema con el hijo mayor, éste tiene miedo a la oscuridad y duerme con ellos.

Para que el padre pudiera dormir (está diagnosticado de TOC), la madre se fue a dormir a la cama del mayor y éste con el padre. Casi todos los días se mete también **Marcos** con ellos.

Empezó el **colegio** con 4 años. Tiene problemas de atención, dicen.

Está con profesora terapéutica, 3 horas por semana. Ésta les ha dicho que le cuesta ponerse en lo que está ocurriendo en el momento, tiende al ensimismamiento con otros temas; cuando hay que recortar algo, termina cortando todo, incluido lo que hay que guardar, y se muestra con ella más próximo de lo habitual en un niño de su edad.

La madre, trabaja mucho con él porque lo que aprende un día, al siguiente no lo sabe. En un juego o ejercicio de cuatro reglas a la tercera ya no lo sigue.

Respecto a su **individuación,** sabe comer y vestirse solo, pero se lo hacen porque es muy lento, dicen. También lo duchan.

El padre agrega que es feliz siendo pequeño.

Con los niños se acerca. Tiende a relacionarse con niños de su edad o menores. Ni manda ni se deja mandar, si le interesa juega, si no se marcha.

Va o vienen a su casa amigos, por iniciativa de los padres.

La madre acaba diciendo que le preocupa cómo se relaciona con otros niños.

Marcos solo en el despacho, se sienta lo más alejado posible de mí. Cuando lo invito a acercarse lo hace pero se pone de medio lado. Lo invito a dibujar y dice que no quiere, que quiere jugar con la casa, ésta es un puzzle de construcción para niños de 2 a 4 años.

Le da muchas vueltas y acaba pidiendo ayuda. Intenta después hacerlo solo y no lo consigue, a pesar de tener el esquema visual en la caja, pero no para de intentarlo hasta que tiene que recoger, y lo hace sin más.

En la segunda consulta, la madre dice que ya come solo, se viste solo, duerme solo, que lo aceptó todo muy bien.

En el colegio sigue el problema, o no quiere trabajar alguna vez, o si se le dice que lo hizo muy bien, rompe la ficha. Se confunde a la hora de identificar los contrarios. No sabe identificar el antes y el después en los números, sin hacer la secuencia completa. Y se puede pasar horas haciendo lo mismo aunque no le salga. La madre piensa que no deduce.

En camino (vía que se construye para transitar).

Los ruidos que a él le asustan, sobre todo por la noche, se puede pensar que remiten a la escena primaria, junto con el problema de dormir que contaron el primer día. Él está muy pendiente de lo que oye, pero también está pendiente la madre de los ruidos, ¿está proyectando?, dice que él teme que les pase algo a ellos, ¿será que ella teme que le pase algo a él?

El problema de ansiedad en la madre por separarse de su hijo, había que trabajarlo.

Voy a mostrar a través de los dibujos de **Marcos** y un extracto de una consulta con la madre, parte del camino transitado en estos dos años largos.

Habían pasado cinco meses desde nuestro primer encuentro, y en este primer dibujo (n.º 1) se aprecia belicosidad, muchas cosas mezcladas, sin organizar, día y noche, la luna, la estrella fugaz, etc., pero hay movimiento en lo que dibuja (bolas de cañón, sol, y nieve que derrite), e intenta escribirlo (n.º 1-1). Quiere esto decir que está simbolizando y hay conflicto. El segundo dibujo (n.º 2) es más caótico, borra al hombre, hace el castillo, un montón de bolas de cañón, aparece la “z” de

El Zorro, personaje mítico, y en el tercer dibujo (n.º 3) hay un nivel más alto de organización, hay una persona que lleva el timón del barco, el sol, tres velas del barco y una bandera.

Que en la misma sesión haga esta secuencia de dibujos con el último más organizado y claro, hace pensar que tiene un buen pronóstico.

Es un niño con unas defensas primarias que no le permiten desarrollarse. En los dibujos se ve conflicto, así que me planteo ayudarle a construir las vías para diferenciarse y separarse de su madre.

En otro momento a los ocho meses de tratamiento, él se da cuenta de que está ocurriendo algo importante en su interior. Después de hablarme de que a veces lo mismo que su hermano, él se va a la cama de su padre y no lo puede hacer, ya que este le riñe, dice, "te voy a contar algo importante" y no lo expresa verbalmente, sino con los dibujos.

En el primer dibujo (n.º 4) hay triangulación (aparece la A –inicial del nombre de la madre pegada a su nombre–, aparece **Marcos** y el capitán), pero no diferenciación. El capitán está fuera del barco, pero tiene que estar dentro, "es el que dirige", sino el barco se hunde.

No tiene su yo integrado. Y hay que trabajar entonces para que pueda meter dentro al "capitán", conducir "su barco".

En el segundo dibujo (n.º 5), se puede entender que cuando no pueden con lo que está ocurriendo, se desorganizan, se hunden la madre y él. Al barco hundido lo cubre el mar.

El tercer dibujo (n.º 6) puede denotar, que muchas veces para separarse y diferenciarse del objeto (**Marcos** dice que le sobra esa A en el dibujo y está separada ya de su nombre), hay que hacerlo, o se hace, de forma agresiva, odiando. El objeto malo está fuera y hay que bombardearlo.

Él empieza a observar y ver a los de fuera. Cuenta que el hermano se ha caído de la bicicleta, que se ha saltado un stop, y habla de los niños de su clase. Está mirando lo que ocurre en su entorno.

Comienza entonces a establecer la diferencia en las relaciones,"esto es inventado" dice a veces de lo que cuenta.

Las matemáticas le siguen costando, porque tienen que ver con el concepto del cero, con la identidad que está definiendo.

Meses después, **Marcos** que está más organizado, hace un dibujo (n.º 7) en donde se ve una clara mejoría. Ya hay indicios de que se está instalando la represión dentro de él. Aparecen señales de tráfico limitando, el sol suda, hace calor. Los tanques se convierten en niños y se hacen amigos, uno le dice al otro que lo siga (yo lo entiendo a nivel transferencial). Se pierden, pero encuentran la salida. Hay un árbol, un edificio medio derruido pero se pregunta cómo está construido.

A los dos años de tratamiento, la madre dice en una consulta lo siguiente: estos días **Marcos** lo está pasando muy mal por la lluvia, come mal, duerme mal, tarda en dormir, se despierta temprano, está cansado y trae más deberes del colegio. Ya no saben qué hacer, le han explicado muchas veces que no pasa nada si hay tormenta, pero parece que no le sirve, los mimos tampoco, ayer no pudo cenar; al final le dijeron que no volviera a salir de la habitación, que contara ovejitas, y se acabó durmiendo.

Siempre tuvo la sensación de que a su hijo lo tenía **prestado** y en cualquier momento podía **perderlo**. Desde que nació siempre se podía ir, aún el otro día fue a revisión de su alergia y el médico le dijo que estaba en el límite del peso, y se angustió mucho. Otra vez el peligro, otra vez tratamiento. Se da cuenta de que con el otro hijo no está tan pendiente de todo. Se emociona. Estos días ha vomitado alguna vez. Cuando era pequeño cualquier bocado de más lo vomitaba, no cogía peso, es revivir todo otra vez.

Se siente culpable, algo debió haber hecho mal para que el niño saliera así enfermo. Cuando viene con una nota del colegio, lo mismo que le dijo el médico, siempre piensa en cómo hacer para solucionarlo ella misma, **cómo hacerlo bien**.

Yo le señalo que es como estar continuamente embarazada, como si **Marcos** no hubiese nacido, siempre pensando en qué hacer ella. No se le concede a **Marcos** que es una persona que piensa y tiene parte en lo que le ocurre. Es estar siempre en “a ver si nace bien de esta vez”, pero ya ha nacido hace 8 años.

Pienso que la madre, como su hijo, necesita alguien que la esté mirando, alguien al lado, para contenerse y poder actuar con su hijo de otra manera, ver lo positivo de él.

Ahora (a esta hora, en este momento, en el tiempo actual o presente).

Marcos ha pasado de venir con cañones, barcos de piratas, naves galácticas, y no soltarlas en el tiempo de consulta, a dejarlas olvidadas en mi despacho al marchar. Ahora, ya no trae nada que lo acompañe defensivamente por lo que pueda pasar en la sesión.

Habla mucho, y ha pasado del dibujo a jugar, hacer puzzles recordando que antes no le salían, y construir imaginativamente, combinando colores y formas, ruedas que engarzan unas con otras, y giran al mismo tiempo.

Y quiere ser de mayor capitán de barco, no sabe si de barco pesquero o carguero. La vista que hay desde el despacho le sirve para pensar, imaginar, sobre el mar, sobre los barcos y quienes los dirigen. Probablemente no solo sea la vista, sino la transferencia establecida, la escucha, el darle un estatuto de sujeto.

La madre, ve con dificultad los progresos, y las capacidades de su hijo, los nombra, pero no los piensa, y hay que señalárselo.

Marcos ya no está pendiente al acostarse de si llueve o no.

Y la madre reflexiona sobre que está nerviosa cuando trata de enseñarle y se lo transmite. Y también sobre que ve en él rasgos de carácter de ella, que le hicieron sufrir mucho, y no quiere que él sufra.

Pero ha decidido dejarlo crecer, dice, ya que **no puede hacer todo perfecto**.

Éste es un relato corto de una larga historia, la de **Marcos**.

Comenzó cerca de la "Torre de Hércules" creyéndose capitán de barco, pasó por querer ser como el Capitán pirata "Jack Sparrow" (recuerdo aquí la maldición que tenía de no ser persona humana, maldición que acaba venciendo), y ahora mira hacia el puerto pensando en ser de mayor capitán de los barcos cargueros que ve llegar y zarpar, llenos y vacíos, como en el barco de la vida.

Y yo pienso en este poema:

Ábrelle a porta ó día
que vén tralas montañas,
que invade os arredores
do camiño da vida.

(Ábrele la puerta al día
que viene detrás de las montañas,
que invade los alrededores
del camino de la vida).

Darío Xohán Cabana

BIBLIOGRAFÍA

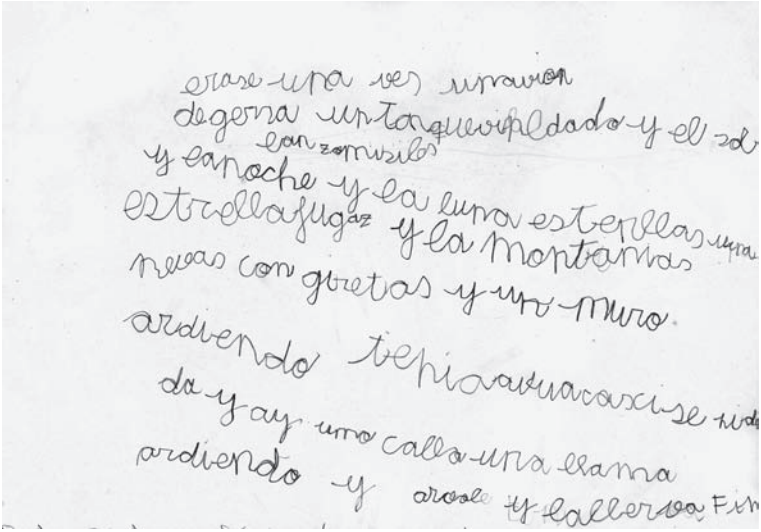
BLEICHMAR S. (1999): *En los orígenes del sujeto psíquico.* Buenos Aires. Amorrortu Editores.

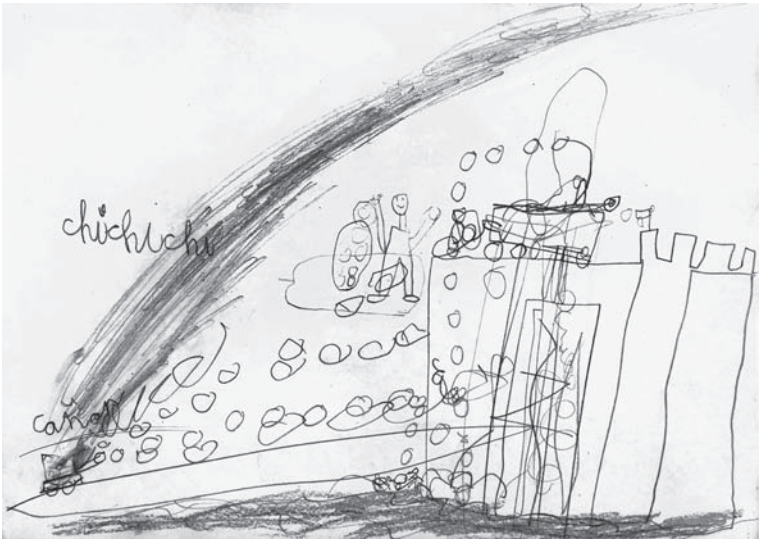
DÍAZ RODRÍGUEZ M.E. (2002): *Infante psicótico, padres perdidos.* Revista de Psicoterapia y Psicosomática, n.º 49.

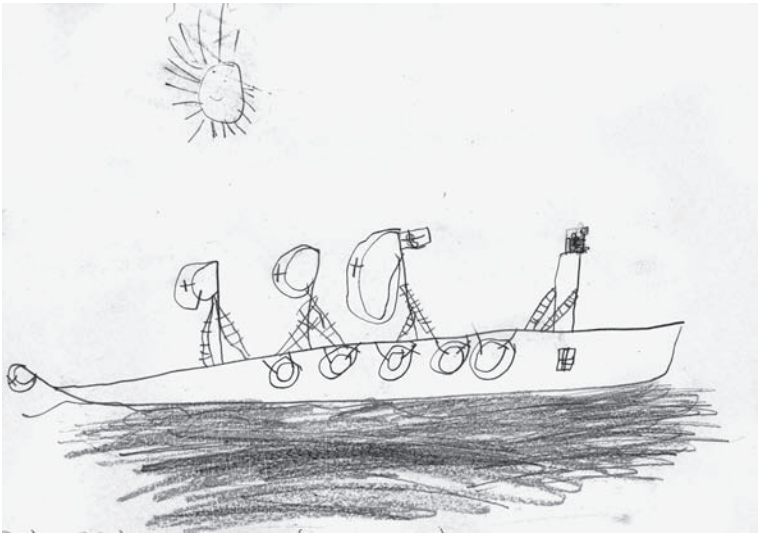
LAPLANCHE J. (2003): *Castración. Simbolizaciones.* Problemáticas II. Buenos Aires. Amorrortu Editores.

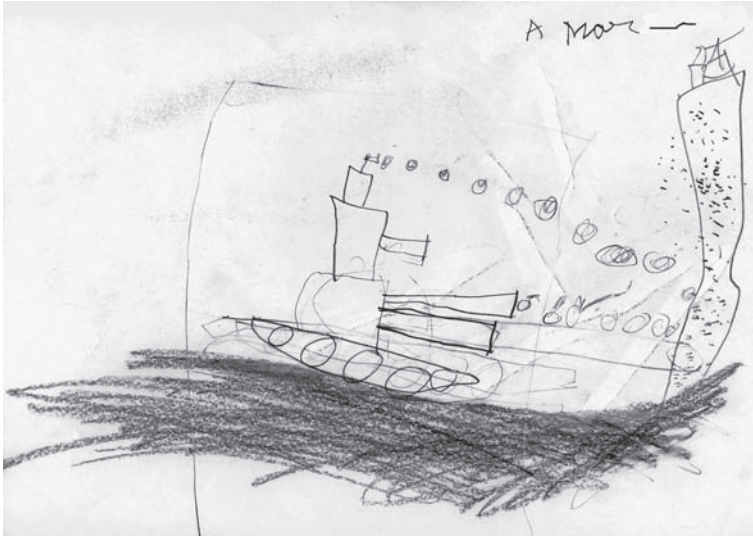
SIGAL DE ROSENBERG A.M. y otros (1995): *El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños.* Buenos Aires. Lugar Editorial S.A.

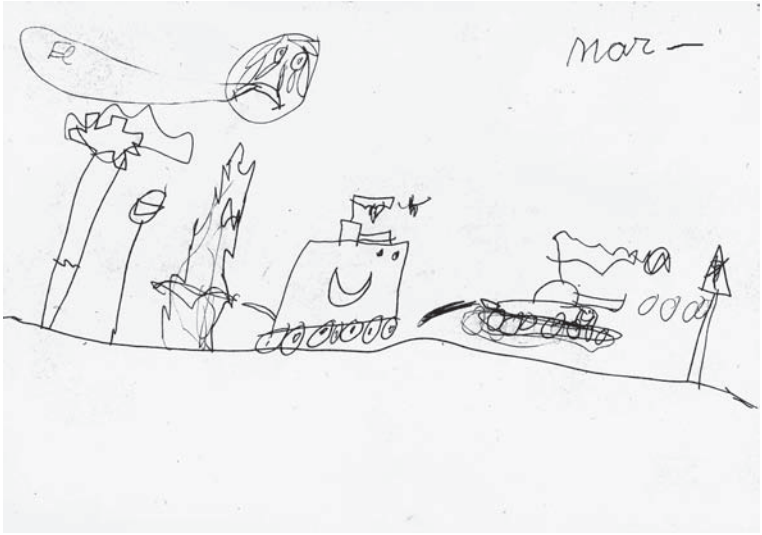
REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (1994): *Diccionario de la Lengua Española.* Madrid. Editorial Espasa Calpe.


erase una vez un rayon
degerra un tanquiupldado y el sol
y la noche y la luna estrellas una
estrellafugaz y la montanas
nevas con grietas y un muro.
ardiendo tepiavaxuacaxi se
da y ay una calla una llama
ardiendo y arosle y lallerva Fin


chuchuchu




A mar


mar

TERAPÉUTICA INSTITUCIONAL EN EL ABORDAJE DE UN TRASTORNO GRAVE DE LA CONDUCTA*

Daniel Cruz, Sergio Herrera*****

Los trastornos graves de la conducta en la adolescencia son un cuadro cada vez más frecuente en los centros de salud mental infanto-juvenil. Su abordaje debe afrontar tanto la aparatosidad y urgencia de la sintomatología como los trastornos de personalidad subyacentes en muchos de estos cuadros. Son tratamientos difíciles que ponen a prueba la capacidad de contención de los equipos. Una cuestión fundamental es poder montar un dispositivo terapéutico que responda con eficacia al tipo de funcionamiento mental que presentan los pacientes. Se ha de hacer frente a diferentes aspectos sintomáticos, que incluyen cuestiones farmacológicas, psicoterapéuticas, familiares, pedagógicas y sociales. El trabajo interno del equipo de salud mental y el trabajo en red comunitario son imprescindibles. Es frecuente usar diferentes modalidades terapéuticas y a menudo se hace necesario el paso del paciente a través de diversas instituciones, como ocurre con los ingresos hospitalarios. El reto es poder incorporar estas transiciones al encuadre terapéutico, tanto para garantizar la continuidad asistencial

---

* Comunicación libre presentada en el XXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA) que bajo el título "Períodos de transición en el desarrollo e intervenciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Almagro del 17 al 18 de octubre de 2008.

** Psicólogo clínico, psicoterapeuta. Coordinador Centro Salud Mental Infantil y Juvenil Garraf. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Universitario Sant Joan de Déu, Barcelona. E-mail: dcruz@hsjdbcn.org

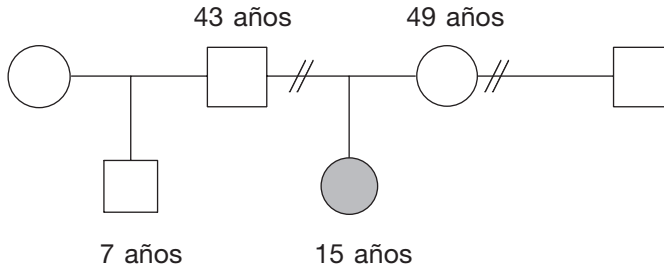
*** Psiquiatra. Responsable clínico Hospital de Día de Adolescentes. Centro Salud Mental Infantil y Juvenil Garraf. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Universitario Sant Joan de Déu, Barcelona.

como para poder entender las manifestaciones subjetivas que se expresan de forma actuada. Algunas de estas reflexiones se nos plantearon a propósito del caso de una chica atendida en nuestro Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil desde hace dos años y medio. Durante este tiempo requirió varios ingresos y ha pasado por diferentes modalidades terapéuticas. Acude por primera vez a nuestro centro con 12 años de edad, derivada por su pediatra, por presentar desde hacía 6 meses un cuadro depresivo con ideación autolítica, trastornos de la conducta alimentaria y quejas somáticas.

Nos llama la atención desde el primer momento la actitud de la madre, que nos pide si puede hablar a solas de lo que le pasa a su hija antes de que ésta pase, que tiende a hablar por la paciente, y que usa expresiones como "la separé de su padre, estamos solas" al informarnos de que los padres están separados. Aquí vemos ya algo que después se irá haciendo más evidente, una indiferenciación psíquica madre-hija que constituye una problemática clave en su relación. Así, la vivencia que la madre tiene de los trastornos de conducta de la hija es únicamente como desafío a su autoridad, sin mostrar mayor empatía. Esta indiferenciación también se refleja en la forma como han sido vividos los conflictos familiares, y que nos encontramos ya en la primera entrevista.

El árbol genealógico en la actualidad es el siguiente:

GENOGRAMA PACIENTE



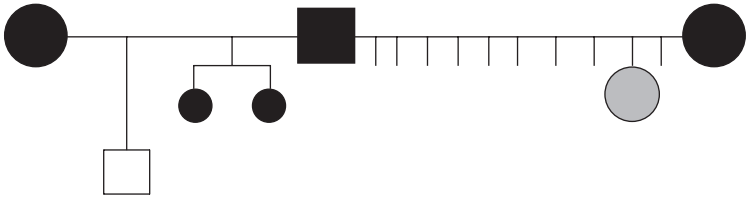
La relación con su hermano menor es buena. El embarazo de este hermano fue dramático al diagnosticársele un cáncer a la mujer del padre. La pareja se ha separado y reunido en varias ocasiones. La paciente habla de forma despectiva de su padre. Éste, al contactar con nosotros siempre se ha mostrado colaborador, intentando mediar en los conflictos entre madre e hija y aportando información de interés. En la anamnesis no aparecen alteraciones significativas.

La madre sigue tratamiento anti-depresivo (citalopram) prescrito por su médico de familia desde un año y medio antes de consultar por la hija. Las peleas con la hija son continuas al vivir como un rechazo a su autoridad que no se sigan sus directrices, considera que es "vaga por naturaleza" al no poner más voluntad en "superarse". Presenta unos fuertes rasgos obsesivos de personalidad, lo que la lleva a adoptar posturas rígidas: "El orden es el reflejo de su orden interno; a mí me machacaron y así aprendí a ser ordenada".

El tratamiento se ha desarrollado en distintas fases. Tras la primera visita inicia seguimiento. En un primer momento predominan los sentimientos depresivos y los trastornos de restricción alimentaria, iniciando medicación antidepresiva. Al cabo de poco tiempo la profesional responsable del caso se inquietó ante el tono de unas críticas conjuntas de madre y paciente al entorno escolar, por lo que se decidió que interviniese otro profesional para hacer un seguimiento con la madre en paralelo a las visitas de la chica.

Aquí se inicia un periodo de mejoría sintomática. La madre puede hablar de las dificultades de su infancia y de sus relaciones de pareja. El genograma familiar de la madre es el siguiente:

GENOGRAMA MADRE



La madre es la penúltima de once hermanos. La primera mujer del abuelo materno falleció en el parto de unos gemelos. El abuelo, fallecido hace 5 años a los 91 años de edad, tuvo importantes cargos políticos en el franquismo. La abuela materna falleció hace 26 años en un accidente de tráfico en el que la madre la acompañaba. Otro hermano de la madre falleció con 7 años de edad de leucemia.

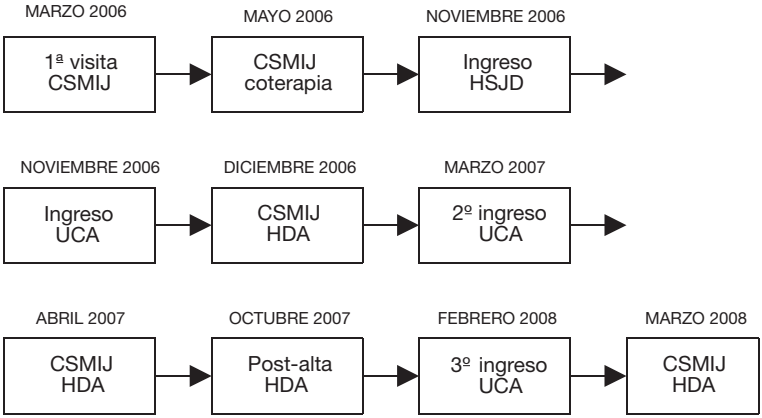
La madre describe su infancia como conflictiva al no recibir afecto por el nivel de exigencia existente en su familia. Nos dirá: "me rijo por valores anticuados, no estoy de acuerdo con la sociedad, el colegio de mi hija me ha boicoteado al no ser más duro con ella".

La madre se separó cuando la paciente tenía 6 años de edad. Más adelante explicará que la relación con el padre fue mal desde el embarazo, momento en que dejaron de tener relaciones sexuales. La segunda relación de pareja de la madre se acabó medio año antes de venir a consulta tras 5 años de convivencia descrita "como un infierno". La paciente refiere odiar a esta pareja. Respecto a estas relaciones conflictivas la madre expresará que "estaba tan absorbida en los conflictos que no pudo estar más por su hija". También aparece cierta confusión con su hija al temer que no le pase en su relación con los chicos los mismos conflictos que ha vivido con su expareja, con la que se sintió maltratada. A medida que se mantienen entrevistas puede cuestionarse aspectos de su comportamiento, como no ser más flexible con la hija.

Tras medio de año de seguimiento, justo cuando comenzábamos a pensar que el caso parecía encarrilado y coincidiendo con el inicio del curso escolar, vuelve a empeorar la situación, con enfrentamientos entre madre e hija, acompañados de conductas autolesivas, ideación suicida y rechazo a ir a la escuela. La paciente expresa sentimientos de desesperanza, muestra odio hacia ambos padres, se siente rechazada y coaccionada por la madre y desprecia al padre. Deja entrever la posibilidad de algún tipo de abuso por parte de la segunda pareja de la madre que nunca llega a especificar. También se siente atacada por sus amigas, de las que se desvincula. La madre se enfada con la hija al considerar que actúa así a propósito, y

nos reprocha que su estado actual se debe a “que le dijimos que hiciese lo que diese la gana”. La propuesta de derivarla a Hospital de Día le parece “un mundo artificial que le hará perder el curso”. Llega a pegar en alguna ocasión a la hija. Finalmente ingresa en hospitalización a través de Urgencias (Hospital Sant Joan de Déu, HSJD), tras un gesto autolítico en el que amenazó con cortarse con un cuchillo.

El diagrama de su recorrido asistencial a lo largo de todo este tiempo ha sido el siguiente:



Durante el ingreso mantiene las quejas hacia la familia, la ideación autolítica y unas alucinaciones auditivas de las que se descarta que supongan un trastorno psicótico. Se adapta bien a las condiciones del ingreso, pero al proponérsele a los pocos días la derivación al Hospital de Día empeora el cuadro. Amenaza con suicidarse si le dan el alta y la devuelven a casa, provoca alteraciones en la planta entre el resto de pacientes, y acaba realizando una tentativa suicida en un contexto de agitación. Se decide derivarla para ingreso a un centro con mayor capacidad de contención (Unidad de Crisis de Adolescentes, UCA). En este centro se adapta de forma no conflictiva al ingreso, no refiere vivencia de malestar propio pero sí quejas hacia la familia. Se valoran los trastornos de conducta como manipulativos y se le retira toda la medicación.

Al iniciar el ingreso en el Hospital de Día de Adolescentes (HDA) se muestra más contenida pero con una actitud muy distante frente al resto, con una pose elitista. Durante este periodo aparecen nuevos datos familiares. La madre, tras abrazar en su juventud ideales hippies, pasó a introducirse en una secta orientalista. Según el padre se debió a ello el alejamiento afectivo entre ambos, así como por las dificultades de relación con la familia de ella, y no sólo por el hecho de estar embarazada. Cuando la paciente tendría 3 años, y ante el riesgo de que se la llevase a vivir a la India, deciden, juntamente con la familia materna, intervenir para sacarla de la secta. Por otra parte parece que la relación entre padre e hija era fluida, "confidentes" según la madre, pero que se deterioró al sentirse la hija desatendida tras quedar la nueva pareja del padre embarazada con los problemas de salud señalados anteriormente.

Tras este primer periodo de adaptación, cada vez presenta mayor inestabilidad afectiva tanto en el HDA como en el instituto, al que asiste combinando la asistencia con el ingreso. Aunque en casa no hay tantos conflictos, en estos otros contextos la relación es cada vez más difícil. Muestra rasgos claros de funcionamiento límite, con escisiones entre el personal asistencial y proyección de ansiedades persecutorias. Se solicita un segundo ingreso en la UCA (abril 2007) para contener esta situación e introducir una nueva pauta de medicación con un estabililizador del ánimo (ácido valproico, 600 mg/día, en niveles terapéuticos).

Al reincorporarse al HDA tras este segundo ingreso deja el instituto y asiste únicamente al HDA. El espacio de psicoterapia individual deja de ser un lugar de descarga y pasa a iniciar un proceso terapéutico propiamente dicho en el que puede transmitir su mundo interno. Por primera vez la madre tiene mayor consciencia de las dificultades emocionales de la hija, en vez de verlas como actitudes manipulativas o rebeldes. Inicia una relación afectiva de forma estable con un chico. Durante todo el verano se mantiene estable.

Al comenzar el curso escolar, de acuerdo con la paciente y su familia, acude a clases en horario completo, manteniendo visitas semanales de 90 minutos en el HDA para realizar segui-

miento y dar apoyo ante la reincorporación a las actividades cotidianas. En noviembre se concede el alta de HDA; no obstante se continúa haciendo el seguimiento en este dispositivo, pasando las visitas a frecuencia quincenal. Durante el primer trimestre del curso acude al colegio con normalidad; en las visitas a HDA destaca una actitud frívola, con tendencia a la banalización de los problemas o dificultades.

A finales de diciembre, poco antes de las vacaciones navideñas, vuelve a negarse a ir al colegio, alegando conflictos con amigas próximas que hacen que el resto del grupo se ponga en su contra. Describe algunas crisis de ansiedad esporádicas. Discurso más cercano a la realidad que el mostrado en la descompensación de principios de año; mayor capacidad para matizar; visión menos dicotómica de las cosas. La actitud es de demanda de ayuda. Pasa las Navidades en el extranjero con la familia paterna y se acuerda que reingrese en el HDA.

Durante la primera semana de enero fallece el abuelo paterno. Se produce un súbito y brusco empeoramiento, con gran labilidad afectiva, exaltación y disforia; actitudes provocativas, hipersensibilidad a comentarios banales, suspicacia. A finales de la misma semana la madre pierde el trabajo; la paciente reacciona con gran hostilidad y reproches hacia ella. Tras unos días en los que persiste la irritabilidad y agresividad verbal, se decide un nuevo ingreso en la UCA (febrero 2008).

Durante el ingreso, de un mes de duración, se contiene la escalada auto y heteroagresiva de la paciente. No obstante, al alta se constata un afecto muy lábil e inestable, aunque sin la hostilidad y angustia previas al ingreso. En el HDA presenta conductas inadecuadas, uso de mecanismos de escisión, pérdida de distancias relacionales y visión dicotómica de los profesionales. Durante este período se produce un consumo masivo de cánnabis que es abordado en entrevistas con la paciente y su madre, y que se mantiene pese a los propósitos de reducir el consumo. A mediados de marzo realiza una ingesta medicamentosa puntual, con finalidad autolítica, que no termina en ingreso. En casa se describe un gran descontrol de horarios, menor conflictividad a expensas de una relajación de la disciplina. Continúa negándose a asistir al colegio.

A principios de abril, la paciente exhibe de forma ostentosa ante los profesionales y compañeros del HDA una “piedra” de hachís. Se llama por teléfono al padre, y mantenemos una entrevista con ambos. La paciente se muestra compungida de una forma llamativa. Interpretamos su actitud ostentosa como una manera de llamar nuestra atención y pedirnos ayuda, lo cual recoge y acepta. El padre mantiene en esta ocasión una actitud adecuada, de firmeza y apoyo emocional. Se plantean medidas conductuales concretas para reconducir la situación. Se decide la expulsión de HDA durante una semana al haber introducido tóxicos, aunque manteniendo entrevistas todos los días con su terapeuta. Frente a la sintomatología de expresión más comportamental anterior, ahora expresa con claridad preocupaciones subjetivas relacionadas con el temor al abandono y el conflicto entre dependencia y autonomía. Aun así, le es difícil la elaboración psíquica de los conflictos, alternando periodos de excitación maniforme y conductas seductoras con otros donde adopta actitudes de pseudomadurez que buscan complacer al otro. A partir de aquí se constata un nuevo período de estabilidad. Acepta reanudar el colegio el próximo curso (cambiará de centro), cesan las alteraciones conductuales y se mantiene eutímica. Abandona o reduce significativamente el consumo de cánnabis (constatado en analíticas de orina). Se comporta de forma activa, hace clases de canto y teatro, así como refuerzo escolar. Mantiene buena relación con los progenitores, que pueden marcas unas pautas educativas más estructurantes, aunque en las últimas sesiones vuelve a aparecer el distanciamiento del padre.

Como conclusión, entre los muchos elementos clínicos significativos de este caso, podemos señalar la dificultad de los padres en darle un espacio psíquico propio a la hija. Los propios conflictos psíquicos infantiles son proyectados sobre la paciente, de forma que se le dificulta a ésta la elaboración de sus propios conflictos. En la medida en que se le ofrecen espacios terapéuticos continentes puede expresar una subjetividad más diferenciada. Esta función continente es posible si: el paso a través de las diferentes instituciones y modalidades terapéuticas se hace de forma coordinada para evitar intervenciones

disociadas, con el consiguiente riesgo de contraactuar el funcionamiento patológico familiar; y, si pueden incluirse en nuestra comprensión del caso las manifestaciones psicopatológicas surgidas en estos distintos contextos y situaciones. La falta de diferenciación psíquica facilita la proyección de aspectos mentales sobre el entorno, que pasa a convertirse así en un "espacio psíquico alargado". Estas intervenciones ayudarían a acompañar al psiquismo en el proceso de diferenciación, que es una de las tareas psíquicas de la adolescencia que se veía amenazada en el caso.

BIBLIOGRAFÍA

DELION, P. *Complexité d'Edipe et crise des institucions: conséquences pratiques sur les dispositifs sectoriels*. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2002; 50: 222-7

DELION P. *Terapias institucionales*. Enciclopedia Médico Quirúrgica, Psiquiatría. Barcelona, Edicions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, 2002

JEAMMET, PH. *Dinámica de la adolescencia*. Enciclopedia Médico Quirúrgica, Psiquiatría. Barcelona, Edicions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, 2001

MANZANO, J., PALACIO F., ZILKHA, N. *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*. Bilbao, Altxa, 2002.

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN UN CASO DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA*

Susana Villanueva Suárez**

RESUMEN: Se presenta un trabajo psicoterapéutico donde se pretende demostrar cómo la eficacia de este tratamiento puede permitir a este niño la transición a otros periodos del desarrollo (latencia y adolescencia) de una forma más estructurada, con un aparato psíquico más organizado y con más recursos personales para enfrentarse a los conflictos que puedan aparecer propios de esos periodos o de sus vivencias. Se le ha ayudado a superar una situación que podía haber sido muy traumática y desestructurante para su futuro desarrollo.

Palabras clave: Desarrollo psíquico, relaciones parentales, temporalidad, psicoterapia, juego, cuentos, enfermedad.

ABSTRAC: We present a psychotherapeutic work which seeks to show how the efficacy of this treatment could allow this child the transition to other periods of development (latency and adolescence) in a more structured way, with a psychic apparatus more organized and more personal resources to deal with conflicts that may arise in those periods. He has been helped to overcome a situation that could have been very traumatic and disorganized for his future development.

Keywords: psychic development, parental relationships, temporality, psychotherapy, game stories, disease.

---

* Comunicación libre presentada en el XXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA) que bajo el título "Períodos de transición en el desarrollo e intervenciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Almagro del 17 al 18 de octubre de 2008.

** Licenciada en Psicología. Psicoterapeuta (FEAP). Consulta privada autorizada por CAM. E-mail: susana_vs@cop.es

INTRODUCCIÓN

Me propongo demostrar como la eficacia de una intervención terapéutica en una situación de crisis, por enfermedad grave, facilita el proceso de elaboración mental en el niño y en sus padres. Una situación traumática como es una enfermedad oncológica, puede desorganizar y desestructurar mucho y dejar secuelas en el funcionamiento del aparato psíquico, sobre todo en edades como el caso de Pablo (5 años). En estas edades tempranas, los niños no tienen, todavía, una noción clara de la temporalidad para poder entender lo que puede suponer un tratamiento de quimioterapia a largo plazo con efectos secundarios donde el dolor, malestar y sufrimiento están muy presentes, pero que a largo plazo sí hay una recuperación y que les va a permitir ir elaborando esta situación traumática, como en este caso (Cournout, J, 2002).

Pablo ha ido adquiriendo a lo largo del tratamiento oncológico y de la intervención terapéutica una mayor organización temporal, un sentido de la sucesión de los hechos y ha aprendido a utilizar el lenguaje para expresar lo que siente y poder elaborar esta vivencia que podría haber sido muy traumática.

Considero además, que una intervención terapéutica en una situación de crisis puntual y temporal fortalece los recursos psíquicos del niño en el futuro permitiéndole un funcionamiento psíquico más sano, como ha ocurrido en el caso de Pablo.

HISTORIA

Pablo es un niño que tiene cinco años cuando le diagnostican un linfoma. Sin embargo, fue remitido a mi consulta cuando tenía tres años por la psicóloga del Equipo de Atención temprana de su zona para realizar psicoterapia.

La derivación se hizo porque Pablo presentaba problemas en la relación con otros niños y su capacidad de simbolización era muy pobre, había inversión pronominal. Le remitieron igualmente al neurólogo para descartar una alteración orgánica, neurológica, o síndrome de Asperger.

Cuando llegó a mi consulta, se le hizo una valoración donde se observó que en la dinámica familiar el lugar de los padres y

del niño, así como la función paterna y materna no estaban bien organizados y diferenciados. Pablo era el centro en esta familia y todo giraba alrededor de su deseo inmediato. Era a la vez un niño muy estimulado en lo cognitivo que demostraba en la rapidez con la que adquiría conceptos cognitivos. Se observaba un yo poco diferenciado de la madre (Mahler, M, 1963). Pablo había desarrollado conductas como de un pequeño "tirano". Aparecía una cierta confusión en el uso de los pronombres yo/tu. El padre parecía que estaba excluido. No aparecía la triangulación, lo que conllevaba dificultades en las relaciones sociales. Al padre le costaba ser firme y ante la demanda de Pablo le concedía lo que quisiera o simplemente se retiraba dejando a la madre que decidiese. La madre, igualmente atendía sus deseos para "no oírle".

Hay que mencionar que del análisis de las entrevistas se observa que en la generación de los abuelos nos encontramos que los dos abuelos paternos parece que no ejercieron una autoridad paterna estructurante (Faimberg, 1992). Esto nos hace reflexionar sobre la representación mental e interiorización que tienen los padres de la figura paterna. En mi opinión, parece que ninguno de los padres de Pablo tienen internalizada una figura paterna que organiza, separa de la madre, estructura límites que permiten al niño desarrollarse como individuo, autónomo y social (Sigal de Rosenberg, A, 1995).

Considero, por lo tanto, que Pablo es un niño que ha tenido dificultades en el proceso de individuación y diferenciación (Bleichmar, S, 1999). Recomiendo psicoterapia explicándoles a los padres que conseguir organizarse como persona es fundamental para ser autónomo y poder adquirir los recursos psíquicos adecuados a su momento de desarrollo. Pablo tendría que darse cuenta de que es capaz de desarrollar estrategias nuevas que le animarían a seguir probando y poco a poco a querer enfrentarse a situaciones nuevas.

La terapia se realiza dos veces a la semana, lo que le permite que Pablo vaya diferenciándose y discriminando las figuras parentales. A lo largo de la terapia se mantienen entrevistas con los padres una vez al mes que les permite reflexionar su papel de padre/madre y cómo influye cada uno en Pablo.

Cuando Pablo tiene 4 años, nace una hermana. La niña crece, en principio, con normalidad en todos los aspectos del desarrollo. Aparecen ciertas dificultades a la hora de ser firmes con ella, pero de momento, sin consecuencias desestructurantes.

EVOLUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

Hace un año, cuando Pablo tenía 5 años, fue diagnosticado de un linfoma que supuso la extirpación de un tumor maligno en la garganta y seis meses de quimioterapia con ingresos cada dos semanas. En ese momento, los padres no se plantearon continuar o abandonar la terapia, pero sí reconocían su miedo a la reacción de Pablo al tratamiento médico porque normalmente toleraba muy mal la frustración. Los médicos mencionan que efectivamente existía ese riesgo. Decidimos que yo acudiría al hospital o a su casa, dos veces por semana, como veníamos haciendo. Les prevengo que yo no había trabajado antes con ningún caso de oncología pediátrica pero estaba dispuesta a seguir trabajando con Pablo. El resto del encuadre no se altera.

Resultan ser unos meses muy difíciles para los padres, para Pablo y para mí. Para los padres por la angustia ante este tipo de enfermedad y las fantasías de muerte que se despliegan. Para Pablo por el sufrimiento y dolor que sentía y no entendía nada. Para mí, por el reto terapéutico que suponía y el trabajo de supervisión y análisis que tuve que hacer, por el tiempo que me llevaban los desplazamientos y por la situación que se vive en una planta de oncología pediátrica.

Como se temía, Pablo rechazó a todas las personas menos a su madre al principio del tratamiento, cuando le extirparon quirúrgicamente el tumor. No quería ver a la gente, se quería ir, pensaba que le hacían daño, le pinchaban, le dolía la garganta, no podía comer, tenía úlceras en la boca, le pusieron sonda naso-gástrica, estaba muy triste y no entendía nada. Sus padres tampoco entendían nada. A pesar del rechazo a las visitas de la primera semana, yo acudía intentando contener y acompañar a Pablo y/o a sus padres. Intentábamos entender la gra-

vedad del linfoma, el proceso que marcaban los médicos. Como adultos teníamos que entender primero lo que supondría el tratamiento. Los padres desde su lugar de padres y con mucho sufrimiento y yo desde el lugar de terapeuta, para luego poder ayudar a Pablo.

La psicóloga de la Asociación contra el cáncer, que atendía esporádicamente a los padres, le trajo un cuento que reparten a todos los niños, explicando el proceso del tratamiento cuando se diagnostica un cáncer. La psicóloga del equipo de Atención Temprana le trajo otro cuento que habla sobre Ramón y Cajal, el microscopio y las neuronas.

Cuando comenzó a recuperarse de la extirpación del tumor, y tras haberle leído los cuentos unas cuantas veces para tratar de que entendiese cómo era el proceso de curación, donde habría momentos de dolor y momentos de alivio, empezó a querer que le leyera esos cuentos todos los días en cuanto yo llegaba. Cuando iba a verle, demostraba muchísimo interés por entender que el daño y sufrimiento puntuales suponían una cura a largo plazo.

Si pensamos en cómo y cuándo un niño adquiere e interioriza la noción del tiempo, nos damos cuenta que es un organizador muy estructurante a lo largo de los años. Sin embargo, ¿cómo se le explica a un niño menor de 7 años que se va a curar dentro de 6 meses, pero que mientras tanto va a tener momentos de mucho dolor? Los cuentos le permitían entender el proceso de curación, el significado de las pruebas y el porqué de la aparición de unas células propias que le atacaban su cuerpo. Esperábamos que los cuentos le organizarían en el tiempo y le permitirían entender que había que esperar.

El primer periodo en el hospital fue largo, un mes y medio, de mucho sufrimiento, mucha ira, mucho dolor e impotencia. Pablo salió una semana para luego entrar al segundo ciclo. Volvió con dudas, reticente. Le llevé un libro de Tommy, un conejito que le operan y que al salir se tiene que despedir de otro que se queda más tiempo porque, como a Pablo, le están poniendo quimioterapia. Este cuento le vuelve a ayudar a entender esas entradas y salidas. Los tres cuentos los hemos estado leyendo durante prácticamente los seis meses.

Pablo se encuentra con los efectos secundarios de cada ciclo. Úlceras en la boca y tracto digestivo, vómitos, fotofobia, alguna reacción epidérmica, dolores, defensas muy bajas, fiebre, etc. Los efectos secundarios variaban según fuera el ciclo. Algunos de estos momentos han sido francamente duros para Pablo y para los padres porque costaba ver la mejoría.

Anteriormente al diagnóstico del linfoma, Pablo dormía con un osito (objeto transicional) (Winnicott, D, 1979), y según cuenta la madre, empezaba a jugar con algún peluche más. Aparte de estos peluches, Pablo no jugaba con ningún otro muñeco o animal. Durante la terapia, justo antes del diagnóstico, empezaba a jugar con unos coches simbolizando una familia, pero expresaba en ese juego una familia poco contenedora.

Cuando pasaron los efectos secundarios del primer ciclo, empezaron a tomar mucha importancia los peluches, que él denominaba sus "bebés". Eran los peluches que le acompañaban al hospital incorporando poco a poco otros nuevos. Esta familia de peluches simbolizaban, a mi entender, varios aspectos muy importantes. Por un lado, todo el equipo humano que le acompañaba y estaba ayudando en el proceso de curación: padres, familia, médicos, enfermeras, terapeuta, amigos. Por otro lado simbolizaban el proceso en sí, a lo largo del tiempo, por el que tenía que pasar. Quisiera señalar la importancia de este juego donde la temporalidad, recurso no adquirido todavía por Pablo, se expresa perfectamente y es fundamental en la elaboración mental de la enfermedad. El juego que hacía era que unos "bebés" estaban como él y tenían los mismos efectos secundarios (presente), otros se encontraban en una fase de curación más avanzada que la suya (futuro), y otros empezaban el proceso desde el principio (pasado). Esto le ayudaba mucho a entender lo que ya había pasado y a expresar su dolor con palabras y a saber lo que podía que esperar, una mejoría.

Las jeringas (de muchos tamaños) han sido un material de juego importante para expresar esa sensación amenazante que viene del exterior. Jugábamos a pinchar a los peluches en distintos lugares, por distintas razones, a introducirles la alimentación por la sonda, etc.

Hay otro momento, en la mitad de los ciclos, donde Pablo decide ponerse en los oídos unos bastoncillos cuando estaba en el hospital, casi todo el día. Decía que le dolían los oídos pero no tenía nada orgánico. Intentando escucharle y poniendo palabra, hablamos de que posiblemente no le gustaba oír los gritos de otros niños, los lloros, palabras raras que decían los médicos, ruidos de las máquinas, etc. Le señalaba que la boca y los ojos los podía cerrar, pero que los oídos no los podía cerrar y escuchaba aunque no quisiese. Necesitaba taparlos. Empezó a entender con palabras lo que estaba sintiendo y en dos días no necesitó más los bastoncillos. Estuvimos más atentos a entender los ruidos del hospital que le desestabilizaban.

A Pablo no le gustaba estar en la sala de juegos y era reacio a hablar con otros niños. Los padres le entendían y no lo fomentaron. En cualquier caso, a lo largo de los 6 meses se observa que hay unos dos niños que van a la par que él en el proceso de entradas y salidas y eso también le ayuda a entender el proceso.

Empieza a decir: Perdón, gracias, lo siento, ¿me ayudas?, palabras totalmente nuevas para él con el significado muy positivo de empezar a tener en cuenta al "otro".

Los cuentos y las películas de *Blancanieves, La Sirenita, Nemo,* toman mucha relevancia. Expresaba deseos a un hada madrina pidiéndole que las cosas volviésen a ser como eran, de que la bruja se fuera para siempre, de salir de donde está, de volver a ser guapo, convertirse en alguien con poder, etc. (Bettelheim, B, 1981)

Los padres comentan lo sorprendidos que están en el hospital de lo bien que asimila Pablo el tratamiento. Comenta la madre que otros niños están "histéricos". Valoran el tratamiento psicoterapéutico y Pablo lo reclama, a veces, más días.

Cuando Pablo está lo suficientemente bien para empezar a venir a la consulta no le gusta nada. Quería que yo fuese a su casa y empezamos a hablar de la vuelta a la normalidad y a la rutina. Empezamos a hablar del colegio y sus amigos. Y de su recuperación, de volver a ser guapo (pelo), y de que las cosas volvieran a ser como antes.

Tras seis duros meses de lucha contra la enfermedad, comenzó el colegio con bastante buena adaptación. Quedaba terminar de quitarle la sonda naso-gástrica, pero no tuvo mayor problema. La incorporación a la ingesta de sólido se hizo poco a poco sin problemas. Pablo pretendió en ocasiones tomar la responsabilidad de su alimentación decidiendo si un día comía o no por la sonda, pero con la ayuda terapéutica, los padres han entendido que hay responsabilidades que no se le pueden dar a Pablo porque no le ayudan.

EFECTOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPEÚTICA TRAS EL FIN DE LA QUIMIOTERAPIA

La familia de peluches sigue siendo, actualmente, el vehículo de expresión de sus vivencias en la terapia. En este momento, adquieren el significado de las relaciones sociales del colegio, un nuevo reto en el proceso de constitución y diferenciación de Pablo. Han pasado 6 meses desde el final del tratamiento.

Pienso que la intervención terapéutica ha sido muy importante en la evolución que han tenido los padres y Pablo en su desarrollo y en particular en las circunstancias especiales de la enfermedad que a Pablo le ha tocado vivir.

Pienso que ha sido difícil para todos manejar y canalizar la angustia de enfermedad y muerte que había ocupado un lugar importante en el vínculo con él, pero también es importante señalar que los padres han ido pudiendo contener y canalizar esa angustia. La madre, especialmente, tuvo un bajón muy grande cuando Pablo se encontraba mejor pero seguía necesitando estar muy cerca de la madre y ella lo vivió como un poco invasión de su espacio vital. Poco a poco han sabio retomar cada uno su lugar.

Hoy, un año después del diagnóstico, Pablo continúa en terapia. Hablamos cuando es oportuno de lo que pasó, dándole un significado y afrontamos nuevos retos para Pablo, sus relaciones sociales con los amigos. Pablo se ha fortalecido a nivel emocional. Los recursos que ha desarrollado y las vivencias que ha tenido le están ayudando para resignificar lo que

era para él las relaciones sociales. Ahora podemos hablar que los niños no son enemigos, amenazantes, como lo vivía hace un año, sino que ha descubierto a partir de sus juegos con sus "peluches" que se puede compartir con los demás, aunque a veces se rivalice. Está aprendiendo que el lenguaje le ayuda a expresar lo que siente y le ayuda a resolver los pequeños conflictos del día a día. Está descubriendo las distintas formas de vinculación con los distintos niños y sopesa las que le hacen sentirse bien y las que no y como mejorarlas si le interesa.

Los padres han entendido la importancia de este momento y permiten que Pablo continúe con la psicoterapia.

BIBLIOGRAFÍA

BETHELHEIM, B. (1981). Psicoanálisis de los cuentos de hadas. Barcelona. Ed. Grijalbo (Orig. 1977)

BLEICHMAR, S. (1999). En los orígenes del sujeto psíquico. Del mito a la historia. Buenos Aires. Ed. Amorrortu (Orig 1984)

COURNOUT, J. (2002). El sentido del *aprés-coup*. Revista de psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid n.º 37, 21-29

FAIMBERG, H. (1992). A la escucha del telescopaje de generaciones: pertinencia psicoanalítica del concepto. Revista de psicoanálisis de Madrid nº 15, 9-23

MAHLER, M. (1963). Estudios 2. Separación-individuación. Paidós. Psicología Profunda,

SIGAL DE ROSENBERG, A. (1995). La constitución del sujeto y el lugar de los padres en el psicoanálisis de niños. En A. Sigal de Rosenberg (comp.)El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños (pp 19-49). Buenos Aires: Lugar Editorial

WINNICOT, D. (1979): Realidad y juego. Barcelona. Ed. Gedisa (Orig. 1971).

UN AMOR NARCISISTA DE UN PADRE HACIA SU HIJO*

Yolanda Carballeira Rifón**

Esta comunicación es fruto de un trabajo psicoterapéutico con un niño de cinco años al que llamaré Pedro. La terapia duró tres años y medio.

VALORACIÓN INICIAL DE PEDRO

Pedro consulta por consejo del colegio, pues es un niño que está muy agitado, perturba al resto de la clase, necesita que lo encuadren constantemente. Presenta un retraso en la adquisición del lenguaje, en francés y en español (a señalar que la terapia fue realizada en castellano, en Ginebra, donde el idioma oficial es el francés), y no hace ninguna adquisición a nivel del aprendizaje.

Pedro es un niño de origen peruano, corpulento para su edad, vestido de forma descuidada.

No juega con los otros niños, tiene más bien la tendencia a inmiscuirse en los juegos de los otros niños, apropiándose de los juguetes, que lanza al aire. Está mal socializado, come con las manos y se muestra muchas veces inadecuado tanto con los niños, a los que suele morder y pegar, como con los adultos, con los que suele guardar una relación exclusiva.

---

* Comunicación libre presentada en el XXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA) que bajo el título "Períodos de transición en el desarrollo e intervenciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Almagro del 17 al 18 de octubre de 2008.

** Doctora. Psiquiatra-psicoterapeuta. Unidad de agudos del Hospital de Calde (Lugo). E-mail: yolicarballeira@telefonica.net

Conmigo, se muestra muy agitado e inseguro, su juego está desorganizado, y no es simbólico, coge los juguetes y los tira por el aire, correteando a mi alrededor. Se comunica conmigo con algunas palabras en español y con gestos.

En otros momentos parece ausente, cansado, temeroso, como cortado de la realidad. A pesar de su corpulencia, tiene algo de frágil y desvalido, me transmite un importante sentimiento de malestar, de desesperación, y me conmueve desde un principio.

PEDRO Y SU PADRE

El padre de Pedro me relata que él y su hijo llegaron ilegalmente a Suiza, por Alemania, haciendo muchos trayectos a pie, "siempre juntos", dice que "juntos vivieron muchas aventuras", y que por fin consiguieron llegar a Suiza, con la idea de que Pedro tuviese un futuro mejor que el suyo, para "poder darle a su hijo lo que él mismo no pudo tener en Perú". Efectivamente, viene de un medio socio-económico muy modesto, de una familia de ocho hermanos, y ha tenido que trabajar desde su infancia para poder ayudar a sus padres.

La madre de Pedro vive en Barcelona, tiene dos hijos de un primer matrimonio, a los que abandonó. El padre de Pedro convivió poco tiempo con ella, siendo el embarazo de Pedro no deseado para la madre, no ocupándose nunca de su hijo, y abandonándolo cuando éste tenía tres meses de vida. Desde entonces no saben nada de ella.

Relata que, en Perú, nunca se separaba de su hijo, trabajó como portero en un colegio, como fotógrafo en bodas, y vendiendo sándwiches, y siempre se lo llevaba con él, "siempre juntos".

Según el padre, Pedro tuvo un buen desarrollo psicomotor, comenzó a caminar al año de edad, llevó pañales hasta los veintiún meses, adquiriendo enseguida la continencia tanto para el día como para la noche, comenzó a decir las primeras palabras a los dos años, presentando un retraso en el lenguaje.

Cuando llegaron a Ginebra, Pedro comenzó a ir a una guardería, pues al padre no tenía con quien dejarlo mientras traba-

jaba, “a Pedro le costó mucho quedarse, lloraba, no paraba de llorar, se mostraba colérico e irritable”, y el padre se iba muy intranquilo, pero al parecer hizo progresos en la adquisición del lenguaje, y el comportamiento del niño era adecuado, según señala el padre.

Unos meses después, conoció a una mujer suiza con la que se casa en Perú. Habla de este matrimonio como de “un sacrificio que hizo por su hijo”, para poder estabilizar su situación en Suiza, y tener a alguien que se ocupase de él. Obtiene un permiso de residencia para él, pero no para Pedro, al que deja en Perú con uno de sus hermanos, durante un año y medio, hasta que obtiene un permiso de residencia para su hijo.

El padre relata esta separación como algo muy penoso, no advirtiendo a su hijo que lo va a dejar algún tiempo con su tío. Le dice que va a comprar un paquete de cigarrillos, cuando en realidad va a coger un avión para Ginebra.

Al año, cuando vuelve a buscar a su hijo, lo encuentra muy cambiado, agitado, irritable, llora fácilmente, tiene pesadillas, miedo a la oscuridad. Cada vez que el padre se tiene que separar de él, hace grandes crisis de llanto y cólera.

El padre afirma que su hermano no se ha ocupado bien de su hijo, y que ésta es la razón de que su hijo esté tan perturbado.

Se separará de su nueva esposa a los dos años de matrimonio, denigrándola y descalificándola como mujer y como madre. Es cierto que esta mujer, que acompañó alguna vez a Pedro a las sesiones, parecía tener problemas psíquicos importantes.

CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA TERAPIA

Comencé una psicoterapia con Pedro a una frecuencia de tres veces por semana.

Al mismo tiempo, se integra en un centro de día.

El padre acepta la terapia y el centro de día con reticencia, “todo esto me duele, porque a mi hijo no le ocurre nada, es inteligente, todo es culpa de mi hermano”. Habla de su hijo como un “niño ideal”, del que espera mucho, y hace responsable a su hermano de los problemas que presenta.

Durante el primer año, el padre o su esposa lo traen regularmente. Después, comienza a faltar a algunas sesiones, pues el padre me dice que no están siempre disponibles para acompañar a Pedro. A veces incluso tardan una hora en venir a recogerlo. Negociamos una disminución de la frecuencia de las sesiones a dos veces por semana, pero continúa faltando a muchas sesiones, y Pedro parece muy cansado, descuidado, frecuentemente está enfermo.

En una ocasión presenta un dolor en una pierna, el padre lo acompaña al hospital, y en el hospital lo encuentran muy descuidado, con micosis en el vientre y manos. Lo abandonan en el hospital, y no van a recogerlo, con la excusa de que no pueden ir a buscarlo inmediatamente. El padre hace responsable a su esposa de no ocuparse bien de Pedro, de ser una "mala madre".

Tras una reunión en el centro de día que Pedro frecuenta, se decide que se va a denunciar la situación al servicio de protección de la infancia, integrándose rápidamente Pedro a un internado, y guardando contacto con su padre los fines de semana.

El padre se encontró muy herido en su narcisismo, "es lo que más quiero, no entiendo nada… pero si él no tiene ningún problema, y yo siempre me he ocupado bien de él, todo lo hago por él…". A continuación, proyectará en todas las personas que se ocupan de su hijo su impotencia, y su sentimiento de sentirse un mal padre.

Yo intento citar al padre con regularidad, intentando establecer una relación terapéutica, pero se muestra siempre desconfiado y descalificador.

A partir del momento en que Pedro es integrado en el internado, lo van a traer regularmente a la terapia.

PEDRO Y YO: HISTORIA DE UNA TERAPIA

Voy a ilustrar el funcionamiento psíquico de Pedro con el relato de una de las primeras sesiones.

Pedro viene acompañado de su padre, tarda en dejarlo varios minutos. El padre le anima a que venga conmigo, yo le digo que su padre le va a esperar en la sala de espera.

Se esconde debajo de la mesa durante algunos segundos, y a continuación comienza a manipular los juguetes.

Coge dos coches, uno de bomberos y otro de policía, los deja en el suelo y coge una pequeña casa, donde mete varios personajes de una familia. Deja la casa, y vuelve a coger los coches y un helicóptero. Entonces se dirige por primera vez a mí, y me dice no de forma muy comprensible, "el helicóptero es el papá de los coches". A continuación introduce los coches y el helicóptero dentro de la casa, y coloca cada coche sobre una cama, "duermen". Me transmite ansiedad y agitación en un juego que no es simbólico, el helicóptero no representa al papá, "es el papá".

Deja todos estos juguetes de lado, y coge un camión, con el que juega algunos minutos, y que termina lanzándolo contra la pared, para a continuación comenzar a corretear alrededor de mí.

Tengo la impresión de que se inquieta por el padre, así que le digo que seguramente se pregunta si su padre continúa en la sala de espera, que quizás tema que se vaya y que lo deje conmigo, como cuando lo dejó con su tío en Perú.

Se sienta a mi lado y dibuja unos garabatos sobre un papel, enseguida coge uno de los coches y me da el otro, pronuncia las palabras "volar" y "papá", y hace como si su coche volase. Se acerca a mí y hace como si su coche chocase con el mío, pronuncia las palabras "papá muerto" y "niño malo".

Yo le digo que cuando su papá se marchó a Suiza, y que él se quedó solo en Perú con su tío, pudo sentirse un "niño malo", como si hubiese "matado" a su papá. Pedro me responde enfadado que no, no captando el "como si", y sintiéndose más bien acusado por mi interpretación.

Le explico que él no ha matado a su papá, que su papá se fue simplemente a Suiza, pero que en aquellos momentos se sintió tan "malo" que creyó haber "matado" a su papá.

Pedro me escucha con atención, me dice: "coche roto papá", y aparta el coche hacia un lado, y a continuación me pregunta si su papá sigue esperándolo, haciendo una confusión entre el coche roto y el papá.

Muestra una culpabilidad muy grande, “el coche papá queda roto”, es irreparable.

Es el final de la sesión, corretea un momento alrededor de mí antes de volver a la sala de espera, donde se encuentra el padre.

Muchas de las primeras sesiones transcurrieron de esta manera. Pudimos crear un cuadro terapéutico para que Pedro pudiese expresar también la transferencia negativa, para que me pudiese vivir unas veces como un objeto presente y bueno, y otras como un objeto ausente y malo. Y así fuimos reconstruyendo su historia, y enlazándola a los afectos.

Al principio su juego no es simbólico, y soy yo misma quien tengo que ponerle palabras a las emociones que él vivió y vive, en los diferentes momentos de su historia, haciendo hincapié en lo que vivió durante la separación temporal con el padre.

Vemos como aparece enseguida la culpabilidad de haber destruido a su padre, siendo una culpabilidad masiva, no aceptando al principio mis interpretaciones al respecto. En esos momentos, me vuelvo, para Pedro, un mal objeto, proyectando en mí el sentimiento que tiene de ser “malo”.

Pero poco a poco, mi identificación a su sufrimiento, a sus miedos a ser abandonado, a su sentimiento de ser “malo”, entre otros aspectos, me permitió interpretar la transferencia negativa, sin que se sintiese acusado.

Durante los primeros meses, Pedro adopta una actitud imitativa hacia mí, identificándose a mí. Puede expresar cada vez mejor unos fantasmas, por momentos muy crudos, sin desorganizarse, en un juego cada vez más rico.

Las dificultades de separación fueron abordadas al final de cada sesión, antes de las vacaciones, y durante sesiones enteras fueron el tema principal.

Pedro se esconde durante sesiones enteras, no dice nada, expreso en su lugar el miedo a no ser encontrado, a ser olvidado, a desaparecer, y la tristeza y la cólera que debió de sentir. De esta manera se identifica también al padre que desapareció.

Repite mis palabras, me observa con atención, y poco a poco reconstruimos su historia.

Al final del primer año de terapia su juego se enriquece, Pedro juega con frecuencia personajes todopoderosos o agresores, y me pide que yo juegue personajes abandonados, débiles.

El segundo año de terapia fue difícil debido al contexto exterior ya citado.

Durante el último año podemos elaborar la posición depresiva, Pedro necesita menos situarse en una posición de todo poder, pudiendo desarrollar capacidades de reparación.

CONCLUSIONES

Para terminar, me gustaría reflexionar sobre las repercusiones que esta relación de tipo narcisista entre padre e hijo ha podido tener sobre el psiquismo del niño.

Pedro establece con su padre una relación de tipo simbiótico en un contexto familiar donde la madre está ausente, y en que el padre presenta carencias narcisistas importantes.

Pedro establece con su padre una relación muy indiferenciada, representando para su padre un objeto ideal, una prolongación de sí mismo.

Pedro se siente "malo", responsable de haber destruido el objeto amado, de ahí su sentimiento de persecución, y su fijación a la "posición esquizoparanoide". Se siente perseguido por un "mal objeto" e idealiza un "buen objeto". Para que Pedro llegue a adquirir la "posición depresiva", debe tomar consciencia que se trata de un mismo objeto, diferente de él mismo, objeto que puede amar y odiar a la vez, objeto que puede reparar.

La imagen que Pedro tiene de su padre es la de un padre-madre, que ha respondido de manera muy discontinua a sus cuidados y necesidades (exceso o ausencia de cuidados).

Esta "preocupación maternal primaria" o bien excesiva o bien ausente ha impedido la creación de un espacio transicional entre el padre y el niño, principio de una separación y de la aparición de la actividad simbólica.

Pese a una presencia excesiva a veces, el padre no ha podido contener las emociones "insoportables" para su hijo.

Éste busca un “buen objeto” parexcitante que lo contenga, a veces en la proximidad física de la piel.

Gracias al cuadro terapéutico establecido, Pedro ha podido proyectar sus emociones insoportables, ha podido expresar tanto una transferencia positiva como negativa, pudiendo vivir al psicoterapeuta tanto como un “objeto idealizado”, como un “objeto malo”.

Fue posible crear un espacio intermediario de juego, espacio de expresión y de simbolización.

Los ataques al cuadro terapéutico fueron frecuentes. El objeto que ha resistido a estos ataques, y que ha podido ser reparado y recreado, se ha transformado en un objeto total, bien diferenciado del paciente.

La terapia finalizó tras terminar mi trabajo en el servicio donde realicé esta terapia.

BIBLIOGRAFÍA

Diatkine R. 1994, « L’enfant dans l’adulte ou l’éternelle capacité de rêverie », Champs psychanalytiques, 1994, chap. 2, 3, 9.

Freud S. 1914, « Introducción al narcisismo », en « Obras completas », op. Cit, I, 1083-1096.

Golse B. 1985, « Le développement affectif et intellectuel de l’enfant », Masson, Paris, 1992, p: 63-92 et 104-115.

Manzano, J., Palacio Espasa, F., Zilkha, N., « Les scénarios narcissiques de la parentalité: Clinique de la consultation thérapeutique », PUF, Paris, 1999.

Le Contre-Transfert, n.º 6, 1989, dans « Journal de la psychanalyse de l’enfant », Paidos, Centurión, p: 63-85 et 182-196.

Roussillon, 1995, « La métapsychologie des processus et la transtionnalité », dans « Revue française de psychanalyse », LIX, n.º 5, p: 135-151.

Segal H., 1964, « Introduction á l’oeuvre de M. Klein », Presses universitaires de France, 1976, chap. II, IV, V, VII.

Winnicott D. W., 1969, « De la pédiatrie á la psychanalyse », chap. VIII, XVI.

LO CLÍNICO Y LO SOCIAL: DOS LECTURAS ¿COMPLEMENTARIAS?*

Antonio Galán Rodríguez, Sonia Rosa Vallejo*** y José Serrano Serrano******

RESUMEN: En el presente artículo, la descripción de un caso abordado desde equipos de Salud Mental y de Protección de Menores ilustra la frecuente desconexión entre profesionales de distintos ámbitos de atención a la infancia; analizamos especialmente las situaciones donde la relación parento-filial puede ser valorada como patológica y/o como maltratante. La confluencia de las perspectivas clínica y social sobre una misma realidad se sustenta en cambios sociales (las nuevas demandas a los servicios de protección a la infancia) y técnicos. En relación a estos últimos, sostenemos la necesidad de utilizar un enfoque relacional en el abordaje de la desprotección infantil (el maltrato en función de las competencias parentales, como experiencias que interfieren en la construcción de

* Comunicación Libre Premiada, presentada en el XXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA) que bajo el título "Períodos de transición en el desarrollo e intervenciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Almagro del 17 al 18 de octubre de 2008.

** Doctor en Psicología. Psicólogo Clínico. Técnico del Servicio de Protección de Menores de la Junta de Extremadura.

*** Psicólogo Clínico. Técnico del Servicio de Protección de Menores de la Junta de Extremadura.

**** Psicólogo. Técnico del Servicio Social de Base de Olivenza (Badajoz). Profesor asociado de la Universidad de Extremadura.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Antonio Galán Rodríguez. Servicio de Protección de Menores. Dirección General de Infancia y Familias. Avda. Reina Sofía, s/n. Mérida 06800

Tfos: 924-00-88-40 / 639-88-49-25. Fax: 924-30-23-08.
antonio.galan.rodriguez@juntaextremadura.net

los vínculos, y como fenómeno que surge en un contexto relacional familiar). Además, revisamos cambios epistemológicos que permiten una integración de ambas perspectivas y algunas propuestas operativas de trabajo conjunto. Finalmente, planteamos algunas de estas ideas en el ámbito de los trastornos del comportamiento en la adolescencia, tomando como elemento clave el carácter de transición evolutiva de ese momento vital.

Palabras clave: Maltrato. Relación parento-filial. Adolescencia.

1. INTRODUCCIÓN: PROFESIONALES QUE SE DAN LA ESPALDA

El caso de Cristóbal ha seguido un doble camino dentro de los servicios asistenciales. Al primero de los recorridos podemos denominarle clínico o sanitario, parte del cual conocemos a través de informes emitidos por sus facultativos de referencia. El menor fue atendido en un Equipo de Salud Mental a los siete años debido a los problemas de comportamiento que presentaba; la psiquiatra valoró al niño, prescribió metilfenidato y estableció un seguimiento del caso. Dos años después, el facultativo emitió un diagnóstico de "trastorno negativista desafiante" y prescribió un tratamiento farmacológico con risperidona y sertralina. Cuando Cristóbal tenía 10 años, la psiquiatra se reafirmó en su valoración anterior; informó además de que el tratamiento farmacológico no tenía gran efecto, y estimó que el contexto familiar perpetuaba la psicopatología por las dificultades de contención de la madre. Un año después, se realizó una derivación al Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil de referencia, donde se diagnosticó un trastorno de conducta (Eje I) y Problemas relativos al grupo primario de apoyo (Eje V); se mantuvo el tratamiento con risperidona y se señaló que el comportamiento del menor estaba influenciado por el ambiente familiar.

En la última época de este recorrido se inició de forma independiente otro al que podemos denominar "social". La preocupación del Colegio en torno al comportamiento del menor y la actitud materna, implicaron una derivación del caso a los Servicios Sociales de Base. Los profesionales de este

dispositivo realizaron un estudio de la situación familiar y durante este proceso identificaron prácticas negativas de crianza en la madre; a su vez, ésta manifestó su deseo de que alguna institución se hiciese cargo del cuidado de Cristóbal. Tras realizar esta investigación, los Servicios Sociales de Base realizaron una notificación formal del caso a los Servicios de Protección de Menores, con lo que solicitaban un estudio especializado de desprotección. Los técnicos del Servicio de Protección de Menores instruyeron el correspondiente expediente, y esto les permitió constatar la existencia de serias anomalías en la relación madre-hijo y advertir del grave peligro que ésta conllevaba para el menor; por otra parte, la madre se reafirmó en la petición señalada anteriormente y solicitó formalmente que la Administración que asumiera la guarda de Cristóbal.

Estamos ante dos recorridos asistenciales en relación a un mismo menor. En ambos casos tenemos a un niño que presenta graves problemas de conducta y una relación parento-filial anómala. Ahora bien, el hecho de que se ponga en funcionamiento uno u otro de los abordajes institucionales, tendrá consecuencias muy diferentes para el menor. De una forma esquemática, en el primero de los recorridos el problema es definido como sanitario (trastorno, patología, enfermedad), se analizan los vínculos parento-filiales en términos clínicos (sanos o patológicos) y se busca el tratamiento (farmacológico o psicoterapéutico) más indicado para eliminar el síntoma por el que se consulta (la conducta disruptiva del menor). En el segundo, el problema es conceptuado en términos administrativos (riesgo, desprotección), se analizan la relaciones madre-hijo en términos psicosociales (normales o maltratantes), y se intenta determinar si es posible conservar el núcleo familiar (preservación versus guarda administrativa o tutela).

La existencia de estos dos recorridos nos confronta con la necesidad de responder a algunas cuestiones. ¿Son enfoques antagónicos? En ese caso, ¿cuál resultaría el más indicado para el menor? Y si fueran conciliables, ¿cuál sería la forma de hacerlos compatibles? A un nivel más concreto nos preguntaríamos: ¿en qué momento una relación patológica madre-hijo

pasa a convertirse en un problema de desprotección?; ¿desde qué posicionamiento responder a las conductas parentales perjudiciales para un niño? Y llegados a ese punto, ¿cómo puede compaginarse esta doble visión del caso, clínica y social?; y ¿es posible una formulación conjunta del caso desde dos instituciones con marcos conceptuales, técnicos y administrativos tan diferentes?

Precisamente acerca de estas preguntas queremos plantear algunas reflexiones. La tesis de partida es que algunos niños suponen un problema clínico y social al mismo tiempo, pero que la ausencia de una visión compartida del caso desemboca en un abordaje parcial y limitado de su realidad.

2. LOS DATOS

Dos de los autores de esta comunicación trabajamos en un equipo de valoración del Sistema de Protección de nuestra región. Cubre un ámbito territorial donde la población infanto-juvenil (sobre datos estimados de pirámide poblacional) es de unos 75.000 menores. La forma en que una notificación de posible desprotección llega al equipo es diversa. La vía más habitual es que los Servicios Sociales hayan identificado una situación comprometida para un menor, y que realicen la correspondiente derivación. Pero esa misma vía puede (y debe) ser utilizada por cualquier otro profesional de la red de atención a la infancia (educadores, sanitarios…). Una vez recibida la notificación, comienza un trabajo de valoración especializada de la situación familiar, cuyo objetivo es determinar si los padres están colocando a su hijo en una situación de grave riesgo o desprotección.

La realidad de este Equipo es que no se realizan notificaciones desde el ámbito de la Salud Mental. Por ejemplo, entre los años 2005 y 2007 se abrieron 135 expedientes de protección. Ninguno de ellos partió de una notificación realizada desde un Equipo de Salud Mental. Es decir, con frecuencia los servicios educativos, sociales, policiales, o de salud general identificaron situaciones en las que consideraron necesaria una investigación de este tipo, mientras que en los de Salud Mental

no se despertó una inquietud similar. Abundando en esta idea debemos señalar que el grupo de menores en situación de riesgo/desprotección no permanece ajeno al ámbito de la Salud Mental. En efecto, es frecuente que, al realizar un estudio del caso derivado por una determinada institución, lleguemos a saber que existe un largo recorrido de atención al menor dentro de equipos de Salud Mental. La cuestión que se plantea nuevamente es: ¿por qué otros profesionales han considerado que pudiera ser necesario una valoración desde el ámbito de la Protección a la Infancia mientras que en Salud Mental no lo han estimado así?

Lo que acabamos de presentar describe una situación muy concreta, dentro de un marco geográfico delimitado; resulta evidente que esto no es algo generalizado, puesto que en muchos lugares existen propuestas de integración entre los servicios de atención a la infancia (véase por ejemplo Delgado, Martorell y Pi, 2004; Díaz, Casado, García, Ruiz y Esteban, 2000). No obstante, esa fragmentación institucional que hemos descrito tampoco es inusual.

Estos fenómenos nos están indicando que existe una falta de encuentro entre dos sistemas de atención a la infancia. Muy posiblemente esto responde a cuestiones de muy distinto tipo, desde el desconocimiento de la red de protección, hasta los obstáculos jurídicos, profesionales e institucionales que dificultan la comunicación entre organismos diferentes. No obstante, vamos a centrarnos en uno de esos impedimentos, en cuanto que tiene implicaciones relevantes para entender la experiencia familiar del maltrato. En concreto, ¿cómo posicionarse ante las relaciones parento-filiales que resultan dañinas para el hijo?

3. UN FENÓMENO, DOS VISIONES

Pretendemos aquí dirigir nuestra atención sobre la forma en que entendemos las conductas parentales y cómo actuamos ante ellas. Cuando aparece un maltrato físico o una notoria negligencia en el cuidado de un menor, existe un acuerdo generalizado en que se hace necesaria la intervención de las instancias judiciales o de protección a la infancia. Las dudas

surgen cuando se trata de relaciones parento-filiales claramente anómalas, sin que existan golpes o graves carencias materiales. En estos casos, lo que el clínico relacional analiza como psicopatologizador, es factible de ser observado como maltratador; y viceversa. De esta manera, es posible que profesionales de dos ámbitos muy diferentes analicen un mismo fenómeno (y a veces incluso con las mismas herramientas conceptuales y técnicas) y lleguen a conclusiones desconectadas entre sí, y consecuentemente propongan actuaciones que pueden ser divergentes; como en el caso de Cristóbal… Cada profesional parte de un marco de referencia propio y hace uso de los instrumentos técnicos y legales que les son propios.

Asistimos por tanto a la convergencia de profesionales de dos ámbitos muy diferentes en un mismo objeto de análisis: la relación parento-filial. Desde organizaciones, encargos institucionales, y tradiciones académicas diferentes, pero sobre un mismo objetivo… y a veces sobre un mismo niño o adolescente. Pero esta confluencia es también el producto de avances en cada uno de estos ámbitos profesionales. ¿Qué es lo que ha ocurrido en el ámbito de los Servicios de Protección a la Infancia para que se produzca este desplazamiento del interés hacia lo relacional? Podemos identificar dos, de índole muy diferente, uno social y otro al que podríamos denominar "académico".

A. Desde un punto de vista histórico, los servicios de protección a la infancia recogen el legado de dos tradiciones en la atención a los niños y adolescentes. Por un lado, la beneficiencia tradicional, como recurso de atención a los desfavorecidos. Por otro lado, las acciones judiciales destinadas a proteger al menor frente a los abusos de los adultos (mezclando a veces esta función con la de sancionar al joven delincuente). Cuando ambos entornos institucionales confluyeron en los sistemas de protección actuales, éstos recibieron como encargo la atención a dos situaciones bien delimitadas: las formas graves de maltrato físico y de negligencia; a estos casos se les podría añadir un tercero de carácter algo indefinido: el control y la reeducación del menor delincuente. Desde esta perspectiva, la derivación

de un caso a los servicios de protección a la infancia resultaba procedente cuando existía un daño físico constatable, o indicadores claros de negligencia en su cuidado. No obstante, en los últimos años se han producido cambios sociales que han complicado este panorama. En efecto, actualmente estamos recibiendo un encargo institucional especialmente difícil de manejar: exigir a los padres unos estándares de calidad en el cuidado de sus hijos. El progresivo reconocimiento social de los derechos de la infancia está llevando a la convicción de que la sociedad puede exigir a los progenitores unas formas óptimas de cuidado sobre sus hijos; ya no sólo se trataría de prohibirles golpear con brutalidad a los niños o descuidarles gravemente; ahora también se entiende que es legítimo obligarle a tratar a su hijo con cariño, consideración y respeto, de una forma en que se potencie su desarrollo personal. Y esa convicción a nivel social se traduce en una petición a las instituciones para que sean garantes de ello. Sólo así se explica cómo los ciudadanos y los profesionales se dirigen con tanta frecuencia a las instituciones a las que atribuyen un poder coercitivo (sobre todo la Justicia y los Servicios de Protección de Menores) para demandar una intervención en realidades familiares que ellos perciben como anómalas. Esto obliga a fiscalizar las relaciones padres-hijos incluso en ausencia de daño físico o cuidado negligente en lo material. Posiblemente aún no se haya planteado un debate a la altura de este enorme reto, y en relación a todos los aspectos implicados (éticos, técnicos, conceptuales, jurídicos…). Algunos profesionales de los servicios de protección a la infancia lo han asumido como un encargo social al que hay que responder. Otros estiman que es improcedente y piden limitar su actuación a las formas graves de maltrato físico o negligencia (Martín Hernández, 2005). Finalmente, algunos buscan soluciones intermedias, tratando de definirse en medio de una situación confusa, en la que se hace necesario replantearse conceptos, técnicas y procedimientos administrativos. De este debate, nosotros querríamos llamar la atención sobre dos aspectos: a) ampliar el encargo que deposita en nosotros la sociedad

puede hacer necesario determinar cuáles son los límites con otras instituciones, por ejemplo Salud Mental; b) esa ampliación del ámbito de intervención no puede hacerse limitándose a los instrumentos tradicionales de evaluación e intervención. En estos dos puntos se encuentran los ejes de esta comunicación: la necesidad de establecer un diálogo con los profesionales de Salud Mental, y nuestra propuesta de enfatizar los aspectos relacionales y vinculares del desarrollo humano.

B. Dentro de la tradición asistencial y judicial en el ámbito de la protección a la infancia existen aspectos muy valiosos que deben ser valorados y conservados; entre otras razones, porque han permitido grandes avances en la protección de los niños y adolescentes. No obstante, la forma de entender al ser humano y a la familia que subyace a esas prácticas puede ser muy limitante a la hora de abordar algunas situaciones. Y es aquí donde el énfasis en lo relacional y vincular puede suponer importantes aportaciones a la hora de enriquecer nuestro trabajo. Es bien sabido que existen formas de entender la clínica y el trabajo de protección a la infancia, donde los aspectos relacionales son minusvalorados, mientras se presta atención a otros elementos. En cambio, otros profesionales entienden que es imposible una intervención ajustada y respetuosa sin tomar en consideración esos elementos interactivos que configuran la vida del niño. En el contexto de este Congreso es sobradamente conocida la forma en que lo relacional ocupa un lugar privilegiado en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil, pero quizá exista un mayor desconocimiento en torno a cómo algunos profesionales de los servicios de protección a la infancia enfatizan esta dimensión de la conducta humana. A esto dedicaremos el siguiente apartado.

4. LO RELACIONAL EN EL ÁMBITO DE LA PROTECCIÓN A LA INFANCIA

A la hora de entender el maltrato a la infancia, existe una larga tradición de focalizar la atención en los indicios observa-

bles, desde una orientación que podríamos denominar policial (a la hora de observar al maltratador) y forense (a la hora de estudiar a la víctima). De esta manera, se buscan indicios observables de conducta maltratante (escenas de violencia, condiciones materiales de la vivienda, estilo marginal de vida…) o de los efectos de ésta en el niño (señales físicas de golpes, signos de desnutrición, niveles de absentismo escolar…). Una vez identificados estos indicios se puede aplicar una medida sancionadora sobre el maltratador y/o de separación respecto a la víctima. Este esquema tiene indudables aspectos positivos en cuanto a la protección del niño, especialmente en los casos más dramáticos. Ahora bien, no conviene convertirlo en un discurso único, entre otras razones porque se enfrenta a situaciones de difícil manejo, como las siguientes:

- A pesar del castigo y de la separación, los lazos padres-hijos persisten; desde una visión simplista de "verdugo versus víctima", cuesta entender que tras la separación forzada del menor frecuentemente persista un intenso deseo del niño de reunirse con los progenitores.
- Los casos en que pueden identificarse esas "pruebas" de maltrato grave podrían ser la punta del iceberg de un masa de situaciones silenciosas de maltrato de los padres sobre los hijos. Aparte de los casos en donde no existen testigos de la violencia/negligencia, debemos tener en cuenta que existen formas graves de dañar el desarrollo de un niño sin que haya agresiones o descuidos en el cuidado material.
- Desde la concepción tradicional del maltrato es difícil delimitar una de sus formas más conocidas: el maltrato psíquico o emocional. Dentro de un marco conceptual donde se buscan indicadores objetivables, resulta difícil identificar muchos de los elementos relacionales que configuraría la experiencia de maltrato psíquico (la falta de respuesta a una demanda afectiva, la proyección sobre el hijo de contenidos emocionales perturbadores, una inversión de roles parento-filiales…) y más aún determinar cuándo una anomalía en este sentido puede ser considerada "maltrato". Quizá sea por ello por lo que

frecuentemente se acabe hablando del maltrato psíquico como una forma verbal de abuso (Linares, 2006). ¿Por qué se plantean estas dificultades? En las otras formas de maltrato (negligencia, maltrato físico, abuso sexual) existe un elemento que claramente lo define (el golpe, la carencia material, la conducta sexual inapropiada), y el reto que se plantea al profesional es de carácter forense: encontrar sus manifestaciones. En realidad, en todos estos casos existe una relación alterada y dañina para el niño, que se manifiesta a través de algún emergente (por ejemplo, la agresión). Hablaríamos de maltrato psíquico cuando aparece ese elemento relacional en solitario. Por ello, prestar atención al maltrato psíquico nos obliga a apelar a conceptos y herramientas técnicas orientadas a los aspectos relacionales de la vida familiar.

Estas tres observaciones apuntan directamente a la importancia de los vínculos, entendidos éstos como la vivencia interna de la relación parento-filial. Porque son éstos lo que no se rompen con la separación; más bien tienden a permanecer siempre presentes, a veces de una forma torturante aunque invisible para gran parte del entorno; son los vínculos que se establecen (en su carácter patológico, débil o tóxico) los que pueden hipotecar seriamente la vida de un ser humano sin que en ningún momento exista un golpe o una desatención material; y porque las lesiones o las carencias no son sino emergentes visibles de formas muy dañadas de relación.

Orientar nuestro foco de atención a los aspectos relacionales e intersubjetivos nos ha permitido entender mucho mejor la experiencia del maltrato, enriqueciendo nuestro análisis de la realidad a la que nos enfrentamos. Con ello, además, hemos podido sintonizar con importantes contribuciones a este ámbito, y que presentan un carácter más comprehensivo de la realidad personal y familiar que subyace a la experiencia maltratante (Barudy, 1998; Linares, 2002).

Al avanzar en este cambio conceptual nos encontramos muy próximos a algunas formas de concebir la infancia y la familia habituales en enfoques relacionales de la psicopatología. Lo que deseamos mostrar aquí es cómo hemos llegado de

una forma coherente a unos planteamientos que son muy cercanos a cierta manera de trabajar en lo clínico. A partir de aquí, podremos definir mejor las relaciones entre los dos sistemas de atención a la infancia que estamos considerando en nuestra exposición.

5. BASES CONCEPTUALES DE UNA VISIÓN RELACIONAL DEL MALTRATO

En nuestra búsqueda de un marco que nos permita hacer construcciones útiles de estas realidades, atendemos a tres líneas de referencia: el maltrato como un resultado de incompetencias en la parentalidad, como experiencias que interfieren en la construcción de los vínculos, y como el producto de un contexto relacional familiar.

A. Entender **el maltrato en función de las competencias parentales,** implica abordarlo como la parte complementaria a las necesidades del niño; es decir, que se define el maltrato a partir de un (des)encuentro entre las necesidades del niño y las competencias de los cuidadores.

La primera parte de este binomio necesidad-competencia nos acerca al tema de este Congreso, porque nos sitúa claramente ante la evolución del niño en crecimiento. En este sentido, consideramos de especial relevancia un fenómeno muy importante en el desarrollo: el hecho de que muchas funciones autónomas han sido previamente heterónomas; y por ello, una buena crianza supone ir aportando al niño aquello que necesita en cada momento evolutivo para que él pueda adquirir autonomía en ese ámbito de funcionamiento. Un niño aprende a comer porque ha sido alimentado; aprende a cuidar porque ha sido cuidado; aprender a amar porque ha sido amado; desarrolla una imagen integrada de sí mismo porque ha recibido una mirada integradora de su cuidador; puede regular su agresividad porque ésta ha sido previamente contenida de forma adecuada desde el exterior. Y un largo etcétera.

Y como parte complementaria a esas necesidades infantiles aparecen las competencias de sus cuidadores para satisfacerlas. Dentro del ámbito de la protección a la infancia han

sido numerosos los modelos de trabajo basados en el acercamiento a las capacidades de los padres. Muchas de ellas tienen una gran utilidad para desarrollar un trabajo muy necesario en algunas familias maltratantes: la intervención educativa y psicoeducativa. En efecto, en algunos programas se deja un gran espacio a la enseñanza de habilidades de las que los progenitores carecen, desde las más instrumentales (limpiar la casa, cambiar el pañal de un niño) hasta las más relacionales (negociar con un adolescente, comunicarse con la pareja) (Gracia y Musitu, 1999; Navarro, Musitu y Herrero, 2007).

No obstante, limitarse a interpretar las disfunciones parentales como un déficit de conocimientos y habilidades de crianza, puede ser una forma muy restrictiva de entender una experiencia profundamente engarzada en la interioridad del individuo. Por ello, nosotros ampliamos esa visión anterior con otra que recoge los aspectos más afectivos, interactivos, fantasmáticos y relacionales del ser padre/madre; para ello nos apoyamos en las aportaciones de autores como Jorge Luis Tizón (p.e. en Tizón y Fuster, 2005) o Emilce Dio Bleichmar (p.e. en Bleichmar, 2005). Así, esta última sistematiza las competencias necesarias para ejercer la parentalidad de la siguiente manera:

- Capacidad para ayudar al niño en su regulación emocional: regular los estados fisiológicos y la ansiedad, proporcionar momentos de distensión, reconocer, respetar y entonar estados emocionales displacenteros sin reprimirlos, negociar en momentos de conflicto, tolerar la culpa.
- Capacidad para cuidar: hacerse cargo del mantenimiento de la vida detectando los riesgos para la integridad física, ser consciente de enfermedades físicas o trastornos psicológicos manifiestos, estar siempre en la zona de anticipación de las necesidades.
- Capacidad para establecer un vínculo de apego: estar disponible y comprometido en los cuidados, disfrutar en el contacto, proporcionar un estado de confianza y protección, contactar a nivel intersubjetivo, equilibrar protección, estimulación de la independencia emocional y autonomía instrumental, pedir ayuda y confiar en otros,

permitir relaciones del niño con figuras sustitutivas de apego.

– Capacidad para permitir el desarrollo de la sensualidad/sexualidad: sentir y no temer el placer en el contacto corporal y en la higiene de los genitales, reconocer la excitación sexual sin sobre-estimular ni inhibir sus manifestaciones.
– Capacidad para reforzar la estima y un narcisismo sano: regular la estima del niño, valorar los esfuerzos, transmitir orgullo y admiración, compartir actividades lúdicas, estimular la vitalidad de los deseos, poner límites a conductas disruptivas o demandas exageradas sin sentirse culpable, tolerar y encausar la rivalidad edípica.

Con esta forma de entender las capacidades parentales es más difícil disponer de definiciones operativas, centradas en conductas, que en el caso de los modelos educativos. Pero apostamos por añadir esta forma de abordaje porque supone un aporte importante. En caso contrario, corremos el riesgo de entender la parentalidad como un conjunto de habilidades más que como una experiencia interpersonal; de otra manera, pudiera ser que nos limitáramos a entender el ser padre o madre como eficacia instrumental del comportamiento, y a fijarnos en las características objetivables del entorno más que en los sutiles inconvenientes de una relación padre-hijo (Colapinto, 1995). Además, esta forma de entender las competencias nos conecta con fecundas líneas de investigación sobre los aspectos relacionales de la crianza. Realizando una selección muy centrada en nuestras necesidades profesionales, señalaríamos las aportaciones de autores como Heinz Kohut, Daniel N. Stern y los teóricos del apego.

De Kohut (2001) recogemos la importancia de la imagen de sí mismo, y de cómo ésta se construye en la relación. Ha sido la constatación de que la experiencia de maltrato puede dejar tras de sí serios déficits narcisistas, lo que ha dirigido nuestra atención hacia este autor. Coincidimos con él en que el niño construye su imagen de sí mismo a partir de un adulto, quien debe dirigirle una mirada de aceptación y admiración (especularización) y ofrecerse además como el soporte de una

idealización en la que el hijo pueda incluirse. El resultado final deberá ser un sí-mismo coherente y consistente, que se sienta agente de sus acciones, enmarcado en una unidad corporal, y adecuadamente delimitado (Dio Bleichmar, 2005).

Entre los autores que consideran la intersubjetividad como el paradigma del origen y estructuración del psiquismo, consideramos como especialmente relevante a Stern (1997), al enfatizar la importancia de las modelos de estar-con. Estimamos que gran parte de las experiencias formativas de nuestra vida ocurren en un contexto interaccional y en un momento en que el lenguaje no es accesible para estructurar las experiencias. Esas primeras vivencias preverbales e interactivas tendrán un valor determinante en la forma en que nos relacionamos con nosotros mismos y con los demás.

De los teóricos del apego, vamos más allá de los aportes iniciales por parte de Bowlby (1998a, 1998b, 2004), para incluir las aportaciones más recientes, en las que se presta atención a la construcción de la intersubjetividad, el aprendizaje de la regulación de los afectos, o las influencias de la crianza en contextos de riesgo social (Fonagy, 2004; Marrone, 2001; Lyons-Ruth, 2003).

Por tanto, esta forma de entender el maltrato nos permite acercarnos a ámbitos conceptuales de interés (apego, psicopatología evolutiva…) y nos conecta con importantes corrientes de investigación acerca del desarrollo infantil y la relación entre la figura parental y el niño.

B. El maltrato como experiencias que interfieren en la construcción de los vínculos.

Procedente de una familia marginal, Juani comenzó su recorrido de institucionalización con cuatro años de edad. La madre era muy conocida en su ciudad de residencia; con unos vestidos sucios y malolientes, ejercía de forma regular la mendicidad, mientras la mayoría de sus hijos permanecía en centros de acogida. A lo largo de los años los contactos de Juani con su madre fueron escasos, limitados a visitas esporádicas de ésta al centro donde vivía su hija. Al cumplir la mayoría de edad, y tras realizar un curso de capacitación profesional y

conseguir un trabajo, Juani abandonó el sistema de protección. Tras un intento fallido de vivir con un familiar, retornó con la madre. Un año después se la podía ver por las calles de la ciudad presentando el mismo aspecto desaseado de su madre y dependiendo de la ayuda de organizaciones de caridad.

Esta experiencia es muy común entre los profesionales del sistema de protección. Tras años ofreciendo un estilo de vida alternativo, y una adecuada inmersión del niño en él, el retorno a la familia de origen supone desechar en pocos días las adquisiciones logradas tras un largo trabajo. ¿Por qué tantos años de aprendizaje y práctica de una forma de funcionar se han esfumado en cuestión de semanas? Estas situaciones nos llevan a considerar que tras los aprendizajes conductuales existen aspectos más poderosos, y que éstos se encuentran relacionados con los vínculos creados en los primeros años de vida.

Aquí volvemos a encontrarnos con una limitación de entender las experiencias de maltrato desde un planteamiento exclusivamente asistencial y educativo. Consideramos que nos construimos a través de los vínculos, y son éstos los que sostendrán nuestra actitud ante el mundo y nosotros mismos. La experiencia de maltrato va a convertirse en una influencia determinante porque imprime una determinada estructuración subjetiva (Janin, 2002; Pablos y Pérez, 2001).

Sólo de esta manera podemos entender que un niño maltratado necesita algo más que curarle los golpes y alejarle del maltratador; necesita un acercamiento a su estructuración subjetiva y relacional, y es aquí donde encajan enfoques de intervención con un carácter clínico, reparador y psicoterapéutico, tanto a nivel individual (por ejemplo Barudy y Dantagnan, 2006) como familiar (por ejemplo, Cirillo y Di Blasio, 1991). Los procesos psicoterapéuticos realizados con niños maltratados han aportado ese testimonio de cómo la construcción interna del individuo se ha realizado de una forma precaria, marcada por la experiencia abusiva.

En la misma línea podemos encontrar las nuevas conceptuaciones de algunos cuadros psicopatológicos, en los que se sitúa en primer lugar el daño que se produce en las relaciones

parento-filiares, y en cómo éstas hipotecan el futuro vincular del niño. Por ejemplo, podemos señalar el concepto de "trauma complejo" (Cook, Blaustein, Spinazzola y van der Kolk, 2003; Cook, Spinazzola, Ford et al., 2007), una alternativa ante las limitaciones de la definición de Trastorno por Estrés Postraumático (American Psiquiatric Association, 2002). El trauma complejo aparece ligado a la exposición a múltiples eventos traumáticos; normalmente ocurre cuando el niño es abusado o descuidado, y sus efectos son devastadores porque interfieren en la formación de un lazo de apego seguro entre el niño y sus cuidadores.

Otro análisis muy interesante de un cuadro psicopatológico es el realizado por Cancrini (2007) acerca de lo que él denomina "océano borderline", como un amplio espacio psicopatológico muy próximo al concepto de trastornos de la personalidad. El concepto más restrictivo de patología borderline (el trastorno límite de la personalidad) tradicionalmente se ha asociado a la vivencia de situaciones de maltrato, y muy especialmente de abuso sexual. No obstante, incluso en visiones más amplias del cuadro borderline, que lo equiparan a trastornos graves de la personalidad (por ejemplo, Kernberg, 1979), puede ser útil prestar atención a las influencias parentales en cuanto conductas maltratantes. Esto es lo que hace Cancrini (2007) al situar en la base del funcionamiento borderline una "infancia infeliz", con la que denomina a una niñez vivida en contextos interpersonales que facilitan un funcionamiento no integrado de la mente; esos estímulos perjudiciales podrán ir desde influencias negativas sutiles hasta conductas francamente abusivas.

Finalmente, podemos señalar que el maltrato ha encontrado un lugar explícito dentro de las clasificaciones de trastornos mentales, considerando el carácter relacional de la experiencia en sí y de sus consecuencias. Pensando en la infancia, podríamos señalar la Clasificación diagnóstica 0-3 (National Center for Clinical Infant Programs, 1998), en cuyo Eje I encontramos el "Trastorno reactivo del apego por deprivación/maltrato en la infancia"; de la misma manera, en el Eje II aparece un apartado de "Relaciones abusivas".

C. **El maltrato como fenómeno que surge en un contexto relacional familiar,** y en el que se entrecruzan dos dimensiones: conyugalidad y parentalidad.

Cuando el niño nace, de inmediato se conecta a su entorno, y éste consiste fundamentalmente en una figura cuidadora. Poco a poco irá abandonando de una manera decidida el mundo diádico de sus primeras semanas de vida para incorporar un tercero. Ésta es una idea muy desarrollada en el ámbito psicoanalítico, y que en los últimos años ha entrado en un fértil diálogo con la Psicología Evolutiva. Al mismo tiempo, el niño va asumiendo unos relatos que le permiten insertarse en un grupo humano que ya puede concebir en su interior; de esta forma, el niño ya forma parte real de una familia que puede observar y de la que es parte. De esta manera, entender a ese niño sin considerar su pertenencia a esa unidad relacional tan especial, resultará en una construcción artificial.

Han sido muchos los modelos que han intentado delimitar unas dimensiones básicas de la familia; podemos citar como clásico el modelo circumplejo de Olson, Sprenkle y Russell (1979), con tres dimensiones (cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar). Nosotros hemos optado por la delimitación de dos grandes ámbitos de desempeño familiar. Estimamos que el acercamiento a las vivencias familiares implica prestar atención a las dos dimensiones básicas que configuran a este grupo humano, como lugar de crecimiento y/o como contexto patógeno/maltratante: la conyugalidad y la parentalidad.

En nuestra conceptualización de la familia somos deudores del modelo de Linares (1996, 2002, 2006), especialmente útil al unir las dimensiones psicopatológica y maltratante, y al considerar los aspectos clínico-individual y social. Respetando su sistematización en cuatro grupos, hablaríamos de la siguiente tipología familiar:

1. Conyugalidad armónica - parentalidad conservada. Se trataría de una forma de funcionamiento sano, donde la pareja puede funcionar de una forma adecuada al mismo tiempo que ofrece nutrición material y relacional a sus hijos.

2. Conyugalidad disarmónica - parentalidad conservada. Hay ocasiones en que los padres cuentan primariamente con unos sentimientos y capacidades suficientes para ejercer sus funciones parentales. No obstante, existen dificultades a nivel conyugal, y la disarmonía en el ejercicio de estos roles de pareja acaba contaminando (y en los casos graves, invadiendo) su ejecución como padres. En estos casos podemos hablar de manera amplia de "triangulaciones", en cuanto que los hijos se convierten en el tercer vértice de un triángulo que iniciaron los padres como pareja. Este tipo de situación patológica ha recibido la atención de los clínicos desde hace mucho tiempo; pensemos por ejemplo en el análisis familiar que en 1905 incluyó Sigmund Freud en el "Caso Dora" (Freud, 1997). No obstante, probablemente haya sido desde algunas corriente de terapia familiar donde se haya enfatizado más el elemento perturbador de las triangulaciones y se haya procedido a un amplio análisis y clasificación (Haley, 1985; Madanes, 2001; Minuchin, 2003; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1998). Pero sólo recientemente empezamos a cuestionárnoslas desde otro nivel y nos preguntamos si esas actitudes en los progenitores pueden ser entendidas como maltrato sobre los hijos.
3. Conyugalidad armónica - parentalidad deteriorada. Existen parejas donde aparece un buen funcionamiento a nivel conyugal, pero donde el ejercicio de la parentalidad es deficitario. A veces el elemento de mayor peso es la afectividad, en cuanto que se trata de niños no queridos u odiados. En ocasiones, los hijos son figuras incómodas por lo que representan para sus padres, de una manera real o fantasmática; en relación a esto último, existe una amplia bibliografía acerca de la manera en que un niño recibe las identificaciones proyectivas de sus padres y el efecto pernicioso que pueden tener sobre él (Palacio, Manzano y Zilkha, 2002). Siguiendo con esta línea de pensamiento, es muy sugerente la metáfora que utilizó Selma Fraiberg en un artículo ya clásico (Fraiberg, Adelson y Shapiro, 1975); al hablar de

los "fantasmas en la guardería" se refería a la actualización en los padres de aspectos conflictivos procedentes de la relación con sus propios progenitores. En otras ocasiones el elemento afectivo pasa a un segundo plano, sobresaliendo aquí la incapacidad o la falta de pericia como cuidador; en este sentido, hay progenitores con pocas capacidades para la atención instrumental a sus hijos. En uno y otro caso, el resultado es que el niño crece en una familia donde disfruta de la visión de unos padres contentos con su relación de pareja, pero que no es querido o atendido como necesita. Estas deficiencias en el cuidado (material o afectivo) pueden ser más o menos sutiles. Hay casos en los que los progenitores son plenamente conscientes y verbalizan su rechazo o incapacidad, pero lo más usual es que no exista ese reconocimiento. De esta manera, aparece un rechazo negado o disimulado, como muy bien describen Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza (1999) en el ámbito de las toxicomanías; su análisis es muy ilustrador de cómo una carencia puede ser reconocida pero minimizada, negada, o reconocida tan sólo como carencias ambientales (esto es, desestimando el valor afectivo y amparándose sólo en la precariedad material). ¿Cuál es el resultado de esta configuración familiar? Si lo que falla es el afecto, tendremos una falta de nutrición emocional. Si lo que no se aporta de manera adecuada es el cuidado, las fallas pueden aparecer en cualquier ámbito de funcionamiento (socialización, formación, salud…).

4. Conyugalidad disarmónica - parentalidad deteriorada. Linares (2002, 2006) habla de estas situaciones utilizando la palabra "desamor", aunque nosotros nos referimos a ellas como "descalabro familiar", en cuanto incapacidad para crear un soporte familiar con un mínimo éxito funcional. Se trata de contextos con un alto riesgo de perjuicio para los hijos, y en donde podemos considerar distintos niveles de gravedad en cuanto al disfuncionamiento:
   – Dentro de un contexto de disarmonía conyugal, y con un deterioro en algunas funciones parentales, es

posible que los progenitores puedan ofrecer un cuidado satisfactorio en algunas áreas concretas.

- Lo que podríamos denominar "desamor" recoge aquellas situaciones donde el niño no recibe amor/cuidado ni puede desenvolverse en un entorno que ofrezca un modelo de concordia.
- Si existe un contexto social que refuerce esas dinámicas, o el deterioro es grave (a veces por una acumulación de problemas de manera intergeneracional), hablaríamos de las familias multiproblemáticas (Coletti y Linares, 1997) o diluidas (Colapinto, 1995).

Esta forma de entender el maltrato nos acerca nuevamente al ámbito psicopatológico, puesto que muchas de las descripciones de configuraciones y dinámicas familiares que acabamos de ver han sido abordadas tanto desde un enfoque clínico como desde otro centrado en el maltrato a la infancia. En este sentido, es accesible entender el maltrato como experiencias relacionales que cristalizan en alguna configuración de las que denominamos "psicopatología" (Linares, 2002). Pero más allá de las disquisiciones conceptuales, podemos remitirnos a datos reales que nos muestran la conexión entre ambas. En Extremadura existe un total de unos 400 menores ingresados en recursos residenciales del Sistema de Protección. De ellos, una cuarta parte de los menores entre 6 y 18 años se encuentran en tratamiento psicológico o psiquiátrico; y entre ellos, aparece un grupo de 12 adolescentes ingresados en recursos residenciales especializados. Estos datos no son exclusivos de nuestra Comunidad. Con carácter ilustrativo podemos recoger también cómo en su II Plan de Atención a la Infancia y Adolescencia, el Instituto Madrileño del Menor y la Familia (2002) estimaba que el peso de menores con trastornos psíquicos en residencias para 4-18 años era del 20%; además, el Plan incluía 34 plazas concertadas para trastornos de salud mental, de un total de 1.754 plazas residenciales.

Concluimos nuevamente que en muchas ocasiones se hacen lecturas diferentes de unos mismos fenómenos:

- Desde un campo clínico se considera cómo debe ser el cuidado del niño, se analiza la forma en que falla esa

atención, y se realizan intervenciones destinadas a lograr cambios.

– Desde el ámbito de la protección también se parte de las necesidades de cuidado del menor, se valora si se están satisfaciendo, y se plantea la necesidad de proponer una intervención administrativa.

Y esto nos lleva nuevamente a cuestionarnos acerca de la posibilidad de conjugar estos dos acercamientos a la realidad de ese niño o adolescente.

6. ¿HACIA UNA INTEGRACIÓN?

A lo largo de esta Comunicación hemos tratado de plantear que en el núcleo de la experiencia de maltrato se encuentra un patrón relacional anómalo, y que su abordaje pudiera implicar la confluencia de dos sistemas de atención a la infancia. ¿Qué posicionamiento adoptar ante esta coincidencia sobre una misma realidad: una delimitación clara de los dos ámbitos, o la búsqueda de fórmulas de trabajo conjunto? Sea cual sea el camino escogido, la labor es ardua. La separación actual se sostiene sobre el desconocimiento mutuo y la existencia de dos planteamientos de partida muy diferentes; porque en efecto, se trata de dos tradiciones muy diferenciadas de atención a la infancia: una proveniente del entorno médico y otra de la confluencia entre los servicios de beneficencia y las actuaciones judiciales. Los conceptos, los términos, las técnicas, los contextos, los marcos administrativos… son diferentes.

No obstante, también existen aspectos que invitan al optimismo. En primer lugar, que recientemente se han producido en el ámbito de lo psicosocial cambios de carácter epistemológico que permiten manejarse más cómodamente con visiones complementarias de las realidades. Se trata de aportaciones que nos permiten introducirnos en un paradigma de la complejidad, y que han tomado cuerpo en las recientes visiones constructivistas y construccionistas de la realidad. La idea de base es que no tenemos un acceso directo a la realidad, sino que nos manejamos con construcciones de ésta. Cualquier conceptuación de un caso no es sino una elaboración

que el profesional realiza dentro de un marco de referencia muy delimitado. La conclusión que se deriva de este planteamiento es que debemos buscar construcciones que nos permitan entender y atender mejor al individuo. Por ello, carecería de sentido discutir acerca de si una conducta parental es maltratante o patógena, como referencias a una verdad absoluta y por tanto mutuamente excluyentes. Ambas opciones son perfectamente compatibles, y debemos manejarnos con ellas buscando una forma más productiva de abordar la situación. Los criterios de calidad para las construcciones serán la utilidad, la coherencia, la congruencia con el entorno, y su carácter ético.

Desde el ámbito del maltrato se ha debatido con frecuencia ese aspecto de construcción de la realidad. Desde un planteamiento menos extremo, ya se ha hecho en algún momento referencia a que el maltrato es una construcción social (Casas, 1998): lo que hoy es maltrato en otros momentos no se ha considerado como tal, el cuidado a los niños que en una cultura es considerado normal en otra es juzgado aberrante. Probablemente las necesidades del niño son universales, y las diferencias históricas o geográficas no afectan a lo que es necesario para él, sino a la sensibilidad para satisfacerle o a los medios que se utilizan para ello. Por tanto, las necesidades serían universales mientras que el concepto de maltrato dependería de la cultura, la legislación y la práctica profesional (López, 2006).

Este carácter relativo del concepto de maltrato es fundamental para entender el trabajo en un sistema de protección. En efecto, la legitimidad social y legal de los profesionales para intervenir en una situación familiar vendrá dada por lo que la comunidad determine como factible de una actuación. Desde esta óptica, el maltrato queda delimitado por las conductas hacia un niño que la sociedad ha decidido sancionar administrativa o jurídicamente. Esto supone partir de que no existe una conducta adulta desprotectora per se, ni un efecto unívoco; lo determinante sería el acuerdo social en designar ciertas conductas ante las que las instituciones podrían utilizar el poder coercitivo o sancionador para ponerle freno. Entender esto es

necesario antes de entrar en el diálogo que estamos proponiendo a través de esta comunicación.

Al mismo tiempo que debatimos estas cuestiones conceptuales, en el ámbito aplicado existen propuestas operativas de actuación. Ante la realidad de situaciones donde confluyen los servicios de protección a la infancia y los recursos de Salud Mental, se hace necesaria una coordinación, y ésta implica conocerse, crear red y organizar circuitos profesionales (Delgado, Martorell y Pi, 2004; Etxebarria, Miguel y Mañu, 2006). Para ello sería bueno delimitar aún mejor los itinerarios por los que lo clínico y lo social se juntan.

Dentro de este esquema de coordinación, algunas propuestas han sido formuladas en el sentido de diferenciar a nivel institucional dos funciones necesarias en algunas intervenciones familiares: la ayuda y el control. En el reparto consiguiente, los servicios de protección de menores se hacen cargo de la función coercitiva o coactiva. Es éste un tema polémico, en el que hemos asistido a posiciones contrapuestas. Tradicionalmente se ha considerado que un tratamiento en Salud Mental (especialmente en sus componentes psicoterapéuticos) es incompatible con la obligatoriedad. Frente a esta idea aparecen en la literatura experiencias de tratamientos coactivos con buenos resultados, y muchas de ellas aparecen precisamente en el ámbito de la infancia maltratada. Es más, aquí el debate se sitúa en el punto de determinar, no tanto la viabilidad de un tratamiento coactivo (que se da por supuesto con ciertas condiciones), sino la posibilidad de que una misma institución asuma simultáneamente las funciones de ayuda y control (Barudy, 1998; Bentovim, 2000; Coletti y Linares, 1997; Cirillo y di Blasio, 1991; Perrone y Naninni, 2002).

Finalmente, otra propuesta que en algún momento se ha hecho es la de crear dispositivos intermedios entre lo clínico y lo social (González Rojas y Pablos, 1999; Morales Homar, 2008; Pablos y Pérez, 2001); se trata de servicios que se sitúan en la intersección de las unidades de salud mental y de los sistemas de protección infantil, tratando de formar un continuo de atención entre Salud Mental y Servicios Sociales, en una gradación de intervención terapéutica desde lo psicopatológico a lo social y viceversa.

7. EL PROBLEMA EN UN MOMENTO DE TRANSICIÓN EVOLUTIVA: LA ADOLESCENCIA

Remitiéndonos de una manera más explícita al tema del Congreso podemos analizar esta situación en un momento de transición y una problemática especialmente ligada a ella: la adolescencia y los trastornos del comportamiento.

Profesionales de distintos contextos nos enfrentamos diariamente al desafío de los adolescentes con conductas disruptivas. Su carácter violento y desobediente nos lleva a percibirles como agresores, y con ellos asistimos al lado negativo del ejercicio de autonomía que se espera en un adolescente. Por otro lado, el hecho de que su conducta pueda responder a patrones disfuncionales de cuidado parental, y de que su actitud comprometa seriamente el desarrollo personal y social, nos hace ver en ellos la parte infantil del adolescente, y es entonces cuando les percibimos como sujetos desprotegidos. Esa visión contradictoria y ambivalente del adolescente con problemas de conducta queda perfectamente reflejada en la idea del "victiagresor".

Cuando el trastorno del comportamiento se ha configurado claramente como tal, se hacen evidentes las dificultades institucionales que apareja. Y es que los trastornos del comportamiento se muestran como un problema complejo situado en una encrucijada de ámbitos profesionales diferentes. En efecto, pueden ser un problema judicial (cuando existen transgresiones de la ley), un problema educativo (son chicos con necesidades educativas especiales), un problema sanitario (sufren un trastorno psicológico cuya entidad clínica está reconocida) y un problema de protección (es posible que haya que proporcionar un entorno alternativo de cuidado debido a la incapacidad de los padres para asumirlo) (Galán, 2005). Por ello, cualquier acción requiere situar a ese adolescente dentro de una red profesional donde la comunicación entre las distintas instituciones implicadas resulta imprescindible. Nuevamente encontramos un punto de contacto entre los Servicios de Protección a la Infancia y los recursos de Salud Mental.

Y de la misma manera, volvemos a enfrentarnos a la necesidad de una coordinación entre servicios. Es fácil que un ado-

lescente con trastornos de conducta esté siendo abordado desde un Equipo de Salud Mental; que si pertenece a una clase social desfavorecida, los Servicios Sociales también estén interviniendo; que los Servicios de Protección de Menores sean requeridos por algún profesional del entorno comunitario o que los progenitores recurran a ellos en un momento de claudicación parental (como en el caso de Cristóbal); a su vez, el centro educativo podrán en funcionamiento sus recursos para afrontar las dificultades que el muchacho presenta en el ámbito escolar; pero si además comete un delito, el sistema judicial podrá aplicar sus propias medidas. ¿Existe en la actualidad una acción conjunta de todas estas instituciones? Nosotros consideramos que lo más habitual es que las actuaciones sean fragmentadas, y al menos ésa es la realidad con la que nosotros nos enfrentamos.

Pero a estas dificultades de coordinación, en la adolescencia se suma un problema directamente ligado al momento de transición evolutiva en el que aparece. No entraremos aquí en el análisis de los aspectos más psicodinámicos, bien conocidos en este contexto (Aberastury y Knobel, 2001; Blos, 1981; Kaplan, 1996; Mannoni, Deluz, Gibello y Hébrard, 1994), y nos centraremos en otro aspecto que condiciona en gran manera nuestra manera de intervenir sobre el adolescente. Nos referimos a la disyuntiva “autonomía versus paternalismo”.

El adolescente se encuentra a medio camino entre la niñez y la adultez. Como niño hay que cuidarle, y como adulto hay que respetar su capacidad de decisión y su autonomía. Al encontrarnos ante menores de edad, asumimos el deber de protegerles; pero su nivel de independencia puede convertir en invasivos nuestros esfuerzos de ayuda; en esos momentos puede que el profesional si plantee si tiene derecho a ejercer esa protección. Éste es un problema que se plantea en el ámbito clínico (véase por ejemplo Halfon, 1998) y al que nosotros también nos enfrentamos. Desde un planteamiento diferente al clínico, más administrativo, ¿cómo se percibe esta realidad?

Tenemos una larga experiencia de la dificultad de proteger a quien no quiere ser protegido. Desde asunciones de tutela

(una medida protectora) que han implicado el uso de la fuerza, hasta la repetición de fugas de los centros de acogida, pasando por peligrosas escaladas de desafío hacia la institución que ejerce el cuidado. La práctica nos dice que es difícil proteger a un adolescente si existe un claro posicionamiento en contra por parte suya; es más fácil reprimir, sancionar y castigar, que cuidar. Esta dificultad se encuentra en la base del ordenamiento jurídico. En su análisis de la normativa nacional e internacional sobre la infancia y la juventud, Rey Martínez (2007), describe una tensión entre dos modelos: uno de igualdad o paridad con los adultos y otro de diferencia y tutela; para él, existiría una tensión no resulta entre autonomía y tutela, entre el reconocimiento del derecho del niño a oponerse a las acciones arbitrarias de los adultos, y el reconocimiento del derecho-deber de los padres (e instituciones) de ejercer una dirección en el ejercicio de los derechos; para este jurista, el derecho de menores viaja de modo peligroso entre una concepción paternalista de los menores como seres completamente incapaces de formular sus propias valoraciones, y una concepción liberacionista que identifica incapacidad con imbecilidad y tutela con opresión.

La búsqueda de ese punto intermedio ha atemperado el furor protector de muchos profesionales, que han optado por acercamientos más flexibles a la realidad del adolescente. Entre otras cosas, se incluye un reconocimiento de la imposibilidad de asumir medidas de protección contundentes que tengan visos de mantenerse a largo plazo, ya que ésta suelen implicar la entrada en una espiral de desadaptación. Frente a ello, se opta por un trabajo más pausado de acercamiento al adolescente, en donde se deje un espacio para la elaboración de una decisión difícil. Y a veces, será necesario tolerar la permanencia del menor en el hogar, aceptando además la imposibilidad de lograr cambios en los progenitores y optando por un acercamiento individual al adolescente (Berrondo, 2006). Estas actitudes no siempre son entendidas por el entorno social o profesional, y es una fuente de fricciones entre los distintos servicios implicados en la atención a un adolescente.

8. ALGUNAS IDEAS DE CIERRE

Antes de realizar una propuesta, el Servicio de Protección de Menores pidió al Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil su opinión acerca del posible ingreso de Cristóbal en un recurso residencial. Los profesionales sanitarios estimaron que el carácter perturbador de la relación madre-hijo hacía aconsejable esta medida. Por ello, finalmente se planificó el ingreso del niño en un piso tutelado del sistema de protección de menores. Aún está por definir qué atención recibirá dentro de los Servicios de Salud Mental.

Quisiéramos terminar esta Comunicación volviendo a la tesis de partida, la de que algunos niños suponen un problema clínico y social, y que debemos buscar una visión compartida de la realidad de ese menor/paciente. En el caso de las dos servicios de atención a la infancia que estamos considerando aquí (Protección de Menores y Salud Mental), existen dificultades innegables para establecer un diálogo fructífero; no obstante, también existen posibilidades y, sobre todo, la obligación de hacerlo. En caso contrario, la atención y protección que prestemos a nuestros niños y adolescentes será parcial, limitada y, a veces, yatrogénica.

BIBLIOGRAFÍA

ABERASTURY, A., y KNOBEL, M. (2001). *La adolescencia normal.* Buenos Aires: Paidós.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson.

BARUDY, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia.* Barcelona: Paidós.

BARUDY, J., y DANTAGNAN, M. (2006). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia.* Barcelona: Gedisa.

BENTOVIM, A (2000). *Sistemas organizados por traumas.* Barcelona: Paidós.

BERRONDO, L. (2006). *Objetivo de los programas de intervención familiar: el bienestar del Niño/a-Adolescente.* Comunicación presentada en el VIII Congreso Estatal de Infancia Maltratada, Santander.

BLOS, P. (1981). *La transición adolescente.* Buenos Aires: Amorrortu.

BOWLBY, J. (1998a). *El apego y la pérdida 1. El apego.* Barcelona: Paidós.

BOWLBY, J. (1998b). *El apego y la pérdida 2. La separación.* Barcelona: Paidós.

BOWLBY, J. (2004). *El apego y la pérdida 3. La pérdida.* Barcelona: Paidós.

CANCRINI, L. (2007). *Océano borderline.* Barcelona: Paidós.

CASAS, F. (1998). *Infancia: perspectivas psicosociales.* Barcelona: Paidós.

CIRILLO, S., BERRINI, R., CAMBIASO, G., y MAZZA, R. (1999). *La familia del toxicodependiente.* Barcelona: Paidós.

CIRILLO, S., y DI BLASIO, P. (1991). *Niños maltratados.* Barcelona: Paidós.

COLAPINTO, J.A. (1995). *Dilution of Family Process in Social Services: implications for treatment of neglected families.* Family Process, 34, 59-74.

COLETTI, M. y LINARES, J.L. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática.* Barcelona: Paidós.

COOK, A., BLAUSTEIN, M., SPINAZZOLA, J., y VAN DER KOLK, B.A. (2003). *Complex Trauma in Children and Adolescents.* White Paper from the NCTSNet Complex Trauma Task Force. Documento disponible en URL: http://www.NCTSNet.org.

COOK, A., SPINAZZOLA, J., FORD, J., LANKTREE, C., BLEUSTEIN, M., SPRAGUE, C., CLOITRE, M., ROSA, R., HUBBARD, R., KAGAN, R., LIAUTAUD, J., MALLAH, J., OLAFSON, E., y VAN DER KOLK, B.A. (2007). *Complex Trauma in Children and Adolescents.* Focal Point, 21, 4-8.

DELGADO, L., MARTORELL, N., y PI, M.T. (2004). *Proyecto de trabajo en red entre los Servicios de Salud Mental y los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Girona.* Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, n.º 37/38, 5-20.

DÍAZ, J.A., CASADO, J., GARCÍA, E., RUIZ, M.A. y ESTEBAN, J. (Comps) (2000). *Atención al maltrato infantil desde Salud Mental.* Instituto Madrileño del Menor y la Familia.

DIO BLEICHMAR, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos.* Barcelona: Paidós.

ETXEBARRÍA, M.L., MIGUEL, M. DE, y MAÑU, G. (2006). *El trabajo en red en situaciones de riesgo. Red de profesionales de Burlada.* Comunicación presentada en el VIII Congreso Estatal de Infancia Maltratada, Santander.

FONAGY, P. (2004). *Teoría del apego y Psicoanálisis.* Barcelona: ESPAXS.

FRAIBERG, S.H., ADELSON, E., y SHAPIRO, V. (1975). *Ghosts in the nursery.* Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 14, 387-422.

FREUD, S. (1997). *Análisis fragmentario de una histeria.* Obras completas, Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva.

GALÁN, A. (2005). *Los trastornos del comportamiento y la desprotección en la infancia y la adolescencia.* Comunicación presentada a las I Jornadas Extremeñas sobre los Trastornos del Comportamiento en Niños y Adolescentes, Mérida.

GONZÁLEZ ROJAS, J, y PABLOS, P. DE (1999). *Propuesta de un "dispositivo intermedio", espacio interdisciplinar e interinstitucional de segundo nivel.* En: IMSERSO (Comp.), Calidad y responsabilidad compartida: retos del bienestar en el cambio de siglo (pp. 433-446). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

GRACIA, E., y MUSITU, G. (1999). *Los malos tratos a la infancia.* Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

HALEY, J. (1985). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar.* Buenos Aires: Amorrortu.

HALFON, O. (1998). *¿Cómo tratar los rechazos de cuidados de los adolescentes?* Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, nº 26, 87-106.

INSTITUTO MADRILEÑO DEL MENOR Y LA FAMILIA (2002). *II Plan de Atención a la Infancia y la Adolescencia 2002-2006.* Comunidad de Madrid.

JANIN, B. (2002). *Las marcas de la violencia. Los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva.* Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, nº 33/34, 149-171.

KAPLAN, L.J. (1996). *Adolescencia. El adiós a la infancia.* Barcelona: Paidós.

KERNBERG, O. (1979). *La teoría de las relaciones objetales y el Psicoanálisis Clínico.* Barcelona: Paidós.

KOHUT, H. (2001). *Análisis del self.* Buenos Aires: Amorrortu.

LINARES, J.L. (1996). *Identidad y narrativa.* Barcelona: Paidós.

LINARES, J.L. (2002). *Del abuso y otros desmanes.* Barcelona: Paidós.

LINARES, J.L. (2006). *Las formas del abuso.* Barcelona: Paidós.

LÓPEZ, F. (2006). *Del maltrato al buentrato, de la protección al cuidado: la necesidad de un discurso en positivo sobre las necesidades de la infancia.* Comunicación presentada en el VIII Congreso Estatal de Infancia Maltratada, Santander.

LYONS-RUTH, K. (2003). *Dissociation and parent-infant dialogue: a longitudinal perspective from attachment research.* Journal of American Psychoanalytic Association, 51, 883-911.

MADANES, C. (2001). *Terapia familiar estratégica.* Buenos Aires: Amorrortu.

MANNONI, O., DELUZ, A., GIBELLO, B., y HÉBRARD, J. (1994). *La crisis de la adolescencia.* Barcelona: Gedisa.

MARRONE, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual.* Madrid: Psimática.

MARTÍN HERNÁNDEZ, J. (2005). *La intervención ante el maltrato infantil.* Madrid: Pirámide.

MINUCHIN, S. (2003). *Familias y terapia familiar.* Barcelona: Gedisa.

MORALES HOMAR, G. (2008). *Algunas consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento de jóvenes con dificultades para regular su comportamiento desde el sistema de protección de menores.* Comunicación presentada en el IV Congreso Multidisciplinar de Trastornos del Comportamiento en Menores, Palma de Mallorca.

NAVARRO, I., MUSITU, G., y HERRERO, J. (2007). *Familias y Problemas.* Madrid: Síntesis.

OLSON, D.H., SPRENKLE, D., RUSSELL, C. (1979). *Circumplex model of marital and family systems I: Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications.* Family Process, 18, 3-28.

PABLOS, P., y PÉREZ, M. (2001). *Trastornos en las funciones parentales, efectos en el desarrollo del psiquismo: un problema transgeneracional.* Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, nº 31/32, 173-182.

PALACIO, F., MANZANO, J., y ZILKHA, N. (2002). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad.* Bilbao: Altxa.

PERRONE, R., y NANNINI, M. (2002). *Violencia y abusos sexuales en la familia.* Barcelona: Paidós.

REY MARTÍNEZ, F. (2007). *Los derechos y deberes del menor.* Comunicación presentada en el Congreso "Familia y Adolescencia", Salamanca.

SELVINI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., y PRATA, G. (1998). *Paradoja y contraparadoja.* Barcelona: Paidós.

TIZÓN, J.L. y FUSTER, P. (2005). *Un papel para el padre.* Revista de Psicopatología y Salud Mental Infanto-juvenil, 6, 27-40.

STERN, D.N. (1997). *La constelación maternal.* Barcelona: Paidós.

LA DEMANDA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA INFANTIL EN EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO*

Sara Terán Sedano, Paula Laita de Roda***, María Ángeles Márquez Navarro****, Julia Ayala Perales***** y Paloma Ortiz Soto******

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, en respuesta a la demanda social que ha creado la creciente detección de casos de violencia de género, se han implantado diferentes dispositivos de asistencia psicosocial a las víctimas. Tal es el caso del programa ATIENDE, que comenzó a funcionar hace 5 años, dependiente de la Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y de la Dirección General de la Mujer (DGM).

El Programa ATIENDE (cuyas siglas responden a Unidad de Atención e Intervención del Daño Emocional), es un servicio asistencial cuyo objetivo principal es la evaluación del daño

---

* Comunicación Libre Premiada, presentada en el XXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA) que bajo el título "Períodos de transición en el desarrollo e intervenciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Almagro del 17 al 18 de octubre de 2008.

** Psiquiatra. Unidad de Menores en Riesgo Psíquico-Programa ATIENDE niños. Madrid. E-mail: sarateran@yahoo.es

*** Psiquiatra. Unidad de Menores en Riesgo Psíquico-Programa ATIENDE niños. Madrid.

**** Psicólogo Clínico. Unidad de Menores en Riesgo Psíquico-Programa ATIENDE niños. Madrid.

***** Psicólogo Clínico. Unidad de Menores en Riesgo Psíquico-Programa ATIENDE niños. Madrid.

****** Psiquiatra. Centro de Salud Mental Retiro-Programa Infanto-Juvenil. Madrid.

emocional que padecen las mujeres víctimas de violencia de género con Orden de Protección y sus hijos e hijas. Las peculiaridades de este Programa, tanto por las características de la población atendida, como por las connotaciones socio-políticas que ha adquirido el tema de la violencia de género, hacen que en muchas ocasiones la finalidad terapéutica quede relegada a un segundo plano Es decir, en el contexto del Programa con frecuencia hay una utilización implícita y explícita del servicio para fines alejados de una función terapéutica. Este hecho es una de las principales razones que nos han llevado a plantearnos la necesidad de realizar un análisis crítico de nuestro trabajo.

Vamos a dividir la presentación en tres apartados: primero aludiremos a los aspectos propios de la Institución; en segundo lugar hablaremos de las pacientes víctimas de violencia doméstica y de las características particulares de la demanda que realizan y por último, haremos una reflexión acerca del papel de los terapeutas y de las principales dificultades que genera la atención a dicha población.

1. LA INSTITUCIÓN

El Programa surge por un acuerdo entre la Dirección General de la Mujer (DGM) y la Oficina de Coordinación de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, como parte de un universo de dispositivos creado en base a la Ley de Violencia de Género.

El programa ATIENDE tiene dos secciones, separadas físicamente pero coordinadas entre si: la sección ATIENDE NIÑOS, a la que nosotras pertenecemos, encargada de la evaluación y tratamiento de los menores, y ATIENDE MUJERES, donde dos psiquiatras, una psicóloga y una trabajadora social abordan la atención a las mujeres víctimas de violencia de género. El sentido de que las dos secciones estén situadas en espacios diferentes es poder preservar la integridad de las mujeres víctimas de maltrato y poder entrevistar a los padres sin que éstos violen la Orden de Protección (O.P.) que habitualmente tienen sus ex-parejas.

Las derivaciones de pacientes llegan al programa ATIENDE principalmente desde los Puntos Municipales de Atención a la Violencia de Género (hay 48 puntos en la Comunidad de Madrid). La derivación la realiza habitualmente una trabajadora social o una psicóloga de estos Puntos Municipales.

Esta Unidad está concebida como un programa principalmente de evaluación y diagnóstico de menores, aunque es posible realizar seguimiento y tratamiento. Según consta en la información sobre el programa ATIENDE que aparece en la página web de la DGM, de la evaluación realizada por nuestro servicio se obtendrá un informe clínico que servirá para futuros procedimientos judiciales (lo suelen llamar "informe con anticipación de uso legal"). Este aspecto de nuestro programa es muy relevante en el tipo de demanda que recibimos y en el tipo de pacientes que atendemos.

En los dos años que llevamos trabajando en este programa, hemos recibido unas 180 solicitudes de valoración de menores (hijos de estas mujeres). No es un número muy elevado teniendo en cuenta que en el año 2007 se concedieron más de 3.600 O.P. a mujeres víctimas de violencia de género. Es interesante resaltar que en la mayoría de los casos, las madres que acuden al programa ATIENDE han denunciado a sus maridos por maltrato psicológico, y sólo un pequeño porcentaje refiere una historia de maltrato físico. Un porcentaje alto de las madres que son derivadas a nuestro Programa están inmersas en un proceso judicial contra sus ex-parejas, con la custodia de los hijos de por medio. También un porcentaje alto de derivaciones nos solicitan la realización de peritajes que determinen la conveniencia o no de que los menores tengan visitas con el padre.

2. LOS PACIENTES Y LA FORMULACIÓN DE LA DEMANDA

Cuando hablamos de violencia en el ámbito familiar, es casi imposible generalizar, ya que cada historia tiene características únicas, pero sí hemos observado que un gran número de casos tienen rasgos comunes en cuanto al tipo de demanda y los conflictos que se plantean en su manejo, y son éstos los que queremos abordar hoy en nuestra comunicación.

La primera consideración que queremos constatar es la siguiente. Nos cuestionamos la idoneidad del planteamiento de dicho recurso para las mujeres a las que va dirigido.

Pensamos que en muchas ocasiones, teniendo en cuenta la situación de dependencia y regresión en la que están inmersas la mayoría de estas mujeres, el propio funcionamiento institucional perpetúa dicha situación. El posicionamiento activo que adopta la DGM adquiere la función simbólica de una "madre todopoderosa" dispuesta a proteger a su hija indefensa y vulnerable. Para la mujer maltratada esta experiencia de protección incondicional, quizás nueva para ella, satisface necesidades muy primarias que la mantienen en su posición regresiva. Además, en la mayoría de los casos, la estrategia defensiva a nivel legal incide en dejar a la mujer en la devaluada posición de una víctima pasiva e indefensa de un único culpable. El abogado representaría una figura paterna inflexible a la que se obedece ciegamente.

Nuestro papel en esta tríada es bastante confuso. La mujer-víctima acude a nosotras, casi siempre por consejo de sus nuevas figuras materna y paterna, pidiendo una nueva reafirmación de su rol, buscando que se refuerce su apoyo en este nuevo sistema de protección del que también formamos parte. Las expectativas respecto a qué esperar de nosotras suelen ser precisas, y casi siempre con ideas erróneas sobre nuestra función.

Dentro del espectro de demandas entre los pacientes del ATIENDE el grado de elaboración es muy variable.

En ocasiones puede demandarse la valoración de las consecuencias que la situación vivida en la familia ha podido tener sobre el menor (como ejemplo de la demanda más elaborada), mientras que en otros casos la demanda se formula desde una perspectiva mágica y con fines más claramente instrumentales (ej.: emisión de un informe "pericial" sobre el estado del menor y sobre la conveniencia de que la custodia pertenezca a la madre). La demanda explícita (o manifiesta) suele ser la preocupación por el estado psicológico del niño, y que el informe sirva para defenderse del "mal padre". La implícita (o latente), en la mayor parte de los casos, es que nuestro "veredicto"

sirva para que el padre pierda el derecho de ver a su hijo. A menudo suele suceder que la actividad proyectiva predomine y entonces se considere que todos los problemas proceden del exterior, de la figura paterna, denominada de antemano como padre "maltratador". La mayoría de las demandas se sitúan entre estos dos polos.

En algunos casos la derivación sí está fundamentada en una serie de signos o reacciones observadas en el menor. En otros casos, sin embargo, el motivo de consulta es la valoración de un supuesto daño emocional del cual el menor no da en principio ninguna señal.

Una situación habitual que ocurre con estas pacientes es que, en la entrevista de recepción, es excepcional que podamos recoger ninguna información sobre los hijos; nuestros intentos por hacer una anamnesis del desarrollo infantil del menor son inútiles ya que las madres tienen una gran dificultad para salir del relato de su relación de pareja, de su queja y su sufrimiento. Esto nos hace pensar que, con frecuencia, estas madres no están pidiendo ayuda para sus hijos, sino para ellas mismas.

En los casos más graves, los hijos, además de ser testigos, son también víctimas de las agresiones. Habitualmente no es fácil para la mujer hablar de los hijos situándolos en el escenario del maltrato, porque hacerlo puede dejar en evidencia su fragilidad y su incapacidad para defender de la violencia a los propios hijos. Los mecanismos más típicos que hemos observado son el distanciamiento afectivo y la racionalización: "yo no podía hacer nada"; "seguíamos juntos por nuestros hijos"…

En un número no despreciable de casos, la situación de violencia "de género" no está tan clara, sino que es la situación de separación conflictiva entre los padres la que supone un maltrato emocional de los hijos, que se convierten en objetos arrojadizos entre los padres a la hora de separarse.

Nos parece importante destacar que para estas madres la función que tiene este recurso está cargada de ambivalencia. Es vista a la vez como una nueva vía de castigar al culpable, pero también como una amenaza a su nuevo estatus: los hijos son la evidencia más palpable de que, en la realidad, la posición

de víctimas en que ahora se sienten a salvo no es válida para salir adelante y hacer frente a las responsabilidades que durante un tiempo han delegado parcialmente en familiares e instituciones.

Sin embargo, a veces la decisión de consultar en nuestro Programa se da precisamente en el momento en que la mujer ha decidido recuperar el rol materno; en ese caso, busca que la reafirmemos en dicho rol, busca oír que ha sido y es una buena madre. Se encuentra dividida entre la conveniencia de que diagnostiquemos a su hijo de algún mal imputable al padre "maltratador", y el alivio de escuchar que el niño está sano, algo que repare la herida de verse a sí misma como incapaz de proteger a su propio hijo.

La demanda suele estar teñida de la culpa y los deseos de reparación del daño infringido por las madres hacia sus hijos por haber mantenido la situación de violencia familiar durante años. La fantasía más común en estos casos es la posibilidad de reparación del daño a través de la terapia, y en lo posible, sin que el menor se dé cuenta de ello.

3. EL EQUIPO ASISTENCIAL

Además de los condicionantes impuestos por el funcionamiento institucional al que nos hemos referido con anterioridad, el hecho de trabajar con personas víctimas de situaciones de violencia, produce en el equipo asistencial una serie de dificultades, algunas de las cuales vamos a pasar a describir.

El aspecto judicial del programa ATIENDE nos coloca ante la imposibilidad de conciliar la función terapéutica con la pericial. En la mayoría de los casos las madres acuden al Programa aconsejadas por terceros, con la idea expresa de solicitar un informe para presentarlo como prueba en el juicio contra su expareja. Esto nos coloca en la posición de tomar partido, lo cual interfiere en nuestra función terapéutica porque implica romper la neutralidad que exige cualquier intervención terapéutica que realicemos con los niños.

El hecho de que en las directrices de este programa se explicite que nuestros informes clínicos pueden ser usados en

el contexto judicial por las madres y por los padres, sin que se trate de informes propiamente periciales nos genera muchas dificultades. En algunos casos, especialmente cuando la situación de maltrato no es clara, nos sentimos impelidas a actuar más como "detectives" que como terapeutas.

En los casos en los que la utilización de los menores como moneda de cambio en una lucha de pareja es más flagrante, tenemos que luchar contra la tendencia a la culpabilización de los padres y al establecimiento implícito de alianzas con los menores. Detrás de estas actitudes no dudamos que pueden estar en juego nuestros propios conflictos no resueltos. Esto distorsiona la percepción del terapeuta e interfiere en la interacción con el menor, llevándonos a posiciones de "salvadoras" del niño de unos padres "malos" que no se ocupan debidamente de él.

En los casos graves de violencia doméstica más claramente objetivables, el profesional suele identificarse (en ocasiones masivamente) con los temores y la indefensión de las madres. Esto también dificulta una valoración e intervención neutrales. El hecho de llamar a los padres para tener una entrevista nos hace temer la provocación de reacciones violentas por su parte y que incluso nuestra intervención pueda perjudicar a los menores y a sus madres. Esto nos ha llevado en algunos casos a querer excluir a los padres del proceso de evaluación.

Y de las "alianzas" e identificaciones corremos el riesgo de pasar a actitudes depresivas (falta de interés y desmotivación ante las dificultades para trabajar con algunos casos), o bien a actitudes de omnipotencia: atribuyéndonos el papel de jueces que pueden descubrir y acusar (con un informe no favorable) al culpable de lo sucedido. El hecho de emitir un informe hace que los pacientes nos otorguen un enorme poder. Si los especialistas nos prestamos a ser idealizados y a ejercer esa omnipotencia corremos el riesgo de establecer con los pacientes una relación dominante-dominado que se opone radicalmente a la relación terapéutica y que perpetúa la dependencia. Continuamente tenemos que enfrentarnos a esas presiones externas y también internas.

CONCLUSIONES

Acerca de la Institución: En una unidad específica como el programa ATIENDE, la propia organización de la Institución tiene una importancia fundamental para proponerse una función terapéutica. Para nosotras es evidente que las características del Programa influyen de forma decisiva en las expectativas y en la formulación de la petición de ayuda. Nos preguntamos, si tal y como está planteado, el contexto al que pertenece el Programa ATIENDE es el mejor espacio para que estas familias puedan hacer una reflexión crítica y una elaboración. Por otra parte, pensamos que mezclar el contexto judicial y el terapéutico en una institución es confundir dos espacios que deben diferenciarse claramente.

Acerca de nuestro trabajo: Como conclusiones para nuestro trabajo diario nos preguntamos: ¿Debemos amoldarnos rígidamente al marco que la institución nos presenta? Pensamos que la manera de ir modificando este marco es profundizar en las tareas de coordinación. Es decir, trabajar individualmente la demanda de cada caso, con las pacientes pero también con los profesionales derivantes, para de esta manera ir evitando las demandas demasiado instrumentalizadas y también acceder a otros casos graves de violencia de género que precisarían más de nuestra intervención y que utilizan en menor medida los recursos asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA

La relación asistencial. Isca Salzberger-Wittemberg. Ed. Amorrortu.

¿Son posibles las terapias en las instituciones? Estudio Situacional. Manuela Utrilla. Ed. Biblioteca Nueva.

Hacia una psiquiatría comunitaria. Jacques Hochman. Amorrortu editores.

Del motivo de consulta a la demanda en Psicología. Pau Martínez Farrero. Revista de la asociación española de neuropsiquiatría, Vol. XXVI, n.º 97, enero/marzo 2006, pp. 53-69.

¿Agresor o agredido? El trabajo con el paciente sin demanda. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 2003; 35/36, 205-212.

LOS RETOS DE LA ADOLESCENCIA. ANSIEDAD DE SEPARACIÓN Y SOMATIZACIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO*

Silvia del Caso Centeno y Fernando González Serrano*****

Palabras clave: Adolescencia; padres separados; ansiedad de separación; somatización; diferenciación; duelo por la identidad sexual infantil y el encuentro de un objeto exogámico: afectos depresivos

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene por objetivo presentar una breve memoria de un caso clínico en el marco de un Centro de Salud Mental de la red pública durante mi formación como psicoterapeuta de niños y adolescentes, bajo la supervisión de un psiquiatra adjunto.

He escogido esta historia clínica porque ha sido un caso de los que he podido seguir más tiempo y también porque se trata de una chica con una organización psiconeurótica de la personalidad y una sintomatología no excesivamente florida o compleja, inicialmente, aunque en el transcurso del tratamiento han surgido complicaciones y cuestionamientos acerca de su funcionamiento mental.

---

* Comunicación Libre presentada en el XXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA) que bajo el título "Períodos de transición en el desarrollo e intervenciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Almagro del 17 al 18 de octubre de 2008.

** Psicóloga.

*** Psiquiatra. Unidad de Psiquiatria Infantil Uribe. Osakidetza.
Mail: fernando.gonzalezserrano.osakidetza.net

2. OBJETIVOS

Mis objetivos como terapeuta en el comienzo de mi práctica también han estado alineados con lo anterior y fijados fundamentalmente en:

- Aprender a escuchar al paciente, para que éste se sienta aceptado y en una atmósfera de confianza. Esa neutralidad con interés que te permite alejarte del adoctrinamiento del paciente.
- Ir cultivando la escucha flotante a la vez que mantengo la atención en uno o dos focos de trabajo. Este tipo de planteamiento "sin pretensiones" me ha permitido no perderme.
- Trabajar con los materiales aportados por la transferencia y contratransferencia, como una de las herramientas de comprensión del trabajo terapéutico. Matizado todo este material en la supervisión.
- Conocer mis propias reacciones frente a los diferentes temas que se tratan: miedos básicos, tipologías encontradas… Comprender mis puntos fuertes y mis limitaciones como clínica frente al paciente. Temas que finalmente son parte de mi propio proceso psicoanalítico.
- Tener en cuenta y aplicar la ética profesional del psicólogo cuyas características principales son la salud y el bienestar del paciente.

Hacer el análisis de este caso me ha permitido también, en un plano más personal, poder evaluar mi evolución como terapeuta a lo largo del tratamiento.

3. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD REALIZADA

El caso de I., "No sin mi madre": se ha realizado un seguimiento a lo largo de casi un año, con el intervalo del verano escolar.

Aquí las entrevistas preliminares con los padres, así como las de seguimiento con ellos las ha realizado el psiquiatra adjunto, estando yo como observadora. También he contado con su supervisión para comentar las dificultades y dudas que el seguimiento de los pacientes me suscitaba.

La frecuencia del tratamiento es de una sesión semanal y consultas con la madre a demanda, aunque hemos tratado de tener al menos una al trimestre.

4. EL CASO DE I., "NO SIN MI MADRE"

Tenemos dos momentos de consulta:

1.º I. tiene 11 años cuando consultan por primera vez. El motivo de consulta es gran dificultad para separarse de su madre. El verano anterior estaba apuntada a unas colonias y cuando se despedía de la madre se angustió mucho, acabó tirándose al suelo, llorando y finalmente no pudo ir. Además refieren arranques de rabia en casa (fuera es una niña "modélica" y buena estudiante) y dolores abdominales de frecuencia e intensidad suficientes para faltar bastantes días al colegio.

   Se realizan dos entrevistas con I. y su madre, y se propone a I. la asistencia a un grupo de psicodrama; la madre esta conforme pero I. no quiere ir alegando la pérdida de horas de clase (el grupo es a última hora de la mañana), y la madre cede. Se acuerda que pidan nueva consulta cuando precisen.

2.º I. tiene 12 años. El motivo de consulta esta vez son los continuos problemas físicos de I., le duele la cabeza, el estomago… Proliferan las consultas al pediatra siendo todas las exploraciones médicas negativas y se le deriva a salud mental. Esta entrevista es también con I. y su madre.

A continuación voy a resumir la historia biográfica y familiar de I.

I. vive con su madre y con la pareja de ésta desde hace 10 meses. Los padres llevaban separados algo más de medio año. La madre refiere que su hija ha aceptado muy bien su nueva relación. La nueva pareja es también separada y tiene un hijo de 20 años de su anterior relación al que I. aprecia. Asimismo, tienen mucha relación con la familia de origen de la nueva pareja.

El padre, que trabaja en la construcción, vive en otro municipio a pocos kilómetros. Suele verle los sábados pero nunca se ha quedado a dormir en su casa. La madre le describe como un hombre bueno, pero muy pasivo, que siempre necesita alguien que le diga lo que tiene que hacer. Cree que I. se aburre y por eso le cuesta ir con él. Por los comentarios de madre e hija da la impresión de que se ha sentido abandonado tras la separación, mostrando en ocasiones su rencor delante de I. Ha sido informado de que su hija está en consulta pero no llama ni pide cita como otros padres separados.

El padre tiene un hermano e I. se lleva muy bien con sus dos primos que son mayores que ella. Los abuelos paternos fallecieron hace bastantes años.

La madre, al contrario, se describe y muestra como una mujer muy vital y enérgica que regenta un pequeño comercio propio. En las entrevistas ocupa casi todo el tiempo hablando ella, y aunque de entrada parece mostrar una buena relación con los terapeutas (impresión de pretransfer positivo), no les permite intervenir mucho.

Fue adoptada tras unos primeros años de vida en una institución de acogida, y se enteró de ello siendo casi adolescente. Su padre falleció teniendo ella 9 años y con su madre recuerda una relación que califica como muy conflictiva, de gran desvalorización e intolerancia. Ésta murió también hace pocos años, tras 7 años con leucemia, y ella estuvo los últimos meses de vida cuidándola ya que era hija única. Está experiencia de la relación con su madre (como es esperable) invade frecuentemente el universo de la hija, sobre todo en los momentos de enfrentamiento. La madre es parcialmente consciente de ello y cuenta como, a diferencia de la madre que tuvo, ella es cercana y dialogante, está siempre dispuesta a escuchar a I., y no entiende cómo recibe, a menudo, contestaciones bruscas o enfado. Se muestra preocupada porque I. oscila entre no querer contarle nada, y otras veces la persigue por toda la casa para ver qué ropa se pone. I. le contesta que no tiene que contarle todo y ella responde que lo normal es que tenga confianza total con ella.

En cuanto a I., es descrita por la madre como una chica estupenda, buena deportista, con unas notas escolares excelentes y con muchos amigos.

En la anamnesis del desarrollo no refieren datos significativos sobre los aspectos psicomotores, cognitivos o del lenguaje.

Desde pequeñita ha dormido con su madre y ahora no puede dormirse si no está con ella un rato y después cuando se va, tiene que dejar la TV encendida y una luz dada.

A nivel de la relación terapéutica I. se muestra adecuada, comunicativa y sonriente. Tiene un buen manejo de la realidad.

Se evidencia un hermetismo importante en torno al tema de la separación y a toda la ambivalencia en relación a sus progenitores. Parece que ha encontrado vías de expresión de lo conflictivo a través del cuerpo y la aparente buena adaptación se rompe a veces en los ataques de cólera.

En el 2.º momento de consulta I. tiene ya 12 años y ha tenido la menarquia. Así, a las dificultades de asumir todos los cambios familiares, se suma la dificultad para hacerlo también con los cambios físicos propios de su edad. I. es una chica un poco gordita que va vestida con un estilo deportivo bastante masculino. La madre cuenta que come con mucha ansiedad.

Juega a fútbol en un equipo femenino de la zona.

– Hipótesis diagnóstica: Organización neurótica de la personalidad. Ansiedad de separación. Somatizaciones.

Se le propone a I. la posibilidad de hacer psicoterapia semanal. Ella accede con facilidad y se le explica que la idea es darle un espacio para que pueda verbalizar todas sus preocupaciones en este momento de cambios en su vida. A la madre también le agrada mucho la propuesta.

Primeras intervenciones: I. se muestra desde el principio como una chica que se maneja muy bien con la palabra, le gusta hablar y sabe escuchar. Se muestra desenvuelta pero no descarada.

Se establece un pretransfer positivo y a nivel contratransferencial veo que me lo paso bien en las sesiones, me interesa lo que me cuenta y salgo con una sensación de energía.

Mi primer foco se centra en darle un espacio para la expresión de lo que le interesa, sus necesidades.

I. viene sola a consulta, pero sobre la 3.ª sesión le acompaña la madre y ésta me comenta en la puerta, sin llegar a pasar: "No sé qué le has hecho a mi hija pero desde que está contigo está transformada, no sé lo que le das y mira que yo me esfuerzo por hablar con ella. Estoy contenta de que pueda venir porque está mejor". Vemos en una sola frase el resumen de la ambivalencia que produce en muchos padres la terapia de sus hijos. Dejarle "en manos" de otro, al que "contaran todo", mientras que ellos que se esfuerzan cada día no encuentran mas que sus malas caras. No es difícil comprender esta reacción poniéndose en su lugar, más aún si, como en esta mujer, la imagen de la relación materno-filial esta muy idealizada al estilo de "dos amigas que se lo cuentan todo". De esta forma podrá reparar la difícil relación que tuvo con su propia madre.

I. se manifiesta muy independiente en todas sus actividades, en el discurso no aparece por ningún lado la dependencia de su madre, aunque ésta sí está muy presente a través de numerosas actividades de fin de semana y vacaciones, es una mujer muy activa y su pareja también, viajan y hacen muchas cosas.

La figura del padre aparece sin atractivos, parece un hombre deprimido y es fácil comprender la dificultad que I., como adolescente, debe de tener para disfrutar con su padre pudiendo estar con una madre y su pareja que le ofrecen opciones mucho mas atractivas.

I. y su madre: No es el hijo el que se genera la separación de los padres, sino que son los padres los que hacen posible que sus hijos se separen cuando desean alguna cosa más allá de sus hijos.

Pensándolo de esta manera, ¿qué desea la madre de I.? Es una mujer que ha sido adoptada y el secreto de su adopción se mantuvo hasta que se enteró ya mayor fuera de casa y ha vivido una mala relación con su propia madre. Desea ser la madre perfecta para I., así la hija permitirá la reparación de ese vínculo tan doloroso. Además I. es la depositaria de un amor que no pudo dar a una marido débil, casi siempre durmieron juntas y a veces los tres.

Uno de los elementos que caracteriza la fase de la adolescencia es la lenta **diferenciación** de los padres, y en el caso de la chica, sobre todo de la madre. Se ha de realizar el duelo de la hija ideal y la madre ideal y ambas poco a poco han de situarse como dos mujeres y esto es todo un trabajo psíquico de gran complejidad y que supone un duelo ya que nada llegará a llenar esta pérdida.

En este caso a pesar de la ambivalencia de la madre, de la gran presión sobre cualquier síntoma de su hija que le asusta enormemente, es una mujer relativamente sana. Permite que su hija venga a terapia a pesar de lo difícil que le debe de resultar teniendo en cuenta su problemática personal, además manifiesta bastante sanamente su rivalidad y ambivalencia conmigo.

Mi impresión a lo largo de las sesiones es que no llega a invadir, contaminar el espacio de terapia con comentarios o actitudes que podrían colocar a su hija en un conflicto de lealtades. Por todo ello, en relación con la madre, yo escucho de I. sus quejas e intento normalizar las dificultades y los enfados para sacar a I. del registro de hija perfecta, a la vez que refuerzo aspectos positivos de la madre como el apoyo que le da para que haga cosas por su cuenta.

Focos de trabajo: Sé que este término de "foco" puede ser conflictivo ya que pertenece al marco de la Terapia Breve. Sin embargo no he encontrado un término mejor para definir los puntos cardinales sobre los que he fijado mi trabajo en este caso. Éste ha sido mi modo de no perder el norte. Si bien no se trata de una construcción rígida, sino de pequeñas hipótesis de trabajo que pueden ir variando en el proceso terapéutico, remarcando esta idea de Proceso.

Como ya dije al principio, he tenido un criterio abierto de escucha y el trabajo se ha ido haciendo en función del material que iba apareciendo mientras que a su vez he mantenido ciertos focos de trabajo sencillos como una forma de evitar perderme en un exceso de material terapéutico:

– El padre: I. es una chica inteligente y por eso es fácil que entienda la necesidad de mantener la relación con su padre, dando espacio para hablar de la dificultad que

puede tener porque su padre está triste, es difícil divertirse con el. He buscado puntos de unión entre ambos como puede ser el fútbol o el tenis, van juntos a bastantes partidos y se nota que le gusta jugar con su padre al tenis y ganarle.

Al comienzo de la terapia le pedí que me trajera fotos donde estuviera ella, con familia o amigos y que correspondieran a diferentes épocas de su vida. Tenían que ser fotos que le gustaran y le recordaran momentos importantes. Accedió muy contenta y una de las fotos que me trajo avala este foco de trabajo. En ella estaba feliz al lado de su padre, después de un partido que había jugado con su equipo y ganado.

– Poder verbalizar en torno al tema de la separación de sus padres y la nueva situación de vida con la pareja de su madre que tuvo que asumir enseguida: ella siempre habla de esto como si no pasara nada, sin embargo otra de las fotos que trajo era la de su comunión. Me dijo que fue poco después que sus padres se separaron. Me comentó que en su clase hay muchos niños con padres separados y que además tienen nuevas parejas. Éste me pareció un momento importante ya que era la primera vez que aparecía un tono un poco triste y melancólico en su discurso y en su gestualidad. Este punto marcó un cambio en la terapia ya que a partir de entonces empezó a mostrarse más real detrás de la omnipotencia infantil.

– Poder conectar con algunos afectos depresivos que están al fondo del conflicto pero hacerlo en un entorno contenedor: esto es difícil en un adolescente porque supondría manifestarse como débil frente al adulto. Sin embargo mi propuesta es poder nombrar la tristeza y poder ver que no pasa nada por estar triste. Poder reconocer ciertos cambios como duelos. En la vida de I. se están dando bastantes de estos cambios en poco tiempo y un espacio para la tristeza puede ser sano.

Es muy posible también que la madre de I. se muestre muy preocupada cuando vea a su hija triste e incluso se le despierte culpabilidad, así que por esta parte tampoco

habrá muchas ocasiones de gestionar correctamente esta emoción. Además, seguramente para la madre éste es un momento magnífico con su nueva pareja y la hija por identificación puede sentir que también lo tiene que ser para ella, sin recordar que ella es un sujeto autónomo con derecho a sentir de forma diferente

– En la misma línea que lo anterior, poder hablar del duelo que significa ir dejando la infancia: las ventajas e inconvenientes de ir haciéndose mayor. I. el próximo año tendrá que decidir si prefiere orientarse hacia letras o ciencias, ella destaca en ambas y le resulta difícil elegir, a partir de esto hablamos de la dificultad de elegir, de cómo ahora se encuentra cada vez más con la necesidad de elegir por ella misma, aunque sigue contando con el apoyo de sus padres.
– Dejar un espacio para hablar de sus competencias, que son muchas pero también de sus dificultades, inscritas en el terreno emocional: I. disfruta hablando de aquellas cosas en las que triunfa, como todos, pero su tono está en ese registro de omnipotencia del pensamiento tan infantil y que tiene como función proteger el narcisismo. Ella al principio de la terapia jamás nombrará sus dificultades, seré yo la que haga referencia a ellas de un modo fugaz pero poco a poco eso irá cambiando, en un registro de conocimiento y aceptación de los limites.

El trabajo con estos focos tendría como objetivo (1) para este caso:

– Poder clarificar las dificultades de separación que se presentan como síntomas.
– Diferenciar querer de preocupar: que I. entienda que no necesita sentirse enferma para que todos se preocupen de ella para que la quieran como a una niña.
– Poder tolerar la separación y el sentimiento de culpa que puede producir.
– Permitir la diferencia como algo bueno y necesario.
– Fomentar su autonomía y desarrollo como sujeto, su intimidad y subjetividad.

Puntos de inflexión: Hacia finales de octubre se está preparando en el colegio una salida de 5 días para ir a un parque natural, allí tendrán actividades culturales y deportivas.

En abril I. me había dicho que no quería ir a campamentos porque no le apetecía, sin embargo para esta excursión su actitud era diferente. Me dice que no sabe qué hacer por lo que le pasó antes, se muestra preocupada pero a la vez ilusionada. Yo le digo que se dé un tiempo para pensar, es dentro de un mes, a la vez que le señalo todos los avances que ha hecho desde hace dos años y las capacidades que tiene: Es más autónoma en sus decisiones, ha crecido, podemos hablar de sus miedos, le hace ilusión ir y estar fuera de casa con sus amigos; es una chica con mucha capacidad de relación, le gusta estar en grupo y disfruta viendo cosas nuevas y aprendiendo, es capaz de empezar actividades donde no conoce a nadie (va a canto y a remo).

En la siguiente sesión me dice que su madre ya ha pagado y que si no va se enfadará con ella: hablamos de lo que a ella le apetece y parece aun más ilusionada.

Le pregunto qué tal van las relaciones con su madre y me dice que se enfada mucho, que "se pone a cien". Se le nota muy culposa y de nuevo normalizo las dificultades en la relación entre padres e hijos e introduzco una interpretación: tal vez I. piensa que si no se va de casa y se queda con su ama evita que a ésta le pase algo o incluso puede llegar a creer que como se enfada tanto con ella, le puede llegar a dañar con sus pensamientos de rabia. Desmiento esa posibilidad y nos reímos sobre poder hacer daño a alguien con el pensamiento.

En la 3.ª sesión en que hablamos sobre la salida, I. me dice que ha podido hablar de su miedo con el profesor de ciencias que les acompañará y que éste le ha dicho que no se preocupe porque si se pone mal llamaran a sus padres, y que además él está allí, sabe de su dificultad y pueden hablar si no se encuentra bien. Se nota que esta intervención tan acertada le ha acabado de tranquilizar y está ya segura de querer ir.

A la vuelta está feliz; me dice que es la única que no lloró, bueno solo un poco pero porque se hizo daño en la cabeza. Le digo que aunque hubiera llorado no pasa nada, que sus com-

pañeras lo hicieron y sin embargo lo pasaron bien, se puede pasar miedo, mostrarlo y no pasa nada, no es tan terrible.

También me cuenta cómo el padre de una chica se puso enfermo mientras estaban allí. Esto enlaza perfectamente con mi interpretación anterior y reflexionamos sobre ello.

Se la siente feliz disfrutando de las nuevas relaciones de amistad que disfruta porque en poco tiempo su grupo de amigas se ha hecho mas grande, salen por el pueblo los fines de semana y también se juntan en casas a ver películas o jugar con el ordenador. Se está abriendo a un nuevo mundo.

Enero 08: Esta sesión a la vuelta de la salida de 5 días era a finales de noviembre y la terapia la concluimos con las vacaciones de Navidad.

A finales de enero la madre llama para pedir una sesión porque I. vuelve a tener el abanico de síntomas físicos anteriores. Su madre se nota muy angustiada porque además I. está en casa y no recibe llamadas de los amigos. Cuando me entrevisto con ella la encuentro muy triste y con pocas ganas de hablar con gran dificultad descubro que el problema está en un enfado que han tenido dos amigas por un chico, ella ha intentado mediar y ahora está enfadada con las dos.

En abril hay una nueva recaída en la misma línea. De nuevo es la madre la que pide la cita. I. está también triste pero con más ganas de hablar, me dice que se aburre con sus amigas porque están todo el rato sentadas en un banco comiendo pipas y yo añado que hablando de chicos, asiente. La madre me comenta también que está extrañada porque es la primera vez que muestra interés en adelgazar. Hacia el final de la sesión me habla de un chico de su clase que se ha ido a Galicia a vivir, parece que eso le ha puesto muy triste.

Así podemos ver en este caso un ejemplo claro de los elementos que caracterizan la fase de la adolescencia:

1. **El desinvestimiento del vínculo con los padres.**
2. **El duelo por la identidad sexual infantil y el encuentro de un objeto exogámico.**

El punto 1 que ya hemos visto desplegarse en la toda la fase anterior y el punto 2 que aparece ahora con nitidez. I. frente a la dificultad de manejarse en un terreno donde no es actualmente

una triunfadora, el éxito con los chicos, se siente incapaz, enfadada, triste y seguramente confundida. Parece también que se ha confrontado a su primer sufrimiento por un chico, el que se ha ido a Galicia. Desde que él no está, no se juntan en la lonja a tocar, él es el guitarra y es "insustituible".

Ante la presión psíquica de tantos cambios, los de su entorno familiar y los propios que no es capaz de mentalizar, utiliza la somatización como un mecanismo de salida, pero sabemos de la dificultad que esto puede provocar si se convierte en una forma de respuesta habitual ante las dificultades de la vida.

En este caso nos encontramos, además, con dos problemas:

- La dificultad de la madre para contener la angustia que le provocan las enfermedades de su hija y la tendencia que se tiene a medicalizar estos procesos.
- La satisfacción secundaria en ser explorada y la atención que se recibe por todos lados. Es la regresión a la etapa infantil, en ese tipo de evolución tan adolescente que se caracteriza por regresión-avance. Se tratará, pues, de hacer que los aspectos regresivos no se conviertan en preponderantes.

Intervención: Mi período de formación acaba en junio por lo cual debo evitar vincularme en exceso, pero a la vez debo de cerrar correctamente. Por eso en estas sesiones que planteo de forma más esporádica (aprox. cada 15 días, un mes) me pongo unos objetivos muy sencillos: poner en palabras las dificultades que está viviendo:

- Hablar de lo complicado que es tener diferencias de opinión con los amigos y la gente que quieres. En la adolescencia hay una pobre capacidad para todo lo que tiene que ver con la diferencia. Ella estaba viviendo un "idilio" con las amistades y de repente aparece el interés por los chicos, ella no es el centro y todo cambia.
- Normalizar la situación que está viviendo con respecto a la relación con los chicos: mi impresión es que no se trata tanto de un desinterés por los ellos (teniendo en cuenta la diferente maduración que se da en estas eda-

des), sino el miedo que le provoca no saber manejarse en esta nueva situación y seguramente también el miedo al rechazo.

– Poder hablar de los cambios que se dan en su cuerpo: en poco tiempo le ha crecido mucho el pecho y su cuerpo está cambiando, es el duelo por la niña que se va y el adulto que aún no es. Poner en valor su interés por cuidarse y mejorar su imagen.

En la siguiente visita se le propondrá participar en el próximo curso en un grupo de adolescentes porque parece que la tendencia a la somatización está muy arraigada y seguirá necesitando apoyo. En mi opinión, todo el trabajo de clarificación realizado hasta ahora le va a permitir una mayor capacidad de comprensión y de contacto con su mundo psíquico y en consecuencia con el grupo.

5. DISCUSIÓN

A partir de lo expuesto creo que varios temas pueden ser objeto de reflexión y debate.

La frecuencia de presentación de síntomas físicos y somatizaciones en el adolescente y su complejidad. No es sorprendente el hecho de que, a esta edad, la psicopatología se exprese ante todo mediante manifestaciones corporales si consideramos que la apropiación del cuerpo sexualmente diferenciado, masculino o femenino, es una de las tareas ineludibles de la adolescencia. Debería, no obstante, estar presente una cierta capacidad de cuidar de sí mismo y de su cuerpo.

Vemos un riesgo grande de medicalización dada la tendencia de otros profesionales médicos a las intervenciones rápidas en forma de exploraciones o prescripciones medicamentosas diversas, favorecidas por la insistencia de las propias familias, incluso del adolescente. Otro factor que lo facilita es el momento social que vivimos, con una priorización de las resoluciones rápidas de cualquier problema, físico, psíquico o de otro tipo, sin apenas tolerancia al sufrimiento y sin responsabilización del sujeto o su familia en un proceso terapéutico a más largo plazo. El trabajo de coordinación con pediatras y médicos de familia es de especial importancia de cara a compartir con ellos una

visión comprensiva más global del sufrimiento del adolescente y evitar ciertas yatrogenias.

Las dificultades de diferenciación entre madre e hija, en primer plano en nuestro caso, plantean la necesidad o no de hacer un trabajo también con la madre y las dificultades para ello. Nos surge la disyuntiva sobre si hubiera sido pertinente plantear un trabajo focalizado sobre la madre y las proyecciones de sus propias relaciones infantiles conflictivas en la relación con su hija que pueden estar bloqueando el proceso evolutivo de ésta (en la línea de las terapias breves de Manzano y Palacio-Espasa) o la conveniencia de una atención, paralela a las consultas individuales, con la familia que sea llevada a cabo por otro profesional (la llamada terapia bifocal) con una buena coordinación. Nos encontramos con las limitaciones en la disponibilidad de recursos en los servicios públicos.

Unido a lo anterior nos encontramos, a menudo, en los tratamientos de púberes y adolescentes la necesidad de una mayor flexibilidad en el encuadre: cómo comprender e intervenir y, muchas veces, tolerar las ausencias del adolescente a las sesiones como aspecto más de búsqueda de autonomía y no sólo de resistencia o dificultades ante lo que ocurre o se habla. También la aceptación de las intromisiones angustiosas de la familia que hay que atender (cómo ha sido frecuente con esta muchacha), o de profesores, cuando la actividad académica se ve afectada.

Cada vez es más frecuente con adolescentes con padres separados o divorciados, que se plantea, no sin dificultad en muchos casos y también en el que nos ocupa, cómo incluir a los progenitores (a menudo enzarzados en importantes tensiones) y a las nuevas parejas. Considerar la presencia del padre no custodio tanto en la realidad cotidiana del adolescente, como en el material dentro de las sesiones, no es una tarea del todo clara para los profesionales. Se entremezclan las intervenciones judiciales, y otras veces sabemos de las conductas manipuladoras sobre el hijo por parte de los progenitores. Pero en esta edad, de transición a la vida adulta y con la evolución cognitiva que posibilita otro manejo más realista de su vida al púber o adolescente, pensamos que hay que escuchar su opi-

nión respecto a este tema, más allá de ciertas posiciones ideales que nos gustaría como terapeutas, en el sentido de que tenga relación con sus dos padres. Con esta paciente se ha respetado su dificultad-imposibilidad de una relación más cercana con su padre, un hombre posiblemente inmerso en una situación de soledad y desvalorización narcisista que la hija no podía compartir.

Un aspecto inevitable de abordar en este periodo es el manejo de las vivencias depresivas, que frecuentemente pueden aparecer en la relación terapéutica y en los comentarios, siempre incompletos y ambiguos, a esta edad.

Es difícil entender un proceso de desarrollo normal sin momentos depresivos, aunque sólo sea por los duelos de los objetos y placeres de la infancia. Pero se trata de momentos en que los sentimientos de tristeza pueden representarse mentalmente. Incluso si lo vivido como depresivo es sentido en el cuerpo (fatiga, falta de actividad, pérdida de apetito, síntomas físicos diversos) se mantiene una actividad de mentalización que permite la diferenciación con una depresión clínica, que impondría un tratamiento más intenso; o el carácter pasajero o no de los trastornos. Parece que, afortunadamente, esta muchacha mantenía esa capacidad. A pesar de sesiones en que la desesperanza ante las dificultades de relación con sus amigas, con su incapacidad de rivalizar como chica con ellas lo que le hacía volverse a posiciones más masculinas (intereses por los amigos chicos como colegas de actividades, deportes, más que como objetos de incipiente atractivo sexual); de tolerar las malas jugadas de su cuerpo, exigente y omnipresente, a menu-do con sus malestares que le hacían quedarse en casa y tener que pedir cuidados a la madre; ella mostraba su deseo de venir a contarle sus cosas a la terapeuta cada semana.

Otro de los aspectos centrales de la transición adolescente es la culminación de los procesos identificatorios y de la autonomización, sobre el que un autor, P. Jeammet, ha reflexionado magistralmente.

Para él, las reorganizaciones identificatorias que completan las identificaciones infantiles, están ligadas a las trasformaciones corporales y, además, incrementadas por la incitación a la

autonomización respecto a los padres, consecuencia del acceso a la madurez física y la nueva sexualización de los lazos con ellos. Esta necesaria distancia incita el despertar de la apetencia objetal (me atraen los otros y eso asusta) con tal fuerza que hace que se cuestione la solidez de las interiorizaciones-identificaciones anteriores, y, en particular, las bases narcisístas o la autoestima del adolescente.

Una fuente de protección ante el riesgo de desestabilización anteriormente citado es, según este autor, una buena identificación con el modelo parental del mismo sexo. Pero para que esto sea soportable no debe ser fuente de una excitación desorganizante. Los fracasos de esto se traducen en relaciones de atrapamiento y hostigamiento de tonalidad sadomasoquista que los adolescentes mantienen con la figura parental del mismo sexo o con representantes de estas imagos (p.e.: profesores u otros referentes sociales).

Esta paciente, aunque con dificultad para verbalizarlo sin intensa culpa, está atrapada en una relación invasiva con una madre convencida, por sus propias experiencias de adolescente que se sintió no querida, de que únicamente un amor madre-hija sin fisuras le conforta a uno en los momentos de soledad y decepción ("me tendría que contar todo por qué yo le doy confianza plena", "no puedo entender porqué tiene esos accesos de rabia conmigo"). I. no puede olvidarse tranquilamente de la madre por la noche o irse a un campamento; no puede experimentar la agresividad como fuerza al servicio de la diferenciación, de la progresiva consolidación de su identidad, y vivirla sin culpa.

El trabajo psíquico necesario para la resolución de esta problemática va más allá de los mecanismos de defensa intrapsíquicos, y precisa de una adecuación suficiente del entorno a las necesidades del adolescente (en cierta analogía con la primera infancia). Tal adecuación estará por supuesto en interrelación con la calidad de la organización intrapsíquica del adolescente y sus cimientos narcisistas. El adolescente podrá así finalizar sus identificaciones e integrar los componentes de su bisexualidad psíquica sin graves problemas. Entonces logra la denominada relación de objeto de tipo genital. Su instauración

supone: una relativa integración de la relación de objeto parcial y total en la diferenciación del sujeto, y el objeto; la elaboración de la posición depresiva, o, de otro modo, del conflicto fundamental de ambivalencia; la disolución, al menos relativa, del conflicto edípico y específicamente, la superación de la problemática de la castración. El estadio propiamente genital de la sexualidad se define por la complementariedad de los sexos femenino y masculino, que viene a sustituir la lógica fálico/castrado que se basa en las teorías sexuales infantiles de un único sexo, el pene.

El funcionamiento familiar es susceptible de favorecer este proceso o dificultarlo. La crisis de mitad de la vida que viven los padres en el momento de la adolescencia de sus hijos, entra a veces en resonancia con los problemas del adolescente, favoreciendo la confusión entre generaciones y los límites del adolescente. Lo mismo sucede cuando la adolescencia actualiza en los padres los conflictos no resueltos con sus propios padres que se repiten en las relaciones con sus hijos. Esto contribuye a amplificar los conflictos y, como se intuye en esta púber, a dar a los adolescentes un sentimiento de no ser reconocidos en su identidad diferenciada y atravesados por fuerzas ante las que se sienten extraños.

Para terminar, señalar la dificultad de acercarse a un adolescente, originada por lo que todos comprendemos como las paradojas de la adolescencia y que puede concretarse en el estrecho margen entre sentirse tratado como un niño sometido y dependiente, o ser abandonado como un adulto que puede arreglarse solo, como tantas veces y con tanto ímpetu él o ella misma demanda.

6. CONCLUSIONES

He disfrutado llevando este caso, y mientras lo analizaba para este trabajo he podido ver cómo a través de la relación terapéutica con éste y otros pacientes se han ido consolidando los conocimientos adquiridos a lo largo de los estudios.

Me ha resultado particularmente interesante comenzar las prácticas en un centro público para conocer la realidad de este

ámbito de trabajo y adquirir experiencia del contacto con el paciente con el sustento directo del Dr. González. Iniciarme después en la práctica privada ha sido así más fácil.

Me ha resultado muy interesante el trabajo con una adolescente, observarla a veces como niña, otras como adulta y acompañarla en ese proceso en plena ebullición. Me ha hecho profundizar en las características propias de la psicoterapia con adolescentes partiendo de la base de que no hay adolescencia sin crisis y que viendo ésta como "el testigo de un momento crítico del desarrollo humano y la expresión de un trabajo psíquico al servicio del desarrollo" (2).

7. BIBLIOGRAFÍA

VILLANUEVA SUÁREZ C., DE LA VIÑA M.J. *Consultas paralelas madres-hijas* [En línia]. Cuadernos de psiquiatria y psicoterapia del niño y del aolescente. Sepypna. 1999. http://www.sepypna.com/

PERRET-CATIPOVIC M. et LADAME F. dir. (1997), *Adolescence et psychanalyse: une histoire*, Ouvrage collectif, Lausanne, Delachaux et Niestlé.

PALACIO ESPASA FRANCISCO; DUFOUR ROLAN (2003) *Diagnostico estructural en el niño*, Ed. Herder.

MANZANO JUAN; PALACIO ESPASA FCO; ZILKHA NATALIE (1999) *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*. Edita Asociación Altxa.

BLOS P. (1996) *La transición adolescente*. Ed Amorrortu.

BLOS P. (1978) *Psicoanálisis de la adolescencia*. Ed. Joaquin Mortiz.

ABERASTURI A., KNOBEL M. (1972) *La adolescencia normal*. Ed. Paidos.

BRACONIER (1996) *Manual del adolescente*. Ed. Sintesis, 1996.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GRAVES EN LA ADOLESCENCIA (EXPERIENCIA EN HOSPITAL DE DÍA TIPO COMUNIDAD TERAPÉUTICA)*

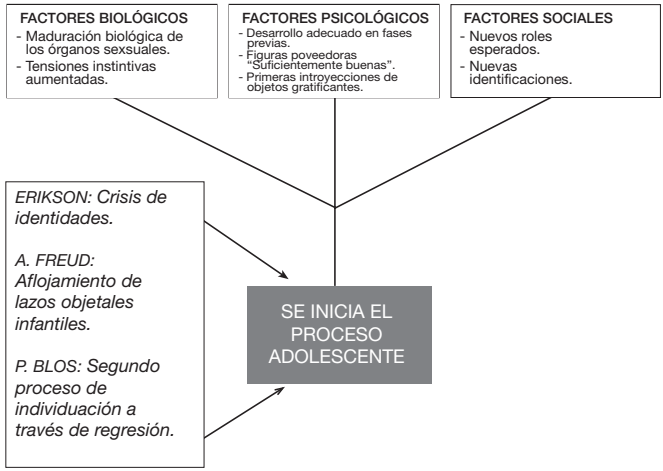
Daniel Martín Bayón**

Presentamos a continuación un resumen de algunos factores dinámicos implicados en la etiopatogenia de los trastornos graves de la adolescencia, así como el abordaje de los mismos en nuestra experiencia de tratamiento en hospital de día, y por último, un intento de cuantificar los resultados de esta experiencia.

---

* Comunicación Libre presentada en el XXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA) que bajo el título "Períodos de transición en el desarrollo e intervenciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Almagro del 17 al 18 de octubre de 2008.

** Psiquiatra del hospital de día de adolescentes, Instituto Psiquiátrico Montreal S.L.



Diapositiva 1.

El proceso de la adolescencia se pone en marcha debido a una confluencia de diferentes factores. Se dan en esta época factores biológicos, como la maduración de los órganos sexuales o un aumento en las tensiones instintivas, existen factores sociales que influyen en nuevos sistemas de identificaciones disponibles y cambia el conjunto de roles esperados para este momento del desarrollo. Por último, intervienen factores psicológicos diversos que implican la correcta integración de los logros que han de haber sido adquiridos en fases previas (la formación del súper yo, el sistema de introyecciones según las figuras disponibles, etc.). Diferentes autores dan distintas hipótesis del mecanismo que alimenta la evolución del proceso adolescente. A. Freud señala la importancia del desasimiento de los lazos objetales infantiles; para Erikson es primordial la crisis de identidades que en este momento ocurre; y P. Blos describe la adolescencia como un proceso de segunda individuación (el primero tuvo lugar a los tres años, cuando el niño logra una representación estable del objeto) a través de una regresión, que aunque defensiva, está al servicio del desarrollo. Todos estos factores y procesos son importantes en el curso de la adolescencia, y de sus alteraciones derivan trastornos y psicopatología característica. (Ver diapositiva 1).

Diapositiva 2.

En primer lugar, como decíamos, ha de producirse el desligamiento de la libido de los objetos primarios, ya que, en caso contrario, el sujeto permanece fijado en relaciones objetales infantiles, caracterizadas por una extrema ambivalencia, temor a la pérdida y angustia de castración. (Ver diapositiva 2).

Por otra parte, si este desasimiento tiene lugar, a pesar de ser una vicisitud necesaria para el desarrollo, la libido liberada genera angustias confusionales, que en la clínica se traducen en vivencias de despersonalización, inestabilidad en las identificaciones, síntomas fóbicos y rituales obsesivos, por medio de diferentes mecanismos que intentan hacer manejable esta energía libidinal liberada.

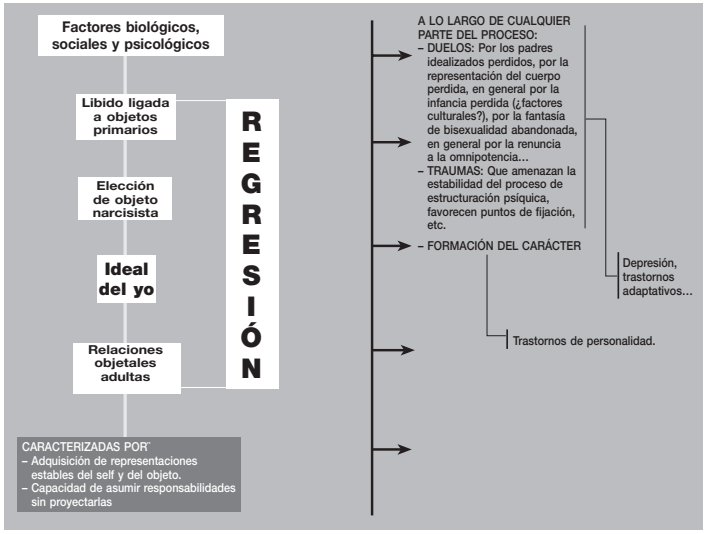
Las vicisitudes de la libido pueden ser variadas hasta llegar a ligarse definitivamente a objetos adultos. Puede suceder que se ligue, durante este proceso, al cuerpo, lo que producirá somatizaciones diversas, angustias hipocondríacas, alteraciones en la percepción corporal, o dismorfofobias, que contribuirán psicopatológicamente a diferentes trastornos psicóticos y del

tipo de la anorexia nerviosa y otras alteraciones del esquema y la percepción corporal. En el proceso normal de maduración de la libido, ésta se dirigirá en primer lugar hacia el yo, lo que se manifiesta en elecciones narcisistas de objeto, principalmente en el grupo de pares del mismo sexo. Esta fase es necesaria para ir adquiriendo lo que P. Blos describe como "dominio interno" antes de poder pasar a un efectivo "dominio externo". De esta manera el yo del adolescente recibe el impulso necesario para ir integrando nuevas identificaciones (Erikson). Sin embargo se movilizan angustias homosexuales en este proceso, que dan lugar a inestabilidad en la identidad sexual, mientras que la derivación hacia el yo de la libido puede dar lugar a aislamientos sociales clínicamente significativos y síntomas psicóticos.

Finalmente, esta libido de objeto narcisista, predominantemente homosexual, ha de ser ligada, junto con representaciones herederas del complejo de Edipo negativo, para formar una nueva instancia imprescindible para la normal transición adolescente que es el ideal del yo. Las angustias producidas por conflictos del ideal del yo se expresan como vergüenza narcisista en lugar de la culpa característica de los conflictos del súper yo. Estos conflictos tienen lugar en la confrontación de la representación del self con el ideal del yo, y dan lugar a cuadros de fobia social, fobia escolar, y diferentes conductas evitativas.

En esta etapa de transición además juega un papel fundamental el grupo de pares, como fuente de nuevas identificaciones, como aporte de nuevas elecciones de objeto, como medio donde representar y elaborar los conflictos derivados de las relaciones infantiles, etc. La carencia del grupo de pares da lugar a incapacidades para salir de la regresión psicótica, pero el grupo también puede contribuir a generar patologías, aportando una adhesión a sustitutos, defensiva contra el duelo provocado por la pérdida de las relaciones infantiles (al igual que lo hacen las drogas). Otros peligros del grupo se derivan de las identificaciones trastornadas que estos pueden poner a disposición del adolescente, con lo que se producen adhesiones a grupos violentos, o de otro tipo (grupos de "anoréxicas", de "suicidas", etc.).

La maduración de las pulsiones y del yo que tiene lugar a lo largo del proceso adolescente es posible merced a una regresión al servicio del desarrollo, según P. Blos. Si bien la regresión es defensiva, ha de tener lugar, pues en este período exclusivamente, permite que se vayan aplicando las facultades nuevas que el yo va adquiriendo a lo largo del proceso, a las vicisitudes infantiles que en los primeros años solo podían ser abordadas de forma inadecuada e incompleta. Las manifestaciones normales de esta regresión se observan en el narcisismo aumentado del adolescente, en la tendencia normal al *acting out* como reflejo de la regresión a la etapa de motilidad expresiva de las fases preverbales y el retorno en cierta medida al lenguaje corporal. La evitación defensiva de esta regresión da lugar a huidas a roles adultomorfos, como conductas sexuales pseudo adultas cuando no se ha adquirido la madurez suficiente, fugas del domicilio y pseudo independencias que ocultan la incapacidad de realizar un auténtico distanciamiento psicológico de los padres, oposicionismos como pseudo autoafirmaciones que ocultan dependencia de las figuras primarias, etc. Por otra parte, si se da la regresión, y se permanece en ella sin avanzar en el proceso, existe el riesgo de un aumento desmesurado del narcisismo, de fusiones con los objetos que pueden llegar a producir distorsiones de la estructura psíquica y psicosis, etc.



Diapositiva 3.

Además, a lo largo de todo el proceso aquí esquematizado, pueden producirse traumas diversos que según en qué momento del desarrollo incidan, podrán dar lugar a fijaciones en cualquiera de los puntos descritos. (Ver diapositiva 3).

En la literatura también se señalan (Aberasturi) los distintos duelos que el adolescente ha de ir haciendo a lo largo de todo el proceso, por la pérdida de los padres idealizados, de la representación del cuerpo infantil, de las fantasías de bisexualidad que han de ser abandonadas en aras de una maduración completa y, en general, por toda la infancia perdida. Quizás bajo la idea de pérdida en la transición de niño a adulto, se escondan factores ligados exclusivamente a nuestra cultura, pues es posible que en otras culturas este paso implique más una ganancia que una pérdida.

También señalan diferentes autores la importancia de la adolescencia en la consolidación del carácter, y las vicisitudes del yo y de la libido que tienen lugar a lo largo de todo el proceso, dejarán su huella, ahora ya imborrable, en la personalidad adulta, dando lugar las alteraciones de este proceso a todo el espectro de trastornos de la personalidad conocidos.

El final de este proceso, el inicio de la etapa adulta, tendrá lugar cuando se alcancen unas representaciones estables del self y del objeto, y una capacidad de asumir responsabilidades, de tolerar frustraciones, etc. que permitan nuevas relaciones de objeto adultas. La dilatación de este proceso sin final aparente, ha sido conceptualizado por P. Blos en el llamado síndrome de la adolescencia prolongada.

HOSPITAL DE DÍA TIPO COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE ORIENTACIÓN DINÁMICA

Nuestro trabajo con adolescentes se desarrolla en un hospital de día de tipo comunidad terapéutica de orientación dinámica, donde trabajamos con pacientes graves. Según los mecanismos etiopatogénicos propuestos, consideramos que dicho tratamiento puede ser muy beneficioso en este período de la vida en concreto, pues la adolescencia constituye, como ha señalado P. Blos, una "segunda oportunidad" por tratarse de un período caracterizado por aspectos reparatorios que no vuelven a darse en la vida (debido al proceso de segunda individuación y de regresión), y donde hasta cierto punto, pueden corregirse algunas influencias traumáticas de la infancia. Es característico de este período la imposibilidad en ocasiones de establecer un límite claro entre lo normal y lo patológico, pues como hemos visto, algunas regresiones hasta casi la psicosis pueden ser normales, mientras que lo que es normal, de pronto, y sin poder predecirlo, se constituye en fijación y puede devenir patológico. Por eso, la atribución de gravedad se basa más en la repercusión que tiene el trastorno sobre el paciente y su medio, que en el diagnóstico, que se demuestra poco estable en este período, y con escasa predicción pronóstica.

Consideramos que el medio terapéutico en el que trabajamos resulta eficaz en el tratamiento de pacientes adolescentes graves debido a distintos factores, entre los que podemos considerar los siguientes:

– El trabajo en grupo permite poner en marcha todo el juego de identificaciones necesario en esta edad, así como permite recrear las relaciones objetales infantiles, mediante la proyección de las imagos parentales escindidas,

que en el grupo terapéutico pueden ser reelaboradas y metabolizadas.

– El trabajo con la familia permite que ésta tolere en mayor medida el proceso adolescente, ofreciendo también un apoyo a los padres que han de realizar a su vez el trabajo de duelo por el hijo niño perdido, ayudándoles a soportar la desidealización, la regresión, etc.
– Los diferentes espacios terapéuticos permiten la elaboración de distintas conflictivas, poniendo en marcha diferentes recursos yoicos según el proceso evolutivo del paciente. Todos estos aspectos se integran en el grupo comunitario, eje vertebral del tratamiento en el hospital de día, donde desde el marco relacional se trabajan todos los aspectos mencionados en este trabajo, acompañando al adolescente a lo largo de todo el proceso, tolerando la regresión cuando es al servicio del desarrollo, impidiendo, mediante el trabajo terapéutico la evitación del conflicto adolescente o la permanencia y la fijación en el mismo.

ESTUDIO CUANTITATIVO

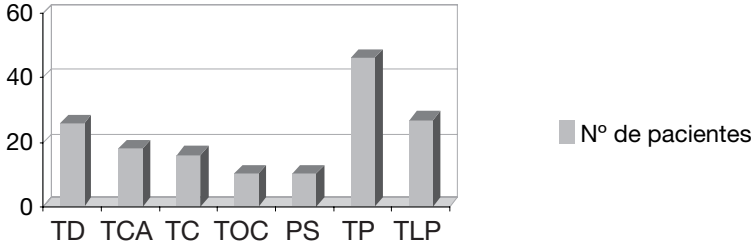
Variables sociodemográficas

Presentamos a continuación los resultados cuantitativos obtenidos a lo largo de los últimos 5 años, estudiando un total de 74 casos dados de alta en este período (sólo consideramos los pacientes que han estado ingresados al menos tres meses). De éstos el 44% fueron varones y el 55% mujeres, la edad media al ingreso fue de 16 años y medio y al alta de casi 18, estando en tratamiento una media de un año y cinco meses aproximadamente.

Como decíamos antes, se trata de pacientes graves, evaluada dicha gravedad por la escala de funcionamiento global (GAF), que era de 32,5 al ingreso, lo que supone un deterioro importante en varias áreas. Así mismo, el paciente tipo lleva una media de 3 años y 2 meses presentando problemas clínicamente significativos, y más de la mitad han requerido al menos un ingreso psiquiátrico (casi un cuarto han requerido una media de 4 ingresos antes de entrar en tratamiento).

Diagnóstico

A pesar de las limitaciones del diagnóstico DSM IV en esta edad y en este tipo de patología, las frecuencias de los síndromes fueron las mostradas en la siguiente gráfica:

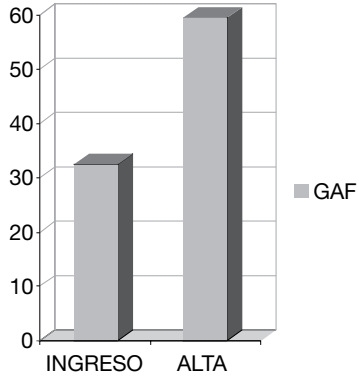


- Trastornos depresivos: 35,13%.
- Trastornos conducta alimentaria: 24,32%.
- Trastornos de conducta: 21,62%.
- Trastornos obsesivo-compulsivo: 13,51%.
- Trastornos psicóticos y T.G.D.: 13,51%.
- Trastornos de personalidad: 62,16%.
- Trastornos límite de personalidad: 36,49%.

Resultados

RESULTADO DEL TRATAMIENTO

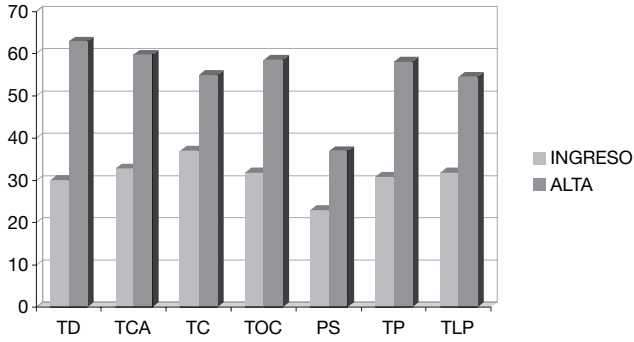
- GAF al ingreso m = 32,5 / des. tipo = 10.
- GAF al alta m = 59,42 / des. tipo = 10,54.



Finalmente, los resultados, cuantificados mediante la escala GAF fueron los siguientes: siendo el GAF al ingreso de 32,5, al alta la media obtenida fue de 59,42.

Atendiendo al GAF medido al alta, observamos que casi el 75% de los pacientes son dados de alta sin síntomas graves, e incluso algo menos del 40% son dados de alta sin síntomas o con síntomas leves. Por otra parte, se redujo la necesidad de ingreso psiquiátrico de tal forma, que durante el tratamiento, apenas un 16% de los pacientes lo requirió en alguna ocasión.

RESULTADO DEL TRATAMIENTO POR DIAGNÓSTICOS



Conclusiones

Acabamos ya esta presentación con las siguientes conclusiones:

- La adolescencia es un complejo proceso desde el desinvestimiento de los objetos infantiles hasta la adquisición de relaciones objetales adultas, a lo largo del cual pueden producirse múltiples fallas, interrupciones, fijaciones y regresiones que pueden acabar por producir alteraciones clínicamente manifiestas, algunas de las cuales son graves en virtud de la disfunción en todos los ámbitos que provocan.
- Cuando se producen estas alteraciones graves, la propia cualidad del proceso adolescente hace que puedan ser reversibles, pues se trata de un proceso sumamente dinámico con una capacidad reparatoria extraordinaria.
- El tratamiento en hospital de día de tipo comunidad terapéutica de orientación dinámica parece eficaz para el tratamiento de estas alteraciones graves.

BIBLIOGRAFÍA

ABERASTURY, A.: *El adolescente y el mundo actual, en Psicopatología y psiquiatría del adolescente,* Buenos Aires: Paidos-Asappia, 1973.

AJURIAGUERRA, J. de: *Manual de psiquiatría infantil,* Barcelona: Masson, 1977.

BLOS, P.: *Psicoanálisis de la adolescencia,* México D.F.: Ed. Joaquín Mortiz, 1971.

BLOS, P.: *La transición adolescente,* Buenos Aires: Asappia-Amorrortu, 1981.

EL ESPACIO DE TRANSICIÓN DE MARILÍN*

Maite Piñeiro Jerico**

Cuando supe que el tema de este congreso eran los periodos de transición en el desarrollo, y las intervenciones terapéuticas, pensé automáticamente en Marilín.

Cuando la conocí, Marilín era una joven adolescente de 16 años. Estaba en ese período de transición que es la adolescencia. Pero, si pensé en ella, es porque Marilín me llevó, a lo largo del año y medio que duró nuestra terapia, a rincones desconocidos para mí. Tuvimos que aprender juntas a utilizar los instrumentos que ella me proponía, verdadera área transicional de creación y expresión.

Bien, ¡hablemos pues de Marilin! Acudió a nuestro centro tras una breve hospitalización en el SAS (Servicio de Atención Especializada del Hospital General de Bayona, Francia), lugar de paso obligatorio para aquellos que realizan una tentativa de suicidio. Ella había realizado una intoxicación medicamentosa voluntaria que no podía explicar. Nada dejaba presagiar ese gesto, las cosas no iban tan mal; de hecho, acababa de empezar una relación amorosa. Aquella misma tarde había estado con su chico, habia pasado una buena tarde y a la noche…, en casa… No puede explicar, ni criticar su gesto. Al cabo de unos días en el SAS, le aconsejaron realizar una psicoterapia, por lo que vino a verme.

---

* Comunicación Libre presentada en el XXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA) que bajo el título "Períodos de transición en el desarrollo e intervenciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Almagro del 17 al 18 de octubre de 2008.

** Psiquiatra Infanto-Juvenil. Directora Médica del Centro Médico Psicopedagógico de Saint Jean de Luz/Hendaye. Presidenta de la Societe de Psiquiatrie du Pays Basque. E-mail: maite.pineiro@wanadoo.fr

Marilín se viste de negro, sus signos exteriores quieren dar a ver a una chica dura, emparentada con las tendencias góticas, aficionada al oscurantismo, e iniciada por una amiga al culto de la belleza de los cementerios y de la muerte.

Cuando veo a Marilín por primera vez me encuentro con una joven que inspira ternura. Sus ojos grandes, redondos, oscuros, regalan una mirada limpia. Su boca, de labios amplios, permanece afectada de un gesto híbrido entre sonrisa cortés y súplica; pero esos labios, de aspecto generoso, serán, durante largas sesiones, los guardianes severos de unas emociones que no puede decir.

Marilín es hija única, sus padres se han separado hace algo más de un año. Su madre tiene una nueva relación, y su padre, sólo encontró consuelo en la botella. Ella, navega del mundo del uno al del otro gracias a un sistema de custodia compartida que ella misma decidió. Solicito a los padres para que vengan a verme, y poder explicitar el encuadre del trabajo terapéutico con Marilín. Fue complicado encontrar una hora a la que la madre aceptara venir. Cuando llegó, me encontré con una mujer joven, vestida de forma muy llamativa, con una minifalda que exhibía unas magníficas piernas, enfundadas en unos zapatos con altos tacones de aguja. Sus labios amplios estaban recién pintados en un rojo muy agresivo, la mirada fija, una figura delgada, perfecta, que caminaba hacia mí de manera precipitada, desafiante. Cuando estreché su mano encontré un vacío, no había tonicidad, era una mano blanda, como los relojes de Dalí, escurridiza. Comprendí que la relación con la madre era para Marilín complicada y que su apoyo a la terapia sería inexistente. En realidad, esta madre estaba asustada, asustada de la tentativa de suicidio de su hija, que vivía como un ataque personal, ella, que no había podido tener una relación constructiva con su propia madre, que le puso “de patitas en la calle” a los 18 años y con la que nunca se reconcilió. Ella pensaba haber sido una madre buena, y ahora, su hija se lo pagaba de esa manera. Su juicio era severo hacia Marilín y “nada” ni “nadie” podrían cambiarlo. Le vi en otra ocasión, intenté establecer una alianza terapéutica; pero su estructura paranoide estaba demasiado establecida como para poder aflojarla con unas entrevistas, así que se marchó airada diciendo que me

ocupara de su hija, que era quien lo necesitaba, aunque no me auguraba mucho éxito.

El padre de Marilín era un hombre venido a menos por la pena. Se habían conocido muy jóvenes, la madre había sido una madre cariñosa durante la infancia de Marilín, él no sabía explicar lo que había pasado, después de 19 años juntos, el odio de su ex-mujer había aflorado como un huracán. Él había caído en desgracia, la depresión y el alcohol habían hecho el resto. Tuvo fuerzas para pedir ayuda, se había puesto en tratamiento y ahora estaba remontando. Comprendía la dificultad de una adolescente a quien los padres no pueden ofrecer un entorno de seguridad en esos momentos de construcción y transición. Se mostró disponible y colaborador apoyando el espacio terapéutico que intentábamos construir.

Pues bien, Marilín venía regularmente a las sesiones, su mirada empática y su boca sonriente; pero silente. Escondía con discreción sus brazos bajo sus mangas largas y sus pulseras. Sus antebrazos eran los que sufrían los ataques de las palabras no dichas, la ira de la emoción no elaborada, de la decepción no expresada. Efectivamente Marilín se escarificaba desde un año antes de su tentativa de suicidio. Como de costumbre en estos casos, a Marilín le costaba hablar de su gesto auto lesivo y enseñar sus heridas. Pero aceptaba simplemente decirme si durante la semana había tenido gran o poca necesidad de realizarse esas sangrías, liberadoras de tensiones.

Había una contradicción absoluta entre la empatía que yo percibía y su incapacidad a expresar sus emociones. Si nos hubiéramos limitado al contenido de nuestras sesiones hubiéramos podido hablar de una alexitimia severa. Pero mi contra transferencia me decía otra cosa, ella transmitía. Por el momento el lenguaje era encriptado. Había que armarse de paciencia, no sería la primera vez que nos cuesta entrar en materia. Propuse a Marilín acudir a las sesiones de terapia de grupo de adolescentes que animo con un co-terapeuta. Quizás la situación exclusivamente individual era en exceso persecutoria, me acordaba de la estructura paranoide de la madre y decidí ofrecerle otros espacios de apoyo, otras áreas transicionales con la esperanza de que esta nueva experiencia terapéutica facilitara la elaboración mental y la expresividad emocional.

En el grupo encontré una Marilín silenciosa; pero empática. Pronto fue para las demás una persona de referencia, y ella siempre fue generosa con sus compañeras. Pudo hablar en el grupo de sus escarificaciones, de su lucha contra ellas, advertir a las otras jóvenes que se iniciaban en la "actividad", del carácter adictivo que podía adquirir, las ponía en guardia…

En nuestras sesiones individuales la tónica era la misma, me hablaba de los sucesos concretos de la semana, y siempre de manera escueta, sin dejar ver la resonancia afectiva que ellos tenían. Así me contó que su madre se había sentido traicionada y siguiendo su impulso le había echado de casa. Marilín comprendió que estaba repitiendo su historia familiar, *"Su madre por lo menos esperó a que ella tuviera 18 años, a mí me ha echado mucho antes"*. Se instaló en casa de su padre. La relación con su novio era tumultuosa, las emociones le invadían y cuando yo intentaba profundizar, ir más allá, la misma sonrisa enigmática al estilo de la Gioconda daba por terminada mi tentativa de elaboración. Yo me resignaba una vez más a acompañarla sin comprender mucho más, al fin y al cabo ella venía asiduamente, seguía escarificándose pero al parecer menos, y al menos podía depositar en nuestro espacio sus dificultades, ¡el que no se consuela es porque no quiere!, todos tenemos experiencia de esas terapias que llevan tiempo; pero también sabemos que con los adolescentes, a veces, el tiempo es oro.

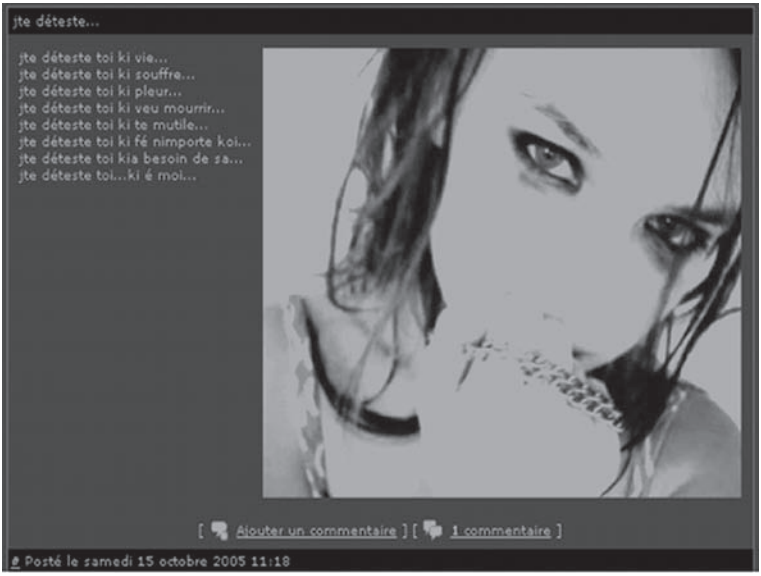
Marilín debió intuir mi preocupación, en la última sesión de diciembre, llevaba tres semanas sin escarificarse y me dice apostar por la vida. En la primera tras las vacaciones de Navidad me dice que quiere enseñarme algo. Me lleva a Internet, y allí me muestra un blog, y otro. El segundo está lleno de fotos de sus encuentros nocturnos con sus amigos, fotos más o menos festivas según la hora avanzada o no de la noche y según el grado de consumo de alcohol y otros productos ilícitos. El otro blog es el de su mundo interno que se ofrece al mundo externo. Los contenidos tumultuosos, tan firmemente guardados por esos labios a la sonrisa de Mona Lisa, brotan aquí de manera burbujeante, es un río de emociones, de imágenes impactantes, de pulsiones evitadas gracias al ejercicio de la sublimación, de la elaboración. He ahí su mundo reflexivo, He ahí esa área transicional. Sola, delante de su ordenador,

ella es capaz de decir, de sentir, y ahora me ha dado la llave para que yo acceda, que le acompañe. ¿No quería expresión, posibilidad de interpretación, elaboración?, pues ahí tengo el material. ¡Cielo santo! ¡Confieso que me llevé un gran susto! ¿Y ahora qué? Esto era inusual, nada ortodoxo, para mí, nuevo; ¿cómo integrar estos elementos en nuestro encuadre terapéutico? y ¡cómo no integrarlo si es lo que ella puede ofrecerme! ¡Si era el testimonio de sus esfuerzos por sentir, sus intentos de comprender! La presentación decía así:

A menudo me han dicho “estás loca”…
Angelito 6001
Descripción:
Perdonadme por lo que escribo
Perdonadme por lo que pienso
Pero soy un pequeño ángel
Que ha perdido sus alas…
Perdonadme por odiarme
Si queréis comprenderme…
…buena lectura!

Ya no sé

Esta mañana me he mirado
En el espejo, de un poco más de cerca
Me he tomado el tiempo de admirar
Mi rostro entero
He visto la sombra de una sonrisa
Pero detrás se esconden las ganas de morir
Porque no dejo ver
Que me duele y que a veces…
Por qué disimulo?
Me maquillo con un aire inocente
A medida que avanzo en mi exploración
Me viene una pregunta a la cabeza
En mi mirada, varias heridas
Una vida igual a una escena de tortura
Es morir mi última solución?
He aquí el final de mi exploración.

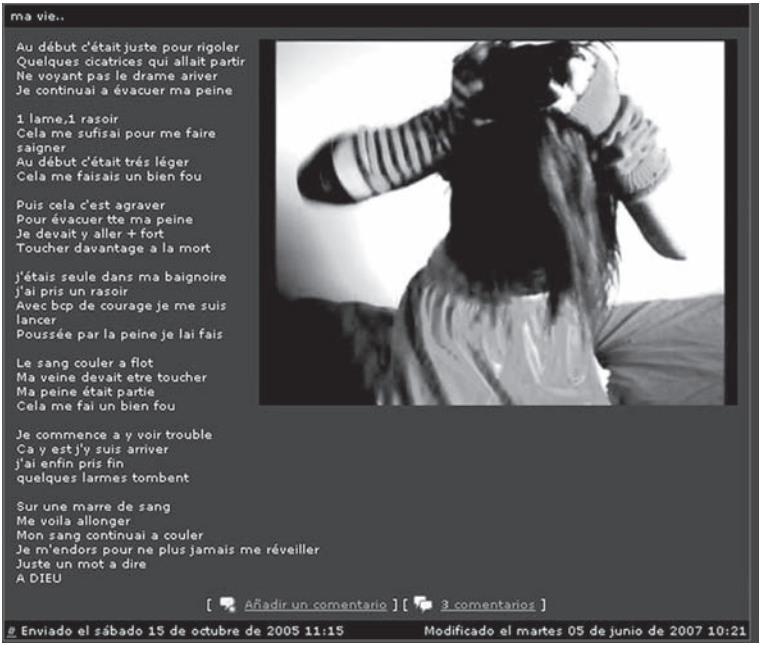


Te detesto

Te detesto a ti que vives…
Te detesto a ti que sufres…
Te detesto a ti que lloras….
Te detesto a ti que quieres morir…
Te detesto a ti que te mutilas…
Te detesto a ti que haces las cosas de cualquier manera…
Te detesto a ti que necesitas "eso"…
Te detesto a ti…que soy yo…

No, quiero parar!

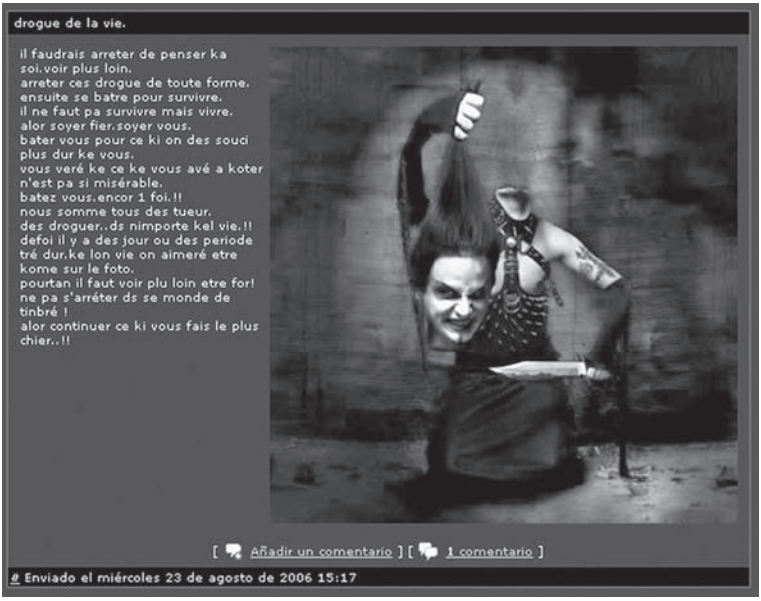
Estoy harta, no quiero vivir más
Ya no quiero más, estoy harta, quiero que me ayudes
Pero tú ya no me quieres
Estoy en la mierda y que me da igual quiero
Estar en ¿?? Me da igual
Quiero morir, la vena!, me da igual
Tengo tantas ganas de eso
Se vuelve una sensación de bienestar y
No entiendo nada
Quiero reventar
Ya no quiero estar en este mundo
Ya no quiero más… llorar por ti… llorar por mí
No quiero sufrir más
No quiero vivir más
Solo quiero reventar
Aquí, así, ahora, lagrimas caen en el teclado, lloro
Lloro sangre, ya esta, he fumado
Un porro, ya esta me he abierto
Voy a morir? No
No he tocado la vena así que me siento
Distendida
He llorado y no sé por qué
Y mi infierno esta aun ahí ante mis ojos…
Yo



Mi vida

Al principio era sólo por divertirse
Algunas cicatrices que desaparecerían
No viendo el drama llegar
Continuaba a evacuar mi pena
Una lama, una cuchilla
Me bastaban para hacerme sangrar
Al principio era muy ligero
Me hacía un bien enorme
Después se agravó
Para evacuar toda mi pena
Debía ir más fuerte
Tocar de más cerca la muerte
Estaba sola en mi bañera
He cogido una cuchilla
Con mucho coraje me he lanzado
Empujada por la pena lo he hecho
La sangre fluía a borbotones
Mi vena debía haber sido tocada
Mi pena se había marchado eso
[me hacía un bien enorme
Empiezo a ver borroso
Ya está lo voy a conseguir
Al final he llegado al fin
Unas lágrimas caen
Sobre un charco de sangre
Heme aquí tumbada
Mi sangre continuaba a fluir
Me duermo para nunca más
[despertarme
Sólo una palabra que decir
ADIÓS

Puede que en el fondo
Sé quien soy
Sé quizás por que no me quieres
Me ves como soy
Ves mi reflejo
Y mi reflejo no es más que esta imagen
Quiero morir a tu lado
Quiero evaporarme sin llorar una lágrima
Porque a tu lado la vida es bella
Pero como ya no estoy a tu lado
Déjame solo morir a tu lado para poder aprovechar
Del último segundo de felicidad
Y déjame al fin. REVENTAR!!



Droga de la vida

Habría que dejar de pensar que a uno mismo, ver más allá
Parar esas drogas de diferentes formas
Luchar para sobrevivir
No hay que sobrevivir sino vivir
Así que sed orgullosos, sed vosotros
Luchad por los que tienen problemas más graves que los vuestros
Veréis que lo que tenéis no es tan miserable
Luchad una vez más
Todos somos asesinos
De drogas de cualquier vida
A veces hay días o periodos muy duros que vivimos nos gustaría estar como en la foto
Y sin embargo hay que ver más allá, ser fuerte
No detenerse en ese mundo de chiflados
Así que continuad lo que más os llena de mierda

Vosotros que creéis

Vosotros que creéis
Vosotros que pensáis
Que mi objetivo sigue siendo morir
Os equivocáis
Es por lo que ya no vengo a veros, porque todo va mejor
Y os lo debéis imaginar
Un sentimiento de bienestar
Cual es vuestro objetivo?
Estoy bien no insistáis
Ahora que he comprendido que morir nos llegara un día
Ya no me doy prisa
...

ho longtem ke je ny avé pa penser

oula ces bizar comen cet foto me choke
pourtan jen é fé des mauvaise chose
mais la je c pa
je compren pa pk jé fé sa
pk ce blog existe
pk jexiste
pk on parle du sucide comme 1 espri de lacheter
javé envi de mévaporer de crever doublier
mais pourtan jassum je rest pk??je ne cé pa..
la sensation de cet lame sur mon bra
mon bra est si cline depui 7moi
je ne voudré pa encor labimé
mm si défoi je me di ke sa seré bien de refair juste pour sentir cet lame sur mon bra
mais non je résiste parck je c ke cé 1 drogue
jé mi tro de tem a men sortir
je me sui tro fais mal je me sui tro pri la tete
pour 1 ga
pour ma mer
pour dé ami
maintenan je cherche plu a comprendr
je vie sans savoir pk
je ferme kelke foi les yeux pr ne pa avoir mal
joubli ki jé été
cet fille ki se fesé mal
cet fille ki fesé du mal
je ne ve plu la voir
je ve kel séface
je ve ke elle elle crev
l'automutilation né pa 1suicide cé 1 apel o secour.
mais il faudré ke le monde compren ke lé gen ouvre les yeux..
ne perder pa espoir ..

[Ajouter un commentaire] [4 commentaires]

Posté le vendredi 29 décembre 2006 03:40

OH! Hace tiempo que no había pensado

Es raro como esta foto me choca
He hecho muchas cosas malas pero esto, no sé
No entiendo por qué hago eso
Por qué este blog existe,
Por qué yo existo
Por que hablamos del suicidio como un espíritu de cobardía
Tenía ganas de evaporarme de reventar de olvidar
Y sin embargo asumo, me quedo ¿por qué? No sé
La sensación de esta lama en mi brazo
Mi brazo está tan limpio desde hace 7 meses
Que no me gustaría estropearlo de nuevo
Pues no, resisto porque sé que es una droga
Me ha costado demasiado tiempo sobreponerme
Me he hecho demasiado mal, me he pillado demasiado la cabeza
Por un chico
Por mi madre
Por amigos
Ahora ya no intento comprender
Vivo sin saber por qué
Algunas veces cierro los ojos para no hacerme daño
Me olvido de quién era
Esa chica que se hacía daño
Esa chica que hacía daño
No quiero verla más
Quiero que se borre
Quiero que ella, que ella reviente
La auto mutilación no es un suicidio es una llamada de socorro
Pero el mundo tendría que comprender que la gente abriera los ojos
No perdáis esperanza

je me lasse de la vie...comme je me lasse dune glace

je sui sur ke ofon jaime tj otan écrir
mais pourtan rien ne vien a lespri
ma seul envi est de fumer 1 bon beuz
je compren pa pk
je me pren telemen la tete
je compren pa pk ma vie est si compliker
jaimeré ke lon mexplike pk ma vie est si compliker
la votre ossi vous alé me dire..
mais alor pk cé si comliker
pk on ns fais tous chier
on a rien demender nous
je ve pa ke ce ke je resen se sach
car le problem est ke okun sentimen ne sor
ke okune peine ne matein
ke rien ne fais plaisir
mais je ve plu mourir
mm si jy pense
je ve plu
mais pk je sui sans sentimen
.....pk.....

[Ajouter un commentaire] [Aucun commentaire]

Posté le dimanche 28 janvier 2007 21:52

Me canso de la vida como me canso de un espejo

Estoy segura que en el fondo me sigue gustando tanto escribir
Y sin embargo nada que venga a mi espíritu
Mi única gana es de fumar un buen porro
No entiendo por qué
Me pillo tanto la cabeza
No entiendo por qué mi vida es tan complicada
Me gustaría que me explicaran por qué mi vida es tan complicada
La vuestra también lo es me vais a decir
Pues entonces, por qué es tan complicado
Por qué nos hacen a todos cagar
No hemos pedido nada nosotros
No quiero que lo que siento se sepa
Pues el problema es que ningún sentimiento sale
Que ninguna pena me toca
Que nada me da placer
Pero ya no quiero morir
Aunque lo piense
Ya no quiero
Pero por qué estoy sin sentimientos
.....por qué.....

El amor

Sentimiento de bienestar sin creer demasiado
Sentimiento de alegría cuando nos vemos
Sentimiento de pena cuando dices no saber en dónde estás
Sentimiento, que sea bueno o malo es un sentimiento
Y un sentimiento es bello
No olvidar que los sentimientos forman parte de nosotros…
No estoy enamorada estoy simplemente feliz
Oooo, la vida es una alfombra, se deshilacha de más en más
Como consumes tu vida
No pierdas el hilo por favor sé lo que tú eres, transfórmate en quien quieres
El amor pasa y repasa dejando su huella…

Marilín había comenzado la escritura de este blog el 1 de octubre de 2005. Tres días antes de nuestra primera entrevista y tres semanas después de su tentativa de suicidio. El blog mostraba un ejercicio de reflexión, un intento de análisis de sí misma y de sus emociones. A partir de entonces, me digo que será un material que podremos explorar juntas, pero ella me invita a que lo lea cuando quiera. Yo no sé cómo utilizarlo. Le digo que no puede confiar en que lo que ella escribe sea inmediatamente leído por mí. Le explico mi temor de que piense que el blog puede mantenernos en contacto continuo y que espere que yo actúe en consecuencia, es una gran responsabilidad que no puedo asumir, que no se confunda. Me hace un gesto tranquilizador, se encoge de hombros quitándole importancia, no espera nada, solo compartir conmigo. Heme aquí de nuevo sin saber cómo hacer con esta situación embarazosa. Si iba a leer el blog me sentía en una posición totalmente "voyeurista", "intrusiva" y si ni lo leía, tenía la sensación de haberme dormido en la sesión y no haberle escuchado. ¿Cómo hacer? Puesto que la situación era nueva para mí, decidí poner nuevas reglas. ¡De acuerdo!, me autorizaría a leer el blog de vez en cuando, cuando pensara en ella, jamás el fin de semana, por lo general al empezar la semana, que era cuando solíamos vernos y lo comentaríamos en nuestras sesiones. A veces, tenía la sensación de que me ponía a prueba. Habíamos aceptado el poder hablar de sus ideas de muerte en nuestras sesiones, pero habíamos pasado el contrato de que, si la idea se tornaba proyecto, ella me llamaría para evitar el "acting suicidario". En una ocasión tuve la impresión de que en su blog me mandaba un mensaje de adiós, esa vez me salté el encuadre y la llamé. Me dijo que respetaría su contrato, pero reconoció haber estado muy cerca de no hacerlo la noche anterior. Ella supo que yo estaba disponible y nunca más usó su blog para verificar la fiabilidad de nuestro espacio. En una ocasión, cuando su madre la echó de casa, me confesó no saber si controlaría la pulsión de muerte y le hospitalizamos durante unos días, la evolución fue buena.

Yo me acostumbré a visitar el blog de vez en cuando sin sentirme prisionera, el blog se colocó a la buena distancia

entre nosotras, nos facilitaba la comunicación, era un área transicional. Marilín tuvo que irse de la ciudad para sus estudios pero volvía cada tres semanas, lo que le permitía venir a la terapia de grupo y a mi consulta. En este período, el blog fue también un espacio que nos permitió acortar la distancia que la separación física nos imponía.

En enero de 2007 cambiaron sus horarios, en el grupo nos advirtió que ya no podría volver. La encontré mucho mejor, quedamos disponibles en caso de que tuviera la ocasión o la necesidad de venir. Cuando dejamos de vernos dejé de consultar su blog. En junio de 2007 el padre vino a verme. Marilín no podía venir a causa de su formación; pero ambos querían decirme, que se encontraba muy bien y agradecerme mi acompañamiento durante los periodos difíciles. La relación con la madre seguía siendo inexistente y ése sería, sin duda, un tema que Marilín tendría que retomar en el futuro. Por el momento, poníamos fin oficialmente a nuestro trabajo terapéutico en junio de 2007.

Cuando pensé en escribir esta comunicación, me pregunté cuál habría sido el destino de este blog, no sabía si Marilín lo habría seguido escribiendo. Yo tenía la intuición de que el blog había sido ese espacio de transición necesario para que la elaboración fuese posible, que estaba originado, creado, retroalimentado por nuestras sesiones, pero podía equivocarme, podía ser simple ilusión o vanidad mía. Entonces, en mayo de este año, me autoricé a verificar que el blog seguía colgado en la red, y ahí estaba. La primera imagen el 1 de octubre de 2005, la última en febrero de 2007, pocos días después de nuestra última sesión. En total 67 páginas, cada una con entre 3 y 5 imágenes y textos. Estaba en lo cierto. El blog se creó y se cerró al tiempo que nuestra relación terapéutica.

Llamé a Marilín, le pedí que viniera a verme para solicitar su autorización para utilizar sus contenidos e imágenes para esta comunicación. Se sintió halagada, tenía la misma mirada pero una sonrisa aún más franca, abierta. Las cosas le iban bien. Había encontrado su vocación en el cuidado de los niños discapacitados, iba a emprender una formación de educadora especializada.

Avatares del destino, Marilín acababa de cumplir 20 años y en su fiesta en una discoteca fronteriza, una chica gitana había interpretado mal su mirada y sin darse cuenta se encontró con la cara ensangrentada, un corte limpio, pero profundo, recorría su cara desde la frente a su barbilla por el lateral de su rostro. Llevaba toda la cara llena de tiritas de sutura, vio mi preocupación en mi mirada. Todo ese pasado de escarificaciones escondidas era como si asomase de repente a la superficie, una superficie visible e ineludible. Marilín me tranquilizó: "El cirujano plástico me ha dicho que no quedará cicatriz".

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: "MI HIJO NO ANDA, CORRE"*

Luis León**

Buenas tardes: Voy a presentaros, más que un caso, una viñeta clínica, dado que sólo he realizado dos sesiones con el paciente y la madre. Al no ser la supervisión, al menos en sentido estricto, el objetivo de esta presentación, sino aprovechar lo que de estas entrevistas pueda sernos útil para el taller en que estamos reunidos, voy a obviar mis maniobras e intervenciones psicoterapéuticas sobre la madre y también sobre el niño; no obstante, si alguno de los presentes tiene interés en preguntar o comentar algún aspecto, gustosamente lo responderé cuando termine esta breve exposición, que he tratado de hacer lo más escueta posible y desde el siempre inaccesible enfoque de la objetividad, esto es, de la observación fenomenológica, más que del material estrictamente psicopatológico y de la relación transferencial, pues no es éste el objeto a tratar en este taller, sino la "observación", como reza el propio nombre del taller.

"MI HIJO NO ANDA, CORRE"

F. es un niño de 23 meses que acude por primera vez al Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil de La Mancha Centro el 1 de octubre de 2008, derivado por su Pediatra por "posible

* Presentación de caso clinico en el taller "Evaluacióndel niño pequeño que presenta una desviación d ela normalidad" realizado dentro del XXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA) que bajo el título "Períodos de transición en el desarrollo e intervenciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Almagro del 17 al 18 de octubre de 2008.

** Psiquiatra.

hiperactividad" (como no podía ser de otra manera en estos tiempos). Es el pequeño de dos hermanos, teniendo su hermana seis años y sin antecedentes reseñables exceptuando una alergia. Padre de 30 años, que al parecer pasa poco tiempo con él y de quien dice la madre que de pequeño era "algo inquieto pero no tanto" y madre de 28 que dice tener "regular de paciencia" y que dice que era "la mejor de mi casa según mis padres", "mú buena". El niño lleva el nombre del padre (es un nombre compuesto no muy común). El hermano pequeño de la madre murió hace dos años en accidente de moto con 19 años (dato éste del que obtengo información después de la segunda entrevista).

Acuden a la primera entrevista con psiquiatría la madre y el niño, que está llorando en la sala de espera, pero se tranquiliza en cuanto me dirijo a él. Pasan a consulta, el niño acomodado en el carricoche, y la madre me pregunta qué hacer, porque "como le ponga en el suelo va a empezar a ir de acá para allá". Le digo que, por supuesto, lo deje libre, y conduzco al niño a la cesta de juguetes. Observo, mientras hablo con la madre, que F. se dedica a ir corriendo, algo a trompicones, de la cesta a nosotros y viceversa, trayendo los objetos que le llaman la atención y mostrándonoslos mientras balbucea intentando nombrarlos; desde el comienzo, no sólo se los muestra a la madre, sino también a mí, pero a mí no me los da. La madre me cuenta que es "muy nervioso, no duerme por la noche, está muy activo"… "desde que nació", añade.

Recabamos información biográfica: Nació fruto de un embarazo planificado, tardando la madre casi un año en gestar, motivo por el que consultaron a Reproducción Asistida, donde refiere que le comentaron que no se quedaba embarazada por causas "psicológicas". Durante el embarazo la madre desarrolló una Diabetes Gestacional que fue tratada con dieta y ejercicio. Se realizó la amniocentesis con resultado negativo (posible incompatibilidad Rh, según manifiesta), y tuvo una amenaza de aborto a los 7 meses. Nació a las 30 semanas, pesando 3.075 g y con una longitud de 50 cm. La madre le daba el pecho alternado con un biberón de lactosa cada hora durante los primeros días, que después fue espaciando. El niño rechazó

el pecho al mes y medio y realizaba las tomas con ansia "y sigue comiendo con ansia", dice la madre. Tampoco dormía bien. El gateo fue escaso, a los 7-8 meses de edad cronológica, la madre comenta que le quitó el "parque" infantil porque lo rompía, y que el taca-taca lo levantaba el niño a pulso. Comenzó a dar los primeros pasos con ayuda a los 13 meses de edad cronológica y a andar a los 15 meses de edad cronológica: "él no anda, corre" dice la madre. Aún no controla esfínteres. Asmático, tratado con corticoides, se le han retirado hace mes y medio y no nota la madre ningún cambio en la intranquilidad del niño. Comparándolo con la hermana, dice de F. que éste fue más precoz.

Dormía en la habitación de los padres y, desde este verano, con año y medio, duerme solo aunque protesta cuando lo llevan a acostar; la madre se levanta porque el niño se despierta varias veces durante la noche y se pone a jugar, y la madre acude y se pone a jugar con él. Actualmente las puertas de los tres dormitorios siguen abiertas por la noche, "obsesión que tengo" declara la madre. Tiene un muñeco, un "Luni", desde pequeño, pero no parece que tenga función de objeto transicional (aunque la madre es bastante pobre explicando las cosas).

Desde hace dos meses va a la guardería, donde tiende a jugar él solo o con un amigo al que F. agrede. La profesora le ha dicho a la madre que no consiguen que F. se siente en la alfombra y que no hace ningún caso a las indicaciones que se le dan; los abuelos tampoco quieren quedarse con el niño, según parece, porque no para quieto. La madre señala que ha empezado a "extrañar" a los desconocidos desde que va a la guardería: "antes se iba con cualquiera". Algo que llama la atención de la madre es que, antes de ir a dormir, llevan a los niños a la cama de los padres pero F. pide ir a la suya propia, durmiendo con las luces apagadas aunque "no quiere quedarse solo por la noche"; al levantarse, va a la cama de la hermana "y no a la mía", dice la madre. Cena entre las ocho y las nueve y media y lo acuestan entre las 22:30 y la una de la mañana. El porqué de este desorden de horarios radica en la frecuente actitud claudicante de la madre ante las negativas de su hijo.

Destaca la sensación de impotencia de la madre, que verbaliza “no sé qué hacer con los dos a la vez”. La madre refiere que F. tiene envidia de la hermana aunque comparten el juego de ésta, y también le gusta jugar con coches, con animalitos, y pintar; dice la madre que cuando F. se altera se pone a darse cabezazos contra la pared, que frecuentemente grita, tira los objetos, revuelve todo, se sale solo a la calle, no acepta las negativas ni los castigos: “muy cabezón” y “bestia” son los términos empleados por la madre para definirlo.

Reconoce que al padre le hace más caso, y que además éste mantiene los castigos que le impone y el niño se calma más con él; no así ella, que termina cediendo “porque me da lástima”, y el niño es “conmigo más agresivo” dice. Su manera de castigarlo es sujetarlo al carricoche y, si F. se zafa, ella lo sujeta físicamente. A continuación señala que ambos niños tienden a ir más con el padre, lo que le sorprende porque “yo les doy más mimos”. Ella no es capaz de dejar a F. solo ni en su habitación, pues le preocupa que éste pueda hacerse daño.

Observación de F. en esta primera entrevista: Ya hemos señalado que se interesa por los objetos que encuentra y nos los presenta (respetando mi espacio físico, mi mesa y mi silla, sin invadirlo), corriendo a trompicones de un extremo a otro del despacho y balbuceando con un volumen algo elevado. Si la madre le dice que no se meta en la boca una ficha que tiene en la mano, él lo hace.

Se sienta en la silla bajita sin mirar lo que hace, por lo que cae al suelo; se le levanta, deambula y vuelve a sentarse sin mirar y vuelve a caer, esto lo repite varias veces. En contrapartida, si yo le pido que me enseñe cómo se sienta en la sillita, él se calma y lo hace, mirando la silla con atención, ante la sorpresa de la madre, quien afirma que es la primera vez que esto sucede así. Cuando le ofrezco dibujar en una mesita aparte, si hay dos hojas tiende a dibujar en las dos a la vez, también con voracidad y, mientras dibuja, lanza mensajes a la madre.

En un momento en que deambula por la consulta pide ayuda a la madre: hay algo que lo asusta, interpreta ésta, pero

F. permite que sea yo quien lo acompañe: se trata de una marioneta con forma de diablo rojo, a la que mira pero no la señala, por lo que le digo que la voy a guardar y la meto en un armarito ante la mirada de F.

Aguanta bien la hora de entrevista, aunque al final protesta y da golpes en el radiador y las demandas de atención se intensifican, pero se calma cuando me dirijo a él. Al final, se asoma al armarito donde varios minutos antes guardé la marioneta, para comprobar si sigue allí. Al marcharse me dice adiós con la mano.

Obsevaciones de la primera entrevista en lo referente al objeto de este taller: El balbuceo está adquiriendo estructura de frase sencilla, y utiliza correctamente el lenguaje adquirido para decir lo que quiere y pedir ayuda; comprende bien. Presenta una aparente dominancia manual derecha. La marcha parece desestructurada, caminando el niño inclinado hacia delante y a trompicones, a bastante velocidad, deteniéndose de forma brusca cuando alcanza su destino, a veces impactando con él; observo que rehuye el juego en el suelo, estando de pie o sentado en la sillita. Si hace algo en el suelo, lo hace de pie. Se le nota ávido de contacto y de atención, es capaz de prestar atención cuando se le señala algo y tiene buena memoria, pues al final vuelva a mirar si la marioneta diablo sigue en el armario. Uno de los planteamientos que me hago de cara a la próxima entrevista es la exploración de la marcha.

Segunda entrevista, realizada trece días después: La madre confirma que empezó a andar con las puntas de los pies y que sigue andando apoyando las puntas de los pies, lo que puedo objetivar; además, aunque esto resulta más difícil de observar dado que camina de prisa trayectos cortos y generalmente portando objetos, observo que tiende aún a andar en ocasiones con los brazos algo elevados y no observo la esperable marcha contralateral dada su edad, sino una marcha homolateral, con escaso braceo, persiguiendo su centro de gravedad con gran celeridad y que no detiene hasta que llega al lugar al que pretendía ir.

Lo pongo a jugar en el suelo: él tiende a ir a la mesita pero le digo que vaya al suelo; va, vuelve a la mesita, se lo vuelvo a

decir sin estar demasiado pendiente mientras hablo con la madre y, a la tercera, se queda jugando en el suelo: la madre está atónita. Propongo que la madre salga, y cuando se lo decimos el niño se angustia un poco y lloriquea, pide ser alzado en brazos, la madre lo alza y le digo que lo ponga de pie en el suelo, que se siente atrás y me quedo con el niño, que se calma al momento. Le acerco a la cesta de juguetes y se asusta un poco al ver a la marioneta del otro día y dice algo que viene a ser "el toro", por lo que lo vuelvo a guardar en el armario. Juega conmigo, interacciona, jugamos a las comidas, él me presenta objetos y los nombra, yo repito el nombre del objeto, hacemos símil de que comemos, él me ofrece los objetos y acepta los que yo le ofrezco; trata de manipular el horno de juguete.

Al jugar con los coches observo que, al ponerse de rodillas, tiende a terminar por tumbarse sobre el lado izquierdo (posiblemente por debilidad muscular en esa extremidad por la falta de ejercitación previa), y que además no es capaz de arrastrar un camión gateando, sino que lo mueve en el arco que abarca con su brazo. Intento que gatee imitando a la perrita que tienen en casa (lo de la perrita es idea de la madre), pero no hace más que el inicio y se tumba, quedándome la duda de si el gateo pudiera ser contralateral o también homolateral como la marcha en bipedestación.

La madre apunta con sorpresa que ha estado enfermo y febril y que andaba con calma etc., y dice que pensó: "Éste no es mi hijo, me lo han cambiado". Del habla dice la madre que, a los tres meses de edad cronológica, empezaron los balbuceos, y que ha empezado a hablar justo ahora; que habla en voz alta, esperando que le escuchen y, cuando quiere algo del otro se aproxima, por ejemplo a la madre, y habla con más claridad de lo habitual.

Ha estado jugando conmigo un buen rato sin demandar la atención de la madre, interaccionando conmigo, hasta que se cansa un poco y le lleva comiditas también a la madre. Además, al principio de la entrevista guardó unos caballos de ajedrez (los primeros objetos que empleó en la primera entrevista) dentro de un teléfono de juguete, y pedirle yo que recoja (tras

una hora de sesión) se acerca directamente al teléfono, los saca y los guarda en la caja sin yo preguntarle por ellos. La madre dice que en casa sí suele recoger, conmigo se resiste un poco. En un momento dado no recuerdo qué indicación le hago y la madre, para reforzarlo, le dice "corre", que corra a hacerlo.

Al final, la madre me pregunta varias cosas y el niño muestra su cansancio tirando las fichas de ajedrez, le digo que entonces las tiene que recoger y lo hace; al no tener sobre sí la atención, el niño saca con la mano, cuidadosamente, algunas fichas de la caja, las mira y las vuelve a meter, y lo repite dos veces más. Su manera de protestar, lógicamente, es haciendo ruido, pintarrajeando lo que encuentra a su paso, pero aceptando sin rechistar mis indicaciones del tipo de "ahí no puedes pintar… dame el lápiz que ya terminamos y puedes volver otro día a jugar, etc".

EVOLUCIÓN DE UN NIÑO CON TRASTORNO MENTAL SEVERO EN EL MARCO DE UN HOSPITAL DE DÍA*

Genoveva Bustillo Gálvez**

1. CONCEPTO DE HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO INFANTIL

El Hospital de Día psiquiátrico es un tipo de tratamiento utilizado fundamentalmente en las patologías mentales graves. Se basa en los principios de la terapia institucional por la que se intenta tener un efecto terapéutico sobre la evolución de los pacientes a través de la acción de un equipo y de las relaciones que éste permite ofrecer. Además es distintivo de este tipo de tratamiento su aplicación a tiempo parcial, lo que permite un tratamiento intensivo sin desligar al paciente de su medio.

El paciente se integra en un grupo de trabajo y en una colectividad de actividades regladas a lo largo de la jornada volviendo después a su entorno. En el caso de los niños, esto facilitará que sigan en contacto con sus familias, implicándolas directamente en el proceso terapéutico del niño.

En cuanto a su historia, los Hospitales de Día psiquiátricos surgen como una alternativa asistencial a la hospitalización a tiempo completo; como una respuesta de las últimas décadas a la distinta orientación del tratamiento del paciente psiquiátrico y a la diferente actitud de la sociedad hacia este tipo de patología.

---

* Comunicación aceptada en el XXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA) que bajo el título "Períodos de transición en el desarrollo e intervenciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Almagro del 17 al 18 de octubre de 2008, aprobada para su publicación en la revista de S.E.P.Y.P.N.A. "Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente".

** Psicóloga Clínica. Hospital de Día de Leganés. (COGESIN).
E-mail: genoveva.bustillo@gmail.com

Alcamí (1992) distingue desde una perspectiva histórica varios tipos de hospitalizaciones parciales:

1. Dirigidas a pacientes que han salido de hospitales psiquiátricos y que algunos denominan Centros de Día y que están orientados fundamentalmente hacia pacientes crónicos, frecuentemente esquizofrénicos, en proceso de desinstitucionalización; proceso de salida que va a necesitar durante una serie de meses o años, un tratamiento de apoyo que les permita aprender a reintegrarse a la sociedad en la que durante mucho tiempo dejaron de ser sujetos activos.
2. Hospitales de Día centrados en tratamientos monográficos con duración de bastantes meses, incluso de varios años, para entidades nosológicas concretas, como pueda ser el caso de los Hospitales de Día para niños autistas o de Hospitales de Día para dementes o de otro tipo de patologías concretas como pueda ser el alcoholismo.
3. Hospitales de Día subsidiarios de atender patología aguda en periodos de hasta tres meses de duración, algunos los ubican como alternativa a la hospitalización en los hospitales agudos y en ellos se reproduce prácticamente de forma fidedigna todas las estructuras de un hospital general con la diferencia de que no hay camas y el paciente duerme en casa y se va a aplicar el tratamiento estándar que se realiza en la unidad de agudos de un hospital general.

2. ELEMENTOS TERAPÉUTICOS DEL TRATAMIENTO EN HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO

En primer lugar hay que señalar que en todos los Hospitales de Día (HdD) se trabaja a través de la creación de un "ambiente terapéutico". Este ambiente terapéutico dependiendo del Hospital de Día concreto, combinará unos u otros tipos de actividad: Vaughan (1983) describe la combinación de tareas escolares con terapia ocupacional y música; Woollacot (1978) y Beitchman (1981) describen la utilización conjunta de

actividades escolares y juego; Rogers y Lewis (1989) señalan que sus intervenciones se centran en el trabajo sobre las experiencias afectivas, el empleo del juego y terapia del lenguaje.

Por otro lado, el ideario subyacente a los Hospitales de Día generalmente reconoce y valora el papel jugado por la familia y el ambiente en la etiología y mantenimiento de las alteraciones psicopatológicas. Por este motivo existen muchos supuestos básicos que subyacen en la mayoría de los programas de día y que originan la similitud de sus componentes a pesar de seguir diferentes orientaciones teóricas. En este sentido intentan que su intervención alcance de manera global a todos los aspectos de la vida del niño.

De manera general los elementos terapéuticos compartidos por los programas de día infantiles serían:

1. El "ambiente terapéutico". Entendemos por ello la existencia de un ambiente estructurado que aporta una variedad de relaciones humanas, interacciones emocionales satisfactorias, oportunidades para nuevos aprendizajes y experiencia, manejo de situaciones nuevas y el desarrollo de competencias sociales y personales. Dicho ambiente terapéutico no sólo actúa sobre el niño, sino que de alguna forma tendrá también su repercusión en la unidad familiar.
2. El abordaje de las características psicopatológicas concretas del paciente que, dentro de cada entidad nosológica constituyen cortejos sintomáticos más prioritarios de intervención. Dependiendo de la orientación teórica del centro este abordaje irá encaminado hacia la aplicación de técnicas psicoterapéuticas, de biofeedback, conductuales, farmacológicas.
3. La rehabilitación de funciones que debido al trastorno emocional que presenta el niño se han visto bloqueadas para su desarrollo. No debemos olvidar nunca el momento crucial de crecimiento y desarrollo en el que se encuentra el paciente en Psiquiatría Infantil y la repercusión que en el futuro puede tener la no consecución de las adquisiciones propias de su edad. Es el trabajo concreto sobre el área motriz, el lenguaje, la

adquisición de la capacidad simbólica el que ayuda específicamente al desarrollo de capacidades que se vieron detenidas por la irrupción del trastorno emocional y que a veces requieren un abordaje específico independientemente de la mejoría emocional.

4. El trabajo concreto con la unidad familiar del paciente. Dicho abordaje familiar se realizará de una u otra forma en función de la orientación teórica del centro concreto.

3. EL HOSPITAL DE DÍA DE LEGANÉS

Pasaré ahora a describir el dispositivo de tratamiento en el que ha tenido lugar la evolución del niño que me planteo describir para continuar luego con la descripción misma del caso.

El Hospital de Día (HdD)-Centro Educativo Terapéutico (CET) de Leganés pertenece a la red de HdD-CET de la Comunidad de Madrid, en la que existe un diseño conjunto entre la consejería de Sanidad y la de Educación que busca integrar los aspectos educativos pertinentes al currículo del niño durante la jornada del HdD.

Concretamente, la sección de infantil atiende a 15 niños entre 6 y 11 años de edad. Los niños acuden desde las nueve de la mañana hasta las tres de la tarde y alternan en su itinerario el programa de tratamiento ofrecido por el equipo terapéutico del HdD con dos horas diarias de clases impartidas por maestros.

El equipo terapéutico de esta sección está formado por una psiquiatra, una psicóloga clínica, una psicóloga psicoterapeuta y un pedagogo a tiempo completo y dos psicopedagogas, un pedagogo y un psicomotricista a tiempo parcial. Una enfermera realiza intervenciones puntuales en cuidados de salud.

Las graves patologías que presentan los pacientes nos han llevado a diseñar un modelo de trabajo que fomente que el niño establezca una relación privilegiada con un terapeuta. Con este objetivo los pacientes están divididos en tres grupos en función de la edad y nivel cognitivo y las dos psicólogas y el

pedagogo hacen las funciones de terapeuta referente en cada grupo.

Los niños son recibidos en grupo por su terapeuta referente y se van integrando en las distintas actividades que se les ofrece ese día. En nuestro HdD se realizan psicomotricidad, taller de noticias, taller creativo, taller deportivo, actividades psicopedagógicas y actividades de sala.

Como en todos los HdD, además de las actividades terapéuticas, se realizan varias actividades cotidianas como el recibimiento, la despedida, el desayuno, aseo, comida o la toma de medicación que forman parte del intento del equipo por ofrecer un cuidado integrado y global al niño.

Mientras los otros terapeutas realizan actividades directivas y estructuradas con los niños, el terapeuta referente se encarga de acompañar al grupo en los momentos más cotidianos y de cuidados. El terapeuta referente también trabaja en sala en actividades centradas en recoger los aspectos emocionales del grupo y además desempeña una importante función de contención y sostén en el aquí y ahora de los conflictos surgidos en las situaciones grupales, con los pares y con otros terapeutas.

También se realiza un grupo de padres semanal en el que se pretende realizar un trabajo específico con los padres, abordando los aspectos emocionales de la crianza de sus hijos. Además, el contacto diario ofrece un modelo de funcionamiento en relación a la patología que presenta el niño, convirtiéndose en un lugar de aprendizaje de nuevas pautas de interacción.

En todos nuestros pacientes, sea cual sea el diagnóstico que cumplen, es necesario crear y enfrentarles a patrones nuevos y diferentes de relación. Nos planteamos ser una zona intermedia entre el niño y el mundo exterior con todo el valor de un espacio transicional de Winnicott (1951): zona neutral de experiencia que no será atacada; zona de ilusión, en la que transitarán los objetos y fenómenos transicionales y que permitirá el surgimiento del juego y del lenguaje.

Se busca crear un ambiente terapéutico, un clima en el cual los pacientes puedan establecer nuevos vínculos a través del cual se pueda producir la experiencia emocional correctora

que supone la convivencia con los diferentes terapeutas y niños.

Por un lado, la relación con el terapeuta referente proporcionará al niño una estabilidad afectiva que favorecerá el proceso de diferenciación e individuación; por otro el grupo de niños representa una amplia oferta de distintos matices relacionales aumentando la posibilidad de conexión entre ellos y fomentando por tanto las posibilidades de funcionar como un objeto diferenciado.

4. GONZALO Y SU DIFICULTAD DE SER

Como forma de mostrar el proceso, presento el caso de un niño con características autísticas al que podemos seguir en el camino de relaciones que ha ido estableciendo y desarrollando a lo largo del tiempo que lleva con nosotros.

4.1. Evaluación y diagnóstico

Se trata de un paciente de 9 años de edad incorporado a tratamiento en Hospital de Día hace nueve meses. Había sido derivado a tratamiento desde el SSM de Zona al considerarse que precisaba de tratamiento intensivo e integral. Presentaba "episodios de angustia, rabietas y *oposicionismo;* no establecía relaciones afectivas con iguales y estaba bloqueado en los aprendizajes".

En cuanto a su historia evolutiva, podemos señalar un embarazo y parto normal. Hubo mayor control ecográfico por epilepsia materna. Se mantuvo la lactancia materna hasta los seis meses y hubo un buen crecimiento ponderoestatural. Aceptó bien los cambios de alimentación, pero le costó el destete. Los padres insisten en la normalidad de su desarrollo durante las primeras etapas: adquisición de hitos motrices; ansiedad ante extraños pero sin signos de ansiedad de separación excesiva; llorón sin irritabilidad. Primeras palabras a los 10 meses.

Aunque los padres insisten en que no hubo problemas en sus patrones de interacción hay que destacar que precisó de tratamiento específico en un centro de estimulación cuando al

ser escolarizado a los tres años se hicieron evidentes sus dificultades (escasa intención comunicativa; dificultades de comprensión verbal; poca fluidez verbal y descontextualización del lenguaje; movimientos estereotipados; tenso e inseguro y sin relación con los iguales). Fue tratado en dicho centro hasta los 6 años. Allí le diagnostican de retraso del desarrollo y disfasia semántico-pragmática. Su hermana mayor (13 años actualmente, 4 años mayor que él) también fue atendida durante un tiempo en ese centro y había recibido el diagnóstico de trastorno del vínculo.

Ha tenido muchas dificultades en el dormir; interrupciones del sueño y necesidad de la presencia de un adulto para conciliación. Control de esfínteres diurno a los dos años y nocturno a los tres.

Al inicio de escolarización a los tres años tuvo muchas dificultades de adaptación debido probablemente al enfrentamiento al nuevo entorno sin la protección materna. Según los padres su rendimiento escolar era bueno aunque era un niño poco comunicativo. En el segundo curso se hacen evidentes sus dificultades. Según los padres, porque su tutora estuvo de baja y ello implicó numerosos cambios de profesor. Estaba aislado, no se comportaba mal pero tenía un gran control omnipotente y oposicionismo.

A los 5 años, en 3.º de Educación Infantil el informe del EOEP describía: Dificultades para mantener la mirada, tenía escasa gestualidad y expresión de emociones, evitaba el contacto físico. Gonzalo tenía una pobre intención comunicativa, poca fluidez y un uso descontextualizado del lenguaje, hablaba en tercera persona y tardaba en reconocerse en un espejo, utilizaba un volumen de voz bajo y consideraban que existían dificultades en el aspecto pragmático del lenguaje. La motricidad fina y gruesa era buena. Describían dificultades en el proceso sensorial auditivo y desajuste atencional. Presentaba movimientos estereotipados. Se mostraba tenso e inseguro en general y, sobre todo, frente a situaciones nuevas, en las cuales buscaba la figura materna y reaccionaba con ansiedad expresada a través de tensión, rabietas y llanto. Aunque podía ser autónomo, no tenía iniciativa.

Ante la persistencia de las dificultades, fue derivado a una evaluación psiquiátrica. Presentaba en aquella época grandes dificultades en la interacción así como frecuentes rabietas y control omnipotente. En la evaluación se destacaba una actitud tensa o pasiva y desafiante en ocasiones, junto a la utilización de jerga o frases/palabras descontextualizadas. Tenía un escaso contacto ocular y una gestualidad muy singular. No interactuaba con niños por lo que su desempeño fue mejor en la exploración individual que grupal aunque con una considerable falta de atención. Escaso juego simbólico, su acercamiento a los objetos-juguetes se redujo a una pura manipulación de materiales. Aunque presentaba grandes dificultades en la interacción y la comunicación, se descartó que su trastorno correspondiera a un TGD. Se señaló la existencia de un yo frágil con escasa diferenciación.

Se recomendó la realización de un tratamiento intensivo en HdD, pero la familia optó por recursos de tipo educativo que se mantuvieron hasta que los mismos recursos educativos recomendaron 3 años más tarde nuevamente la valoración y tratamiento en recursos de Salud Mental.

En el momento de consultar en nuestro Centro, Gonzalo estaba estancado en aprendizajes y conductas. Seguía sin mantener conversaciones (en ocasiones utilizaba ecolalias o inversión pronominal), era un comedor selectivo, y continuaban sus dificultades frente a cambios o nuevos entornos. Antes reaccionaba con rabietas ahora con bloqueos (*"Mamá, mi cabeza ya no puede más")*. Era capaz de estar con otros niños, los reclamaba, pero apenas participaba en los juegos. Normalmente se mostraba dócil y colaborador, aunque por momentos se mostraba impulsivo. Al ser molestado presentaba rabietas con frases punitivas estereotipadas.

En la evaluación realizada en nuestra Unidad pudimos constatar la existencia de una precaria estructuración yoica. Se observaron dificultades en la resolución del proceso de individuación-separación evidenciado por la escasa diferenciación entre la representación del sí mismo y del objeto y la existencia de un self desvalorizado y vulnerable. Los mecanismos de defensa utilizados son la disociación y fragmentación, "viven-

cias de desintegración" y el aislamiento y desconexión. Existía una regular diferenciación mundo interno-externo, no permitiendo una adecuada percepción de la realidad y de sus estados internos y emociones. Predominaba la vivencia persecutoria del mundo externo. A nivel afectivo existía labilidad y desligamiento afectivo, creemos que defensivos por su alto nivel de angustia y sentimientos de vacío. Con respecto a la hipótesis diagnóstica pensamos que presenta un trastorno afectivo con rasgos psicóticos.

Los objetivos de su tratamiento se centraron en el desarrollo de una adecuada estructuración yoica.

4.2. Evolución del caso

Al inicio se le integró en un grupo de niños un poco mayores. Éste se caracterizaba por la impulsividad. En este contexto hay que señalar un enorme aislamiento, casi no interaccionaba con los otros niños. Solo era adecuado en el "mantener las formas", es decir, estar sentado y atento a la tarea. La tarea que él suponía que haría bien la llevaba a cabo diligentemente y muy "obediente". Cuando la cosa transcendía sus capacidades, tanto de simbolización como de interacción con los otros, se hacía el dormido, "tengo sueño", y se desconectaba. En las actividades en que el trabajo era decididamente en equipo y no se le permitía trabajar en individual se evadía hasta el punto de físicamente levantarse y alejarse (fundamentalmente en los juegos deportivos). Decidimos en ese punto dejarle y no forzarle a integrarse a las actividades, lo que con el tiempo contribuyó positivamente a que Gonzalo fuera incorporándose a su ritmo pero también contribuyó a señalarle como mucho más diferente, comparado con el resto del grupo. La actitud de los demás basculaba entre la sobreprotección y la provocación directa, por ejemplo molestarle o reírse de él como depositario de la envidia al "nene de mamá". Lo cierto es que no consigo recordar momentos en que le trataran como a un igual en ningún sentido.

Aunque los trastornos de conducta del resto del grupo se llevaban gran parte de mi atención, y en muchas ocasiones, me veía impedida para atender las necesidades de Gonzalo,

muy pronto el niño empezó a buscar el contacto físico conmigo en una actitud de queja y búsqueda de consuelo. Al poco tiempo también recurría al resto de los terapeutas fundamentalmente para mostrarnos cosas de su interés.

Más tarde llega el momento de las vacaciones de verano. Cada niño toma vacaciones por su cuenta y el resultado es que en general no se conserva el grupo como tal todo el tiempo este periodo destaca por la exclusividad de la que Gonzalo puede disfrutar en la relación conmigo. Esta época de transición durante el verano supone un punto de inflexión en el que la apertura del niño que se iba dando pero muy lentamente empieza a ser evidente.

En septiembre, y debido a los cambios generados por la entrada de nuevos pacientes en el centro, el grupo de Gonzalo cambió y se incorporó con niños menores: Jhonatan, de 7 años, y Ángela, de 8. Ambos con trastorno del vínculo y con un nivel de adquisiciones muy bajo. El nivel cognitivo de Gonzalo le permitía un nivel escolar mayor que sus compañeros, sin embargo desde el primer momento se pudo constatar que este desfase parecía adecuarse mejor a su estructura, así que el niño en general, se desenvolvía bien. Además decidí diseñar tareas en las que se exigiera menos grado de interacción entre los niños con el fin de favorecer un espacio de mayor tolerancia en el que poder integrarse. Desde que se abrió este grupo Gonzalo se está pudiendo beneficiar de estar en un grupo donde uno podría hacerse la ilusión de que es uno más. E incluso en muchos momentos “brillar” como el que “puede” más.

Para intentar describir la evolución de Gonzalo en el Hospital de día, he elegido dos aspectos de su conducta. Intentaré describir la evolución de cada uno de ellos. El primero es el juego y el segundo la expresión de la hostilidad.

4.2.1. La evolución del juego

En primer lugar he elegido escenas de juego. La mayor parte de las descripciones están centradas en dos momentos desectruturados, el recreo y el tiempo de descanso tras la comida. En los recreos están todos los niños y los terapeutas

en el patio y en los tiempos de descanso después de comer, están sólo los niños de su grupo con el referente en su sala.

Cuando Gonzalo entró en HdD prácticamente no jugaba. El juego consistía en armar construcciones (más apilarlas que armarlas) y en individual. No intentaba jugar ni con los otros niños, ni con los adultos:

- En el patio solía dar patadones a la pelota. En apariencia los balonazos no tenían destino (si bien es verdad que nunca acertó a ninguna persona). Era un juego más al servicio de la descarga pulsional. No era capaz de modular el tiro para pasar la pelota a un compañero, ni siquiera cuando se le veía cierto interés por cumplir la premisa que le daba el adulto.
- En el descanso después de comer era capaz de seguir algún juego cuando un adulto estructuraba mucho la tarea y además le ofrecía apoyo constante (por ejemplo jugar a las cartas). En los lapsos en que la actividad de los demás se centraba en juegos más de competición y "pelea", se desentendía y aislaba.

Poco a poco llegó una época en que sí que buscaba la interacción con algunos de sus compañeros:

- En el patio, empezó a solicitar atención de cualquier terapeuta para mostrar o contar sus excavaciones en la arena del patio (que tenían habitualmente la intención de buscar un tesoro).
- Después de comer intentamos instaurar un descanso dedicado a la lectura. Cuando los otros niños cogían cuentos para leer, Gonzalo les buscaba para mostrarles algo como por ejemplo un animal en un libro o un avión en un catálogo (tenía cierta preferencia por un niño pero no en exclusiva).

Estas conductas se fueron ampliando, también empezó a buscar a otros niños para mostrarles el resultado de sus excavaciones o sus proezas acrobáticas (dónde destaca mucho).

Pero quisiera pasar a centrarme en la evolución en el juego que se ha producido fundamentalmente después de verano, cuando es integrado en un nuevo grupo.

Al poco de comenzar en este grupo estábamos en una actividad de juego reglado en la que les propuse jugar al escondite inglés en la sala:

"El Mago Gonzalo"

Tanto Jhonatan como Ángela seguían las reglas sin problema. Gonzalo comenzó por imitar al niño que jugaba para intentar llegar a la meta. Gonzalo se iba fijando y se paraba cuando el otro se paraba. A estas alturas no entendía la regla o el para qué, pero evidentemente estaba interesado en jugar con ellos (como un niño de 2 años con un grupo de mayores). Le llegó el turno de contar a él. Me impresionó la cara de goce cuando se giraba de repente, extendía una mano al frente con ademán de mago que detiene el tiempo y ¡Zas! Mágicamente sus compañeros se paraban. Él no llegaba a más, no entendió que tenía que pillar a sus compañeros en "falta" de manera que en seguida alguno llegó a la meta y se acabó su tiempo de gloria.

A lo largo de estos meses, el propio grupo fue eligiendo y conformando un tiempo de descanso en el que a menudo sacan una colchoneta y juegan en ella. Lo han llamado "jugar a la colchoneta." Siempre es por petición del grupo y para rellenar ese espacio que hay entre que terminan la comida y comienza la siguiente actividad. Mi actitud siempre es muy poco directiva, aunque a veces les tengo que parar para mediar en una discusión y cuidar de que no se hagan daño. Suele durar unos 10 o 15 minutos.

"¿Jugamos a los escondites?"

De nuevo es el tiempo en que acaban de comer y hay un pequeño descanso antes de la siguiente actividad. Gonzalo le pregunta a Jhonatan "¿Jugamos a los escondites?". Comienzan y Jhonatan pide ser él el que se esconde, y dispone que Gonzalo sea el que cuente. Es evidente que Gonzalo no entiende bien la regla. En realidad lo que le gusta, es que le permite crearse la ilusión de que él maneja la situación y cuando él cuenta mirando hacia la pared, mágicamente Jhonatan desaparece… Indefectiblemente el escondite siempre es el mismo (debajo de la colchoneta). Gonzalo se gira y levanta la colchoneta pero como de una

vez, no levanta una esquinita para "pillar" al escondido, la levanta de un tirón para ver "aparecer" a Jhonatan. (Como el niño que juega al cucu-tras). Ahora le toca el turno a Gonzalo. Gonzalo también entiende que se tiene que esconder. Por supuesto se esconde debajo de la colchoneta y disfruta mucho cuando Jhonatan, que sabe el escondite de memoria, levanta rápido la colchoneta y sale corriendo para dar "por Gonzalo". Gonzalo no llega a esta parte del juego, porque ni le interesa. Solo quiere que le vuelva a tocar contar a él.

Estos son momentos en los que se evidencia que Gonzalo entra en contacto (todavía a su modo) con los otros. Creo que gracias a que los niños y la situación se presta, de alguna manera, a que se pueda llevar a cabo esta suerte de juego en paralelo entre los dos. El juego de la colchoneta cobra más presencia en los momentos de evasión del grupo. Entre los dos varones se va coformando una relación cada vez más ¿auténtica?, dejando a Ángela un poco al margen (también por desinterés de la niña en estos juegos, que aprovecha el momento para tener una relación más de exclusividad conmigo).

Otro modelo de juego con la colchoneta es jugar a hacer acrobacias en ella. Gonzalo es particularmente hábil, sin embargo Jhonatan es especialmente patoso.

"Saltos y volteretas"

De nuevo Gonzalo se dedica fundamentalmente a hacer sus acrobacias pero sin otra satisfacción que el mero desarrollo de las mismas, quiero decir que no creo que pueda llegar a comprender que lo hace mucho mejor que el otro, aunque algo sí que le mira, lo suficiente para establecer algún tipo de turnos. Luego Jhonatan hace su acrobacia que suele ser una patata, intenta seguir el patrón de Gonzalo y remedarle pero lo hace fatal. Sin embargo como Gonzalo no hace aspaviento alguno, Jhonatan lo toma como una aprobación en cierto sentido, y sigue jugando satisfecho (esto ha permitido que Jhonatan vaya perdiendo mucho miedo y haya mejorado considerablemente su habilidad motora gruesa gracias simplemente a la posibilidad

de este entrenamiento "en ambiente protegido" que Gonzalo le aporta). En cualquier caso, Gonzalo parece disfrutar de hacer este juego mejor con Jhonatan que solo, e incluso algunas veces intenta ayudarle cuando Jhonatan le pide consejo. Eso sí, lo hace como un pesado deber que cumplir para poder seguir jugando con Jhonatan.

En este sentido, me da la impresión de que conforme va aumentando el contacto del niño con los demás se va produciendo un aumento importante de la excitación. Es como si se abriera una puerta y se hubiera abierto la caja de los vientos de Pandora. La preocupación es cómo encauzar adecuadamente esta excitación que este niño no podrá gestionar.

"Jugando a enrollarse dentro de la colchoneta".

Hace mucho tiempo que uno de los juegos es enrollarse dentro de la colchoneta. Este "gesto" lo inició Gonzalo y Jhonatan empezó a imitarle sólo por el afán de jugar con él. Así el juego consiste en que "por turnos" uno se enrolla y luego el otro. A partir de este esquema básico, Jhonatan intenta apropiarse y enrollarse más veces que Gonzalo o provoca a Gonzalo en alguna manera. Por otro lado, a Gonzalo le satisface estar dentro, siempre con la cabeza fuera y pedirme que le mire. Usa las palabras prestadas por los terapeutas para nombrarse: "Soy un capullo de seda, soy una croqueta"… Después le deja el turno a Jhonatan.

Estaban jugando por turnos pero ahora cuando Jhonatan está enrollado, cabeza incluida, Gonzalo aprovecha para darle besitos a la colchoneta desde fuera, Jhonatan no se da cuenta. Después de esto, él se mete en la croqueta y me pide que le salve (yo estoy mirándoles).

A partir de aquí se producen una suerte de desencuentros entre Jhonatan y Gonzalo. Jhonatan intenta seguir siendo la pareja de juegos de Gonzalo mientras que Gonzalo se enfada porque él lo que quiere es que sea yo la que le atienda y mire.

Gonzalo va entrando en juegos más claramente competitivos y realizará más de una actuación con el objetivo de conseguir mi atención o en otras ocasiones los favores de la niña

con la cual también jugará en ocasiones a "novios". Son datos que dan muestra del intento de triangulación que el niño está realizando. Esta situación le produce un aumento importante de la excitación, que hay que contener incluso farmacológicamente.

4.2.2. La evolución de la hostilidad

Quisiera ahora pasar a describir la evolución de la expresión de la hostilidad en Gonzalo.

Al ingreso en HdD Gonzalo no era capaz de llegar a pegar a los otros niños; por otro lado, era muy sensible al contacto físico y lo tomaba como una molestia.

> *Si le daban con una pelota o algo así, la reacción era muy exagerada. Se tiraba al suelo con aspavientos y maneras mecánicas muy caricaturescas, que recordaban a algún dibujo animado. Gritaba: "Me han matado el brazo".*

En los primeros meses los enfados de Gonzalo eran poco frecuentes, lo que estaba más presente eran las conductas de aislamiento: el "tengo sueño" y hacerse el dormido. O bien también se enfadaba cuando no le salía un dibujo. Había un extraño perfeccionismo en el representar algo que él tenía en la cabeza, o en copiar un dibujo de un cuento. A veces pedía a alguien que le hiciera ese dibujo que no le salía y no siempre estaba contento con el resultado.

Tras el verano, y al comienzo de la integración en el nuevo grupo, el niño parecía estar preparado para abrirse un poco más. Desde el principio era notorio las escasas veces en que Gonzalo se desconectaba y se hacía el cansado (la tarea disminuyó drásticamente de nivel y él podía acceder con más facilidad). Fueron unas semanas muy centradas en las crisis de Jhonatan, y posteriormente de Ángela. Cuando yo sacaba a Jhonatan de la sala autoagrediéndose y dando patadas o tenía que pararle físicamente, él solía gritar con cierta angustia pidiéndome que no castigara a Jhonatan. Más tarde empezó a mostrarse enfadado ¿conmigo?

> *Fue una época en que empecé a ponerle algún límite porque en la relación con Jhonatan había que poner paz. Él solía decir: "pues me castigo" y se iba fuera y luego se*

ponía a llorar desconsoladamente porque "mamá se va a enfadar". Mi intervención era unas veces de dejarle hasta que él se integraba espontáneamente, lo que solía ocurrir a los pocos segundos. A veces salía al pasillo con él e intentaba hacerle llegar a la idea de que su mamá no estaba allí con nosotros, la que estaba era yo y el que estaba enfadado era él. (Nunca estuve segura de que alguna de estas palabras le llegara a algún sitio).

Luego aparecieron momentos francamente oposicionistas.

Decía que no quería hacer la tarea, incluso llegaba a romper el papel muy teatralmente y lo tiraba a la papelera y se sentaba en otra mesa cruzado de brazos. En esta época y ante estas conductas yo le dejaba oponerse, pero le "castigaba" si la expresión de la hostilidad era muy exagerada. El castigo no era otra cosa que estar apartado en la silla aproximadamente 15 segundos (no aguantaba más). Pero no le obligaba a hacer aquella tarea que él no quería (podía) hacer y sin embargo a menudo salía de la sala con la cantinela de "mamá se va a enfadar y no querrá estar conmigo…" (o algo así).

Intentaba andar el camino de la diferenciación pero dada su estructura, ésta arrastraba su confusión interna. No tendrá más remedio que andar algunas veces más este momento en el proceso de individuación.

Esta época dejó paso a una relación con apariencia de competición con Jhonatan.

La cosa comenzó, yo creo, por conseguir "los favores" de Ángela. En realidad la escena se circunscribía a ser el elegido para sentarse al lado de la niña (cosa que ella manejaba con gran destreza). Estas escenas iban generalizándose a otras situaciones en las que Gonzalo realmente trataba de adelantarse a Jhonatan y conseguir antes que él algo que por experiencia todo el grupo ya sabía que Jhonatan iba a pedir (la tarea es fácil, porque Jhonatan quiere ser el primero y único en todo). Competir por ser el primero en entrar en HdD, competir por ser el primero en entrar en psicomotricidad, ser el que se encargaba de alguna tarea de la sala: "¿Quién me ayuda a…?". "¡Yo!".

Me da la impresión de que el niño deseara quitarle a Jhonatan ese fantaseado lugar principal. Es más, recientemente Gonzalo expresaba abiertamente su temor a que Jhonatan "le quitara lo que era suyo". De hecho explota con mucha facilidad intentando "defender-se". Podían ser los primeros atisbos de un mecanismo paranoide al servicio de un intento de estructuración del niño.

> *Entraba en HdD con unos billetes de juguete que traía para la clase de la profesora. Solo las traía él. Jhonatan entraba pidiéndole que se las enseñara como hace siempre con cualquier niño que tiene algo diferente. Para ello hacía ademán de cogerle la mochila mientras Gonzalo la estaba colgando en la percha. Gonzalo gritaba. "No me las vas a quitar"… "son mías"*

El otro día repartí unas tarjetas que había que emparejar. Todos teníamos las tarjetas boca arriba para que sirviera de muestra. El mecanismo de pedir a otro compañero la carta que te falta no terminó de entenderlo Gonzalo. Lo que él tenía en cuenta (creo yo) era quién tenía mas tarjetas. Entonces Jhonatan tocó una de sus tarjetas y la giró para verla mejor, Gonzalo saltó a defenderla y le gritó que quería quitársela.

No solo su conducta, sino su capacidad de pensamiento, está cambiando. Ensaya mentiras.

> *Por ejemplo cuando me dice: "Geno, ya me lo he comido todo". Yo, muy teatralmente, miro en su plato y compruebo que es mentira. Le digo que es un gamberrillo que quiere engañarme y él disfruta mucho de comprobar que "yo no sé todo lo que él tiene en su cabeza".*

4. CONCLUSIONES

El trabajo en HdD con un niño de las características de Gonzalo pasa por una labor de "maternaje" desempeñada por uno de los terapeutas. Esta labor ya había sido intentada por su madre, mujer dedicada a envolver con cuidados y proteger a este niño que, en su percepción, no podía funcionar en el mundo. En ese modelo la diferenciación con el cuidador no había podido establecerse. Las especiales dificultades de

Gonzalo han invadido a todo el entorno, de esta manera no pudieron propiciarse los movimientos de individuación. En el espacio de HdD la angustia proyectada en el terapeuta es compartida con el resto de miembros del equipo, permitiendo que éste no quede bloqueado e invadido por la psicosis de Gonzalo.

El grupo de iguales se convierte en un sin fin de opciones de relación disponibles a usar por el niño, sin que tenga que protegerse defensivamente con patrones tan rígidos como los que utilizaba previamente.

La principal ventaja de un centro de este tipo es el amplio abanico de posibilidades relacionales, donde el niño elegirá y ensayará relaciones novedosas que le ofrecen fórmulas de interacción mas tolerables para su estructura psíquica.

BIBLIOGRAFÍA

ALCAMÍ M. *Eficacia del Hospital de Día psiquiátrico infantil.* Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, 1992.

BEITCHMAN J. H., MURRAY C. Y MINTY G. *A survey of referral problems to a psichiatric preschool program: patient characteristics and therapeutic considerations.* Can. J. Psychiatry 1981, 26, 5: 323-328.

BLEICHMAR, S. *La fundación de lo inconciente.* Amorrortu. 1993.

KANNER L. *Autistic disturbances of afecctive contact.* Nerv. Child. 1943, 2: 217-250.

KLEIN, M. (1932): *El psicoanálisis de niños.* Obras completas, tomo 2. Paidos

KLEIN M. *La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo.* Obras completas, tomo 1. Paidos

MAHLER M. *On childhood psychosis and schizophrenia: autistic and simbiotic infantile psychosis.* Psychoanal. Study Child. 1952, 1: 286-305.

MAHLER M. Et al. *The psychiological birth of the infant.* New York: Basic Books. 1965.

MANZANO J. y PALACIO-ESPASA F. (1993): *La acción terapéutica de los centros de día. Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía.* Paidos.

PERAL, M. *Hacia un aclasificación de los trastornos emocionañles severos de la primera infancia.* Jornadas Internacionales de Avances en Psicología y Psiquiatría Infantil

ROGERS S. y LEWIS H. *An effective day treatment model for young children with pervasive developmentaldisorders.* J. Am. Acad. Child Adolesc. Psichiatry, 1989, 28 (2): 207-214.

TUSTIN F. *Autismo y psicosis infantiles.* Ed. Paidos. 1977.

VAUGHAN W.T. *The disordered development of day care in psichiatry.* Health Trenes 1983, 15: 91-94.

Winnicott, D.W. (1951): *Escritos de pediatria y psicoanalisis,* Laia, Barcelona.

WOOLLACOT S., GRAHAM P. y STEVENSON J. *A controlled evaluation of the terapeuttic efectiveness of a psicuiatric day center for pre-school children.* Britisch Journal of Psychiatry 1978 132: 349-355.

Normas de publicación.
Instrucciones para el envío de originales

La Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.), publicará eminentemente trabajos referentes a la psicología, la psiquiatría y la psicoterapia del niño y del adolescente, tanto desde el punto de vista asistencial, como teórico y práctico.

Publicará las aportaciones que se presenten en los Congresos y eventos científicos organizados directamente por S.E.P.Y.P.N.A. o aquellos en los que la Sociedad colabore.

Aceptará y estimulará la presentación de trabajos y colaboraciones que se ajusten a las siguientes normas.

1. Los trabajos no podrán ser presentados simultáneamente en otra publicación y, salvo condiciones especiales, deberán ser originales. En casos puntuales el Comité de Redacción podrá valorar la reedición de artículos de interés.
2. Para la publicación tanto de originales como de Notas clínicas y Comunicaciones, el Consejo de Redacción tendrá en cuenta su valor científico y se reserva el derecho de retrasar temporalmente su publicación si fuera necesario por necesidades de compaginación.
3. La responsabilidad de los contenidos y opiniones que se presenten recaerán exclusivamente sobre los firmantes del trabajo. Si el trabajo incluye la reproducción de fuentes originales, el autor asumirá la responsabilidad de obtener el permiso correspondiente.
4. Los artículos serán revisados por el Comité de redacción y por los evaluadores externos, quienes emitirán un informe sobre la conveniencia de su publicación.

5. Los originales se presentarán mecanografiados a doble espacio, por una sola cara, en papel tamaño DIN A-4, sin correcciones a mano y con las páginas numeradas.
6. Se deberá de enviar, además, el fichero que contenga el original con texto, gráfico y tablas en formato word, rtf, bien vía mail o en disquette.
7. Al original ha de acompañarle: Una carátula en la que conste: A) El título, el nombre del autor/es, entidad (centro de trabajo), dirección de correspondencia (postal y/o e-mail) para ser publicada a pie de página. B) Número de teléfono, fax o e-mail para facilitar una comunicación fluida entre los autores y la revista. C) Título del artículo en castellano y en inglés y un resumen del artículo en castellano e inglés de no más de 150 palabras. D) Entre 3 y 5 Palabras Clave en castellano y en inglés que identifiquen adecuadamente el contenido del artículo.
8. Las figuras, dibujos, gráficos y tablas se presentarán una en cada hoja respetando las siguientes reglas: A) En el reverso indicar el nombre del autor/es, título del trabajo y fecha. B) Tamaño de 7 ó 14 centímetros de base. C) Altura máxima de 20 centímetros. D) Pie de gráfico, dibujo, figura o tabla en castellano e inglés.
9. El uso de notas será a pie de página y se numerarán en el texto con números arábigos consecutivos.
10. Los escritos deberán atenerse a las normas de publicación de la APA (Publication manual of the American Psychological Association), entre las que recordamos:
    - Las citas bibliográficas en el texto se harán con el apellido del autor y año de publicación (Ej. Freud, 1900a, 1900b).
    - Las citas bibliográficas de libros: autor (apellido, coma e iniciales de nombre y punto –si hay varios autores se separan con coma y antes del último autor con una "y"); año (entre paréntesis) y punto; título completo (en cursiva) y punto; ciudad y dos puntos; y editorial. Para señalar los libros traducidos, se añade al final la referencia "Orig." y el año entre paréntesis.

Ej.: Lebovici, S. y Soulé M. (1973). El conocimiento del niño a través del psicoanálisis. México: Fondo de Cultura Económica (Orig. 1970).

- Capítulos de libros colectivos: autor/es; año; título del trabajo que se cita y a continuación introducido con "En" las iniciales del nombre y los apellidos de los directores, editores o compiladores, seguido entre paréntesis de dir., ed., o comp. Añadiendo una "s" en caso de plural; el título del libro en cursiva y entre paréntesis la paginación del capítulo citado; la ciudad y la editorial.

  Ej.: Boulanger, J.J. (1981). Aspecto metapsicológico. En J. Bergeret (dir.) Manual de psicología patológica (pp. 43-81). Barcelona: Toray-Masson (Org. 1975).

- Revistas: Autor; año –entre paréntesis–; título del artículo; nombre de la revista completo (en cursiva); vol.; nº –entre paréntesis– sin estar separados del vol. Cuando la paginación sea por número, y página inicial y final.

  Ej.: Henny, R. (1995). Metapsicología de la violencia. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 19/20, 5-24.

11. Envío de trabajos y disquettes: Los trabajos deberán remitirse a: Manuel Hernanz Ruiz - c/. Heros, 19-6º D - 48009 Bilbao, o mhernanz@correo.cop.es, enviándose a vuelta de correo confirmación de la recepción.

12. Los autores recibirán un ejemplar de la revista cuando sea publicada su aportación.

SEPYPNA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

C./ Monte Esquinza, 24-4.º
28010 MADRID
Fax 91 319 24 61

D. .....,
licenciado en ....., especialista en .....,
con domicilio en (calle - plaza) ....., n.º .....,
ciudad ....., provincia ....., C.P. .....
Teléfono .....

Solicita su ingreso, en calidad de miembro (*) ..... , en la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, para lo cual es propuesto por los miembros:

D. ..... Firma,

D. ..... Firma,

Adjunta Curriculum vitae y documentos acreditativos.

....., a ..... de ..... de 20.....
Firma,

(*) Ordinario, Asociado.

Nombre y Apellidos .....
Dirección ..... C.P. .....
Banco o Caja de Ahorros ..... Agencia n.º .....
Calle ..... n.º .....
Ciudad ..... C.P. .....
Cuenta corriente o libreta de ahorros (indicar n.º complejo de cuenta c.c.c.

				.				.			.									

Muy señores míos:
Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar de mi Cuenta corriente/ Libreta de ahorros n.º ..... el importe de la suscripción anual a la **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE** ..... Firma,

Fe de erratas:

En el artículo “De la mirada al pensamiento”, escrito por María Esther Díaz Rodríguez, aparecido en el numero 45/46 correspondiente al año 2008, páginas 5-14, se cometió una errata y donde aparece el nombre del paciente como “P.”, debiera aparecer el nombre de Paco para facilitar una mejor comprensión del texto.