Botbol, Michel
Chamorro Salvat, Albert
Cota Piñeiro, María Del Carmen
Cryan, Glenda
Foelsch, Pamela A
Galán Rodríguez, Antonio
González, Francisca
Gubert, Mercé
Guzmán Sánchez, Marcela Fernanda
Jara, Ana Berta
Kernberg, Otto F
Lasa Zulueta, Alberto
March, Llorenç
Mardones Carrasco, Rodrigo Andrés
Monserrat Femenía, Alicia
Morral Subirà, Angels
Muñoz Guillén, Mayte
Murgui Mañes, Empar
Pedrón Giner, Consuelo
Pérez Crim, Elena
Perinotti, Alejandra
Pombo Ruiz, Janeth
Quiroga, Susana
Romero Carvajal, Marcela Alejandra
Sanz Herrero, Beatriz
Subirà Granados, Carmen
Tió, Jorge
Urpinas, Esther
Vilas, Teresa

N.º 51/52
1º y 2.º semestre

2011

XXIII Congreso Nacional de SEPYPNA "La Psicoterapia más allá del síntoma"

Barcelona - Octubre 2010

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:
Selene Editorial, S.L

Imprime:
Sorles
León

Director:
Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Directora adjunta:
Ainara González Villanueva (Bilbao)

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

OTTO F. KERNBERG
PAMELA A.FOELSCH
Modelo de la psicoterapia centrada en la transferencia en la modificación de adolescentes 7

ALBERTO LASA ZULUETA
Psicoterapia en los servicios públicos: utopía o realidad 41

MICHEL BOTBOL
Psicoterapia por el entorno con los adolescentes limítrofes: la empatía metaforizante del acto al sentido 55

JORGE TIÓ
La transgresión de la ley como síntoma : medidas judiciales y psicoterapia 66

ELENA PÉREZ CRIM
De la consulta a la psicoterapia de grupo 84

ALEJANDRA PERINOTTI
Iñaki: la des-ilusión del mito. la puerta a una nueva subjetividad..... 103

MAYTE MUÑOZ GUILLÉN
ALICIA MONSERRAT FEMENÍA
ESTHER URPINAS
TERESA VILAS
Sobre un síntoma actual: la violencia invisible 134

ALBERT CHAMORRO SALVAT
EMPAR MURGUI MAÑES
CARMEN SUBIRÀ GRANADOS
LLORENÇ MARCH
BEATRIZ SANZ HERRERO
CONSUELO PEDRÓN GINER
FRANCISCA GONZÁLEZ
ANA BERTA JARA
La intervención psicológica en acontecimientos traumáticos desde un centro de salud mental primaria 142

ANGELS MORRAL SUBIRÀ
Elementos de ayuda a la mentalizacion y focalizacion psicoterapéutica en dispositivos de hospitalización parcial para adolescentes 147

MERCÉ GUBERT
Las dificultades de la alimentación en la primera infancia. la necesidad de poner palabras 157

MARÍA DEL CARMEN COTA PIÑEIRO
JANETH POMBO RUIZ
Trastorno de deficit de atención con o sin hiperactividaduna categoría diagnóstica a debate 167

ANTONIO GALÁN RODRÍGUEZ
Terapia psicomotriz de formación psicodinámica 188

SUSANA QUIROGA
GLENDA CRYAN
Valoraciones de los tca vistos a través del test de rorscharch 195

MARCELA FERNANDA GUZMÁN SÁNCHEZ
RODRIGO ANDRÉS MARDONES CARRASCO
MARCELA ALEJANDRA ROMERO CARVAJAL
El enigma del síntoma y sus caminos en la psicoterapia psicoanalítica de niños y adolescentes: un caso clínico 201

Niños maltratados: ¿intervención sobre el contexto o sobre los vínculos? 216

Conceptualización teórica acerca de las denominaciones de la violencia juvenil 232

La depresión en niños y adolescentes en chile: apuntes para una psicoterapia de la depresión infantil desde un enfoque constructivista-evolutivo 264

N.º 51/52 2011 - 1º y 2.º semestre

Revista incluida en la base de datos bibliográfi cos 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)

MODELO DE LA PSICOTERAPIA CENTRADA EN LA TRANSFERENCIA EN LA MODIFICACIÓN DE ADOLESCENTES*

Otto F. Kernberg** y Pamela A.Foelsch, Ph.D***

La Psicoterapia centrada en la transferencia (TFP) está basada en el proyecto de investigación de psicoterapia de la Fundación Menninger (Kernberg et al., 1972) la cual indicaba que el tratamiento óptimo para pacientes con trastornos severos de la personalidad o "baja fortaleza yoica" era la psicoterapia psicoanalítica, con una interpretación sistemática de la transferencia en las sesiones y la provisión de tanto apoyo externo como el paciente necesitara fuera de las sesiones para permitir el desarrollo satisfactorio del tratamiento. En contraste, ni el tratamiento con el psicoanálisis clásico ni la modalidad de apoyo basada en principios psicoanalíticos eran efectivos. Sobre estas bases, en el Instituto de Trastornos de Personalidad de la Weill Cornell Medical College y en el hospital The New York, desarrollamos una psicoterapia psicoanalítica centrada en el principio de la interpretación sistemática de la transferencia y en el establecimiento de la estructura del tratamiento, incluyendo límites al encuadre cuando eran necesarios con el fin de proteger al paciente y al tratamiento de los acting outs severos prácticamente inevitables en el tratamiento con estos pacientes.

Los esfuerzos de aproximadamente quince años culminaron en el desarrollo de una psicoterapia psicoanalítica teorizada, Psicoterapia centrada en la

---

* Ponencia presentada en el XXIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título La Psicoterapia Más Allá del Síntoma tuvo lugar en Barcelona el 22 y 23 de octubre de 2010. Reconocido de interés Científico-Sanitario por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya (IES) y acreditado como Formación Continuada por la Universidad Ramon Llull y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP).
Traducida por Ainara González Villanueva. Psicóloga Servicio de Atención Temprana de ALTXA.
** Director del Instituto de Trastornos de la Personalidad del New York-Presbyterian Hospital. Profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Cornell University, NY. Analista Didáctico del Instituto Psicoanalítico de Columbia University Center for Psyhoanalytic Training and Research, NY. Ex presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional.
*** Profesor clínico asistente de psicología en la psiquiatría; Weill Medical College de la Universidad de Cornell Profesor Asistente Adjunto, Smith College School de Trabajo Social

Transferencia, que cumplía las características generales mencionadas anteriormente (Clarkin, Yeomans, y Kernberg, 2006). Probamos la posibilidad de entrenar a psicoterapeutas para llevar a cabo este tratamiento, y después de que se confirmaran una adherencia y competencias para llevarlo a cabo, realizar una serie de proyectos de investigación de psicoterapia que al principio, confirmaron la eficacia de este tratamiento en comparación con otros tratamientos. Se realizó después un estudio controlado y aleatorio comparando la TFP con la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) y con una psicoterapia de apoyo basada en el modelo psicoanalítico. Los tres tratamientos fueron teorizados y llevados a cabo por terapeutas que estaban convencidos de que era un modelo muy competente para llevarlo a cabo. Los resultados revelaron la eficacia de las tres formas de terapia, y mostraron diferencias significativas en relación al tratamiento de los síntomas suicidas y parasuicidas, para los cuales era más efectiva la TFP y la DBT que la psicoterapia de apoyo. TFP fue efectiva para reducir varios aspectos de conducta y afectos negativos en estos pacientes en comparación con otras modalidades (Kernberg et al., 2008).

A continuación presentaré un resumen de los principios básicos de la (TFP) aplicada a pacientes adultos y después presentaré una visión general sobre cómo se aplican estos principios en pacientes adolescentes que presentan trastornos graves de la personalidad, esto es, organizaciones de personalidad borderline. Esta visión representa una síntesis de nuestros esfuerzos por desarrollar una teoría integrada sobre la técnica de este tipo de psicoterapia especializada en adolescentes borderline, basada en cinco años de experiencia aplicando la TFP con estos pacientes. Primero, un breve resumen de la TFP en pacientes adultos:

Resumen de la TFP en pacientes adultos

Desarrollamos antes de nada, un gran rango de objetivos de tratamiento y sus correspondientes “estrategias de tratamiento”, la sistematización de las intervenciones en cada sesión como condición necesaria en el trabajo con pacientes borderline, o “tácticas de tratamiento”, y adoptamos instrumentos específicos del tratamiento psicoanalítico durante todo su curso, o “técnicas de tratamiento”. A continuación explicaremos estas estrategias, tácticas y técnicas del tratamiento.

Estrategias

Nuestro supuesto era que los pacientes con trastornos graves de la personalidad o con una organización borderline de la personalidad, padecen el

síndrome de la difusión de la identidad, esto es, una falta crónica y estable de la integración del concepto de sí mismo y de sus seres significativos, y que al final la causa del síndrome era el fallo en la integración psicológica como resultado de un predominio de relaciones de objeto internalizadas agresivas sobre las idealizadas (Kernberg, 2006). En un esfuerzo por proteger las partes idealizadas de sí mismos y las representaciones de objeto, el yo de estos pacientes fue fijado a un nivel de disociación primaria o mecanismos de escisión, reforzados con una variedad de operaciones defensivas primitivas anteriores al dominio de la represión, concretamente, la identificación proyectiva, la omnipotencia y control omnipotente, devaluación, negación e idealización primaria. La difusión de la identidad se refleja clínicamente en la incapacidad para formar un juicio preciso sobre sí mismo y sobre los demás en profundidad, para comprometerse en profundidad con el trabajo o profesión, para establecer y mantener relaciones íntimas estables y en la falta de sutileza de la comprensión y tacto en las situaciones interpersonales. Las operaciones defensivas primitivas, las cuales corresponden a pacientes con estructuras psicológicas escindidas y una difusión de la identidad, se manifiestan en sus conductas, y son un importante rasgo del inadecuado manejo de los afectos negativos y situaciones interpersonales conflictivas, contribuyendo fundamentalmente al caos y a la ruptura en la intimidad, en el trabajo, en la creatividad y en la vida social.

La estrategia principal de la TFP en pacientes con organización de la personalidad borderline consiste en facilitar la (re) activación en el tratamiento de relaciones de objeto internalizadas escindidas de naturaleza opuesta, persecutoria e idealizada, que son observadas e interpretadas en la transferencia. La TFP se lleva a cabo en sesiones cara a cara, un mínimo de dos veces a la semana y normalmente un máximo de tres. El paciente es instruido para llevar a cabo la asociación libre (de una manera detallada y precisa).

El terapeuta limita su rol a la cuidadosa observación de la activación de relaciones regresivas, escindidas en la transferencia, para ayudar al paciente a identificarlas y a interpretar su segregación debido la dificultad que tienen estos pacientes para reflexionar sobre su conducta y sobre las interacciones en las que se ven envueltos. La interpretación de estas relaciones de objeto escindidas está basada en el supuesto de que cada una de ellas refleja una unidad diádica de una representación de sí mismo, una representación de objeto y un afecto dominante ligado a ellas, y que la activación de estas relaciones duales determina la percepción que el paciente tiene del terapeuta, que ocurre con un rápido cambio de roles en la transferencia: el paciente se puede identificar con una representación primitiva de sí mismo mientras proyecta la correspondiente representación de objeto en el terapeuta, mientras que diez

minutos más tarde por ejemplo, el paciente se identifica con la representación de objeto y proyecta la representación de sí mismo en el terapeuta. El incluir la observación del yo del paciente en este fenómeno, prepara el camino para la interpretación de los conflictos que mantienen estas diadas y las correspondientes visiones de sí mismo y de los demás, separadas y exageradas. Hasta que estas representaciones no sean integradas, matizadas y moduladas, el paciente continuará percibiendo a los demás y a sí mismo de una manera exagerada, distorsionada y rápidamente cambiante.

La fluctuación o la distribución alternativa de los roles de cada diada tiene que ser diferenciada de la escisión entre diadas opuestas llevando cargas de afecto contrarias (idealizadas y persecutorias). El paso final de la interpretación consiste en conectar las transferencias disociadas positiva y negativa, llevando a una integración de segmentos de experiencia escindidos en idealizados y persecutorios con la correspondiente resolución de la difusión de la identidad. La interpretación de estas relaciones escindidas se produce en una secuencia de tres pasos.

Paso 1. Se trata de la formulación del total de las relaciones que parecen estar activadas en ese punto, usando declaraciones metafóricas para presentar la situación tan completa como sea posible de un modo que pueda ser entendida por el paciente, y de la clarificación de quién es el que representa un rol determinado en esa interacción. Los comentarios del terapeuta están basados en sus observaciones, en la utilización de su contratransferencia y en las clarificaciones que han sido encontradas en la experiencia de las relaciones del paciente en cada momento.

Paso 2. Consiste en la observación del intercambio de los roles correspondientes entre paciente y terapeuta, un paso extremadamente importante que permite al paciente a través del tiempo, entender sus identificaciones inconscientes tanto con la representación de objeto como con la representación de sí mismo, llevándole a una gradual conciencia de la mutua complementariedad de estos dos roles. El paso 2 es llevado a cabo a través de la clarificación y la confrontación de estos dos polos oscilantes de una diada determinada. Sin embargo, ya que las relaciones idealizadas y persecutorias que son activadas permanecen escindidas en diferentes diadas, el paciente se vuelve más capaz de reconocer la naturaleza extrema de la diada de cada una de ellas mientras mantiene la naturaleza escindida o disociada que separa todas las relaciones buenas de las malas. La comprensión de la motivación que le lleva a mantener estas diadas separadas es uno de los principales objetivos del trabajo interpretativo, el foco del siguiente paso.

Paso 3. Finalmente, consiste en la conexión interpretativa de las transfer-

encias disociadas positiva y negativa, del reflejo en la transferencia de las relaciones idealizadas y persecutorias, llegando de este modo a la integración de segmentos de experiencia escindidos (idealizados y persecutorios), a la correspondiente resolución de la difusión de la identidad y a la modulación de disposiciones afectivas intensas como euforia primitiva o afectos hipomaníacos que son integrados con sus correspondientes opuestos como miedo, persecución y agresividad. El tercer paso provoca una integración significativa de la identidad del paciente, una visión integrada de sí mismo (más compleja, rica y matizada que las representaciones escindidas y extremas), y la correspondiente visión integrada de los otros significativos reemplaza su previa naturaleza escindida. También se vuelve predominante la experiencia de afectos depresivos apropiados, reflejando así la capacidad de reconocer su propia agresividad que ha estado previamente proyectada o vivenciada como un afecto disfórico, con preocupación, culpa y con el deseo de reparar buenas relaciones dañadas en la fantasía o en la realidad.

El primer paso de esta secuencia comienza en la primera sesión de la terapia, y el segundo se da relativamente pronto después de las primeras semanas y meses del tratamiento. El tercer paso es el que caracteriza la mitad y las etapas más avanzadas de la psicoterapia. Al mismo tiempo, sin embargo, esta secuencia de tres pasos supone un proceso sumamente repetitivo. Algunas interpretaciones del tercer paso pueden darse relativamente pronto, y el primer, segundo y tercer paso pueden darse una y otra vez, primero se necesitan algunas semanas para desarrollar la secuencia entera, después se dan en algunas sesiones y en las etapas más avanzadas del tratamiento, los tres pasos pueden ser finalmente elaborados en el curso de una misma sesión.

La estrategia anteriormente mencionada, a saber, la resolución de la difusión de la identidad y la integración de las relaciones escindidas en idealizadas y persecutorias, es facilitada por el hecho de que los conflictos inconscientes se activan en la transferencia, mayoritariamente en la conducta del paciente, más que en la emergencia de experiencias subjetivas preconscientes que reflejen fantasía inconsciente. En el caso de la mayoría de pacientes borderline, la intolerancia a experiencias emocionales insoportables se expresa en la tendencia a sustituirlas por acting outs, y mediante la somatización, en otros trastornos de la personalidad (A. Green 1993). El hecho de que los conflictos primitivos se manifiesten en conductas disociadas más que en el contenido de la libre asociación es un rasgo fundamental en estos casos que facilita el análisis de la transferencia con una frecuencia relativamente baja de sesiones, mientras que la gran intensidad de esos conflictos facilita el análisis completo de estos desarrollos de la transferencia. Lo que es importante en esos casos es establecer muy claramente los límites y las condiciones de la

situación terapéutica para que una relación "normal" sea definida en la terapia y entre inmediatamente en contraste con las distorsiones en la relación terapéutica derivadas de la activación de transferencias primitivas. Esto lleva a la discusión del segundo aspecto importante del tratamiento: las tácticas usadas por el terapeuta en cada sesión que crean las condiciones necesarias para el uso de la interpretación y de otras técnicas de tratamiento.

Tácticas

Las tácticas son reglas de compromiso que permiten la aplicación de la técnica psicoanalítica de una forma distinta de la que corresponde a la naturaleza de los desarrollos de la transferencia en estos casos. Las tácticas son: 1) establecer el contrato terapéutico (encuadre), 2) elegir el tema prioritario para dirigir el material que el paciente presenta, 3) mantener un equilibrio apropiado entre, por una parte, la exploración de las visiones incompatibles de la realidad entre el paciente y el terapeuta en la preparación para la interpretación y por otra parte, el establecimiento de elementos comunes de una realidad compartida, y 4) regular la intensidad afectiva y proteger el mantenimiento de los límites en el tratamiento.

En el establecimiento de un contrato terapéutico inicial, además de los acuerdos habituales en un tratamiento psicoanalítico, las dificultades urgentes en la vida del paciente borderline que pueden amenazar su integridad psíquica o de supervivencia, la de otra gente o la continuidad del tratamiento, son todas asumidas y estructuradas para establecer condiciones que impliquen ciertas responsabilidades para el paciente y para el terapeuta bajo las cuales el tratamiento pueda ser llevado a cabo. Lo que es importante en estos acuerdos estructurantes en el comienzo del tratamiento es primero, que la estructura terapéutica elimina el beneficio secundario del tratamiento, y segundo que, en una situación donde es necesario establecer límites y restricciones para preservar la vida o el tratamiento el paciente, las implicaciones transferenciales de las restricciones o de los límites del setting tienen que ser interpretadas de inmediato. La combinación de los límites del setting y la interpretación del desarrollo correspondiente de la transferencia es una táctica esencial, altamente afectiva y a veces puede salvar la vida. Yeomans, et al (1992) han descrito en detalle las técnicas y vicisitudes del contrato inicial; y el manual de los aspectos técnicos de la TFP (Clarkin, Yeomans, and Kernberg, 2006) describe en detalle las prioridades para llevar a cabo la terapia.

En relación a la elección de cuál es el tema a dirigir en un determinado momento del material que trae el paciente a la sesión, la táctica más impor-

tante es la regla analítica general de que la interpretación tiene que realizarse donde el afecto sea más intenso: el afecto predominante determina el foco de la interpretación. El afecto más intenso puede ser expresado en la experiencia subjetiva del paciente, en la conducta no verbal, o a veces, en la contratransferencia, a pesar de que en la superficie parezca una situación completamente fría y desprovista de afecto (Kernberg, 2004). La atención simultánea que el terapeuta pone en la comunicación verbal del paciente, en la conducta no verbal, y en la contratransferencia permite diagnosticar cuál es el afecto dominante en ese momento (y su correspondiente relación de objeto activada en esa situación terapéutica). Todo afecto es la manifestación de una relación de objeto subyacente.

La segunda consideración importante en determinar la selección de lo que se va a interpretar es la naturaleza de la transferencia. Cuando el desarrollo del afecto principal coincide con el desarrollo de la transferencia es mas fácil determinarlo, pero hay veces en las que la mayor parte de afectos ocurren en condiciones extra transferenciales o en el mundo externo del paciente. Tal predominancia de afectos en el mundo externo del paciente, por supuesto, siempre tiene sus implicaciones en la transferencia; el foco, sin embargo tiene que empezar en la situación externa investida afectivamente, y solamente se llega a la interpretación de la transferencia cuando su desarrollo correspondiente claramente ocupa el centro de la presente interacción del paciente con el analista. Esta es una importante táctica derivada de las recomendaciones técnicas de Fenichel (1941) y refleja flexibilidad en esta propuesta la cual se centra simultáneamente en la transferencia y en el desarrollo de la vida externa de estos pacientes en cada momento.

Aún otra táctica se relaciona con algunas prioridades que deben ser tenidas en cuenta inmediatamente, esté el afecto dominante en sesión o no, aunque normalmente suela estar. Estas prioridades incluyen por orden de importancia: 1) conducta suicida u homicida, 2) amenazas a la ruptura del tratamiento, 3) acting outs severos en sesión o fuera de ella que amenacen la vida o el tratamiento del paciente, 4) falta de honradez, 5) trivializar el contenido de la sesión y 6) resistencias narcisísticas dominantes, que deben ser resueltas mediante el análisis consistente de las implicaciones en la transferencia del self grandioso patológico (Kernberg, 1984, Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2006). Cuando ninguna de esas prioridades parece dominante en la sesión, prevalece la táctica general del análisis de la transferencia y del afecto dominante.

Un importante aspecto de la táctica en el tratamiento es que supone condiciones de regresión severa, incluyendo explosiones de afectos, episodios micropsicóticos, reacciones terapéuticas negativas, y “realidades incompatibles”.

Hemos desarrollado enfoques técnicos específicos para estas situaciones; la descripción de los cuales excedería los límites de este resumen.

Al final, el enfoque general de la táctica, conlleva que el terapeuta mantenga en su cabeza en todas las ocasiones, la conciencia de los conflictos dominantes del paciente en la realidad de su situación vital: en el trabajo o profesión, en el amor y el sexo, en la creatividad y en la vida social; y que deje que la conciencia influya en su decisión con respecto a lo afectivamente dominante en un momento concreto de la sesión.

Técnicas

Mientras que las "estrategias" se refieren a los objetivos generales de largo alcance y su aplicación en el análisis de la transferencia, y las "tácticas" a intervenciones particulares en sesiones concretas del tratamiento, las "técnicas" se refieren a la aplicación general y consistente de instrumentos técnicos derivados de la técnica psicoanalítica. Los principales instrumentos técnicos de la TFP son los mencionados por Gill (1954) como las técnicas esenciales del psicoanálisis: la interpretación, el análisis de la transferencia, y la neutralidad técnica. Si el psicoanálisis consiste en facilitar la neurosis de transferencia regresiva y en la resolución de la neurosis de transferencia mediante la interpretación aislada, llevadas a cabo por el psicoanalista desde una posición de neutralidad técnica, la TFP puede ser definida en términos de su utilización técnica, por estos mismos tres instrumentos, un tanto modificados, sin embargo, como mencionaré más adelante, y con la importante contribución del análisis de la contratransferencia como un gran instrumento técnico adicional.

El uso de la interpretación se centra especialmente en las primeras fases del proceso interpretativo, concretamente, la clarificación de la experiencia subjetiva del paciente, (la clarificación de lo que está en la mente del paciente más que el clarificarle información), y la confrontación, en el sentido de atender con delicadeza a las incoherencias o contradicciones en la comunicación del paciente (entre lo que el paciente dice en un momento en contraste con otro, entre la comunicación verbal y la no verbal, o entre la comunicación del paciente y lo que nos evoca a nivel contratransferencial). Los aspectos de la conducta no verbal se vuelven extremadamente importantes en la psicoterapia psicoanalítica de trastornos severos de la personalidad. La interpretación per se, esto es, el establecimiento de hipótesis referidas a funciones inconscientes de lo que ha sido traído a sesión como valioso mediante la clarificación y la confrontación, sigue estas dos técnicas. La interpretación como una hipótesis sobre el significado inconsciente se refiere, en primer lugar, a la interpretación del significado inconsciente en "el aquí y el ahora", el "inconsciente presente"

(Sandler y Sandler, 1987), en contraste con interpretaciones genéticas que unen el significado inconsciente del "aquí y el ahora" con el supuesto significado inconsciente del "allá y entonces", que se vuelven importantes solo en las fases avanzadas del tratamiento de los trastornos severos de la personalidad. La interpretación, en definitiva, se aplica de forma sistemática pero con énfasis en sus etapas preliminares: la clarificación y la confrontación y la interpretación del "inconsciente presente".

El análisis de la transferencia difiere del análisis de la transferencia en el psicoanálisis clásico en que, como se mencionó anteriormente, está siempre estrechamente vinculado con el análisis de los problemas del paciente en la realidad externa, con el fin de evitar la disociación de las sesiones de psicoterapia de la vida externa del paciente. El análisis de la transferencia también incluye una preocupación implícita por los objetivos del tratamiento a largo plazo, lo cual no se trata en el psicoanálisis clásico salvo que surjan en la transferencia. En la TFP, una preocupación relativa a los problemas dominantes en la vida del paciente se refleja en la introducción ocasional de referencias a los conflictos principales que le llevaron al tratamiento o que han sido descubiertos en el transcurso del mismo, reapareciendo dichos conflictos en el tratamiento aunque no pertenezcan a la transferencia dominante en ese momento. Esta introducción de material "extra-transferencial" permite la valoración del terapeuta de que una operación de escisión importante está en proceso, protegiendo un conflicto importante en la vida externa del paciente desde la exploración en el tratamiento. Aquí la perspectiva del terapeuta de la situación global del tratamiento y de la situación total de la vida del paciente puede determinar el que introduzca un tema "arbitrariamente" (a veces, al menos en la mente del paciente) y después se centre en el desarrollo de la transferencia que ocurre como consecuencia de la introducción de ese tema. Aunque el análisis de la transferencia comience en la primera sesión, y en este sentido, tenga ciertas similitudes con la técnica kleiniana (por el énfasis en el análisis de la transferencia, en las defensas primitivas y las relaciones de objeto), se diferencia de ésta última en el uso de la realidad externa, y en cierta medida también del psicoanálisis de la psicología del yo.

La neutralidad técnica, como probablemente se haya hecho evidente a partir de lo dicho hasta ahora, es un punto de partida ideal dentro del tratamiento en general y dentro de cada sesión, pero a veces es necesario prescindir de ella debido a la urgente necesidad de establecer límites, o incluso en la introducción de un problema importante de la vida del paciente donde no parece una intervención neutral del terapeuta. Esta desviación de la neutralidad técnica puede ser indispensable para proteger los límites en la situación de tratamiento y para proteger al paciente del suicidio o de otras conductas auto-destructivas, y

requiere un enfoque particular con el fin de restaurar la neutralidad técnica una vez que ha sido abandonada. Lo que hacemos, siguiendo una intervención que claramente supone una desviación temporal de la neutralidad técnica (por ejemplo, controlando la acumulación de medicación cuando hay intenciones suicidas), es analizar las consecuencias transferenciales de nuestra intervención, hasta el punto en el que los desarrollos de la transferencia puedan ser resueltos y seguidos del análisis de las implicaciones transferenciales de las razones que forzaron al psicoanalista a desviarse de la neutralidad técnica. Por lo tanto, la neutralidad técnica fluctúa durante todo el tratamiento, pero se trabaja constantemente y se reintegra como el principal objetivo del proceso.

La utilización de la contratransferencia como un instrumento terapéutico importante ya ha sido mencionado como una fuente importante de información sobre temas afectivos que predominan en la sesión. La intensidad de la contratransferencia evocada por los pacientes con patología de carácter grave con las consecuentes conductas regresivas severas y los acting outs en la transferencia, requiere que el terapeuta esté permanentemente alerta a la evolución de su contratransferencia y que la pueda tolerar, incluso en condiciones de regresión significativa de las fantasías contratransferenciales y de impulsos de tipo agresivo, dependiente o sexual. La tolerancia interna de la contratransferencia permite su análisis en términos de la naturaleza de la representación de uno mismo o la representación de objeto que es proyectada en el terapeuta en ese momento, facilitando la interpretación completa de la relación diádica en la transferencia, por lo que la contratransferencia es utilizada en la mente del terapeuta para aclarar la transferencia. Es importante que la contratransferencia no se exprese directamente al paciente, sino que se trabaje en las interpretaciones de la transferencia. En este sentido, la TFP sigue estrictamente los criterios de análisis típicos de la psicología del yo, de los kleinianos, de la escuela inglesa independiente y de los enfoques franceses. A veces, los acting out parciales de la contratransferencia son inevitables, y el terapeuta tiene que ser honesto en reconocer la realidad de lo que su conducta muestra al paciente, sin sobrepasar esta comunicación con “confesiones” determinadas por la culpa o negando la realidad de un comportamiento que se ha hecho evidente al paciente. Esto, en esencia, no es diferente de lo que la técnica psicoanalítica clásica esperaría del analista, exceptuando que la gran intensidad y la naturaleza dominante de la información contratransferencial es característica del proceso de la TFP en trastornos severos de la personalidad.

Estos son entonces los elementos esenciales de las técnicas de la TFP. También es necesario decir que la frecuencia de las intervenciones interpretativas, a cualquier nivel de regresión, es alta en comparación con la interpretación de la transferencia en psicoanálisis. Como A. Green (2000) ha señalado, la

evitación de asociaciones traumáticas lleva a los pacientes borderline a saltar de un tema a otro, expresando así su “posición fóbica central” y puede parecer desconcertante para un analista acostumbrado a esperar el desarrollo gradual de un tema específico en la libre asociación, lo que conduce a aclarar el tema que está siendo explorado. Aquí, la espera de una progresiva profundización en la asociación libre es inútil por el salto defensivo de un tema a otro, algo que también se relaciona con las operaciones de escisión que afectan todo el lenguaje del paciente (Bion, 1968).

El enfoque técnico correspondiente de la TFP consiste en un esfuerzo por interpretar rápidamente la implicación de cada uno de los fragmentos que surgen en las sesiones, con la intención de establecer una continuidad por el carácter de las intervenciones interpretativas que gradualmente establecen una continuidad en sí mismas. Este enfoque puede ser comparado con el trabajo interpretativo en los sueños, donde la interpretación de los fragmentos aparentemente aislados del contenido manifiesto del sueño lleva gradualmente al contenido latente del sueño que establece una continuidad entre los elementos aparentemente dispares del contenido manifiesto.

Indicaciones y Contraindicaciones

La indicación general para la TFP es para pacientes con una organización límite de la personalidad, es decir, para aquellos que presentan una difusión severa de la identidad, graves crisis en el trabajo y en las relaciones íntimas, en su vida social y con síntomas específicos relacionados con su particular trastorno de la personalidad. Esta indicación incluye a la mayoría de los trastornos de personalidad con funcionamiento borderline como el trastorno límite de la personalidad per se, los casos más graves del trastorno histriónico de la personalidad, trastornos de la personalidad paranoide, trastornos esquizoides, trastornos narcisistas de la personalidad que funcionan en un nivel borderline manifiesto, (es decir, los que tienen todos los síntomas del trastorno borderline y del narcisista al mismo tiempo) y los pacientes funcionando en un nivel límite con las típicas complicaciones severas de estos casos, siempre que dichas complicaciones puedan ser tratadas primero y controladas. Éstas incluyen alcoholismo, drogodependencias, trastornos graves de la alimentación, particularmente la anorexia nerviosa severa, y los pacientes con conducta antisocial, pero no con una personalidad antisocial propiamente dicha (aquellos que no tienen una indicación de tratamiento psicoterapéutico en absoluto), los trastornos esquizotípicos e hipocondrias graves. En todos los casos, primero evaluamos si el psicoanálisis puede ser el tratamiento de elección, incluso en los trastornos severos de la personalidad como es el caso de muchos trastornos

histriónicos de la personalidad. El amplio espectro de los trastornos graves de la personalidad, los cuales por lo general sufren además de ansiedad crónica, depresión, somatización, síntomas fóbicos, y reacciones disociativas, son óptimos candidatos para TFP. De este modo se amplía el rango total de pacientes que pueden ser tratados con un enfoque basado en el psicoanálisis.

Las principales contraindicaciones incluyen, como se mencionó anteriormente, la personalidad antisocial propiamente dicha y algunos pacientes narcisistas con rasgos antisociales severos, así como los pacientes mentirosos compulsivos que tienen afectada su capacidad para la comunicación verbal con una pseudología fantástica dominante: en resumen, los mentirosos compulsivos severos que tienen una capacidad limitada para una comunicación honesta y que hacen muy complicada la resolución de estas transferencias psicopáticas. En contraste, los pacientes con conducta agresiva, provocativa y con conductas sociales irresponsables, que sin embargo, son aún capaces de experimentar un cierto grado de lealtad y de investir la amistad y el trabajo, son óptimos candidatos para la TFP.

Otra gran contraindicación es el inevitable beneficio secundario de la enfermedad, proporcionado por las ayudas sociales económicas, las viviendas de apoyo, ayudas económicas proporcionadas a muchos pacientes con trastornos severos de la personalidad, quienes, desafortunadamente son tratados como si fueran pacientes esquizofrénicos crónicos, y cuya capacidad para llevar una vida parasitaria dependiendo del estado o de las familias ricas se convierte en un objetivo prioritario a conseguir. Los pacientes sin vida social, reducida a estar en su habitación durante años viendo la televisión y yendo a la deriva también tienen un pronóstico reservado, aunque en muchos casos puedan ser tratados si existe un adecuado contrato terapéutico. Los pacientes deben tener un coeficiente intelectual normal para someterse a la TFP.

Hay pacientes en los que una cantidad excesiva de agresión autodirigida expresa la auto-destrucción como objetivo importante en la vida y en los que los deseos de destruirse a sí mismos pueden ser más poderosos que los deseos de vivir y ser tratados. Algunos de estos pacientes pueden ser reconocidos antes de que comience el tratamiento, otros sólo durante su curso, aunque una larga serie de intentos de suicidio graves y una larga historia de lo que parece casi una destrucción deliberada de las oportunidades de la vida puede ser signo de esta condición. Lo mismo es cierto para pacientes con el grado más grave de la reacción terapéutica negativa, la cual refleja una profunda identificación con un objeto de malos tratos, y pacientes con el síndrome del narcisismo maligno, donde la auto-destrucción implica el único triunfo posible sobre un mundo externo de otro tipo envidiado que no sufre como ellos. Muchos de

los pacientes con contraindicaciones para la TFP pueden tener una indicación de psicoterapia de apoyo, un tema que va mas allá del ámbito de esta comunicación pero sobre el que nuestro Instituto de Trastornos de Personalidad (Rockland, 1992, Appelbaum, 2006) ha contribuido significativamente. Esto completa el resumen de la TFP para los pacientes adultos.

Psicoterapia Centrada en la Transferencia con Adolescentes:

Lo que sigue es la descripción del principio general de la TFP en pacientes adolescentes. Seguiremos la misma organización del resumen de la TFP para los pacientes adultos, refiriéndonos en primer lugar a las estrategias del tratamiento, después a las tácticas y por ultimo, a las técnicas.

Estrategias

Al igual que en el caso de los adultos, el principal objetivo del tratamiento y las estrategias correspondientes se centran en la resolución del síndrome de difusión de la identidad, en la integración del concepto de sí mismo y del concepto de los otros significativos, y en ese contexto, en la integración de afectos extremos escindidos y el correspondiente logro de la modulación y la maduración de las respuestas afectivas.

Aquí, un problema importante en el diagnóstico es la diferenciación entre el síndrome de difusión de la identidad y la crisis de identidad en la adolescencia. Las crisis de identidad se refieren a las disociaciones frecuentes, de duración limitada, entre la percepción que el adolescente tiene de sí mismo por una parte, y la percepción que tiene la familia y el medio social en general de ese adolescente, sin comprender totalmente las profundas transformaciones internas que ocurren como parte de la pubertad y de la adolescencia. La falta de confirmación de la percepción de sí mismo en las interacciones con los otros significativos, puede provocar un sentimiento de alienación y confusión en los adolescentes que, sin embargo, presentan una visión integrada de su self actual y de los otros significativos. Los conflictos adolescentes en torno a la dependencia regresiva y la afirmación rebelde de la autonomía pueden transmitir una imagen de inestabilidad emocional y de conflictos interpersonales, que, sin embargo, no corresponde al síndrome de difusión de la identidad. En el caso de la difusión de la identidad, hay una falta general de integración del concepto de sí mismo que se refleja en experiencias contradictorias de sí mismo que no pueden ser reconciliadas, en serias distorsiones en la visión de los otros significativos, en el típico desarrollo de una marcada escisión, en relaciones de objeto idealizadas y persecutorias y extremas oscilaciones en la autoestima. La presencia de una identidad integrada la vemos en la capa-

cidad del adolescente para describir un estado interno de confusión desde la perspectiva de una visión implícita integrada de sí mismo y de los miembros mas importantes de su familia a pesar de la agitación y los conflictos en sus relaciones, en la presencia de un buen sistema integrado de valores morales y éticos, en el compromiso con los ideales mas allá de objetivos egoístas, en la capacidad para establecer amistades en profundidad con sus iguales, en un buen funcionamiento en la escuela y en la evidencia de la capacidad para tener un amor romántico.

El síndrome de la difusión de la identidad se refleja en serias discontinuidades en el concepto de sí mismo y en la evaluación irreal y con distorsiones afectivas en las relaciones con personas significativas, en el fracaso significativo en la vida social en la escuela y en el rendimiento académico, en las relaciones en el hogar, en la seria disociación entre el comportamiento sexual y la intimidad emocional y en el desarrollo de conductas antisociales.

Una tarea importante en el tratamiento es la resolución de la difusión de la identidad y el desarrollo de una identidad normal. Este objetivo, sin embargo, no debe confundirse con la suposición de que, lo que el adolescente borderline necesita es ayuda para desarrollar una madurez emocional normal ya que la estrategia de tratamiento debería ayudar al adolescente a encontrar los marcadores normales de tiempo apropiados para la maduración de su identidad. Es la resolución del síndrome de la difusión de la identidad lo que permitirá al adolescente reanudar una evolución de su desarrollo normal y no las tareas educativas y los esfuerzos del terapeuta. En resumen, un cuidadoso diagnóstico es la condición previa esencial para la indicación del tratamiento, y la evaluación debe incluir la valoración de la personalidad del adolescente y de su estructura familiar, del funcionamiento del adolescente en la escuela y en sus relaciones sociales, para que así todas las conductas, todas las interacciones y todas las influencias ambientales tanto protectoras como las potencialmente traumatizantes puedan ser valoradas.

La activación de las relaciones de objeto significativas en la transferencia que lleva a la posibilidad de diagnosticar relaciones escindidas idealizadas y persecutorias en la activación de las representaciones del self y del objeto en las constelaciones de la transferencia y contratransferencia, es más compleja y difícil de evaluar que en el caso de los pacientes borderline adultos. Con frecuencia, los primeros desarrollos de la transferencia estarán caracterizados por ser inespecíficos, por actitudes estereotipadas en el paciente, representando la visión convencional del adolescente confrontada con su correspondiente visión de los adultos representada por el terapeuta, de modo que debe invertirse mucho tiempo en transformar tales conductas e interacciones

defensivas y estereotipadas en otras significativamente personalizadas. Particularmente, con adolescentes con acting outs de rebeldía, el terapeuta puede ser tentado a mostrar un acuerdo con el paciente o ser empujado a convertirse en un adulto más crítico. Una posición de neutralidad técnica es esencial y a la vez compleja. Requiere explicar con detalle de una manera abierta y directa los límites de la situación de tratamiento y su razón de ser al paciente y a los padres, y de una labor educativa activa y paciente con los padres por el hecho de que son ellos quienes continúan manteniendo la completa autoridad fuera de las sesiones de tratamiento. El terapeuta puede proporcionar recomendaciones en relación con algunas interacciones problemáticas en casa, pero no asume ninguna autoridad ejecutiva en este sentido. La completa discusión de todos los temas relacionados con la autoridad en las reuniones conjuntas con el paciente, los padres y el terapeuta deberían permitir una clarificación gradual de la posición de neutralidad técnica del terapeuta y permitir la comprensión del desarrollo de las reacciones transferenciales del paciente.

El fuerte predominio de operaciones defensivas primarias centradas en la escisión, la identificación proyectiva, la negación, el control omnipotente, y la primitiva idealización y devaluación, además de las frecuentes somatizaciones, facilita la expresión de transferencias dominantes a personas fuera del tratamiento, y requieren que el terapeuta evalúe cuidadosamente estos desplazamientos transferenciales, clarificándolos en detalle antes de referir sus comentarios interpretativos directamente a la relación con el terapeuta mismo.

La exploración cuidadosa de las percepciones que tiene el paciente sobre los otros significativos, ayudándole a reflexionar sobre el por qué otras personas pueden reaccionar del modo en el que lo hacen y cómo las reacciones del paciente a las conductas percibidas de los otros puede ser entendida y verbalizada, proporciona un material preparatorio importante para la interpretación de la identificación proyectiva y del acting out en la transferencia.

La exploración tolerante de la importancia de los desarrollos en la transferencia, en concreto de los acting outs de las transferencias negativas en las sesiones, incluyendo una “desintoxicación” explorando las implicaciones fantasiosas del acting out transferencial, proporciona un espacio importante para una resolución interpretativa gradual de las transferencias dominantes y de la marcada escisión entre las transferencias idealizadas y las paranoides hacia el terapeuta.

El potencial para los serios acting outs transferenciales, reflejado en la ausencia en las sesiones, en los esfuerzos por parte del paciente de interrumpir la terapia o en conductas provocativas en casa dirigidas a enfrentar al terapeuta con los padres, necesita ser analizado en las sesiones y controlado

con esfuerzo para mantener la estructura y los límites del tratamiento, y tratar activamente con las complicaciones emocionales y los acting outs que se desarrollan por parte de los padres.

La transformación analítica de la visión defensiva del paciente de un terapeuta como un ser indiferenciado, como un "agente pagado" por los padres, o como un idealizado "luchador por la libertad" que está contra ellos, en reconstrucciones específicas de conflictos inconscientes dominantes edípicos o preedípicos del pasado, será enormemente reforzada por la continua activación de las reacciones transferenciales del paciente a través de los mismos padres, que a su vez tendrán que ser liberadas de la frecuente visión rígida y estereotipada del paciente adolescente.

Quizás la mayor dificultad en la profundización del análisis estratégico de las relaciones dominantes idealizadas y persecutorias y su disociación mutua en la transferencia, se presenta en los pacientes con un trastorno narcisista de la personalidad, en particular con aquellos con una tendencia a la conducta antisocial. Cuando una conducta antisocial significativa amenaza al adolescente con una expulsión de la escuela o con su implicación en procedimientos legales, un encuadre estructurante y controlado en casa y en la escuela puede ser un correlato indispensable para la posibilidad de explorar los conflictos correspondientes en el tratamiento. El terapeuta, como siempre, tiene que ser "moral pero no moralista", y explorar la conducta antisocial en su dinámica y en particular, en los riesgos auto-destructivos. Cuando por otra parte, se da una severidad excesiva e incluso se toman sádicas medidas drásticas sobre una conducta del paciente por parte de los padres, de la escuela, o de otras autoridades, el terapeuta tomando una posición en términos de lo que parecerían las expectativas realistas del adolescente, podrá expresar sólo aparentemente un abandono de la neutralidad técnica.

La neutralidad técnica implica una equidistancia del ello, del superyo, del acting ego, y de la realidad externa, y la identificación no sólo con la parte observable del yo del paciente, sino con los valores humanos generales que favorecen y apoyan la vida, el respeto por el individuo, la salud física y el bienestar emocional. En el caso de patologías narcisistas sin una conducta antisocial significativa pero con la activación característica en la transferencia de un self grandioso omnipotente y devaluador patológico y el acting out de la grandiosidad de un self destructivo en casa, en la calle y en la escuela, la relación entre el self grandioso patológico y la escisión de una parte del self devaluada y humillada del paciente puede determinar un patrón de transferencia dominante negativa por un extenso período de tiempo, con solo una muy gradual emergencia de la capacidad para la dependencia normal en la transferencia. Aquí el objetivo estratégico del tratamiento, durante un largo tiempo, puede ser

limitado a la resolución gradual de tal self grandioso patológico.

En algunos casos, la presencia de un beneficio secundario de la enfermedad complica la situación de tratamiento, agrava el pronóstico y requiere de la colaboración de padres y escuela para mantener su estructura. Por ejemplo, los adolescentes que están “muy ansiosos” para ir a la escuela, pero son felices yendo de fiesta con sus amigos; o, en otros casos, una imperante pasividad general y los esfuerzos de obtener privilegios “debido a sus dificultades emocionales” proporcionan al adolescente una motivación para aferrarse a los síntomas y a las dificultades. Aquí, la ayuda del terapeuta a los padres de un control apropiado de la estructura y las condiciones del tratamiento es apropiada, siempre y cuando las condiciones del tratamiento sean explicadas pacientemente en sesiones combinadas paciente-padres-terapeuta, y la reacción transferencial del paciente a la intervención del terapeuta haya sido totalmente explorada.

Cuando la grave difusión de la identidad y la correspondiente escisión es poco a poco superada en los desarrollos de la transferencia, las sesiones pueden llegar a ser más diferenciadas en sus implicaciones emocionales y los acting outs disminuyen. Las graves confusiones en las sesiones mientras la vida externa del adolescente se normaliza son un buen indicador del progreso en los esfuerzos estratégicos del terapeuta.

Tácticas

Como se mencionó anteriormente, las tácticas se refieren a intervenciones concretas que requieren desarrollos específicos en las sesiones y en general, las principales tácticas descritas en la TFP con pacientes adultos se aplican también a los pacientes adolescentes borderline. A continuación presentamos algunos problemas en las tácticas especialmente relevantes para el trabajo con adolescentes.

El contrato terapéutico para el tratamiento es complejo, requiere de acuerdos que involucran a los padres y a veces a la escuela e incluso a las autoridades legales, además del contrato directo con el paciente. El hecho de que los padres sean los que suelen pagar el tratamiento, les da el derecho a ser informados sobre si su inversión está justificada y si el tratamiento debería continuar. Los padres también necesitarán llevar a cabo controles significativos de la vida del adolescente fuera de las sesiones en relación a la escuela, a la vida social, la calle, y a la familia y amigos del adolescente. Los adolescentes borderline tienden a evocar fuertes reacciones emocionales en su familia que influirán en sus reacciones transferenciales hacia el terapeuta, y representan una elevada influencia en el tratamiento por los acting outs en la transferen-

cia del paciente involucrando a su familia. El acting out de las disposiciones transferenciales por los padres puede influir en su voluntad y capacidad para colaborar con el tratamiento en términos de facilitar la asistencia del adolescente a las sesiones, siendo responsables en lo relacionado con los acuerdos económicos, y llevando a cabo de común acuerdo la estructuración de la vida del paciente fuera de las sesiones.

Como se mencionó anteriormente, la autoridad del terapeuta está limitada por los límites espaciales de su oficina; lo que pasa fuera, puede desencadenar su consejo o asesoramiento, pero no es su responsabilidad. El establecimiento regular de reuniones conjuntas con el paciente y los padres, por ejemplo, cada tres meses o con más frecuencia si el caso lo requiere, debería permitirles tratar muchos de los problemas que surgen. Por ejemplo, la tendencia de algunos padres a abandonar sus responsabilidades dejando al paciente en manos del terapeuta; o bien, padres que puedan sentir envidia o resentimiento por la influencia del terapeuta en su niño, amenazados por el potencial del terapeuta minando su autoridad o porque el terapeuta no está compartiendo sus valores éticos y morales particulares en la intervención con su hijo. En el caso de pacientes de sexo femenino, los padres pueden prohibir estrictamente cualquier conducta sexual-mientras el paciente actúa su rebelión con relaciones sexuales sin protección, por lo que el terapeuta tendrá que ayudar a los padres a encontrar una manera más efectiva de relacionarse con su hija con el fin de protegerla de un embarazo o de enfermedades de transmisión sexual.

Los padres pueden necesitar ayuda con los pacientes narcisistas en sus esfuerzos de de control omnipotente en casa y con acting outs severos en casa o en relación a la escuela. A veces los conflictos entre los padres pueden ser expresados en su falta de claridad en relación a la ayuda para el tratamiento, la responsabilidad de la asistencia del paciente, el pago, y la responsabilidad de ambos de asistir a las reuniones con el terapeuta y el paciente. A veces se puede hacer la sugerencia de que los padres vayan a terapia de pareja, en el caso de padres separados o divorciados, todas estas dificultades pueden llegar a ser aún mayores.

Otro tema importante en la etapa del contrato es la cuestión de la confidencialidad, cómo son manejados los “secretos” de los pacientes y de la familia como fuentes de información de garantía. El principio general debería ser que toda la información relacionada con el paciente y sus fuentes debería ser compartida con él mismo. Todo el material de las sesiones del terapeuta y el paciente es confidencial, con la excepción de los temas en los que el terapeuta considere esencial contactar con alguien más para proteger al paciente y al tratamiento. En este último caso, el paciente debe ser informado sobre la

intención del terapeuta, con el fin de ofrecer la posibilidad de una discusión completa de ese tema antes de que el terapeuta proceda. Es necesario destacar que en todos esos casos, sería responsabilidad del terapeuta indicar por qué considera que tal acción es esencial para proteger la posición social del paciente, su salud física, su bienestar psicológico e incluso su supervivencia. Por supuesto, esto es especialmente relevante en pacientes que presentan conductas crónicas suicidas o parasuicidas, donde la responsabilidad del terapeuta, del paciente y de la familia tiene que ser claramente explicada.

En general, si el suicidio es una manifestación de una depresión severa, por supuesto debe ser tratado. Si, por el contrario, es una intención suicida de base caractereológica ligada al trastorno de personalidad pero no un reflejo de la depresión, la creación del contrato con el paciente y la familia requiere explicar con detalle que la responsabilidad de la conducta del paciente fuera de las sesiones es suya, y en cierta medida de la familia, pero no del terapeuta. El paciente tendrá que asumir la responsabilidad del contrato o bien controlando sus impulsos y discutiéndolos en las sesiones, o bien, buscando ayuda en el servicio de urgencias de un hospital psiquiátrico o general en el caso de que crea que no pueda controlar los impulsos suicidas hasta la próxima sesión prevista con el terapeuta. Esta difícil cuestión es explorada en detalle en el texto de Yeoman's et al (1992). Un aspecto importante en la evaluación diagnóstica inicial y en el establecimiento de un marco terapéutico es la evaluación de en qué medida la patología del paciente es agravada por la patología de la familia, y en qué medida el tratamiento del núcleo familiar tiene que ser parte del régimen general del tratamiento. Aquí nuevamente es esencial una evaluación cuidadosa de la familia y del entorno social del paciente.

Otro de los aspectos tácticos de la TFP en el tratamiento con adolescentes es atender a lo que está pasando en las sesiones. Los pacientes son animados a hablar con libertad sobre lo que les viene a la mente durante la sesión, con instrucciones detalladas sobre las asociaciones libres que pueden ser repetidas de vez en cuando, en las etapas tempranas del tratamiento cuando los silencios prolongados dominan la sesión. La gestión de la interpretación de los silencios es similar a la utilizada con pacientes adultos, en el sentido de que se estimula al paciente a hablar y si permanece en silencio, el terapeuta presenta reflexiones provisionales sobre las posibles razones que impiden al paciente hablar con libertad. Aquí, es importante que el terapeuta no trate de "adivinar" lo que está en la mente del paciente sino que exprese claramente los pensamientos provisionales acerca de posibles explicaciones para esa conducta, que serán confirmados o desconfirmados por lo que diga el paciente, seguido de un período de espera para una respuesta del paciente y una nueva estimulación posterior si el paciente continúa en silencio. Si esta estimulación

no produce ningún cambio, entonces la reacción de “silencio” del paciente ante los esfuerzos del terapeuta puede ser interpretada como parte de lo que está sucediendo en la sesión, y después se continúa el ciclo de estimulación, de espera, de interpretación, de espera, de estimulación, etc, por lo que poco a poco se interpreta el significado de la comunicación no verbal. Normalmente es una manera efectiva de abordar los silencios y de explorar sus implicaciones en la transferencia.

La frecuente estimulación del paciente en términos de lo que son sus reacciones a lo que está pasando en la sesión y de lo que ha sido discutido, y sus pensamientos sobre lo que ha pasado en la sesión, sirve para estimular al paciente a explorar su propia experiencia y la experiencia de las intervenciones del terapeuta en la sesión. Tras los esfuerzos interpretativos del terapeuta, se le cuestiona al paciente cuál es su comprensión del por qué el terapeuta ha dicho lo que ha dicho. La repetición de ciertos temas en este “circuito reflexivo” puede reducir aparentemente la cantidad de material que se puede tratar en cada sesión, pero de hecho, aumenta las posibilidades para ayudar al paciente a tomar conciencia de sus estados mentales y de los procesos mentales del terapeuta, el proceso de “mentalización”. En el proceso, el terapeuta puede evaluar las representaciones del self y las representaciones de objeto del paciente, sus proyecciones, la intensidad de la activación del afecto, la medida en la que la cognición del paciente está enmarcando su experiencia afectiva y dar evidencia del desarrollo de la capacidad reflexiva y de empatía del paciente.

En la TFP con adolescentes se hace un mayor énfasis en la atención de su realidad externa, dónde se sitúa el adolescente en relación a sus tareas de desarrollo. ¿Cómo esta yendo en la escuela, en casa, en su vida social y en relación a su bienestar personal? En adolescentes borderline que están enganchados a las drogas, al alcohol, con conductas autolesivas y en los cuales se produce un abandono de su autocuidado en su vida diaria es necesaria una cuidadosa evaluación de esas conductas y una evaluación continua de las implicaciones de los acting outs en la transferencia. El análisis de la transferencia y la consideración de la realidad externa tienen que estar estrechamente vinculados. En este sentido, como se ha mencionado anteriormente, la constante conciencia del terapeuta sobre los problemas dominantes en la relación del adolescente con la realidad, ayuda a traer esas cuestiones en momentos en los que las turbulencias transferenciales y contratransferenciales parecen dirigir el foco del tratamiento casi exclusivamente en lo que está pasando en las sesiones.

Puede ser especialmente importante centrarse en la vida erótica del adolescente, un área que supone un tabú cultural en términos de comunicación

entre adolescentes y adultos, y que puede surgir en sesión sólo bajo sutiles formas indirectas en conductas eróticas, en contratransferencias eróticas, y en una clara discrepancia entre la conducta erotizada del paciente por un lado, y la ausencia total de información relacionada con las experiencias y conductas eróticas en su vida externa, por el otro. Por la misma razón, la realidad externa puede ser destacada estando abiertos a que los adolescentes traigan su diario a sesión, a la insistencia de que el terapeuta vea a sus amigos, que atienda actuaciones escolares en las que participe el paciente y estudie sus creaciones artísticas. Aquí es importante subrayar que el terapeuta no está actuando como un "experto" en cultura, sino que está interesado en la implicación psicológica de la productividad literaria y artística del adolescente.

Como se mencionó anteriormente, muchas tácticas son similares a las utilizadas en la TFP con adultos. Estas incluyen: la importancia de establecer contratos terapéuticos y, en ese contexto, el asegurar un encuadre que proteja al tratamiento y la expresión de la transferencia de los peligrosos acting outs, de las amenazas al tratamiento y al paciente mismo, y que considere la realidad particular del adolescente en relación a sus interacciones en casa, en la escuela y en la calle. Dentro de cada sesión, la selección del material que va a ser explorado depende de lo que es predominante en el afecto del adolescente, si no está claro, de lo que predomina en la transferencia y si tampoco estuviera claro, de lo que predomina en la contratransferencia. Al mismo tiempo, la conciencia de los problemas en la realidad que son dominantes en la vida del adolescente permite al terapeuta intervenir sobre esos temas incluso en las sesiones en las que el afecto predominante, transferencia y contratransferencia no aparecen claramente.

Las prioridades para las intervenciones derivadas de señales de peligro que anulan el criterio general para seleccionar el material que será explorado son también similares a las de los adultos: en primer lugar, la amenaza a la vida, concretamente las conductas o intentos suicidas; segundo, la amenaza al tratamiento representada por la negación a asistir a las sesiones así como por indicios indirectos de que los pacientes y la familia están considerando su interrupción; tercero, engaños en las sesiones que indica un predominio de transferencias "paranoides-psicopáticas" que necesitan ser exploradas. En general, los engaños crónicos tienen una alta prioridad para la elaboración durante un período prolongado de tiempo en algunos casos, y regularmente revelan transferencias paranoicas subyacentes: para abrirse a "confesar" ciertos problemas que el paciente teme, crearía el riesgo de represalias o castigos por parte del terapeuta, de los padres, o de otras autoridades. En cuarto lugar, los acting outs severos dentro y fuera de las sesiones suelen indicar el dominio afectivo en ese tema, y necesita ser explorado en la transferencia. Quinto,

trivialización: a veces, la única cosa que el terapeuta puede diagnosticar es que el contenido de las sesiones parece trivial; no hay una activación afectiva particular ni afecto "congelado", las manifestaciones de la transferencia y las disposiciones de la contratransferencia están relativamente calmadas y la pregunta que puede hacerse con el adolescente es: ¿de qué estamos hablando? ¿cuál es la importancia de todo esto?, ¿estamos dejando de lado problemas importantes? En otras palabras, la técnica del "circuito reflexivo" (reflejando la interacción reciente) puede ser usada para interpretar las funciones defensivas de la trivialización.

El manejo de las transferencias eróticas puede presentar una dificultad en términos de ponerse de manifiesto en las reacciones contratransferenciales mientras el adolescente se esfuerza en evitar cualquier referencia a sus fantasías o conductas eróticas. El señalar con tacto las implicaciones eróticas de la conducta del adolescente en la sesión, y su contraste con la ausencia de referencia a las experiencias eróticas fuera de las sesiones, como si un aspecto importante de la experiencia del paciente estuviera desaparecido puede llevar el tema a una exploración completa. Aquí, una discusión directa y abierta de los temas sexuales en un contexto no erotizado y sin adoptar una posición de un "superyó" que critique ni estimule la rebeldía de la "libertad sexual", permite la apertura de este área importante en la experiencia vital del adolescente, incluida la dificultad para hablar de sus inhibiciones sexuales, de conductas y fantasías sexuales polimorfas, confusiones y ansiedades sobre sus deseos o inhibiciones sexuales.

El desarrollo de explosiones de afecto es una complicación particularmente frecuente y un reto en la táctica del tratamiento con adolescentes. El paciente debería ser libre para expresar sus afectos en la sesión, siempre y cuando no haya una agresión física al terapeuta o a la oficina, ni conductas sexuales inapropiadas durante las sesiones, y el volumen de su voz sea contenido. Es importante para el terapeuta responder en términos afectivos que correspondan con la activación afectiva del paciente, evitando los gritos y las expresiones afectivas impulsivas. En el caso de evoluciones opuestas, con una inhibición y congelación afectiva severa, el terapeuta tiene que estar preparado para interpretar gradualmente las implicaciones transferenciales de ese desarrollo. A veces, el congelamiento afectivo es una defensa contra una posible explosión de afectos.

Una de las principales tareas tácticas a veces, es analizar sistemáticamente los acting outs tanto fuera como dentro de las sesiones, con el fin de transformarlos en una experiencia de contención cognitiva emocional que pueda ser compartida y explorada conjuntamente en las sesiones. De la misma manera,

la transformación de una somatización grave en esa experiencia que puede ser explorada en al transferencia es una aplicación de ese mismo principio. Los procesos de escisión en los adolescentes, toman frecuentemente la forma de una disociación entre los acting out severos por un lado, y las reacciones afectivas “no relacionadas”, ansiedad y depresión, por el otro. Por ejemplo, un adolescente puede presentar por un lado fallas graves en la escuela y negligencias graves que lo amenazan con el fracaso escolar, y no tener preocupación ni conciencia sobre ello, y, por otro lado presentar pesadillas, sueños aterradores y una ansiedad inexplicable sin ningún contenido aparente. Aquí, la principal tarea es la superación de la escisión de los acting outs y sus correspondientes afectos, a menudo vinculados con otras operaciones defensivas como la negación severa de los posibles efectos destructivos de sus conductas de acting out, y de la promulgación inconsciente de la culpa por la competencia, la asertividad o la gratificación sexual.

Los sentimientos de culpa inconscientes relacionados con conflictos edípicos frecuentemente son condensados con fuentes de agresión preedípicas en torno a la dependencia y el abandono. Mientras el adolescente puede ser capaz de avanzar en el establecimiento de una relación de amor romántico en el cual tiene experiencias sexuales gratificantes, inconscientemente tiene que pagar un precio por el fracaso en otras áreas de su vida, y se hace evidente en afectos que no pueden remontarse directamente a ninguna experiencia consciente. Es extremadamente útil preguntar siempre a los adolescentes por las personas a quienes les comunican que se sienten ansiosos y deprimidos sin saber por qué, en relación a desarrollos conductuales aparentemente desconectados, que pueden ofrecer las claves para el conflicto inconsciente correspondiente. A veces, el uso de una narración metafórica por parte del terapeuta contando una historia concreta que pone de manifiesto el conflicto que ha sido disociado en la separación entre afectos y acting out, puede permitir al adolescente darse cuenta de cuál es el problema en esa historia, y ser capaz de aplicarlo a sí mismo.

Puede darse una situación difícil concretamente con aquellos adolescentes que combinan el engaño en las sesiones, lo que llamamos “transferencias psicopáticas”, con un desarrollo paranoico y acting outs, y con múltiples secretos distribuidos entre los miembros de la familia, amigos, y la red escolar. El terapeuta, a su vez, recibe información “secreta” y una intensa preocupación de la familia. En tales condiciones, es importante mantener un contacto permanente con la familia, mantener una comunicación abierta con el paciente sobre la información que el terapeuta ha recibido, y hacer preguntas sobre la información que él crea que le ha sido ocultada. El paciente puede salir de la sesión enfurecido, o los padres pueden estar enfurecidos con el niño o

con el terapeuta, como una “desesperada” protección contra las supuestas amenazas relacionadas con esos “secretos”. Es importante dar al adolescente la opción de elegir si quiere participar en la sesión con sus padres enfurecidos o prefiere que el terapeuta esté solo con ellos primero y después con todos, y los padres pueden volverse reacios a permanecer firmes demandando que sus hijos asistan a las sesiones.

En estos casos, la comunicación abierta puede verse potenciada por la inclusión en momentos de crisis de visitas al hogar por un “tercero”, un trabajador social, un profesor, u otro miembro de la familia. A veces, los esfuerzos por estructurar la situación familiar por medio de un trabajador social puede ayudar a estabilizar la situación antes de continuar trabajando. Es importante diferenciar claramente el trabajo social psiquiátrico como apoyo a la psicoterapia, de la “terapia familiar” que de hecho, puede ser contraindicada en el caso de muchos adolescentes borderline, en donde la individualidad y la capacidad para funcionar fuera del hogar tiene preferencia. A veces, la terapia familiar puede tener efectos regresivos en el paciente y dividir la transferencia. Por el contrario, el trabajo social psiquiátrico sofisticado, con una buena coordinación entre el trabajador social y el terapeuta puede restaurar o mantener la estructura del tratamiento en peligro.

Los silencios persistentes en las sesiones pueden ser una contraparte de los acting outs violentos fuera de las sesiones y el terapeuta puede usarlos para señalar que “eso le recuerda a algo” de lo que está sucediendo en otros aspectos de la vida del paciente. Es útil llevar toda la información que el terapeuta ha recibido del paciente en los comienzos de la sesión, para disponer del tiempo suficiente para escuchar la reacción del paciente a esta información, preguntar su punto de vista, y explorar todas sus implicaciones. En condiciones de transferencias paranoides importantes, de engaño y de silencios extensos, el énfasis constante en la conducta no verbal puede ser muy útil para continuar trabajando en los desarrollos transferenciales y contratransferenciales dominantes, interpretando en primer lugar, las razones por las cuales la discusión de los conflictos correspondientes parece ser tan peligrosa. La secuencia general de : conducta manifiesta/defensiva---motivación de esa defensa--- impulso contra el que se necesita la defensa, representa el principio dinámico de la interpretación, completando el principio económico de la atención del contenido afectivo predominante en las sesiones.

Un problema de táctica importante es el desarrollo de las reacciones terapéuticas negativas, es decir, la sensación por parte del paciente de estar peor cuando en realidad se están dando desarrollos positivos importantes. Estas reacciones tienen que ser diferenciadas de las transferencias negativas. Una

causa de la reacción terapéutica negativa son los sentimientos inconscientes de culpa por la mejora, y otra muy importante, típica en personalidades narcisistas, es la envidia inconsciente de la capacidad del terapeuta para ayudar al paciente; el tipo de reacción terapéutica negativa más grave es la identificación inconsciente del paciente con un objeto sádico, maltratado, concretamente en los casos de adolescentes severamente traumatizados quienes han desarrollado las fantasías de que sólo quien les hace sufrir realmente está interesado en ellos. Otra causa de una aparente reacción terapéutica negativa puede reflejar la reacción de algunos padres de no ser capaces de tolerar la mejoría del paciente.

En pacientes con conductas suicidas crónicas el hecho de que la TFP se centre en la responsabilidad del paciente tanto para ir al hospital como para controlar la conducta suicida hasta que pueda ser discutida en la próxima sesión, puede ser difícilmente tolerado por los padres. Aquí, las reuniones frecuentes con los padres y el paciente para explicar la razón del mantenimiento de la neutralidad técnica y para compartir las responsabilidades para la supervivencia del paciente y su integridad física con el mismo paciente, pueden proporcionar un espacio para las explicaciones completas del enfoque del terapeuta.

Como se mencionó anteriormente, el desarrollo de la disociación entre el comportamiento sexual y la capacidad para establecer relaciones amorosas íntimas, puede crear un problema significativo en el caso de algunos adolescentes, siendo aún más complicado por el peligro de embarazo y de enfermedades de transmisión sexual. Las principales tareas terapéuticas aquí son esclarecer la condensación de cuestiones edípicas con agresión preedípica y la expresión de la sexualidad como reflejo de necesidades de apego más que como la integración de ternura y erotismo. Un ejemplo frecuente es la búsqueda de una paciente adolescente de una relación dependiente con un chico entrando en una relación sexual que es percibida y llevada a cabo mecánicamente o como una forma de expresar la culpa inconsciente por la rabia al rechazo. Algunas niñas con serias limitaciones en su capacidad para las relaciones sociales se convierten deseables para los chicos durante la pubertad por sus dotes sexuales. Estas dificultades les empujan a experiencias sexuales precoces decepcionantes, confusas y traumáticas, que requieren del trabajo terapéutico para facilitar la integración de la conducta sexual y de la capacidad para intimar, con sus implicaciones en el desarrollo edípico.

Las complicaciones del tratamiento derivadas de la comorbilidad con trastornos de la alimentación, abuso y dependencia de drogas y alcoholismo, son similares a las de los adultos en TFP. Los trastornos en la alimentación pueden

requerir paralelamente un control médico y de la dieta, y reeducación; el abuso de drogas y alcohol debe ser diferenciado de la dependencia a sustancias y ser tratado anterior o simultáneamente al tratamiento de TFP. Si el terapeuta experto en TFP es al mismo tiempo experto en el tratamiento de la dependencia a las drogas o al alcohol, estos tratamientos deben ser combinados, de lo contrario, nuestra experiencia nos dice que es preferible que el paciente adolescente sea tratado primero con la desintoxicación y la rehabilitación, y solo después inicie el tratamiento en TFP. En el caso de abuso de drogas o alcohol sin dependencia, la TFP debería ser capaz de explorar y realizar un trabajo interpretativo sobre las funciones de los acting outs de abuso de sustancias.

En el caso de reacciones disociativas, es importante diferenciar los trastornos severos de la personalidad de las trastornos por estrés postraumático. Aquí, mucha confusión innecesaria se puede derivar por una sobrextensión del concepto de los trastornos por estrés postraumático, que idealmente debería estar reservado para el típico síndrome que se desarrolla de los primeros seis meses hasta los tres años después de un trauma intenso. El abuso físico, el abuso sexual, y las vivencias crónicas de abuso físico o sexual pueden ser factores etiológicos importantes en el desarrollo de trastornos severos de la personalidad pero tienen que ser diferenciados claramente de un trastorno por estrés postraumático propio, ya que el tratamiento es completamente diferente. En el último caso, el tratamiento consiste en la posibilidad de volver a experimentar en varias ocasiones la situación traumática en un entorno terapéutico controlado y seguro que permita su trabajo y elaboración gradual, a menudo con la combinación de un tratamiento psicofarmacológico ansiolítico o antidepresivo. Por el contrario, cuando el abuso sexual o físico es un factor etiológico importante en el tratamiento de los trastornos severos de la personalidad, se refleja por lo general en la doble identificación inconsciente con la víctima y el agresor, y ambos tipos de relaciones de objeto escindidas internalizadas necesitan ser desarrolladas en la transferencia con el fin de resolverlas gradualmente dentro de la estrategia general de la integración de la identidad.

La manifestación de acting out agresivos severos en la transferencia, transferencias sadomasoquistas, y el “síndrome de arrogancia” (una combinación entre arrogancia, “pseudoestupidez” y curiosidad) requieren de la misma técnica de elaboración completa y de un trabajo a través de la transferencia negativa en un contexto de clara protección de los límites de la situación terapéutica, y de la protección del paciente y del terapeuta de cualquier expresión de agresión dañina no contenida.

El tratamiento de las reacciones disociativas sigue el principio general de la resolución estratégica de la escisión severa del self y de las representacio-

nes de objeto. Cada estado disociativo se explora como la activación de una relación concreta entre el self y la representación de objeto, y la mutua disociación de los estados disociativos contradictorios es analizada en términos de un esfuerzo defensivo por escindir las relaciones de objeto primitivas idealizadas de las persecutorias. Los esfuerzos de los pacientes por que cada estado disociativo pueda ser tratado como separado totalmente, no relacionado con ningún otro estado emocional, experiencia o conflicto de su vida, pueden aumentar la ansiedad y la intensidad del afecto negativo ante cualquier interpretación integrativa, que a su vez, puede necesitar ser interpretada como el miedo a llevar a la vez el amor y el odio, las expectativas ideales y la profunda frustración y resentimiento. El trato respetuoso al paciente, como la misma persona en todos sus estados disociativos contribuye de forma importante a la tolerancia y finalmente a la resolución de estas condiciones.

El último aspecto importante sobre las tácticas en las intervenciones del terapeuta es el uso tanto como sea posible, del propio lenguaje del adolescente para referirse a sus experiencias afectivas y sus relaciones sociales. Si el adolescente usa un lenguaje con implicaciones desconocidas para el terapeuta y parece tener una función defensiva sin dejar claro qué es exactamente lo que está implicado en esa verbalización, conviene preguntar al paciente qué quiere decir cuando utiliza cierta expresión, y expresar la voluntad del terapeuta para después formular las experiencias afectivas en el lenguaje del adolescente. Esto puede ser muy útil para ayudar al adolescente a abrirse a una mayor exploración de sus experiencias afectivas.

Técnicas

Las técnicas de la TFP en adolescentes son las mismas que las descritas en los adultos, pero con diferencias en relación a su intensidad, la dimensión temporal y el respectivo predominio de algunos de estos enfoques técnicos. Como se mencionó anteriormente, estas técnicas derivan de la técnica psicoanalítica, y han sido descritas y organizadas específicamente en el manual de la TFP. Incluyen la interpretación, el análisis de la transferencia, la neutralidad técnica, y el análisis de la contratransferencia. Me referiré en lo que sigue, a las modificaciones particulares en el empleo de estas técnicas en comparación a las utilizadas con adultos.

Interpretación:

Las etapas de la interpretación incluyen: 1) clarificación, es decir, la clarificación de la comunicación del paciente, intentando encontrar los límites de la

conciencia del self del paciente antes de contribuir con observaciones adicionales del terapeuta; 2) confrontación, esto es, explorar discretamente con el paciente las manifestaciones de su conducta no verbal; 3) interpretación per se, esto es, la formulación de una hipótesis en relación a las implicaciones inconscientes de lo que ha sido clarificado y confrontado: primero, de los significados inconscientes en el "aquí y el ahora" y sólo después, de los significados inconscientes correspondientes en el "allí y el entonces".

En la TFP con adolescentes, la clarificación adquiere una especial importancia y es un técnica extensa que se da prácticamente en cada sesión. La técnica de explorar "en bucle" lo que el paciente piensa sobre lo que se ha dicho, sobre la reacción del terapeuta, dónde se sitúa el paciente en relación a lo que ha dicho…todo ello implica una clarificación en el sentido de que es una exploración de la conciencia sobre el preconsciente y el inconsciente del estado mental del paciente. Es una técnica esencial que conduce a una "mentalización", esto es, a una comprensión más clara del estado afectivo del self y de los otros como una motivación del desarrollo afectivo. Como mencioné anteriormente, la clarificación incluye aspectos significativos de la vida del paciente fuera de las sesiones, y la utilización de expresiones del paciente que se derivan de fuentes como diarios o producciones literarias, dibujos, y la descripción detallada por su parte de sus amigos y gente importante de su entorno. Los deseos entusiastas del adolescente para hablar sobre todas las experiencias que ha tenido fuera de las sesiones conducen a narrativas detalladas, en las cuales las reacciones y reflexiones del paciente pueden ser exploradas.

Igualmente, la confrontación se convierte en una técnica muy importante, concretamente en las primeras etapas del tratamiento. La atención en la conducta del paciente en las sesiones, el invitar al paciente a explicar lo que le llamó la atención del terapeuta, e invitarle a reflexionar sobre sus propias actitudes mientras está desarrollando un relato en la sesión, son maneras importantes de explorar las disposiciones de la transferencia. Sin embargo, no conducen necesariamente a una interpretación de la transferencia inmediata, sino más bien a relacionar lo que se desarrolla en la sesión con las conductas del paciente fuera de las sesiones, lo que facilita el análisis de las disposiciones de la transferencia expresadas a través de terceros antes de la interpretación directa de la transferencia. La confrontación, también puede convertirse en una técnica importante en el caso de un beneficio secundario importante, que puede ser vigorosamente confrontado y resuelto para no convertirse en un obstáculo importante para el progreso del tratamiento. Aquí, las razones por las cuales el terapeuta cuestiona los fallos del paciente para llevar a cabo sus deberes, fumando marihuana en lugares peligrosos, llevando a cabo conductas sexuales peligrosas, y lo que puede hacerse para evitar que todo ello dañe

al adolescente, puede requerir vías delicadas para preservar la neutralidad técnica, teniendo que abandonarla con el fin de proteger al tratamiento y al paciente.

En relación a la interpretación, como he mencionado anteriormente, se inicia con mucho cuidado con interpretaciones extra transferenciales, con intentos provisionales de conectar el contenido de las diferentes sesiones estableciendo una continuidad de los contenidos que originariamente han podido presentarse escindidos. Las interpretaciones siguen una combinación de principios económicos y dinámicos. El principio económico, como mencioné anteriormente, se refiere a lo que predomina afectivamente en cada sesión, y esta exploración de lo que es afectivamente predominante deriva de la valoración por parte del terapeuta de la comunicación verbal y no verbal, y de la contratransferencia. De hecho, la atención constante a estas tres fuentes de información resulta especialmente importante en adolescentes, donde en las primeras etapas del tratamiento gran parte de la información se obtiene por la conducta no verbal y por las reacciones contratransferenciales del terapeuta. Por lo tanto, el afecto predominante podrá obtenerse a veces por medio de las comunicaciones verbales del paciente, pero con la misma frecuencia a través de la comunicación no verbal y de la contratransferencia.

El principio dinámico de la interpretación se refiere a la necesidad de interpretar desde la superficie a la profundidad, desde los lados defensivos del conflicto a los impulsivos, un principio general de la técnica psicoanalítica que se vuelve especialmente importante en los adolescentes dado el riesgo de los pacientes que reciben cualquier información nueva por parte del terapeuta como un “lavado de cerebro” autoritario. Es importante empezar con observaciones comunes entre el paciente y el terapeuta con respecto a la realidad de un cierto hecho que el terapeuta después podrá desarrollar en mayor profundidad. Si para empezar, no hay ningún elemento común de pensamiento o apreciación en relación a un tema que el terapeuta considera importante, la interpretación podrá comenzar simplemente compartiendo con el paciente su punto de vista particular sobre ese tema, expresándole la creencia de que él puede tener otro distinto y que está interesado en compartir con el paciente el hecho de que hay dos puntos de vista potencialmente incompatibles sobre ese tema. En general, el análisis de las funciones defensivas de un conflicto concreto antes de las más profundas e impulsivas, se ve facilitado por el hecho de que las operaciones defensivas están más cerca de la conciencia que aquellas disociadas, proyectadas o reprimidas. La formulación del aspecto defensivo, de su motivación, y solo después, contra lo que se está defendiendo, puede ser facilitado por un estilo de comunicación abierto y provisional del pensamiento del terapeuta, siempre compartiéndolo como algo que debe ser exami-

nado de la misma manera que la declaración del paciente. Todo lo dicho, hace de la interpretación un proceso lento, o mejor dicho, supone un largo proceso de preparación que sólo culmina con la hipótesis sobre el hipotético significado inconsciente una vez que hay abundante evidencia en el camino de que la interpretación ha sido ya tratada.

Análisis de la transferencia:

Como en el caso de los adultos, es importante analizar la transferencia positiva y la negativa para evitar que con el fuerte predominio de la transferencia negativa típica en los casos de trastornos severos de la personalidad, el terapeuta transmita la impresión al paciente de que "es malo". Esto resulta especialmente importante en el caso de las transferencias narcisistas severas, con su tendencia a desestimar y a devaluar todas las sugerencias del terapeuta. Señalar, por ejemplo, la capacidad del paciente de ser abiertamente crítico con el terapeuta como una forma de enfatizar los aspectos positivos de la valentía de sus comentarios, puede ayudar al paciente que sin embargo siente que está siempre en relación con un terapeuta crítico.

La interpretación de la transferencia, como acabo de mencionar, suele comenzar con una exploración significativa del desplazamiento de la misma a figuras externas. La interpretación de la transferencia en relación al terapeuta mismo puede comenzar como una invitación al paciente para que exprese fantasías y acciones en la sesión sobre sus experiencias o sobre lo que piensa acerca del terapeuta. Es importante fomentar el marco cognitivo acerca de los sentimientos del paciente en este sentido, en términos del nivel de desarrollo del mismo. El terapeuta puede realizar un puente apropiado desde el juego a lo verbal, a una comunicación simbólica de los significados de la experiencia del paciente y su interacción. La sugerencia del terapeuta al paciente de que las conductas de acting outs como la somatización pueden, a veces, expresar sentimientos que el paciente no se atrevería a expresar a través del terapeuta, representa otro puente para llevar estas manifestaciones a un contexto verbalizado, afectivo y simbólico.

El principio estructural de la interpretación tradicionalmente se refiere a la valoración de cuál es el agente del modelo tripartito de la mente que está en conflicto con el otro, en otras palabras, las relaciones entre el yo, el superyó, el ello y la realidad externa. La cuestión es, qué agente está en el lugar de la defensa y cuál es el que está en el lugar del impulso correspondiente. En el caso de pacientes con trastornos de la personalidad severos y una difusión de la identidad, los conflictos entre los investimentos libidinales, los agresivos, positivos y negativos y entre las experiencias afectivas de amor y odio se ex-

presan en su mayoría en la dinámica de las relaciones de objeto escindidas internalizadas, que, en el caso de los pacientes con una identidad normal, se convierten en los componentes, respectivamente, de la organización tripartita. De este modo, en los pacientes que estamos considerando, las defensas y los impulsos son expresados respectivamente en relaciones de objeto internalizadas disociadas, de modo que una relación idealizada con el terapeuta puede tratarse de una defensa contra una relación persecutoria, y esa misma relación de objeto persecutoria puede emerger con una función defensiva contra otra posible relación de objeto internalizada positiva que se vuelve impulsiva en otro momento. El aspecto estructural de las interpretaciones en estos casos por lo tanto, es equivalente a la consideración de cuál es la relación de objeto dominante en la transferencia en ese momento, y la organización gradual del self y de la representación de objeto de esa relación y su intercambio en la transferencia. Finalmente, el conflicto entre el impulso y la defensa es resuelto entre las relaciones transferenciales idealizadas y persecutorias.

En el caso de regresiones paranoides severas los desarrollos de la transferencia pueden aparecer a un nivel en el cual la prueba de la realidad está perdida temporalmente. El paciente puede desarrollar alucinaciones o transferencias ilusorias transitorias. En este caso, se aplica el mismo método desarrollado en la TFP para pacientes adultos, concretamente, el análisis de las "realidades incompatibles" en la transferencia. El terapeuta tendrá que sugerir, desde una posición de neutralidad técnica, que el paciente y él están en ese punto viviendo obviamente en realidades incompatibles, y que eso necesita ser tolerado y comprendido en términos de lo que la significación del tema es, como si no fuera posible decidir donde miente la realidad.

Neutralidad técnica:

Me he referido anteriormente a la neutralidad técnica como una intervención desde una posición que es equidistante a los conflictos internos del paciente, como el punto de vista de un "tercero en exclusión". La neutralidad técnica no implica una objetividad fría, rechazante o desinteresada, sino una manera cálida, preocupada y objetiva de ver los conflictos internos del paciente. Es una posición esencial para el terapeuta con el fin de ser capaz de analizar los desarrollos de la transferencia. Esto no supone la falta de reacciones contratransferenciales positivas o negativas, incluso de reacciones contratransferenciales intensas, siempre que las intervenciones del terapeuta se den en un punto en el que haya recuperado su objetividad interna.

La neutralidad técnica, como en el caso de los pacientes adultos, debe ser abandonada temporalmente cuando la estructura del tratamiento se ve amen-

azada, cuando los acting outs severos amenazan al tratamiento o la vida del paciente, o de otra gente. En ese caso, el terapeuta deberá intervenir con un encuadre limitado, y tiene que estar preparado para continuar durante un período de tiempo con la exploración completa de las razones por las cuales ha tenido que abandonar su neutralidad y del significado de los conflictos que son activados en este contexto, conduciendo todo ello a la reinstauración gradual de la interpretación analítica de la neutralidad técnica. La estructuración y las intervenciones de limitar el encuadre que implican al hogar del paciente, a la escuela y a su vida social, pueden crear importantes e inevitables complicaciones a los esfuerzos del terapeuta por restablecer su posición de neutralidad técnica. Bajo condiciones donde la conducta sexual del paciente, el abuso de drogas o alcohol, o los problemas con la ley requieran de energéticas intervenciones de los padres, y éstas puedan ser complicadas por las autoridades, con incluso conductas sádicas por su parte, los esfuerzos del terapeuta por mantener la estructura del tratamiento son especialmente difíciles, y serán necesarios grandes esfuerzos para diferenciar sus intervenciones de la conducta autoritaria de los padres. El cuidadoso equilibrio entre el respeto por la privacidad de la conducta sexual del paciente y la protección de su expresión dañina, manteniendo a su vez la confidencialidad mientras se permanece entre los límites de las disposiciones legales, son importantes desafíos que tienen que ser enfrentados por el punto de vista de lo que son los mínimos movimientos fuera de la neutralidad técnica que protege el bienestar del paciente y la viabilidad del tratamiento.

Contratransferencia:

La severidad de los acting outs del paciente dentro y fuera de las sesiones puede provocar fuertes reacciones contratransferenciales, aquellas que tienen que ver con el paciente y con el riesgo de que el tratamiento sea interrumpido por conductas en él que no sean toleradas por los padres, provocando reacciones hostiles contra el terapeuta. El rechazo y la intensa y consistente devaluación de las intervenciones del terapeuta en el caso de los pacientes con un trastorno severo de la personalidad narcisista pueden, durante un período de tiempo, perturbar seriamente la seguridad del terapeuta, aumentar los intensos sentimientos de fracaso y las tentativas de interrumpir el tratamiento y provocar el riesgo de perder la visión de los signos de cualquier manifestación transferencial positiva. Los deseos del paciente de mantener una relación de dependencia con el terapeuta, pueden perderse, a pesar de sus constantes ataques. Las contratransferencias eróticas hacia pacientes seductores pueden perturbar al terapeuta más que las contratransferencias correspondientes a las

evocadas por pacientes adultos, provocando profundas prohibiciones edípicas contra la activación intergeneracional del deseo sexual. Obviamente, el terapeuta necesita tolerar estas experiencias dentro de sí mismo con el fin de observarlas y comprenderlas en su totalidad, no debe actuarlas ni comunicárselas directamente al paciente, sino utilizarlas como material para usarlo en las interpretaciones de la transferencia. La preparación general de terapeuta para estar alerta del riesgo de la adopción de una actitud seductora de "luchador de la libertad" a través del paciente o la de convertirse en un policía para padres incompetentes debería proveer un marco general para ayudar al terapeuta a mantener una postura objetiva en relación a sus tentaciones contratransferenciales.

Hay veces que el tratamiento es bloqueado. Puede haber semanas de "incomprensión", o de un gran sentido de desesperanza que interfiere con el trabajo activo de la transferencia y la contratransferencia. Tolerar esos periodos con franqueza, para compartir a veces con el paciente la impresión de que el tratamiento se ha quedado paralizado, puede abrir nuevas líneas de información sobre la transferencia y la contratransferencia. Hay muchos adolescentes con severas tendencias autodestructivas y con la tendencia inconsciente a destruir a aquel que intenta echarles una mano, como en la autodestrucción del síndrome del narcisismo maligno, las cuales pueden limitar seriamente la efectividad del tratamiento. Tenemos que aceptar que no todo el mundo puede ser ayudado con este tratamiento o incluso con tratamiento en general. Los principales indicadores pronósticos correspondientes a los pacientes adultos, son la capacidad restante del paciente para aprovechar las relaciones de objeto, la ausencia de rasgos antisociales y de un beneficio secundario, la inteligencia y disponer de un potencial demostrado para el funcionamiento creativo en algunas áreas. Un entorno familiar que apoye puede ser el principal factor positivo que contribuya al mantenimiento del tratamiento con un adolescente muy perturbado.

La integración efectiva del autoconcepto del paciente y de su concepto de sus otros significativos, esto es, el desarrollo de una identidad normal del yo correspondiente al desarrollo normal de la fase adolescente facilitará el relanzamiento de un crecimiento psicológico normal. Mostrará que los aspectos óptimos de la TFP no son los esfuerzos educativos o reeducativos, sino la restauración de la libertad interna del adolescente para hacer crecer y desarrollar relaciones creativas en el trabajo, el amor, la amistad y en la vida social.

BIBILIOGRAFIA

1. Appelbaum, A.H. (2006). Supportive Psychoanalytic Psychotherapy for

Borderline Patients: an Empirical Approach. In: The American Journal of Psychoanalysis, Vol. 66, No. 4.

2. Bion, W.R. (1968). Second thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis. New York: basic Books.
3. Clarkin J.F., Yeomans F.E., Kernberg OF (2006). Psychotherapy for Borderline Personality:Focusing on Object Relations. Washington, DC: American Psychiatric.
4. Fenichel, O. (1941). Problems of Psychoanalytic Technique. Albany: Psychoanalytic Quarterly, Inc.
5. Gill, M. (1954). Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. Journal of American Psychoanalytic Association 2:771-797.
6. Green, A. (2000). La position phobique centrale. In La Pensée clinique. Paris : Editions Odile Jacob.
7. Kernberg, O.F. (1984). Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven: Yale University Press. _____. (2004). Aggressivity, narcissism, and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship: New developments in the psychopathology and psychotherapy of severe personality disorders. New Haven, CT: Yale University Press. _____. (2006). Identity: Recent findings and clinical implications. Psychoanalytic Inquiry, 75:969–1004.
8. Kernberg, O.F.; Yeomans, F.E.; Clarkin, J.F.; Levy, K.N. (2008). Transference Focused Psychotherapy: Overview and Update. In International Journal of Psychoanalysis, 89: 601-620.
9. Rockland, L.H. (1992). Supportive Therapy for Borderline Patients: A psychodynamic Approach. New York: The Guilford Press.
10. Sandler, J., and A.M. Sandler. (1987). The past unconscious, the present unconscious, and the vicissitudes of guilt. International Journal of Psychoanalysis 8:331-341.
11. Yeomans FE, Selzer MA, Clarkin JF (1992). Treating the Borderline Patient: A Contract- based Approach. New York, NY: Basic Books.

PSICOTERAPIA EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS: UTOPÍA O REALIDAD*

Alberto Lasa Zulueta**

COMENTARIOS SOBRE DOS ARTÍCULOS ESTADOUNIDENSES RECIENTES ([1,2])

Empezaré por justificar porqué caigo en la servidumbre, tan habitual en los tiempos actuales que parece obligatoria, de recurrir a apoyarme en referencias procedentes de artículos estadounidenses.

Trato al hacerlo, en primer lugar, de rebatir una idea muy extendida: la de que lo que nos llega de USA es todo lo que se piensa en USA. Sostengo la idea opuesta: lo que recibimos es el resultado de una importación sesgada, que selecciona de forma interesada los artículos que sostienen ideas más satisfactorias para quienes la realizan.

Por eso conviene rescatar opiniones que defienden, con el rigor científico que los tiempos exigen, posiciones distintas a las más divulgadas habitualmente.

Así, el artículo de J. Shelder - y de ahí su importancia - rebate la creencia generalizada sobre la ausencia de evidencia empírica a favor de los conceptos y tratamientos psicodinámicos, así como la de que otras formas de tratamiento presentan superior eficacia. Para ello hace una revisión exhaustiva [3] de los

---

* Ponencia presentada en el XXIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título La Psicoterapia Más Allá del Síntoma tuvo lugar en Barcelona el 22 y 23 de octubre de 2010. Reconocido de interés Científico-Sanitario por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya (IES) y acreditado como Formación Continuada por la Universidad Ramon Llull y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)

** Psiquiatra. Jefe del Servicio de Salud Mental Infanto Juvenil de Uribe. Osakidetza. Servico Vasco de Salud.

[1] SHEDLER J. (2010). The efficacy of psycodynamic psychotherapy. American Psychologist, vol 65, 2, 98-109. Traducido en INFOCOPLINE.

[2] THOMAS R. INSEL(2009). Nacional Institute of Mental Healt. Bethesda, Maryland.USA. "Disruptive insights in psychiatry: transforming a clinical discipline". The Journal of Clinical Investigation, vol 119 (4), 700-705

[3] Revisión que incluye 18 estudios de meta-análisis, la mayoría realizados entre los años 2003 y 2009, que, a su vez, revisan 41 meta–análisis y mas de 700 estudios de evaluación comparativa de la eficacia de la psicoterapia general, la cognitivo-conductual, la psicodinámica y los fármacos antidepresivos en diferentes cuadros clínicos.

estudios realizados para evaluar su eficacia, tanto a corto como a medio-largo plazo, concluyendo que hay "evidencia empírica disponible" que demuestra que:

- Es eficaz en un amplio rango de situaciones clínicas o problemas (depresión, ansiedad, trastornos somatomorfos, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de sustancias, trastornos de la personalidad)
- Que lo es no solo a corto sino también a medio-largo plazo
- Tiene elevada eficacia para ciertos trastornos de la personalidad (en especial pata los trastornos límite-borderline), superando a la que obtiene la terapia conductual dialéctica
- Varios estudios confirman una eficacia equivalente en varios tipos de terapias; con respecto a otras, Shedler señala que *"la literatura empírica existente sobre la psicoterapia psicodinámica presenta limitaciones a mejorar: metodología de la evaluación; escasez de estudios empíricos…"*.

Aunque Shelder no lo hace, probablemente porque considera que no merece la pena perder el tiempo en ello, podemos preguntarnos porque opta por la denominación "psicoterapia psicodinámica" en vez de "psicoanalítica". Seguramente en la cultura "psi" estadounidense no tiene gran vigencia la escrupulosidad con que en ciertos medios psicoanalíticos europeos se manejan ambos términos. Me refiero a opiniones que reivindican la "pureza" y el mayor rango terapéutico "del verdadero psicoanálisis", entendiendo como tal la cura-tipo ("sólo un verdadero análisis cura"), frente a lo que suelen considerarse "formas menores" de psicoterapia "que sólo consiguen parches adaptativos". Para algunos autores, el término "psicodinámico" puede ser considerado como equivalente de una "edulcoración" o hasta una usurpación de la verdadera teoría y práctica "psicoanalítica". Desde esta misma actitud, que algunos juzgan arrogante y que otros consideran más respetable -en particular cuando la sostienen psicoanalistas que utilizan muy serios argumentos- se suele considerar que el psicoanálisis no es comparable con otras técnicas y que, al considerar que su eficacia no se puede medir con los parámetros objetivos propios de la metodología utilizada en otras disciplinas, es preferible evitar debates comparativos…con lo cual luego nos encontramos con la tan repetida afirmación de que "no existen pruebas, con evidencia científica, de su eficacia". Dicho sea de paso, esta afirmación no permite concluir -como algunos hacen con excesiva alegría ideológica y con escaso rigor metodológico- que existen pruebas científicas de su ineficacia.

Dejando de lado estos debates, seguramente irreconciliables, lo que sí parece más interesante es detenernos en que elementos esenciales definen,

para este autor, lo ***que sí que es la psicoterapia psicodinámica (P.PsD.)***; los requisitos imprescindibles que debe reunir, para poder ser evaluada en cuanto a su eficacia .

Lo que propone como esencial en ella es: *"explorar aquellos aspectos del self que no se conocen en profundidad, en especial los que se manifiestan a lo largo de la terapia, influyendo en la relación y en la vida cotidiana"*. Sintetiza también, apoyándose en otros autores (Blagys y Hinselroth, 2000), cuales son las ***características que definen la P. PsD*** (me he permitido añadir, con intención aclaratoria, algunos comentarios para acompañar a cada uno de los siete ítems que, estos sí, pertenecen a Shelder y a los autores que acabo de citar[4]):

- *1. Focalización en el afecto y expresión de la emoción*. (Con actitud de colaboración activa, por parte del terapeuta, en la verbalización y descripción de aspectos afectivos contradictorios, amenazantes o problemáticos).
- *2. Exploración de los intentos de evitar los pensamientos y sentimientos estresantes*. (En otros términos, atención a resistencias y mecanismos defensivos)
- *3. Identificación de temas y patrones psicológicos recurrentes, en su auto-concepto y en sus relaciones y experiencias*. (Lo que otros llamarían elaboración de la constitución –interiorización-, presencia e influencia de –e identificación con- objetos internos)
- *4. Discusión de la experiencia pasada "developmental focus"*. (Evaluación de la consistencia de figuras de apego tempranas y de su influencia en el desarrollo y presente del paciente)
- *5. Atención a las relaciones interpersonales.* (En su doble dimensión de experiencias actuales y su vinculación psicogenética con objetos internos o de apego)
- *6. Atención a la relación terapéutica*. (Percepción y análisis de la transferencia y contratransferencia)
- *7. Exploración de la vida imaginaria, "fantasy life"* (Favoreciendo la asociación libre sobre deseos, miedos, fantasías, sueños y con un doble objetivo: no solo remisión de síntomas, sino desarrollo y ampliación de capacidades de auto-exploración y auto-conocimiento)

Siempre es un consuelo, y más en los tiempos que corren, que nos tranqui-

[4] Blagys M.D; Hilsenroth M.J. (2000). Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. Clinical psychology: Science and Practice, 7, 167-188.

licen respecto a la eficacia de nuestro trabajo psicoterapéutico. Lo es también que estudios muy sesudos nos ayuden a definir lo que es imprescindible en nuestra metódica de exploración, comprensión e intervención. Dicho lo cual mi pregunta, que ya nos formulábamos muchos años atrás y que no considero ingenua, aunque ya conozco la respuesta, es: ¿pero es que hay quien piense que se puede comprender y ayudar a un niño sin hacerlo de esta manera?

El segundo artículo que quiero comentar, está escrito por Thomas R. Insel, psiquiatra, ampliamente conocido por sus trabajos sobre oxitocina, vasopresina, neuropéptidos y con antidepresivos ISRS y desde 2003 director del NIMH-National Institute of Mental Health. Este breve bosquejo biográfico ya permite deducir que está lejos de ser alguien contrario o especialmente crítico con el uso de los psicofármacos y él mismo ha escrito mucho en sus investigaciones acerca del origen químico de numerosos cuadros psiquiátricos y de ciertas conductas. Por eso conviene, a mi juicio, prestar especial atención cuando expresa opiniones como las que recojo de su artículo. Como cualquier científico actual que se precie de serlo se declara convencido de la naturaleza etipatogénica múltiple de los trastornos: "*Nuevas investigaciones demuestran que trastornos cerebrales, trastornos del desarrollo y trastornos genéticos complejos dejan como insuficiente el considerar sólo los conflictos psicológicos o los desequilibrios químicos*". Lo más interesante son sus afirmaciones contrarias acerca de lo que otros autores consideran certezas irrebatibles. Por ejemplo, comentando un estudio longitudinal realizado con 223 niños afectados de TDAH: "*Es un trastorno definido con criterios conductuales y cognitivos que depende de un trastorno de la maduración cortical cerebral*". (El estudio habla de varios años de retraso en la maduración cortical: 5 años en cortex prefrontal, 3 años en cerebro global). Matizaré que habla de "retraso de la maduración" y no de lesión, disfunción, ni alteración neuroquímica alguna. Y subrayaré su cáustico y categórico comentario acerca de lo que actualmente sabemos de la naturaleza del trastorno TDAH: "*Usando una metáfora cardiovascular es similar a diagnosticar el infarto de miocardio como un trastorno doloroso del tórax, sin ninguna referencia a los mecanismos subyacentes a los síntomas*".

Comenta también, en el mismo artículo, el más amplio estudio existente sobre más de 4.000 pacientes diagnosticados de depresión mayor y tratados durante 14 semanas con un tratamiento juzgado por los expertos como óptimo (un ISRS, el citalopram). El resultado de este estudio, a doble ciego con placebo, nos deja un tanto patidifusos: con fármaco 31 % de remisiones, con placebo 30 % remisiones.

Si a esto añadimos que, comentando otros estudios, afirma que: "*No hay*

diferencias significativas en cuanto a remisión de síntomas entre antipsicóticos de segunda generación "atípicos" (olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona) y los de primera generación "clásicos" (perfenazina, haloperidol, molindona)". Y también que: "*En cuanto a efectos secundarios: olanzapina y haloperidol tienen igual incidencia de síntomas extrapiramidales; la molindona produce más acatisia pero en cambio se produce más aumento de peso con olanzapina y risperidona*". No nos extraña que sentencie como conclusión de su artículo: "*Los medicamentos actuales no son suficientes ni eficaces para la mayoría de los pacientes*" (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión)…*La desafortunada realidad es que las medicaciones habituales actuales ayudan a demasiada poca gente a ir mejor y a muy poca gente (a very few people) a ir bien*". Visto su currículo y convicciones no nos sorprende su toma de posición, ni los cuantiosos apoyos y beneficios que le reportará: "*tenemos que seguir investigando para obtener fármacos más eficaces*".

Pero la batalla no es "o fármacos o psicoterapia" y aún menos "fármacos no, psicoterapia sí". Además de que todos podemos coincidir en que ambos tratamientos tienen sus indicaciones y su utilidad, tampoco hay que ocultar que pelear contra la presencia y predominio de la industria farmacéutica en la psiquiatría es, hoy por hoy, una batalla inútil.

Sin embargo, tampoco deben ignorarse algunos hechos actuales, sobre los que ya se hablaba largo y tendido en un artículo anterior publicado en esta revista[5]. Uno es el papel creciente (y abusivo) de la industria farmacéutica en la definición de la enfermedad y de lo que es evidencia científica. Otro, el conocimiento y cuestionamiento de la neutralidad de ciertos "líderes de opinión" -y de algunas de las "guías de práctica clínica" en las que han desarrollado un papel directivo- a causa de denunciados "conflictos de intereses"; hasta el punto de suscitar la desconfianza y comprometer la fiabilidad de la literatura científica. Con menos eufemismos y como citábamos en el artículo mencionado, lo ha expresado Marcia Angell[6]: "Hoy en día hasta los académicos más distinguidos y aparentemente imparciales podrían estar en la nómina de la industria farmacéutica. Si lo están, vd. tiene que mantenerse muy escéptico frente a cualquier cosa que digan". Tampoco Germán Berrios, catedrático de psiquiatría en la universidad de Cambridge, se ha andado con medias tintas. Escribía en un artículo reciente que: "El daño causado por la MBE (medicina

[5]A. Lasa Zulueta. "Expresiones actuales e imagen social de la psicopatología". Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente 2010; 50:23-54.
[6]Marcia Angell. "La verdad sobre la industria farmacéutica". Editorial Norma: Bogotá, 2006.

basada en la evidencia) a la práctica de la psiquiatría en un mundo en desarrollo podría ser irreparable"[7]. Tampoco se ha quedó corto al opinar en un encuentro entre profesionales que "el futuro de la psiquiatra será el que la industria farmacéutica quiera". Por mi parte añadiría que los psiquiatras también tendremos, digo yo, alguna responsabilidad en lo que nos venga.

Para quienes tiendan a temores apocalípticos respecto a los males de nuestro tiempo -que a la vista de lo que acabo de comentar podrían agravarseme permitiré recordarles una cita, bastante larga pero no menos ilustrativa. Es esta:

"*Entre los enfermos, la propaganda de la sobriedad sería inútil, pues gran número de pacientes se sienten fascinados por la abundancia en el recetar […]. En nuestros tiempos, la manía de ser desaforadamente recetados adquiere proporciones graves por las noticias que la prensa, la radio o algunos medios pseudocientíficos, les dan de los medicamentos y de sus indicaciones. Antes de que el médico desenvaine su pluma para recetar, un señor cualquiera, o sobre todo, una señora, se adelanta a sugerirle la conveniencia de la penicilina o de cualquier otra droga, o a aconsejársela sin el menor rebozo. Otras veces, la pregunta se refiere vagamente a si no sería útil "alguna medicina de América" porque el dogmatismo actual, que tiene una faceta de americanismo pueblerino, ha alcanzado a los mismos pacientes. América es hoy, además de una realidad maravillosa, un mito en la mente mágica de enfermos o pseudoenfermos. Yo admiro de todo corazón los progresos del gran pueblo al que el devenir de la civilización ha colocado en primera línea de la ciencia; yo leo con afán las publicaciones que de allí vienen, y muchas veces me entusiasmo ante el espectáculo de su formidable capacidad creadora. Pero en esto, como en todo, me siento más orgullosamente europeo que nunca, y lamento la difusión que entre nosotros ha alcanzado este mito aldeano, de una América, que a los propios americanos hace sonreír. Este mito es, a veces, difícil de soslayar. Una de las señoras que todo lo saben, me consultó hace meses sobre una de esas astenias de verano que con lo que mejor se curan es con cloruro sódico, con sal común; pero me parecía inadecuado a su suficiencia recetarle un remedio que ni siquiera había que ir a comprar a la farmacia, porque lo tenía en un bote su cocinera. Salvé la dificultad diciendo que era un nuevo medicamento americano que se llamaba Cl Na (es la fórmula del cloruro sódico o sal común). No hay que decir que, con esta interpretación cabalística y trasatlántica, mi amiga tomó la sal llena de fe, y se curó de sus molestias*"[8].

[7]German Berrios. "Sobre la Medicina Basada en la Evidencia". Editorial en Psicoevidencias (revista informática), 26 febrero 2010.

[8]Gregorio Marañón "El enfermo ávido de medicinas". En: La medicina y nuestro tiempo. Madrid. Austral, 1954

Quién así se expresaba, hace ya mucho tiempo, era nuestro insigne Gregorio Marañón (1887-1960). Dejando de lado su opinión -quizás más extendida o por lo menos más declarada en su tiempo- hacia la sapiencia de las señoras, lo que sí podemos ver es que, ni ciertas tendencias de los pacientes, ni la inquietud por la colonización de nuestra cultura médica, son fenómenos nacidos en la actualidad. Ni tampoco fue un invento de Marañón el uso de la sugestión que, como él mismo nos relata, usaba convencido de su eficacia terapéutica.

SOBRE LA PSICOTERAPIA EN EL CONTEXTO ACTUAL DE LA PSIQUIATRÍA.

Volviendo a la actualidad, sí quiero relatar dos comentarios de colegas; más por lo que puede tener de materia de reflexión que por cu caráter anecdótico. Decía uno de ellos, en el contexto de una de esas reuniones, tan frecuentes actualmente, en las que con vistas a establecer la "gestión por procesos" de nuestro trabajo, algunos proponíamos un mínimo de 45-50 minutos para una primera entrevista clínica con padres y niño: "*Pero hombre no jorobéis…Pasados 10 minutos ¿de qué hablas?*".

El segundo comentario es el de una colega que, refiriéndose a la agobiante responsabilidad de la consulta diaria en un servicio público, nos decía, entre irritada y vehemente: "*Yo ya les digo (a los pacientes): yo soy psiquiatra y trato enfermedades…así que no me venga usted a contar su vida*"

En contraste, una y otra vez emerge -en nuestros estudios "de satisfacción del cliente"- además de una mayoría de manifestaciones favorables a la calidad de la atención que reciben, una queja permanente expresada de maneras diversas, pero muy clara: "*Pensaba que me escucharían más"… "No me dan tiempo a contar nada*".

Ambos comentarios muestran quienes son los componentes esenciales de una relación terapéutica, marco en el que hay dos protagonistas para un encuentro o un desencuentro. Y si hay encuentro surgirá ¿qué?... ¿un relato de síntomas o una historia de quejas?

De un lado el ojo clínico, ¿o habría que decir el oído? Del otro, la narratividad del paciente. En otros términos: la escucha y la palabra.

De creer a un experto en narrativa, Gabriel García Márquez, es al profeta Jonás a quien habría que atribuir la invención de la narración. Fue él quien, tras haber pasado tres días y sus correspondientes noches lejos de casa, volvió contando que había pasado todo ese tiempo en el vientre de una ballena. Su relato mereció pasar a la historia, y no sólo por lo extraordinario del acontecimiento en sí mismo, sino, sobre todo, porque la mujer de Jonás no

expresó duda alguna en cuanto a la veracidad de su, cuando menos sorprendente, relato.

Primer punto pues: hace falta en toda narración además del narrador, alguien dispuesto a recibirla; un destinatario curioso e interesado, en alerta para la escucha (el caso de la esposa de Jonás fue, seguramente, una primicia mundial de contra-transferencia positiva en la historia de la humanidad).

Ajuriaguerra decía -lo escribió cuando en el último tramo de su carrera redactó el plan de reforma psiquiátrica del País Vasco- que: "*entre todos los médicos, los psiquiatras son los más privilegiados, porque pueden vivir de escuchar historias […] menos historias que cualquier otro médico pero con todo el tiempo para poder escucharlas, tan tristes o tan bellas como fueran*". Otro amigo y compañero, psiquiatra apasionado por el psicoanálisis -y sin embargo fustigador de sus errores y abusos- me decía: "los psicoanalistas, vaya chollo, en vez de oreja tenéis una hucha" (con lo que, menos poeta y más pragmático que Ajuriaguerra, apunta a otro elemento de probable influencia, aunque menos reconocida, en la escucha)

Ha llovido mucho desde Jonás y desde Ajuriaguerra. ¿En donde estamos actualmente en cuanto a nuestras capacidades y posibilidades de escucha? Quizás la muy numerosa audiencia y el éxito de convocatoria de este congreso y de su título sea una respuesta.

¿Podemos seguir navegando pausadamente en el barco de nuestra escucha a contra corriente de las exigencias actuales de la "evaluación" y de la "eficiencia", uno de cuyos requisitos es la reducción del tiempo de intervención y el acortamiento de la duración de la relación terapéutica? ¿Podemos seguir suscribiendo la genial respuesta de Marañón, cuando al preguntarle, a mediados del siglo pasado -tras el descubrimiento, entre otros avances, de los rayos X o de los antibióticos- cual era el descubrimiento tecnológico más importante de su tiempo, respondió: "*la silla*"?

¿Es que escuchar y por ende conversar, o si lo prefieren la curiosidad y la atención compartida y el interés por comprender la cabeza del otro, siguen siendo herramientas esenciales de nuestro oficio? ¿Podemos, por muy convencidos que estemos de la eficacia de este instrumento, demostrarla?

En mi opinión la respuesta es: sí. Y mucho nos han ayudado en encontrarla los debates, a veces enconados, que han tratado de encontrar puentes entre psicoanálisis y psicoterapia. Y mucho debemos a quienes han aceptado moverse y responder desde un terreno comprometido, el de la psiquiatría psicoanalítica (o psicodinámica). Quienes lo han hecho siempre les parecen "demasiado psicoanalistas" a ciertos, muchos, psiquiatras… y "demasiado psiquiatras" a ciertos, y también muchos, psicoanalistas. Los puritanos nunca

aceptan el cuestionamiento de sus certezas y por eso hay que mostrar agradecimiento a quienes optan por desafiar la posesión de la única verdad (y su explotación en forma de poder institucional).

Se habla mucho de un cambio de paradigma en la psiquiatría actual. Se dice que hemos pasado del "todo es social, todo es relación", de "la personalidad está determinada por la educación y por las relaciones precoces" al "todo es genético, todo es químico" (me resisto a llamarlo biológico porque con Canguilhem pienso que "*la biología nunca será solo física o química*"[9]).

Un cambio que haría estallar en pedazos la diferenciación histórica -que para la filosofía de la ciencia estableció Dilthey- entre ciencias naturales y ciencias humanas: "*El modo de proceder de la psicología explicativa nace de la extensión abusiva de los conceptos de las ciencias físicas al terreno de la vida mental y de la historia […] la naturaleza se explica, se comprende al hombre, comprendemos la vida psíquica[...] La realidad humana no es un objeto como los otros…el hombre está atrapado en su propia interpretación… y su objetividad debe cuestionarse continuamente […] La historia individual y colectiva de los hombres es un texto a descifrar, escapa a la explicación causal de los hechos naturales*"[10] .

Uno de los signos clave de la civilización actual sería el paso de la curiosidad y la espera; del desciframiento del mensaje, escuchado largo y tendido, al signo visto de inmediato; del lenguaje verbal a la imagen; del tiempo del pensamiento al tiempo de la percepción.

Pretende nuestra cultura actual que la imagen, "lo que se ve", no engaña. Conlleva una connotación de objetivación, de superación de la subjetividad. Como dicen algunos: "dejémonos de rollos e interpretaciones, hagamos ciencia". Las nuevas tecnologías –como no pensar en la imagen cerebral o en el sueño de encontrar en un espectrógrafo el trazado de los "marcadores biológicos" que confirmarían la alteración psíquica- buscan el reconocimiento de hecho probado, de "evidencia científica". Mientras que el "me ha contado que…" tendría una connotación peyorativa: "…son historias". La psiquiatría en su lucha por ser equiparada a otras especialidades médicas, por mostrarse "basada en la evidencia" ha pasado del asilo, del hospital psiquiátrico, al hos-

[9]G. Canguilheim. Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie, París, Vrin, 1968; ampliado en 1994 con «Le statut épistémologique de la médecine» (1985). Tr: Estudios de historia y de filosofía de las ciencias, Buenos Aires, Amorrortu, 2009

[10]W. Dilthey (1833-1911). Teoría de las concepciones del mundo (Traducción e introducción de Julián Marías). Revista de Occidente, Barcelona 1944. Introducción a las ciencias del espíritu : ensayo de una fundamentación del estudio de la sociedad y la historia (Traducción de Julián Marías). Revista de Occidente, Madrid 1956

pital general. Ha podido acceder, afortunadamente, al uso de las nuevas tecnologías; pero está corriendo con ello el riesgo de olvidar su especificidad de ciencia humana. Por eso los "nuevos" psiquiatras (no todos) "ven los síntomas y explican las enfermedades" y para eso no necesitan "oír" nada del paciente, que lo ignora todo de una enfermedad que le es ajena. No hay que buscar la comprensión de lo que nos dice. Para una psiquiatría "médica" la enfermedad mental no debería ser distinta que la diabetes o la neumonía que, con datos tan objetivos y cuantificables como la hiperglucemia, el esputo o la fiebre, confirman su naturaleza y proporcionan al conocimiento médico un síndrome sistematizado con síntomas reconocibles y específicos. En los tiempos actuales parece perder terreno el "furor interpretativo" y ganarlo el "furor explicativo".

¿Llegaremos, por la vía de cuestionarios sistematizados e informatizados, a la descalificación de la "historia clínica"? A quien le parezca exagerado cabe recordarle que en la formación psiquiátrica actual -tanto del pregrado como del postgrado- no se dedica ningún tiempo -en realidad ni se menciona- al tema de la entrevista clínica. Recordemos también la universalización, como sistema diagnóstico, de los cuestionarios y de las entrevistas dirigidas y, como no, el éxito apoteósico del DSM.

La psiquiatría actual, con su potente ideología fisico-química, a veces declarada y hasta proclamada y otras camuflada y latente (pero siempre generosamente financiada) impone el paso de la "elucubración", sospechosa por subjetiva, a la "prueba científica". Subrayo de paso el "pequeño" deslizamiento que se ha introducido en la importación del término "evidencia"[11], llevándolo de su significado originario de "prueba" que demuestra, al de "evidencia" que se ve inmediatamente…lo que la hace incuestionable…salvo para algunos desconfiados, como el que les habla, que piensan que se necesita un tiempo para verificar si -tras análisis crítico y pausado- lo supuestamente evidente lo sigue siendo. Los verdaderos científicos siempre han valorado la duda y los expertos en calidad –los calificados de "independientes", todos ellos pertenecientes a organismos vinculados a la sanidad pública[12]- también han empezado a hacerlo (y dudan en especial de la proliferación de "guías de práctica clínica basadas en la evidencia", proponiendo una metodolgía para "leerlas" correctamente).

El caso es que los tiempos quieren que nos veamos obligados a "mostrar" y a "demostrar" nuestros resultados. Y no es nada malo que el que se vea la eficacia de nuestras intervenciones se haya convertido en una exigencia…el

[11]Ver el ya citado y erudito artículo sobre el tema de G. Berrios.
[12]The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version, 2001. Disponible en www.agreecollaboration artículo.org

problema es que lleva tiempo en estos tiempos en los que nos falta tiempo y además se ha puesto muy caro. El tiempo de la intervención terapéutica se ha encarecido y el tiempo de la investigación también. Nuestros gestores estiman que es demasiado caro y en muchos lugares ceden amablemente la financiación (y la responsabilidad) de la investigación al patrocinio de la industria farmacéutica.

Una de las características esenciales de la psiquiatría actual es que, como en el resto de especialidades médicas, nunca la investigación ha estado tan cerca de los intereses de su explotación industrial y comercial. A base de repetir y machacar con el mensaje del actual paradigma "todo es genético, todo es químico" es cada vez más difícil encontrar financiación para investigaciones que no primen las nuevas y costosísimas tecnologías (estudio de imagen cerebral, marcadores biológicos, genética molecular) ¿Quién puede hacerlo? Obviamente -y no hay nada ilegítimo en ello- quien va a obtener beneficios directos de su inversión en forma de nuevos hallazgos y remedios químicos (no me detendré aquí en los modos y maneras de quienes lo hacen). Carecemos de una financiación comparable para la investigación independiente, por ejemplo para demostrar la eficacia de la psicoterapia…"y sin embargo se mueve".

Porque, a pesar de todos los paradigmas, los hechos son tozudos. Philippe Lejeune (uno de los grandes expertos en autobiografías) nos dice que, sólo en Francia, hay entre tres y cuatro millones de personas que escriben su diario…a los que habría que añadir los que lo hacen en forma de psicoanálisis o de psicoterapia personal[13]. Están también los que lo hacen lanzando sus mensajes en botellas a la deriva… en el proceloso mar de las redes sociales de Internet. Y nos quedan los que, aún más aparatosos, se lanzan a contar incluso lo más impresentable de sus vidas en los "reality shows" televisivos. Como declaran todos nuestros pacientes encuestados, todo el mundo quiere, con más o menos ímpetu y desesperación, ser escuchado. Buen futuro para el que tenga el oído disponible y atinado.

Buen desafío para nuestros gestores que nos lo dicen bien claro – sintonizando por cierto en esto con no pocos de nuestros colegas a los que ya me he referido- "*los que vienen a contar su vida que no entren en el sistema sanitario porque una vez que entran no salen…y además no se conforman con una respuesta medicamentosa… que también nos cuesta un riñón*"

Permítanme - para concluir esta parte de mi exposición- citarles dos historias reales (una de ellas la he oído luego como chiste) contadas por un médico de familia (para quienes hacemos psiquiatría en sistemas de salud públicos,

[13]Ph. Lejeune: Le pacte autobiographique. Editions du Seuil: Paris, 1996

nuestro primer escudo protector).

Primera. Se extrañaba porque una señora, ya anciana, visitante muy asidua de su consulta, faltaba desde hace algún tiempo. Cuando empezaba a inquietarse seriamente y se disponía a indagar si había muerto, la señora reaparece. "Me estaba preguntando por que no venía" le dice el médico. Respuesta: "Pero hombre doctor, no piense cosas raras. ¿Por qué no iba a venir?...pues porque he estado enferma".

Segunda. Un viejo aldeano, muy amigo del médico rural de su pueblo, que le había atendido durante años, le pide un día una consulta "para hablar de cosas serias". Y le cuenta que se siente muy enfermo, "más enfermo que nunca". Su médico y amigo se ofrece para hacer todo lo que haga falta. Y él le responde: "Es que…justamente quería decirte que esta vez prefiero consultar con el veterinario ¿me comprendes?... él está acostumbrado a saber lo que te pasa sin preguntar y sin que le cuentes nada…tu sabes oír pero él sabe mirar…y esto mío de ahora no es de hablar".

Volveré a García Márquez que no hace mucho declaró que: "*a pesar de todo, estamos en un siglo que estará marcado por las palabras y no por las imágenes…porque las palabras engañan menos*". Y lo emparejaré con Antonio Machado: "*Se miente más de la cuenta por falta de imaginación… También la verdad se inventa*".

ALGUNA PROPUESTAS CONCRETAS DE INTERVENCIÓN

Quiero terminar con unas cuentas propuestas de intervención, en nuestro ámbito sanitario, en las que nuestros planteamientos psicoterapéuticos son útiles e imprescindibles.

- Contribuir a la revalorización de la crianza y las intervenciones precoces y del papel de las relaciones precoces en la constitución del psiquismo/personalidad (con colaboración interdisciplinar en la protección del embarazo, maternidad y post-parto)
- Recuperar terreno clínico para la psicoterapia en los tres terrenos en los que, a mi juicio, se va a jugar el futuro y la fiabilidad de la psiquiatría de niños y adolescentes: los Trastornos del Espectro Autista-TEA; los Trastornos de la Personalidad-TP y los Trastornos por Déficit de atención e Hiperactividad-TDAH. Me parece de especial importancia responsabilizarnos del reacercamiento a patologías graves "huérfanas", de las que nuestra psiquiatría actual parece desentenderse. Quiero recordar aquí los recientes estudios de la academia americana de las ciencias que señalan para el tratamiento de los TEA la eficacia y utilidad

que ha supuesto el pasar de unas técnicas centradas en la rehabilitación del déficit cognitivo y en la imposición de actividades a las que prefieren la comprensión y utilización en medio natural de sus capacidades de relación y del acceso a las interacciones del desarrollo normal[14]. Podemos, sabemos tratarlos… y con resultados comparables o mejores a otras propuestas terapéuticas, sociales o reeducativas ¿Pero queremos hacerlo? ¿Nos implicamos en el desarrollo de recursos imprescindibles para poder hacerlo?

- Reivindicación de disponibilidad de "tiempo largo" en nuestras entrevistas de diagnóstico y tratamiento (aunque la duración global de las intervención pueda ser breve)
- Potenciar, en nuestros horarios de trabajo, los tiempos y espacios de relación e intercambios personalizados y de formación en psicoterapia.
- Tratar de volver a situar, en la clínica y en el ámbito social, a la familia (y a los adultos que toman su relevo: enseñantes y otros) en su nivel de responsabilidad y de referencia central en el desarrollo del niño. Evitar la "neurologización" del malestar psíquico y del desarrollo normal…que quedan vacíados de todo contenido psíquico y de la influencia de factores relacionales.
- Desarrollar una actitud crítica y científica frente a la "evidencia científica". Leer, informarnos e informar todo lo que podamos sobre neurobiología, genética, psicofarmacología…para que no nos tomen el pelo con simplificaciones sesgadas y abusivas (y para verificar si nuestra rentable credulidad tiene fundamentos serios). Saber diferenciar cuando y cuanto el gigante "Big pharma" está transformando la práctica psiquiátrica, y si lo hace para bien común nuestro o para sus intereses particulares.
- Actitud activa –quizás no sea desfasado llamarla militante- de defensa y promoción de la psicoterapia. Se trata de frenar la tendencia imparable a que todos los psiquiatras de las redes públicas nos convirtamos en boticarios -profesión muy noble pero que no es, o no era, la nuestra- y que las opciones farmacológicas, legítimas y beneficiosas cuando están correctamente indicadas, no se transformen en un único tratamiento

[14]National Academy of Sciences: Committee on Educational Interventions for Children with Autism, NCR (2001). Educating Children with Autism. Washington DC, National Academic Press. Citado y comentado en: S. Greenspan y S. Wieder. Comprender el autismo. RBA, Barcelona, 2008. Para una revisión crítica de los resultados terapéuticos de las intervenciones conductuales en el autismo ver también: Shea V. (2004). A perspective on the research literature related to early intensive behavioral intervention (Lovaas) for young children with autism. En: Autism; 8:349-367

que conlleva la sustitución o desaparición de otros tratamientos basados en la relación.

Puesto que de relaciones humanas trata nuestro trabajo recordaré, para terminar, las palabras de un gran observador del mundo que le tocó vivir y que en toda su obra desarrollo una gran sensibilidad para escuchar las voces de diferentes culturas. Decía Elias Canetti (1905-1994)[15]: "*…quien no desea ser olvidado debe dejarse ver, dejarse oír"; esa sería la tarea del paciente "…la primera prueba de respeto hacia los seres humanos consiste en no pasar por alto sus palabras" "…una respetable tarea, la dignidad de aprender del ser humano*"; esta sería la nuestra.

Me parece que no está de más recordarlo en un congreso dedicado a la noble -y obligatoriamente humilde- tarea de la psicoterapia.

---

[15]Elias Canetti. La antorcha al oído. En: Obras completas. Galaxia Gutemberg, Barcelona, 2003.

PSICOTERAPIA POR EL ENTORNO CON LOS ADOLESCENTES LIMÍTROFES: LA EMPATÍA METAFORIZANTE DEL ACTO AL SENTIDO *

Michel Botbol**

Como saben, la eficacia terapéutica del tratamiento analítico en su forma típica está basada sobre un grande descubrimiento teórico y práctico: la transferencia sobre la cual se construye lo que llamamos la neurosis de transferencia, es decir la repetición en la cura y la relación psicoanalítica de la problemática del paciente, a partir de su capacidad a ilusionarse sobre quién es el psicoanalista para él.

Igualmente, saben que el trabajo psicoanalítico aplica a la sesión y al encuentro analítico las mismas técnicas que las que son usadas en el análisis de los sueños. De tal modo que el sueño es tanto la vía regia hacia el inconsciente como una paradigma de esta vía regia porque en esta perspectiva teórica, el análisis del sueño es un modelo para el trabajo psicoanalítico. Podemos decir entonces que del punto de vista del psicoanálisis, la sesión es una especie de sueño, aquí y ahora como antes y en otro lugar. Esto quiere decir que la condición de eficacia del método es que algo del pasado se repite en la sesión como en el sueno, algo modificado por el trabajo del sueño como por la asociaciones.

Si el terapeuta es suficientemente psicoanalista, es decir suficientemente neutro y benevolente, esta condición esta naturalmente obtenida en los pacientes neuróticos, los que tienen un funcionamiento psíquico basado sobre el

* Ponencia presentada en el XXIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título La Psicoterapia Más Allá del Síntoma tuvo lugar en Barcelona el 22 y 23 de octubre de 2010. Reconocido de interés Científico-Sanitario por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya (IES) y acreditado como Formación Continuada por la Universidad Ramon Llull y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP).

** Psiquiatra, Psicoanalista, Asesor de la Dirección de la Protección Judicial de la Juventud, Ministerio de la Justicia, Paris Francia; Ex director de la Clínica Dupre Sceaux. michel.botbol@wanadoo.fr ; 6 rue Pierre Lescot Paris 75001 France

autoerotismo, es decir sobre la re investidura por el preconsciente de traces mnémicas del pasado. Si el terapeuta es suficientemente neutro y benevolente, y al mismo tiempo suficientemente atento a estas reinvestiduras y al trabajo psíquico de que resultan, la psicoterapia psicodinamica puede ser eficaz.

Pero como saben, eso no es el caso para todos los pacientes que tratamos porque:

- Algunos de ellos no pueden ilusionarse suficientemente para establecer la transferencia; es el caso de los que tienen que agarrarse al actual por falta de capacidades auto eróticas.
- Otros no son capaces de no tomar sus sueños por realidades; es el caso de los que constituyen un delirio como neo realidad proyectiva: convierten todo imaginario en acto.
- Otros aun, no pueden tolerar exponerse a la inversión de un vinculo con el otro; es el caso de los que se sienten su identidad amenazada por las problemáticas de dependencia y usan el acto y la sensación corporal para escapar este insoportable sentimiento de dependencia.

Con estos pacientes, nos encontramos entonces frente a dos soluciones posibles:

1. renunciar a los aportes del psicoanálisis: es la postura de los quienes limitan las indicaciones del tratamiento analítico a las indicaciones del tratamiento analítico típico; según muchos de ellos, eso excluye “no solo la psicosis, las perversiones, los estados de confusión mental, las melancolías profundas, los pacientes en crisis agudas…. y en fin los viejos” como lo pone irónicamente Pierre Fedida (1999) (lista a la cual debemos añadir los bebes) y eso al nombre de una puridad metodológica del análisis.
2. tratar de descubrir nuevas vías para extender a estos pacientes los beneficios de la aproximación analítica, tomando en cuenta las limitaciones de la cura típica con ellos: es la postura básica de este trabajo, siguiendo los trabajos los autores que privilegian el “encuentro analítico” más bien que la metodología de la cura psicoanalítica típica. Es la postura que conduzco Lebovici a proponer tanto las consultas terapéuticas madre bebe, como el psicodrama psicoanalítico individual que son dos paradigmas centrales de estas nuevas vías. Es también esta postura que nos conduzco a crear en la Asociación Mundial de Psiquiatria una nueva sección: Psychoanalysis in Psychiatry.

Siguiendo esta segunda línea, que hacer entonces con los sujetos cuyo funcionamiento privilegia:

- el acto y no el pensamiento
- el inmediato y no el horizonte temporal
- y se sienten amenazados por los vínculos con el otro

En suma, los que tienen los rasgos de un funcionamiento limítrofe.

Sin pretender aquí que la cura psicoanalítica más o menos adaptada, no puede tener ninguna indicación en el tratamiento de estos pacientes, ni que se debe rechazar la idea que estos pacientes pueden ser "pacientes de sueño para el psicoanalista" como lo dice Pierre Fedida, debemos reconocer que solo una ínfima parte de estos pacientes benefician de este tipo de tratamiento, especialmente durante la adolescencia, sea porque esos pacientes no lo piden o porque no lo pueden aceptar por un tiempo suficiente.

1) Que significamos cuando hablamos de un funcionamiento limítrofe; cual es la psicopatología de tal funcionamiento

Una idea básica: en estos pacientes las mismas configuraciones psicopatológicas que provocan tanto la tendencia al acto como el rechazo del vínculo terapéutico que se proponen para tratar esta tendencia.

Que son los rasgos psicopatológicos que lo pueden explicar esta característica en los estados limítrofes?

• Según Masterson (1971) y muchos otros, el síndrome limítrofe no está constituido por el síntoma sino por una estructura específicamente patológica : Su coherencia no es sintomática sino psicopatológica con un centro de gravedad que se encuentra entre la organización neurótica y la organización psicótica

• Sobre esta base, se propusieron diversos puntos de vista psicodinamicos dando más o menos importancia a tal o tal punto teórico. Sin embargo un punto de acuerdo general se destaca de estas numerosas aportaciones: en estos pacientes limítrofes el núcleo psicopatológico parece ser la necesidad de recurrir concretamente a los elementos del entorno para compensar las fallas de su funcionamiento imaginario interno. En este sentido, el estado limítrofe es esencialmente anaclítico (Bergeret 1970) (es decir estrechamente dependiente del apoyo del exterior y del otro concreto).

• Eso no se encuentra:

a. Ni en la organización neurótica donde el funcionamiento psíquico es suficientemente autónomo de la realidad externa para apoyarse sobre ella sin depender estrechamente de su forma concreta.

b. Ni de la organización psicótica donde la ruptura del contacto con la realidad conduce a la construcción de una neo realidad delirante

Del punto de vista de la relación al objeto, los estados limítrofes no son anti objétales como la psicosis, pero inestables, estrechamente dependiente de la forma concreta del objeto externo y constantemente amenazada de intrusión o abandono de parte de este objeto.

Este problema central resulta de diversos mecanismos:

1) Las fallas del imaginario y del preconsciente: Es especialmente el caso de la transicionalidad, es decir, según Winnicott, del espacio que el sujeto crea entre el mismo y el objeto externo, de tal modo que permite al sujeto amortiguar los efectos de las inadecuaciones de los objetos concretos. Con las fallas en este registro, las posibilidades de movilizar los objetos internos está limitada o desinvertida, impendiendo la utilización del imaginario para sobrepasar las frustraciones causadas por la realidad externa. De eso resulta la dependencia estrecha al objeto externo concreto, con el doble riesgo de su intrusión y de su abandono.

2) Las fallas narcisistas precoces añaden aquí su peso: Es un elemento central para Masterson quien considera que los estados limítrofes son la consecuencia de una ruptura en el desarrollo del yo incapaz de enfrentarse a la segunda fase de separación individuación en la adolescencia porque esta segunda fase reactiva las fallas de este mismo proceso en la infancia : en la primera fase, los padres , ellos mismos limítrofes, no pudieron tolerar el primer movimiento de autonomía psíquica de sus niños sin retirarse psíquicamente dejándoles solos frente a este reto.

3) De tal modo que, solo quedan a estos pacientes los mecanismos arcaicos (escisión, proyección) para amortiguar la inadecuación del objeto: estos mecanismos les permite evitar la ambivalencia del objeto y la elaboración de la separación al precio de una alteración significativa de la percepción de la realidad. De tal modo que estos pacientes quedan agarrados al concreto y al inmediato; de este mecanismo resulta un funcionamiento reducido al acto y a la sensación.

2) Adolescencia y funcionamiento limítrofe

Ahora bien, la adolescencia constituye un periodo del desarrollo particularmente expuesto a este funcionamiento limítrofe; al tal punto que algunos psicoanalistas consideran que la adolescencia es fisiológicamente limítrofe.

La sexualizacion de los vínculos (por la pubertad) y el mandamiento social a la autonomía, imponen al adolescente su separación con sus objetos infantiles es decir sus padres. Esta separación constituye un reto narcisistico para cada adolescente porque lo pone frente a sus capacidades de autonomía o frente a

sus a dudas sobre esas mismas capacidades. Los adolescentes se enfrentan entonces a una paradoja, que Jeammet califica de “narcisismo objetal”: para asegurarse y encontrar ayuda y consuelo, tienen la tentación de adolescente aproximarse de sus objetos infantiles es decir exponerse a lo que la sexualizacion de los vínculos y el mandamiento social a la autonomía les impide. En otras palabras la paradoja a la cual está expuesto es que “lo que más necesitan es lo que más les amenazan” (Jeammet 1990).

La mayoría de los adolescentes se enfrenten sin problema a esta paradoja. Usan de su preconsciente y de sus capacidades imaginarias para sobrepasar la paradoja narcissico-objetual; hacen como el bebe quien chupa su pulgada para reactivar las traces mnemónica de los momentos felices con su madre y alucinar la presencia de su madre ausente cuando tiene que separarse de ella, por ejemplo para dormir. El problema es que hay adolescentes en que este mecanismo no está disponible; son los que no pueden investir las traces mnémicas de satisfacción porque la vía mnémica hasta estas traces está bloqueada por decepciones traumáticas por el objeto. En estos casos, el adolescente no puede acceder a un funcionamiento auto erótico, y, para ellos, la paradoja se convierte en una pesadilla donde más el adolescente necesita el apoyo del otro para proteger su narcisismo y su sentimiento de continuidad, mas sus fallas lo impiden buscar y aceptar lo que viene del otro, porque la importancia que dan al otro amenaza su narcisismo y su sentimiento de continuidad. Incapaces de apoyar su sentimiento de continuidad sobre la continuidad de la relación, no tienen otro remedio que recurrir a la continuidad de la sensación (a través el acto y el cuerpo) para establecer su sentimiento de existencia. En estos casos, el acto y la sensación aparecen entonces como una automutilación psíquica análoga a la de los bebes abandonados que, pegando su cabeza sobre las barras de su cuna, se llenan de sensaciones dolorosas para establecer su sentimiento de continuidad cuando han renunciado a obtenerla de la relación con el otro.

Como lo ven en estos adolescentes, el proceso de adolescencia quien atrae el funcionamiento psíquico del adolescente del lado de lo limítrofe. Cuál sea la estructura psicopatológica de su funcionamiento subyacente anterior o ulterior, estos pacientes exteriorizan así en su entorno, la problemática que no pueden contener en su espacio psíquico.

Sin embargo, y a pesar de sus objetivos anti psíquico y anti objétales, esta expresión exteriorizada tiene una consecuencia objetual: afecta la vida psíquica de las personas del entorno. Invadido por la problemática exteriorizada, el entorno se convierte en lo que Jeammet (1980) llama el espacio psíquico extendido del adolescente, es decir un espacio compuesto por el psiquismo

de las personas de su entorno a quien el abandona inconscientemente tal o tal parte de sus instancias psíquica a tal o tal momento de su historia. Es otra cosa que la transferencia y sin embargo esencial para el tratamiento.

Que lo acepta o no, el objeto que pertenece a este espacio toma así una función substitutiva asumiendo para el adolescente el papel de "una circulación psíquica extra corporal" cuya importancia se mide de manera evidente cuando el objeto viene a fallar (Jeammet 1980).

Pero, cuando este objeto no falla, es decir cuando sus condiciones personales y institucionales lo permiten, y se da el tiempo suficiente para tratar de entender los afectos inducidos en el por los actos y las proyecciones del paciente, llega generalmente a una metaforizacion de estos afectos empatito es decir a una figuración narrable de la situación del paciente y de la forma en que afecta el objeto

Por supuesto, este espacio psíquico extendido incluye también a los familiares, que deben ser considerado no tanto como causa del proceso patológico del paciente (como se considera generalmente en las terapias familiares) sino como miembros del espacio psíquico extendido del paciente es decir como portadores de una parte de la vida psíquica del adolescente y de su problemática.

Es la materia de base del trabajo analítico por el entorno, lo que proponemos aquí de considerar como una adaptación extrema de su marco. En este marco, el trabajo de la metáfora se vuelve en el análogo del trabajo del sueño y la elaboración del equipo en el análogo de las asociaciones libres.

Un ejemplo:

Sophia entro en la clínica para un programa asociando un tratamiento psiquiátrico residencial asociado con una re escolarización a su nivel de fin de secundaria; lo que voy a describir se desarrollo durante esta hospitalización de cerca de dos años. A su entrada Sophia tiene 20 años de edad; esta mandada a la Clínica (Clinica Dupre en Sceaux) por un hospital universitario vecino donde fue hospitalizada dos semanas para un estado depresivo severo acompañado de numerosas conductas de auto mutilación. Tiene antecedentes de numerosas hospitalizaciones y viene con un diagnostico de Estado Limítrofe.

Su seguimiento psiquiátrico empezó cuando tenía 14 años de edad, para diversos síntomas: aislamiento, depresión, dificultades relacionales etc.…

A los 15 anos, está hospitalizada dos meses por haber adelgazado de 14 kilos, y para un insomnio severa, retiro a pragmático, hostilidad contra sus padres. Ella misma pidió esta hospitalización para separarse de sus padres

De 16 a 19 está hospitalizada varias veces en contextos de intentos de sui-

cidio con medicamentos, auto mutilaciones, estados depresivos severos con sentimiento de vació angustias importantes y aun, a veces, discordancia, conductas extrañas, retiro a pragmático. Su escolaridad es caótica cada vez interrumpida por la exteriorización actuada de sus afectos

A la primera entrevista en la Clínica, viene acompañada por sus padres (cada uno con su moto). Sophia es hija única, grande y delgada pero dando una impresión de robustez. No parece muy involucrada en la demanda que parece sobre todo basada sobre el fracaso de su carrera escolar: a pesar de su retraso en esta carrera quiere obtener el bachillerato. No habla mucho y solo de manera indiferente, como su padre. Solo la madre habla de manera afectada: parece muy próxima a su hija, tal vez intrusiva. Es al mismo tiempo la amiga la confidente y la terapeuta de su hija. Poco después de la precedente hospitalización decidió, sola, interrumpir el tratamiento psicotrópico de su hija y, de acuerdo con ella, rechazo los primeros atentos de establecer una psicoterapia para Sophia, subrayando la incompetencia de todos los profesionales que trataron atenderla. Anteriormente interrumpió también un seguimiento familiar. A pesar de esta postura negativa, la madre expresa su angustia y su culpabilidad durante los primeros encuentros: Un profundo malestar nos toca cuando surge en su narración este pasado complejo; la comunicación entre los padres se hace difícil, y solo Sophia parece indiferente a esta tensión palpable.

Esos antecedentes familiares son los siguientes:

- A los 6 anos Sophia es ya tratada como una adulta y comparte con su madre una relación simbiótica; en este contexto, Sophia es testigo de una relación amorosa de su madre con un amante. Esta complicidad es un secreto entre ellas, pero un día, la chica traiciona este secreto y la madre es violentamente expulsada de la casa familiar por el padre furioso.

La madre va a vivir con el amante durante un año, dejando Sophia con un padre enojado y poco tierno. Sophia vivo seguramente una experiencia de abandono si tener muchas oportunidades de ver su madre

La madre expresa su profunda culpabilidad a recordar este evento y sus fallas en su rol maternal

Después de un ano, la madre volvió a la casa familiar a vivir con el padre y Sophia Una complicidad deportiva se desempeña entre la madre y la hija hasta la pubertad de Sophia. Cuando la pubertad se manifestó, del día al mañana la madre se desata de esta proximidad

- El segundo evento sucede cuando Sophia tiene 15 anos, al ser hospitalizada en psiquiatría. Durante esta estancia, establece una relación con su

profesora de alemán que viene visitarla en el hospital cada día. Al momento de su salida, la hostilidad entre Sophia y sus padres es tal que deciden juntos que Sophia ira a vivir con la profesora. Quedo con ella en su casa durante 6 meses y la ruptura es brutal; las razones son vagas, tal vez un abuso sexual en un contexto crepuscular, evocado por Sophia en un tono neutro y banal. Sophia regresa en su familia pero nada esta denunciado oficialmente ni por Sophia ni por sus padres;

En la Clínica, Sophia establece una relación exclusiva y alienante con una enfermera idealizada constantemente solicitada. Sophia multiplica las demandas de atención y afección. La menor frustración es rápidamente intolerable: Sophia recurre a auto mutilaciones impulsivas pluricotidianas; estos actos la alivian brevemente y la necesidad vuelve rápidamente. Se rompió los puñales sobre una pared, multiplica las quemaduras de cigarrillos sobre sus brazos etc.…

Atenta constantemente dividir el equipo untando su relación privilegiada con la enfermera idealizada. El resto de los miembros del equipo son percibidos como malos y amenazantes y fuertemente rechazados. Sin embargo, la demanda de interés y apoyo queda fuerte, pero la distancia a respectar es compleja: demasiado próximos la amenazamos, demasiado lejos la rechazamos. Exhibe entonces su sufrimiento y su miseria en los lugares públicos de la Clínica.

Frente a estos síntomas repetitivos, el equipo va apoyar su proyecto sobre el desarrollo de actividades terapéuticas basadas sobre mediaciones creativas (lo que necesita adaptar la escolaridad a esta necesidad temporal) para tratar de salir Sophia de su repetición inagotable. La idea es que enriquecer el entorno de la paciente permite variar sus modos de expresión tanto como su manera de relacionarse con los miembros del equipo. Sobre estas bases, el trabajo del equipo va a tener como primer meta, construir representaciones mentales para la paciente y con ella, a trabes de la elaboración de los afectos y de las contra actitudes de los miembros del equipo, testigos activos de los actos de la paciente.

Un ejemplo: El equipo comento con mucha pasión el hecho que en una discusión informal después de un taller (foto) la educadora encargada de este taller hizo a Sophia preguntas precisas sobres su sexualidad (más bien su orientación sexual). Informada por las quejas de la paciente (en todos los lugares donde se podía quejar) contra esta intrusión inusual en esta institución, el equipo reacciono de un manera muy violente criticando fuertemente la educadora.

Pero, a través de las discusiones del grupo, surgió la observación que, a partir de sus quejas contra la educadora, Sophia ha empezado hablar con afectivi-

dad de su relación traumática con su profesora de alemán, algo que nunca fue posible de esta manera antes. A través de esta observación, el equipo se dio cuenta de manera más afectada que, con el tiempo y la repetición de la auto mutilaciones, el equipo se encontraba asombrada frente al sentimiento que ningún afecto, ningún fantasma motivaban estas conductas. Se dio cuenta en otras palabras, que tenía el sentimiento que no había nada que entender en estos actos repetitivos, como si fueron una especie de tic complejo.

Con las reflexiones introducidas por el peleo sobre la intervención de la educadora, Sophia apareció entonces de una manera diferente , más afectada, como una chica profundamente afectada por la seducción sufrida a la pubertad pero al mismo tiempo capaz de sentir y probar la excitación sensual causada por esta seducción. Las automutilaciones aparecieron auténticamente como actividades de repetición del traumatismo y de la excitación sufrida. Progresivamente esta seducción pudo ser ligada a la relación de seducción que caracterizo la relación entre Sophia y su madre, reduciendo el valor traumático de cada uno de estos eventos: la madre, la profesora, la educadora

Algunas semanas después el evento el equipo noto con mucha sorpresa que hacía ya algún tiempo que Sophia había dejado sus conductas de auto mutilación. Lo más extraño es que , tomado por la pasión del debate alrededor de Sophia , el equipo no se dio cuenta inmediatamente de este cambio tan deseado, demostrando en su torno el cambio de régimen de su funcionamiento como espacio psíquico extendido de la paciente. Pasando del acto al sentido y de la sensación a la emoción el equipo inducía una transformación equivalente en Sophia.

Aquí encontramos una nueva paradoja: Es a partir de los actos de la paciente y de su sur investidura de su mundo externo para desinvertir su problemática interna que esta misma problemática encuentra una configuración que permitió reactivar los afectos relatados al traumatismo

Si a partir de este ejemplo tentamos destacar un punto de vista más general sobre el proceso psicoterapéutico que observamos en estos casos difíciles, podemos describir tres pasos esenciales

1. la exposición de los miembros del equipo a los actos y a los movimientos de identificación proyectivas del paciente quien exporta en este entorno psíquico disponible sus conflictos psíquico que no puede contener en su espacio interno
2. A partir de los efectos de esta exposición (afectos o contra-acción como en este caso), producción en los miembros del equipo de representaciones relatadas al paciente y elaboración de los conflictos resultando

de las diferencias entre estas representaciones. Es aquí esencial la empatía metaforizante de cada miembro del equipo y del equipo como grupo. Se constituye así una historia mítica narrable, significativa para el paciente. Esta construcción sustitutiva permite sobrepasar las fallas imaginarias del paciente usando como herramienta el preconsciente de las personas del entorno, afectado por los actos del paciente:

3. Restitución al paciente de los efectos de esta elaboración en una forma que no va a reactivar sus resistencias contra el sentido y el otro , es decir una forma que no es generalmente una interpretación verbalizada sino una acción parlante (Racamier 2001), es decir una acción infiltrada de relación en el placer de funcionamiento.

En este grande teatro empático cada uno desempeña más o menos conscientemente la parte asignada por el paciente y la elaboración común del equipo. Es muy próximo de un psicodrama pero de un psicodrama en decorado natural (Hochmann 1984).

Por supuesto, esta técnica tiene sus limitaciones, pero a pesar de ellas su función psicoterapéutica no es nada despreciable. Permite a los pacientes limítrofes que tratamos así de reapropiarse su espacio psíquico extendido gracias al trabajo de elaboración de las personas del entorno. Es mucho más que el objetivo de contenencia que Winnicott (1963) atribuye a las instituciones terapéuticas.

Más aun: si aceptamos de no ser más papista que el papa, podemos considerar este tipo de tratamiento como una forma extrema de adaptación del marco de la psicoterapia sicoanalítica. La empatía metaforisante se convierte aquí en la vía regia hacia la vida psíquica de estos pacientes limítrofes. Más allá del manejo de los síntomas, debemos tomarlo en cuenta en la educación de los psiquiatras, en la metodología de nuestras investigaciones naturales y en la organización de nuestras instituciones terapéuticas..

BIBLIOGRAFIA

1. Bergeret J. :1970 Les états limites – Revue Française de Psychanalyse – 34, 601-633 Botbol M, Balkan T : États limites en institution : une psychothérapie par l'environnement, Psychothérapies, Vol 26, 2006, N°1, 15-20 (Suisse)
2. Fédida P. :1999« Un patient de rêve pour un psychanalyste ? »" In "Les États Limites" – André J. (Ed), Puf, Paris

3. Green A.1973 « Introduction à la discussion sur l'évaluation actuelle de l'hystérie » 28ème congrès international de psychanalyse – Paris – Revue Francaise de Psychanalyse .1973 – 1-6
4. Hochman J Pour soigner l'enfant psychotique, Toulouse, Privat, 1984.
5. Jeammet PH. : 1980 « Réalité interne et Réalité externe à l'adolescence » – Revue Française de Psychanalyse, 44, 481521
6. Jeammet PH. : 1990 « Les destins de la dépendance à l'adolescence » Neuropsychiatrie de l'Enfance – 38, 180-199
7. Kernberg O: 1967 : "Border line personnality Organisation" – J. Am. Psychoanal. Assoc. 15, 641-685
8. Masterson J.F.:1971« Diagnostic et traitement du syndrome Border Line à l'adolescence ». Confront. Psychiatr. 1971, 7, 125-155
9. Mises R. :1990 « Les pathologies limites de l'enfance ». Puf, Paris
10. Racamier PC Les Schizophrènes, Ed.: Payot-poche, 2001.
11. Winnicott D. : 1963"Les soins hospitaliers en complémentarité avec une psychothérapie intensive à l'adolescence" in Processus de maturation chez l'enfant, Paris, Payot, 1970.

LA TRANSGRESIÓN DE LA LEY COMO SÍNTOMA: MEDIDAS JUDICIALES Y PSICOTERAPIA*

Jorge Tió**

INTRODUCCIÓN

Agradezco la oportunidad de presentar en este foro y poder dialogar con ustedes acerca de los retos que nos plantean las conductas más conflictivas de los adolescentes en el ámbito de la salud mental. A lo largo de mi presentación quisiera exponerles algunos de los desarrollos que hemos realizado en el equipo que coordino, tanto a nivel de la comprensión como del abordaje de situaciones muy problemáticas en las que llega a intervenir la Justicia cuando los jóvenes son denunciados.

El Equipo de Atención al Menor surge, entre otros dispositivos, de un acuerdo marco de colaboración entre los departamentos de Salud y Justicia de la Generalitat de Cataluña. Se trata de un equipo especializado formado por psicólogos clínicos y psiquiatras con formación en psicoterapia de orientación psicoanalítica1. Desde el principio hemos contado con el asesoramiento y la supervisión del Dr. Luis Feduchi, cuya experiencia en el trabajo con adolescentes y su conocimiento del contexto judicial con cuyos equipos él ya había previamente empezado a colaborar, nos permitió construir desde el inicio un enfoque adecuado para nuestra función y, posteriormente ir elaborando tanto la metodología de nuestras intervenciones como las ganancias en comprensión de los problemas que tratamos. El Servicio está adscrito orgánicamente al área de Salud, aunque trabajamos en la frontera entre los sistemas de Justicia Juvenil y Salud Mental. Desde 1994 hemos atendido ya a más de dos

* Ponencia presentada en el XXIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título La Psicoterapia más allá del síntoma tuvo lugar en Barcelona el 22 y 23 de octubre de 2010. Reconocido de interés Científico-Sanitario por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya (IES) y acreditado como Formación Continuada por la Universidad Ramon Llull y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP).

** Psicólogo Clínico, Psicoanalista (SEP-IPA). Coordinador del Equipo de Atención al Menor de Sant Pere Claver- Fundació Sanitária.

mil menores derivados por los técnicos de Justicia Juvenil (psicólogos, trabajadores sociales, mediadores, delegados judiciales, educadores de centros).

Se trata de menores[17] que han hecho "síntoma" en una conducta que ha sido denunciada a la Justicia. Cualquier conducta delictiva puede llegar a nuestro servicio. Muchas de tipo violento con diversas consecuencias de mayor o menor gravedad. Desde peleas entre pares, agresiones a extraños, a la pareja, la cada vez más frecuente violencia en el seno de la familia, mayoritariamente expresada a través de agresiones a los padres (con mayor frecuencia a las madres), pero también a los hermanos; hasta las agresiones con resultado de lesiones graves u homicidios. Robos de diferente índole. Hurtos, robos con fuerza o intimidación, en muchas ocasiones asociados a violencia. Con menor frecuencia recibimos también menores denunciados por agresiones sexuales, así como otros delitos como el de injurias, amenazas, resistencia a la autoridad o los de conducción temeraria o delitos asociados al tráfico de drogas,…

Los técnicos de Justicia encargados de atender al menor en las diferentes fases por las que atraviesa a lo largo de su proceso judicial, lo derivan a nuestro Servicio (muchas veces tras un arduo trabajo de sensibilización) cuando detectan una excesiva irracionalidad[18] en su comportamiento. También lo hacen ante situaciones de su entorno familiar o social que comprometerían peligrosamente su maduración de no contar con una ayuda psicológica que complemente las intervenciones sociales y educativas que puedan irse organizando. Se trata de casos sin familia o una mínima red social establecida, con familias desestructuradas o disfuncionales, en contextos de violencia, negligencia, malos tratos, o de migraciones calamitosas, etc.…

En otras ocasiones es el propio juez, a su vez asesorado por los equipos técnicos de Justicia Juvenil, quien impone una intervención psicoterapéutica como parte de la medida. En la actualidad estas medidas suponen alrededor de un 25% de las derivaciones que recibimos para tratamiento. Y hoy quisiera centrarme en explicarles como se desarrolla nuestra intervención en estos casos. Pues es en la medida judicial de "tratamiento terapéutico ambulatorio" (así se llama en el ordenamiento jurídico) donde se conjugan de forma más

1 Equipo actualmente integrado por Pilar Raventós, Lluis Mauri, Begoña Vazquez, José Luis Pérez, Vicens Llibrer y Juan Antonio Pla; y por el que han pasado en diferentes momentos de su historia Victoria Sastre Asunción Soriano, Isabel laudo, Joana Lara, Mabel Elduque y Jordi sala

[17]Utilizaré la palabra "menor" en el sentido que se le da en el ámbito del Derecho: menor de edad al que se le puede aplicar la Ley del Menor. En nuestro país esta franja de edad se sitúa en la actualidad entre los 14 y los 18 años. Las medidas obviamente pueden desplegarse más allá de los 18 años.

[18]Abuso de substancias, conductas muy impulsivas o compulsivas, problemas de relación repetitivos, conductas disfuncionales en el área de la sexualidad, síntomas de ansiedad o afectivos o signos psicóticos.

manifiesta las dificultades y las oportunidades de este campo interdisciplinar de intervención.

El tratamiento como medida judicial

La problemática de la motivación y el establecimiento del vínculo.

Si consideramos la adolescencia como una etapa evolutiva en la que conviven de forma natural aspectos infantiles y adultos de la persona, la medida judicial de tratamiento se dirige a los aspectos infantiles que todavía necesitan ser cuidados por el entorno. Considerando que de no ser así una serie de necesidades[19] quedarían desatendidas al no haber alcanzado todavía el sujeto el grado de madurez que le permitiría atenderlas o no en el ejercicio de su autonomía. La Ley así lo entiende desde un paradigma de Justicia Reparativa en el que se considera al menor todavía un sujeto en formación. Para el adolescente, por lo tanto, la vivencia de lo "obligatorio" no resulta tan coercitiva como para el adulto. El tratamiento puede pasar así a ocupar el lugar de la imposición de un cuidado necesario. Con todas las dificultades que esto encierra (pues es un "cuidado" no deseado) pero intentando diferenciarse de un mero mecanismo de control del sujeto.

Habitualmente la imposición de una ayuda psicológica se intenta establecer en estas edades a través del ofrecimiento de contrapartidas ("si vas al psicólogo te compraré esto o aquello", "si no vas ya te puedes ir despidiendo de…"). Contrapartidas que el adolescente suele vivir como meros chantajes o intentos de manipulación. Por lo que la situación con la que nos encontramos no es esencialmente diferente a la de tantos adolescentes llevados a la consulta bajo este tipo de presión. En el caso de la medida judicial la contrapartida más o menos explicitada en el proceso judicial suele ser la evitación de medidas privativas de libertad. En el caso de medidas cautelares el beneficio puede situarse para el menor en relación a la idea de que su colaboración promoverá la benevolencia de las futuras decisiones judiciales.

Va a ser por lo tanto muy importante en la recepción mantener una clara actitud de ofrecimiento de ayuda, lejos de cualquier idea de estar participando en una transacción interesada en la que el menor "ofrece" su "buen compor-

[19]Entendemos la salud física y la autonomía como las necesidades básicas de las personas. En particular la capacidad de autonomía de los individuos es la razón por la que los consideramos práctica y moralmente responsables de sus acciones. Se pueden definir las variables clave que afectan a los niveles de autonomía individual, estas son: "el grado de comprensión que una persona tiene de sí misma, de su cultura y de lo que se espera de ella como individuo dentro de la misma; la capacidad psicológica que posee de formular opciones para sí misma; y las oportunidades objetivas que le permitan actuar en consecuencia" (Doyal y Gough, 1994).

tamiento" a cambio de unos beneficios secundarios. Explicar detalladamente en que puede consistir nuestra ayuda contribuye a disminuir la percepción de ambigüedad y la desconfianza.

Sin embargo, no fue fácil para nosotros, psicoterapeutas de orientación psicoanalítica, aprender a tratar sin demanda manifiesta.

Para ello nos fue también útil comprender la intensa vivencia de asimetría que en la relación puede experimentar un adolescente en cualquier consulta ante un experto (Feduchi et al., 2007). Asimetría que le puede hacer muy difícil tolerar el contacto con el sentimiento de necesidad de ayuda y su reconocimiento.

Esto ocurre por partida doble en el caso de la adolescencia. A la vivencia de inferioridad e inseguridad que puede provocar sentirse ignorante frente a alguien que supuestamente sabe más y con quien no se percibe una correspondencia en el intercambio de intimidad, se suma una segunda polaridad: la del niño frente al adulto.

Es una situación muy expuesta donde la amenaza que se vive para la identidad (riesgo de ser ridiculizado, acusado, despreciado por su manifiesta inmadurez,…) puede originar todo un repertorio de actitudes defensivas de características narcisistas. En nuestra población nos podemos encontrar así con actitudes que van desde la exhibición del "curriculum" delictivo hasta el más evidente desprecio hacia las posibilidades de recibir una ayuda.

En la mayoría de ocasiones se trata de adolescentes y jóvenes acostumbrados a solucionarse las cosas por su cuenta. Sus comportamientos suelen ser una mezcla de las capacidades que han desarrollado, y de las carencias que arrastran desde su infancia. Todo ello determina su desconfianza (y su desconocimiento) hacia las posibilidades de ser atendidos emocionalmente. En última instancia esto supone déficits en la capacidad simbólica que dificultan seriamente la contención mental de ansiedades, que intentarán eliminarse a través de la actuación.

Finalmente la imposición judicial de tratamiento introduce todavía una tercera asimetría: la del "reo" frente al juez. Y paradójicamente hemos podido comprobar como ésta facilita al menor la posibilidad de despojarse de su sentimiento de necesidad y de su vivencia de fragilidad frente al psicólogo. La entrevista se hace más tolerable: "*Vengo porque me lo impone el juez, no porque yo necesite nada*". La obtención de los citados beneficios secundarios justifica su presencia en la consulta, así disminuye su ansiedad y la comunicación puede salir beneficiada.

De la misma manera la obligatoriedad impuesta por un estamento judicial es

también utilizada por el menor para mitigar las ansiedades que una derivación a un dispositivo de Salud Mental obviamente despierta. "Yo no estoy loco, lo que pasa es que soy malo [por eso me envían aquí]…". Un joven mostraba así claramente al terapeuta sus preferencias a la hora de construir su identidad.

El caso de Manuel ilustra esta situación de partida. Con 17 años es derivado a nuestro Servicio para cumplir su tratamiento obligatorio en régimen ambulatorio tras una medida de más de un año de internamiento cerrado por una serie de graves delitos violentos. En la primera entrevista tras presentarme y explicarle nuestras funciones se decepciona ante el hecho de no encontrarse frente a un psiquiatra. "*Es que a mí los psicólogos me la sudan… yo quería lo de la medicación… Es que yo no hablo con nadie, mi padre es el único del que me fío*". Tras aclararle que no habrá ningún problema en realizar el seguimiento de su tratamiento psicofarmacológico me intereso por sus experiencias anteriores con "*psicólogos*". Muy escuetamente me habla de los del Centro y aprovecho para incidir en la independencia que nuestra intervención tiene de su proceso judicial. En este momento parece abrirse algo y comunica sus temores de volver a engancharse a la coca cuando salga "*…del mono, de sentirme mal…*" Lo reaseguro de nuevo en la necesidad de continuar con la ayuda psicofarmacológica pero empiezo a explicarle de qué podría servir también una ayuda psicológica. A renglón seguido me intereso por su proceso de desinternamiento. La angustia de Manuel se hace aquí más evidente describiendo la situación de endeudamiento a la que le llevó su consumo y las ansiedades persecutorias que esto le genera. Señalo la importancia de su problema y la necesidad de ayuda que seguramente tiene a diferentes niveles cuando me interrumpe interesado en explicarme sus delitos. El resto de la entrevista va a estar prácticamente dedicado a esto. Manuel se muestra más vital. Su relato es obviamente poco empático con las víctimas, pero no llega a ser cruel. Se trata de robos con violencia pero él se detiene especialmente en subrayar su arrojo, su habilidad, su capacidad de enfrentar los problemas que le iban apareciendo. Cuando empezamos a hablar sobre sus expectaitivas de futuro el panorama no resulta tan halagüeño, "*quiero trabajar de lo que sea… menos de chapero en las Ramblas cualquier cosa es buena…*" En un momento dado Manuel parece querer terminar la entrevista preguntando cuándo vamos a volver a vernos y anunciándome que "*cuando nos veamos ya te explicaré…*" Aprovecho su propuesta para reforzar su compromiso de asistir a una segunda entrevista.

Nuestra intervención se va a enfrentar por lo tanto de entrada a la tarea de propiciar en el menor una transición desde la vivencia de imposición o castigo a la de una experiencia en una relación de ayuda.

Es una tarea que realizamos en un contexto general en el que el tratamiento es una medida más entre otras que van a intentar asistir al menor en el intento de recuperar su desarrollo. Por lo que múltiples experiencias van a apuntar en esta dirección.

La tolerancia y el respeto hacia las actitudes iniciales defensivas es muchas veces el primer baluarte para iniciar la construcción de una relación terapéutica. Desde el inicio, tolerando sus "exploraciones", incluso antes de acudir a la primera visita, sus ausencias a las citas, el acudir fuera de hora,… Una serie de comportamientos que pueden ser la única manera de aproximarse sin sentir la invasión de una insoportable vivencia de fragilidad. El delegado judicial (DAM) empieza en este momento ya a cumplir una de sus funciones en relación con el tratamiento: acompañar cuando la capacidad del menor no es suficiente. Esta "vigilancia", que comporta una tarea de apoyo psicológico y práctico, podrá irse retirando en la medida que el vínculo terapéutico se establezca y reaparecer quizás (como veremos) en momentos de "crisis" o interrupción de la relación terapéutica. La vigilancia se diferencia de nuevo del control, está más asociada al cuidado. Supone una atención y una intervención sólo cuando se estima necesario. Incluye por lo tanto un grado de confianza.

Ya en las primeras entrevistas con el menor a la tolerancia descrita se suma una actitud activa por parte del terapeuta. La explicación clara del sentido de la medida destinada a favorecer su desarrollo. La de nuestras funciones, claramente diferenciadas de lo pericial. Un manejo de los silencios que evite que se apoderen de la entrevista pues incrementan la vivencia de asimetría. Todo ello contribuye a disminuir su desconfianza.

En nuestro modelo de intervención mantenemos una separación de funciones con los profesionales de Justicia que se ha mostrado operativa a lo largo de estos años. Nosotros nos encargamos del tratamiento y mantenemos una coordinación que atiende las obligaciones del delegado en relación con su tarea de vigilar la medida. Por ejemplo informamos de las interrupciones y de la marcha general del tratamiento. Por otro lado realizamos un intercambio de información con respeto a la confidencialidad (aquí de nuevo hay que tener en cuenta la coexistencia de aspectos adultos e infantiles) que nos permite a los terapeutas conocer mejor la realidad y la evolución del menor, y al delegado orientar su estrategia educativa con mayor comprensión de las motivaciones inconscientes de los jóvenes. Le explicamos al menor o al joven este encuadre, que sobretodo va a ir experimentando a lo largo del tratamiento. Como señalaba no intervenimos en cuestiones de peritaje y valoración forense para lo cual el propio sistema de Justicia Juvenil cuenta con recursos propios.

La existencia del delegado judicial es también una ayuda importante para los terapeutas a la hora de modular nuestras respuestas contratransferenciales a la comunicación o falta de comunicación del menor. Saber que hay alguien que vela por la atención de necesidades básicas que requieren intervenciones concretas y prácticas en su mundo externo, nos permite a nosotros centrarnos en su mundo interno, en la tarea de intentar modificar unas formas de funcionamiento mental que le están impidiendo aprovechar las oportunidades que se le presentan con la medida.

Héctor arrastraba provocativamente sus pies por el pasillo cuando se dirigía hacia el despacho para mantener su primera visita en nuestro Servicio. El DAM le había acompañado. Denunciado por una agresión a su madre, empezaba también a coquetear con grupos próximos a bandas juveniles en su barrio. Grupos que había empezado a frecuentar más tras ser expulsado del Instituto. Poco a poco en la entrevista Héctor va explicando su historia. "*¿No has estado nunca en un Instituto?" "Si te callas se te comen*". Hijo de un fracasado matrimonio mestizo, discute con frecuencia con su madre por la que se siente profundamente despreciado. Su "negativismo" hace que ella lo asocie con el padre que los había abandonado, a quien además ve constantemente reflejado en los marcados rasgos raciales de su rostro. "*Indio de mierda*". Al final de la entrevista Héctor descubre su pecho mostrando al terapeuta las deformaciones que en su piel dejó una quemadura sufrida a los cuatro años cuando en un accidente doméstico su madre derramó sobre él una olla de agua hirviendo. Empezar a atender las "quemaduras" mentales que el desprecio que sentía le estaban causando, estimuló su colaboración con el delegado para atender médicamente la modificación de sus cicatrices corporales. La atención ofrecida las liberaba así de ser un medio para expresar de forma victimista su resentimiento. Y la existencia del delegado reducía el impacto emocional que Hector habría podido provocar en el terapeuta con su "exhibición" afectando su capacidad de pensar.

Por otro lado conocer la realidad de los chicos a través del delegado nos capacita para tolerar mejor la falta de información proveniente de ellos y evitar en las primeras entrevistas la deriva hacia un interrogatorio destinado a calmar una ansiedad que el desconocimiento y las sospechas provocarían.

Antonio cumple una medida judicial con obligación de tratamiento por su conducta violenta. Miembro del movimiento skin, se ha involucrado en múltiples agresiones a grupos de ideología contraria (skin-reds) sobre los que vuelca su intolerancia. La información previa con la que el terapeuta cuenta, le permite organizar una entrevista abierta, no excesivamente focalizada en los problemas de conducta de los que le comunica que está básicamente informado. En este primer encuentro el joven se instala en esa prototípica actitud

de "*si quieres yo te cuento*". Aunque muy alejado de mostrar contacto con ningún sentimiento de necesidad se muestra franco hablando de su situación familiar. Su comunicación permite comenzar a comprender la génesis de su identificación con el nazismo. La intensa sensación de injusticia, de incomprensión y rabia que le provocaba una complicada dinámica familar que muy precozmente depositó en él la etiqueta de niño difícil, alimentó sus sospechas hacia lo que empezó también a considerar como una similar "demonización" injusta del nazismo. Al igual que él *"eran violentos, pero no era para tanto… se habían cometido muchas injusticias con ellos…*". Ahora Antonio parece disfrutar provocando en los demás un intenso rechazo hacia su ideología. A la vez que localiza en la reivindicación "okupa" de los skin-reds sus repudiadas tendencias regresivas con las que no se permite tener ningún tipo de contacto.

El límite de la confidencialidad lo marcan los hechos de los que pudiéramos tener noticia y que al desconocer el delegado podrían causar algún daño al menor. Obviamente entre estos daños también se encontraría la impunidad. En contadas ocasiones hemos tenido que animar al menor a que comunicara también al delegado lo que nos había dicho. Y excepcionalmente nuestra ayuda ha tenido que concretarse en una intermediación directa que ayudara al menor a informar al delegado judicial. En ningún caso hasta la fecha hemos tenido que suspender un tratamiento por este motivo. Pero conviene saber que lo podríamos tener que hacer.

Nuestra experiencia es que en la mayoría de ocasiones el menor se muestra comunicativo. "*Vengo porque el juez me obliga, yo, la verdad, no necesito nada, pero si quieres te cuento…*" Como he dicho este planteamiento no va a ser inicialmente cuestionado por el terapeuta exigiendo un reconocimiento de su necesidad de ayuda. A medida que "nos cuenta", vamos a poder irle dando nuestra opinión profesional. Su relato nos permite ir elaborando una serie de hipótesis dinámicas sobre su funcionamiento.

Va a resultar muy importante en este momento conocer también sus aspectos más sanos y capaces, pues sólo mostrándole como algunas de sus maneras de funcionar pueden acabar perjudicando su desarrollo, establecemos las bases para la construcción de una alianza terapéutica, de una gradual construcción de un sentido compartido de la intervención. Que sienta que nos ponemos de parte de su crecimiento, ofreciéndole una oportunidad de modificar la experiencia de "*salir siempre perdiendo*" como nos comunicaba desesperado un joven. Con todo ello pretendemos interesar al menor en la propuesta que le planteamos y empezar a estimular esa transición de lo obligatorio a lo voluntario.

La comprensión del síntoma en la conducta.

El adolescente es por naturaleza un sujeto de acción. Necesita experimentar para enfrentar la tarea de construir su identidad y conocer el nuevo mundo adulto que desde su naciente posición también va a contribuir a crear. Por lo que con cada aparición de un adolescente en la sociedad se inicia un proceso de acoplamiento recíproco entre él y su entorno. La novedad que introduce el adolescente siempre lleva asociado un grado de trasgresión de lo establecido. Así, la rebeldía de los jóvenes puede contribuir a la transformación de normas inadecuadas o Leyes injustas. Que dicho acoplamiento transcurra por los cauces de una conflictividad manejable a través de la negociación, el diálogo, el reconocimiento y el cambio mutuo dependerá tanto del joven como del entorno.

Desde este punto de vista nosotros prestamos especial atención a la dinámica que se genera entre las ansiedades claustro-agorafóbicas prototípicas de la adolescencia y el trato del entorno que puede favorecer el desarrollo o dificultarlo siendo controlador y sobreprotector o expulsivo.

El caso de Ana lo ilustra. Con 15 años llega a la Justicia denunciada por sus padres tras varias agresiones a su madre. En las entrevistas de exploración se muestra convencida de que un hecho así no se volverá a repetir, y está dispuesta a demostrarlo. La denuncia y las diferentes intervenciones profesionales se han desencadenado son vividas por ella como una decepcionante muestra de desconfianza que alimenta su rencor. En su relato pronto aparecen sus grandes dificultades para aceptar la nueva situación de su familia. Sus padres decidieron separarse hace dos años, tras múltiples amenazas de ruptura. Habían mantenido, desde que ella lo recuerda, una tensa y conflictiva relación en la que habían llegado a producirse agresiones físicas entre ellos, nunca denunciadas. Al poco tiempo de la separación, sus padres organizaron sendas familias reconstituidas a las que se sumaron hijos menores de las correspondientes nuevas parejas. Esta reorganización no se hizo de forma ordenada, probablemente por las fuertes cargas de ambivalencia y culpa en una separación de difícil elaboración. Los múltiples movimientos familiares y la falta de claridad que Ana percibe de su entorno han ido aumentando en este tiempo su sensación de incertidumbre. Sus sentimientos de rabia contenida y vergüenza la están llevando a un aislamiento cada vez mayor. Es incapaz de comunicar su malestar incluso a sus amigas, y en casa opta por encerrarse cada vez más en su cuarto, donde acaba realizando hasta las comidas. Su dificultad de relación con las nuevas parejas de sus padres es importante, se le hacen muy difíciles de soportar y las evita siempre que puede. En el curso de su tratamiento Ana explica que tiene un perro que "*solo muerde a los descono-*

cidos", pero es su vida la que se ha llenado de desconocidos. Se ve así obligada a enfrentar las ansiedades de su desarrollo, también lleno de múltiples cambios, sin ningún vínculo estable de confianza. La solución regresiva que adopta provoca que sus padres la presionen cada vez más para que acepte con naturalidad la nueva situación, a lo que ella se resiste con violencia. La espiral de proyecciones entre padres e hija va en aumento. "*Para ellos nunca hago nada bien*", dice ella; "*Nos estás destrozando la vida*", dicen ellos. Padres e hija tan solo son capaces de verse como mutuamente rechazantes y cruelmente abandónicos.

El síntoma, la agresión de Ana a su madre, es consecuencia de una serie de factores que interactúan. Las tendencias regresivas de Ana ante sus ansiedades agorafóbicas (propias de la etapa evolutiva que está viviendo y exacerbadas por la inestabilidad de su entorno familiar), su refugio en la pasividad, el aislamiento, el consumo de marihuana,... La mala tolerancia del entorno a este comportamiento, un entorno con dificultades particulares, también enfrentado a duelos de difícil elaboración, impaciente con Ana a la que parece gritar "*¡crece de una vez!*", "*acepta la nueva situación de la familia!*" Aparecen entonces una serie de exigencias, límites rígidos expresados con hostilidad,… que exacerban las ansiedades claustrofóbicas de Ana, su miedo a quedarse atrapada en la infancia, sometida como una niña atemorizada a un mundo adulto controlador. Unas ansiedades que, a su vez, están también estimuladas por sus propias tendencias regresivas. Todo ello genera un círculo vicioso, un terreno abonado para la intensificación de las proyecciones (tan propias de la adolescencia): "son los adultos que no me dejan crecer y me encierran con sus exigencias y absurdas imposiciones, unos adultos con los que además no puedo contar, ese es mi único problema, eso es contra lo que tengo que luchar, eso es lo que tengo que eliminar". Y también las proyecciones hacia ella por parte de los padres: "*es un monstruo, nos está destrozando la vida, ahora que empezábamos a vislumbrar las posibilidades de una nueva vida…*". Proyecciones que obviamente no favorecen el desarrollo de un sentimiento de identidad mínimamente confortable.

Más allá de la violencia, esta espiral de conflicto puede desembocar en otra de las respuestas incontinentes que hemos observado en los entornos del adolescente: la expulsión. La familia, la escuela, cualquier institución en la que el adolescente viva o sea invitado a vivir puede responder así ante la difícil prueba a la que la someten las conductas disruptivas y disfuncionales de los jóvenes. Es fácil de entender, es una respuesta hasta cierto punto "natural" y más probable cuanto más escasas sean las capacidades de contención del entorno. Esta dinámica promueve la judicialización de los conflictos. Aunque con la aparición de la Justicia la deriva expulsiva se detiene: "Alguien por fin

se va a encargar".

En nuestro grupo Feduchi (2006) ha bautizado este funcionamiento en el seno de la familia como el "síndrome del adolescente abortado" cuando se observa la repetición de dinámicas de relación que ya se dieron durante el embarazo o los primeros momentos de la crianza. Etapas en las que por diferentes motivos (fuertes cargas de ambivalencia materna en relación con el embarazo, problemas graves de desarrollo del bebé de difícil contención) se generaron en los progenitores intensas fantasías abortivas o deseos de deshacerse del bebé, en ocasiones incluso conscientes. Pensamos que la culpa derivada de estos sentimientos puede determinar rápidas oscilaciones entre la sobreprotección y la "expulsión" en la crianza del niño que alterarían su desarrollo y que se reeditan en la crisis de la adolescencia cuando las ansiedades de separación vuelven a afectar a todo el grupo.

La identidad

Otra área a la que prestamos especial atención a la hora de intentar comprender el "síntoma" que la conducta del adolescente expresa, es la definida por su proceso de formación de un sentimiento de identidad. Una identidad que necesita percibir suficientemente estable, coherente, real, con continuidad en el tiempo, sin niveles de culpa o de vergüenza que impidan la consolidación de la autoestima.

Así nos preguntamos hasta que punto al joven le urge esa conducta y los efectos que genera para apuntalar su sentimiento de identidad. O hasta qué punto necesita defenderse con un ataque violento, de características destructivas, ante lo que percibe como una amenaza para la misma.

Jonathan, con dieciséis años, sigue su tratamiento a nivel ambulatorio tras una medida de internamiento impuesta por múltiples denuncias por robo, agresiones y lesiones. Su fortaleza física y su arrojo parecían haber contribuido a que ejerciera un rol de líder en grupos delincuenciales de jóvenes adolescentes del barrio marginal en el que vivía. Su aspecto atlético presentaba un extraño contrapunto en las cicatrices de autolesiones que llenaban sus brazos.

Segundo hijo de una familia numerosa, Jonathan había perdido a su padre hacía tres años víctima de un accidente de tráfico y a su hermana mayor hacía dos años por una sobredosis. En el momento de su detención vivía con su madre, una personalidad limítrofe sostenida por ayudas sociales, junto a sus hermanos pequeños. Gran consumidor de cannabis desde los once años, empezó a desentenderse de la escuela en la que pronto empezó a acumular expulsiones que culminaron en su ruptura con cualquier proceso de aprendizaje

estructurado. Jonathan parecía haberse refugiado en su rol de líder violento en el grupo, en su frenético consumo de cannabis y en una serie de actividades físicas que tenían como objetivo fortalecer su musculatura. Sorprendía en las primeras entrevistas que no rehuyera el relato de su historia, consiguiendo mantener a raya las emociones más desestabilizadoras sin llegar a ser frío en su forma de expresarse. Cuando la emoción podría haber hecho un asomo de aparecer o cuando en su narración se agolpaban las descripciones de situaciones traumáticas, Jonathan proponía con algún pretexto la interrupción de la visita hasta un nuevo encuentro.

Si resulta muy difícil alcanzar un equilibrio suficiente en la reorganización interna que tiene lugar en la identidad, la violencia puede aparecer como un desesperado intento de regulación. A través de ella se van a eliminar vivencias de fragmentación, de vulnerabilidad extrema, intensas ansiedades confusionales o fuertes sentimientos de culpa.

La violencia puede estar dirigida al objeto que se percibe como estimulador de representaciones insoportables de uno mismo, como le pasaba a Jonathan que era capaz de responder muy violentamente cuando le parecía detectar una simple mirada de desprecio. O ir dirigida hacia un objeto en el que previamente se han depositado esas representaciones indeseables por identificación proyectiva (Klein 1946). Son los ataques al débil, al desvalido, al extraño, al diferente. Como cuando Jonathan con su grupo se dedicaban a atemorizar a otros jóvenes en su barrio.

Perelberg (1997) ha descrito en jóvenes pacientes fronterizos, como la violencia puede intentar reducir un sentimiento de confusión e incoherencia internas movilizando un atributo específico para lograr mayor sensación de identidad entre un cúmulo de aspectos identificatorios entre los que existe una excesiva fluidez. Pensamos que algo similar puede ocurrir en la adolescencia problemática.

En una evolución posterior la violencia puede asimismo pasar a ser uno de los atributos sobre los que se construye una identidad con características “negativas” (Erikson 1964). El adolescente puede encontrar en aquellas cualidades más enérgicamente rechazadas por el entorno un anclaje sobre el que construir su sentimiento de identidad de forma mucho más clara y real que sobre las imprecisas y difícilmente alcanzables cualidades en las que se centran las expectativas del mundo adulto. Máxime cuando el adolescente encuentra una valoración y un reconocimiento de esas cualidades en su grupo de iguales, como ocurre con la violencia en las bandas juveniles.

El tratamiento: desarrollo

La sensación del joven de que sus vivencias son comprendidas facilita que él a su vez tome en consideración nuestras observaciones. Esto es importante para cualquier tipo de psicoterapia, pero cobra especial importancia en situaciones en las que no es infrecuente que el menor ocupe el lugar de chivo expiatorio de dinámicas familiares altamente patológicas. También por el hecho de estar sufriendo el impacto "traumático" provocado por la aparición de la Justicia y todo el proceso que se desencadena. La conducta disruptiva suele provocar rechazo y hostilidad en el entorno, contribuyendo a perpetuar una mala experiencia en la relación con los otros.

Nuestra idea es que la mayor comprensión sobre las emociones que el tratamiento puede ir introduciendo cataliza la aparición de representaciones mentales con capacidad para contener la ansiedad (la necesidad, la frustración) y modular la respuesta defensiva. Disminuye así el refugio en la omnipotencia y la negación de la realidad a las que muchos menores necesitan acudir para sostenerse psíquicamente. Las nacientes capacidades de abstracción y el pensamiento formal que surge en estas edades favorecen también esta aparición del insight.

Xavier, un joven de 16 años cuando llegó a nuestro servicio, había sido denunciado por robos y agresiones con lesiones. El mayor de una familia de tres hermanos Xavier había sufrido malos tratos por parte de una madre irracionalmente exigente, que finalmente había sido diagnosticada de un transtorno mental severo e ingresada en una clínica mental. Su padre había intentado hacerse cargo de las necesidades de la familia, pero aparecía como un hombre débil y sumiso a los ojos de Xavier.

Era un joven pendenciero, no necesitaba grandes pretextos para enzarzarse en peleas. Organizaba correrías con alguno de sus amigos, que no parecían tener otro objetivo que el de buscar pelea. Había abandonado todos sus estudios y robaba esporádicamente, principalmente para costearse un elevado consumo de cannabis. Le dedicaba horas al gimnasio con el fin de desarrollar una musculatura de la que se sentía muy orgulloso. Su comportamiento parecía otorgarle en el grupo de iguales un rol especial, a medio camino entre "el diablo" y "el indomable", que le gratificaba. No tardamos en comprender como sus agresiones respondían a un intento desesperado de deshacerse de representaciones de sí mismo insoportables, sentirse un inútil, inservible, sentirse desechado, abandonado. Con el agravante de que Xavier parecía provocar situaciones para poder ejercer la violencia. Su propia relación de dependencia con el tratamiento era tolerada con dificultad, sus ausencias eran frecuentes y le costaba terminar las sesiones a las que asistía.

A lo largo de su psicoterapia, sin embargo, Xavier pudo ir gradualmente tolerando algo mejor sus sentimientos de soledad y tristeza. Las intervenciones del terapeuta intentaban ayudarle a considerarlos como algo valioso que le informaba de su manera de apreciar el mundo y sus relaciones. En una de sus sesiones en el segundo año de psicoterapia Xavier comunicó el siguiente sueño: "*Aparecía con su madre entre sus brazos, era evidente que ésta se estaba muriendo, él sollozaba 'mamá no te mueras…', mientras sucedía todo esto su abuelo estaba delante…*". Tras explicar el sueño comunicó diferentes recuerdos de su infancia en torno al malestar que le generaban los absurdos y abusivos castigos de su madre. Pero en esta ocasión, incluyó algún recuerdo bueno como el de "su madre observándoles complacida a él y a su hermano mientras jugaban en la terraza".

Pensamos que el factor "presencia" y "estabilidad" de la relación en la psicoterapia (y probablemente en toda la experiencia global de la medida judicial) posee un alto valor terapéutico en sujetos cuyas biografías suelen estar marcadas por la ausencia y la inestabilidad en las relaciones. Nuestra intervención puede desarrollarse a lo largo de todo el periplo que el menor realice por el circuito Judicial, ofreciendo una experiencia de continuidad por más cambios que su situación judicial pueda experimentar. Desde este punto de vista el manejo de las ausencias cobra especial importancia en la terapia. El adolescente puede "convertir" en ausente al objeto con su conducta. A lo largo de la psicoterapia y en la medida que se recupera (o se construye) la capacidad de contacto con las emociones, puede surgir la necesidad de poner distancia en la relación a través de las ausencias a la sesión. Puede ser una maniobra defensiva ante ansiedades de características claustrofóbicas o una necesidad de experimentar su naciente autonomía. Aquí la figura del delegado cobra de nuevo especial importancia velando por su asistencia. Ya que al menor puede resultarle todavía difícil volver tras una ausencia o llamar para recuperar el contacto. El delegado judicial asume así también el riesgo de recibir las proyecciones del menor que puede sentirse controlado por él. Así se preserva la relación con el terapeuta que puede seguir ayudándole a comprender la situación.

A medida que la capacidad de contención aumenta los intereses y la curiosidad de los jóvenes pueden desplegarse con más libertad. El reconocimiento de aspectos sanos, que ya subrayamos al hablar de las entrevistas de diagnóstico y valoración, va a constituir un elemento importante a lo largo de todo el tratamiento. Tiene en la adolescencia un valor terapéutico en si mismo pues la identidad es todavía precaria y al menor puede costarle reconocer y valorar sus propias capacidades. Nuestra sensibilidad hacia la psicopatología no debería ser mayor que la que podamos desarrollar hacia la "psicovitalidad". Comunicar un interés sano supone también para el menor arriesgarse a con-

tactar con el afecto de una expectativa y el consiguiente temor a la pérdida (o al fracaso) asociado a ella. Que la amenaza de la pérdida pueda ser utilizada por los adultos para manipularlo o controlarlo de alguna manera es un factor que muchas veces inhibe la comunicación más abierta de sus intereses. "*Si ven que quieres algo, entonces ya te lo quitan si después tú no haces lo que te mandan…*". La vergüenza, la confusión en relación con los sentimientos, muchas veces vividos por los jóvenes como muestras de debilidad, obstaculiza seriamente el desarrollo de sus capacidades, la posibilidad de arriesgarse a ponerse a prueba. Su propensión al aburrimiento, prototípico de esta etapa[20], es mayor.

Ramón, un joven de 17 años denunciado por robos con fuerza y daño a las cosa, también ha sido expulsado de la escuela por "conducta disocial". Es el segundo de cinco hermanos de una familia de padres trabajadores. El modelo de familia que presenta parece más definido por la ausencia de los padres absorbidos por sus horarios laborales que por una desestructuración de la familia. Su presencia física en las primeras entrevistas es llamativa: sucio y desaliñado, maloliente, parece medio dormido. Describir su situación se le hace difícil. El desinterés y el aburrimiento parecen invadirlo todo, nada despierta su curiosidad. Pasa mucho tiempo solo y sin saber qué hacer: o duerme o sale con sus amigos.

> *En la entrevista tan solo se anima cuando explica sus "aventuras" forjadas a través de robos y estropicios en grupo, como por ejemplo cuando "... una vez rompimos las ventanas de toda una hilera de coches aparcados...". Conductas cuya motivación no sabe explicar, "... se nos ocurre cada cosa...". Estas aventuras, aparte del dinero que en ocasiones le pueden proporcionar "para bebidas o para comer", parecen tener un efecto vitalizante (observado en la misma entrevista), y constituyen una escapatoria de un sentimiento de aburrimiento invasivo e insoportable. A lo largo de su psicoterapia Ramón pudo ir comunicando su interés por los animales. Cazaba pájaros que después adiestraba para el canto. La estimulación de estos aspectos vitales a través de una escucha activa y sincera no solo contribuyó a mejorar su higiene personal sino que le permitió comunicarse mejor con su delegado que le proporcionó el contacto con un recurso forma-*

[20]El aburrimiento aparece con frecuencia en los adolescentes. La falta de experiencias que todavía tienen hace difícil que puedan recurrir a vivencias o recuerdos anteriores para salir de ese estado. La infancia está muy cercana y las experiencias de esta etapa no le sirven. Necesita estímulos nuevos. (Feduchi et al., 2006)

tivo orientado al cuidado de los animales.

En nuestra experiencia psicoterapia y acción educativa se potencian mutuamente. Y aunque no siempre se llega a tiempo de invertir o frenar dinámicas con una fuerte inercia, comprender la formación del síntoma en el sujeto y en la relación puede servir también para mejorar la capacidad de prevención en otros niveles. El trabajo interdisciplinar es aquí también importante. El intercambio de conocimientos entre los profesionales que trabajamos en los diferentes ámbitos donde el adolescente se desarrolla puede contribuir a que la familia, la escuela, el barrio puedan también hacerse más contenedores, más "justos".

Un campo complejo, una ética común.-

Para terminar quisiera destacar como la intervención en este complejo terreno multidisciplinar se beneficia de la existencia de un claro marco ético común. Un marco ético que se hace muy explícito a todos los protagonistas (profesionales de Justicia, de la Salud y a los propios adolescentes) pues por diferentes vías surge de ellos mismos.

En primer lugar el hecho de que sea la propia Justicia la que señala la necesidad de una ayuda psicológica no es para nada insustancial. Las medidas de tratamiento para infractores (al igual que los programas de Mediación y Reparación) son consecuencia del cambio de paradigma que para el Derecho Internacional supuso la Convención sobre los Derechos del Niño (1989). Con este cambio de paradigma[21] el adolescente en conflicto con la ley dejó de ser "objeto de tutela" para pasar a ser "sujeto de derechos y obligaciones". Es un modelo que preconiza la responsabilidad del adolescente intentando hacerla coherente con su situación de persona en formación, promoviendo por lo tanto un equilibrio entre lo judicial y lo educativo. La Justicia también va más allá del síntoma favoreciendo así que pueda ser percibida como "justa" al atender al sujeto.

En segundo lugar el modelo de Salud Mental desde el que operamos es un modelo que, lejos de tentaciones reduccionistas, considera la complejidad biopsicosocial de la formación del síntoma. Que pone especialmente el acento en el desarrollo evolutivo del adolescente desde una perspectiva psico-

[21]Este desarrollo del Derecho en materia de responsabilidad penal juvenil ha propiciado la elaboración de unos principios fundamentales que en el marco de diferentes acuerdos internacionales suponen obligaciones concretas para los Estados. Así surgen el Principio del interés superior del Menor, el Principio de no Discriminación, el Principio de Privación de Libertad como último recurso, el Principio de respeto al debido proceso, el Principio de gradualidad o proporcionalidad, el Principio de oportunidad y el Principio de justicia restaurativa o reparadora.

analítica. Y que, desde ese punto de vista destaca la importancia que para su desarrollo tiene la relación con el entorno (familiar, escolar, social). Respeto a la complejidad y atención a las necesidades básicas pasan a ser así características esenciales de los procesos que pretendemos instaurar.

Finalmente contamos con el propio empuje de la adolescencia pues es precisamente en esta etapa del desarrollo en la que se construye el sentido de la Justicia[22], la capacidad de pensar éticamente[23], el sentido de la solidaridad y de la lealtad.

El adolescente es muy sensible a la injusticia, al abuso de poder o al paternalismo, a que se confundan sus aspectos infantiles con sus incipientes formas de funcionamiento adulto. Por eso, al mismo tiempo, puede ser muy receptivo ante las actitudes que percibe justas.

Sandra, una joven de diecisiete años que había llegado a ponerse seriamente en riesgo con su conducta transgresora, oposicionista y descuidada llegaba a describir con estas palabras en una sesión de su psicoterapia a un educador con quien finalmente parecía estar construyendo una buena relación:

"*... [es justo] te escucha, se coloca en tu cabeza y comprende lo que tú dices..., aunque luego no te de la razón sientes que te ha entendido... Y..., eso sí que lo tiene..., que sabe reconocer sus errores*." Nuestra joven paciente describía certeramente lo que empezaba a ser para ella una mejor relación con la autoridad. La "autoridad" con la que ella tantas veces había chocado. Parecía conocer uno de los orígenes etimológicos de la palabra "autoridad", la que proviene del latín "auditore" "**escuchar**". El proceso que siguió Sandra a partir de poder empezar a confiar más en las relaciones de ayuda parecía desplegar otra de las raíces de esta palabra, la que la conecta con el verbo latín "augere", "**hacer crecer**".

[22]Una de las principales construcciones culturales del género humano de la cual la moderna "filosofía biológica" estudia sus bases biológicas a través de interesantes estudios transculturales.

[23]Fue Piaget (1964) quien observó y supo explicar como el desarrollo neurobiológico va estrechamente asociado al de las capacidades cognitivas y emocionales del sujeto, influyéndose mutuamente. Posteriormente Kholberg describió como estas nuevas capacidades catalizan una transición de la ética de la obediencia infantil ante el mayor criterio del adulto a la ética del respeto y el reconocimiento mutuos y el pacto social entre adultos.

BIBLIOGRAFIA

1. Convención sobre los derechos del niño. Ratificada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, resolución 44/25, 20 de Noviembre de 1989.
2. Doyal L, Gough I. (1992) Teoría de las necesidades humanas. Barcelona: Icaria; 1994
3. Erikson E (1956). The Problem of Ego Identity. J Am Psychoanal Ass, 4, 56-121.
4. Feduchi, L.; Mauri, L.; Raventós, P.; Sastre, V.; Tió, J. (2006). Reflexiones sobre la violencia en la adolescencia. Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente, 8, 19-26.
5. Feduchi, L.; Mauri, L.; Raventós, P.; Sastre, V.; Tió, J. (2007). Abordaje Psicoterapéutico en el marco de la medida judicial para menores. Revista de Psicopatologíal y Salud Mental del niño y del adolescente, 10, 33-41.
6. Klein M (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides, en Obras Completas de M. Klein (1990), tomo III, Buenos Aires, Paidós.
7. Piaget, J. (1964) Seis Estudios de Psicología. Barcelona: Barral; 1980.
8. Perelberg, R.J. (1997). El interjuego entre identificaciones e identidad en el análisis de un joven violento: cuestiones sobre la técnica. Libro anual de Psicoanálisis (2001), XV, 27-40.

DE LA CONSULTA A LA PSICOTERAPIA DE GRUPO*

Elena Pérez Crim**

A partir del tema del congreso « Mas allá del síntoma » quería proponeros mis reflexiones sobre el tratamiento de psicoterapia de grupo en una consulta pluridisciplinaria de un servicio público de Ginebra donde los motivos de consulta llegan expresados en términos de síntomas.

Ex : Pino 10 años Hijo mayor de padres separados. Consulta por trastornos del sueño, miedos diversos, problemas de separación con la madre.

Martín 7 años es de origen portugués, tiene problemas de adaptación escolar y de aprendizaje, un comportamiento inhibido y también presenta una enuresis primaria.

Subanka 11 años es hija única, de origen tamul, vive con su madre que es esquizofrénica. Actos agresivos hacia su hija, motivaron un internamiento de urgencia que duró dos años. Subinka es muy tímida desconfiada et inhibida.

Cindy 9 anos es angoleña, tiene dificultades de aprendizaje y una inhibición social severa.

Otras consultas se presentan bajo la forma de un trastorno específico de lenguaje oral o escrito y con menos frecuencia se refieren en primer lugar a trastornos psicomotores.

Es martes, las 8h15, momento en el cual un equipo pluridisciplinario, de un sector del Office Médico-Pédagogique (OMP) de Ginebra se reúne semanalmente durante dos horas. Es un momento para la transmisión de informaciones, distribuir las solicitudes de consulta recibidas durante la semana,

---

* Ponencia presentada en el XXIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título La Psicoterapia Más Allá del Síntoma tuvo lugar en Barcelona el 22 y 23 de octubre de 2010. Reconocido de interés Científico-Sanitario por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya (IES) y acreditado como Formación Continuada por la Universidad Ramon Llull y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP).

** Médico Adjunto del Servicio Médico Pedagógico de Ginebra y miembro de la Sociedad Suiza de Psicoanálisis.

entre los diferentes colaboradores, solicitar un colega de otra especialidad para un examen complementario seguido de una discusión clínica sobre una situación o un tema particular como puede ser la psicoterapia de grupo. Se trata de un sector cuya población es de clase media y tiene un porcentaje importante de emigrantes.

La demanda es abundante y con frecuencia proviene de otros servicios públicos, como la escuela, la protección de menores, la justicia.

Situaciones complejas en las que domina la discontinuidad, la fragmentación, la vulnerabilidad, psicopatologías más o menos graves, constituyen los ingredientes cotidianos de la consulta. Nos encontramos, así, confrontados con ansiedades frente a las cuales el trabajo de equipo y las implicaciones grupales son importantes para ejercer una función de contención y poder acoger las ansiedades de las familias, y ayudar a los niños a desarrollar sus experiencias.

Estamos ya en una situación de grupo con una dinámica grupal propia que se organiza alrededor de la preocupación común a todos que es « La atención a la vida psíquica del niño y de las familias».

Conflictos de equipo pueden surgir si la ansiedad es difícil de contener y vemos aparecer fenómenos tales como: la búsqueda de un « chivo expiatorio » de « ilusión grupal », « tendencia a formar subgrupos » o la « evacuación hacia el exterior de la ansiedad » con las consiguientes consecuencias a la hora de aportar los cuidados necesarios.

La familia es también un grupo, y podemos preguntarnos, quién pide qué, por qué ahora, qué provoca este pedido frecuentemente dispersado y reunido entre los diferentes miembros del grupo familiar y no limitarnos solamente a mirar el síntoma y la psicopatología del niño. En el marco de la consulta, se trata de construir con los padres un espacio de simbolización que evite de reducir al niño a la visión unidimensional sintomática y que permita la emergencia de nuevos vínculos entre el síntoma y la multiplicidad de factores, intra-psíquicos, relacionales, neurobiológicos y del entorno que concurren en la aparición del problema y que puedan aclarar su sentido.

Una evaluación psicodinámica, comprendiendo el desarrollo global del niño en sus diferentes aspectos (psicomotor, lenguaje, cognitivo y afectivo) así como su contexto familiar, escolar y social son la base fundamental de la consulta que nos conduce a la o a las proposiciones terapéuticas que nos parecen las más adecuadas a cada situación.

El que se trate de un equipo pluridisciplinario nos permite ofrecer una amplia gama de medidas terapéuticas como: Consultas terapéuticas, psicoterapia in-

dividual, tratamientos logopédicos, de psicomotricidad, de familia, psicoterapia de grupo, centros de día, etc.

Si hago estos comentarios es porque obviamente la propia dinámica del equipo, así como la formación y la orientación teórica influencia el modo de responder a esas demandas formuladas en términos de síntomas.

Pero, ¿cómo se sitúa el niño frente a sus síntomas? Con frecuencia sobre todo en la fase de latencia, el niño no está muy consciente de sus dificultades, vividas como si vinieran del exterior (los otros niños me molestan, mi hermanito me rompe los juguetes, llora por la noche y no me deja dormir… la maestra grita mucho…) Ellos quieren cambiar, ¿pero cómo? Quieren sobre todo, que los amigos sean amables, que el hermanito no moleste, etc…y esperan una ayuda inmediata para hacer desaparecer el problema. Además están más preocupados por las situaciones actuales que por el deseo de comprender lo que les pasa. A esto se añade frecuentemente la dificultad a regular la distancia con el adulto vivido como seductor o **superyoico**, lo cual hace difícil el establecimiento de una relación, base del trabajo terapéutico.

En estos casos, la relación adulto/niño puede ser mediatizada por un dispositivo grupal, que ofrezca al niño la posibilidad de un apoyo sobre los otros miembros del grupo, lo cual disminuye las defensas y los sentimientos de culpa al compartir las mismas dificultades. También llevados por la curiosidad hacia el funcionamiento de los otros miembros del grupo y a través del juego de identificaciones, cada uno llega a interesarse por su propio funcionamiento psíquico. Se observa muy bien en los grupos que lo que es inconsciente (reprimido o escindido) para un niño, puede ser preconsciente para otro y el inconsciente de uno podrá acceder, con mas o menos resistencia, gracias a la proposición consciente hecha por otro.

El interés creciente y el avance del estudio de la técnica de psicoterapia analítica de grupo y psicodrama con los niños, ponen de manifiesto cada vez más su especificidad entre los diferentes tratamientos dirigidos a los niños.

Empezaré por hacer un breve recuerdo histórico, hablaré después del encuadre con el cual trabajamos y del proceso grupal lo cual ilustraré con un caso clínico y terminaré con algunas reflexiones sobre indicaciones y contraindicaciones.

Breve paso por la historia

El acercamiento terapéutico en grupo se inscribe en la dinámica de la importancia de la dimensión grupal en el desarrollo del individuo puesto en valor por (Georges H. Mead) en los anos 30.

Los pioneros fueron: S.R. Slavson en 1934 instaura la técnica de grupo « Activity Group Therapy » con niños en edad de la latencia. A. Aichorn (1925) reúne a jóvenes delincuentes en grupos terapéuticos. Moreno (1910) inventor del psicodrama, aplica su método a grupos de adolescentes.

El concepto **de dinámica de grupo** (el grupo es un sistema de interdependencia entre los miembros que no se reduce a la suma de sus partes) fue utilizado por primera vez por **Kurt Lewin** (1890- 1947), fruto de un método de estudio experimental comenzado en 1938 con grupos de niños reunidos de manera regular para actividades de recreo. Así podemos decir que la dinámica de grupos ha estado desde el principio asociado a los grupos de niños

Desde entonces se han desarrollado numerosas experiencias de psicoterapia de grupo de inspiración y de formas diversas, dirigidas a los niños y adolescentes, creando a veces una cierta confusión.

Dos corrientes científicas se reparten el estudio de los pequeños grupos humanos. La primera representada por Kurt Lewin nace de conceptos de física y de los campos electromagnéticos. La segunda es de inspiración psicoanalítica.

La perspectiva psicoanalítica

Le Bon (1896) estudiando la psicología de las masa señala dos principios: la inhibición de la función intelectual y la intensificación de la afectividad.

Freud compara la masa a los niños por la tendencia a pasar de la pulsión a la realización, y por el debilitamiento del Superyo permitiendo al Ello de dominar el comportamiento. El aporte capital de Freud aparece en Totem y Tabú (1912-1913). Freud avanza la hipótesis de una horda primitiva dominada por un padre violento y celoso, modelo envidiado y temido por los miembros de la asociación fraternal. Los grupos humanos estarían constituidos por la identificación mutua entre los miembros otros, unidos contra la represión ejercida sobre ellos.

Otro aporte capital de Freud está en su articulo «Psicología de las masas y análisis del Yo» (1921). Además de hablar de la teoría del aparato psíquico individual, del fenómeno de idealización y del proceso identificatorio aborda también la elaboración de una teoría de los procesos de grupo. Para Freud el mecanismo esencial del funcionamiento de los grupos humanos es **la identificación**.

Mélanie Klein: Si Mélanie Klein no ha publicado nada sobre la psicología de los grupos, su aporte teórico ha sido primordial para la comprensión de un cierto número de fenómenos que aparecen especialmente en los pequeños grupos (posición esquizoparanoide y depresiva, clivage, identificación proyec-

tiva). La influencia kleiniana ha sido considerable tanto desde un punto de vista teórico como práctico en Inglaterra (Bion, Ezriel, E. Jacques, etc.), en América Latina (Glasserman, Sirlin, Pavlovsky) y en Francia (Anzieu, Kaës et collaborateurs).

Bion: Para Bion que trabajó después de la II guerra en la readaptación de soldados y prisioneros de guerra, el grupo es un elemento esencial en el desarrollo de la vida psíquica del individuo, aportándole una riqueza indispensable. Bion, considera el grupo, como una entidad psicológica con una vida y una energía propia independiente de los individuos que la componen.

En los años 60 se formó una escuela francesa de psicoanálisis de grupo representada por Didier Anzieu, René Kaes, A. Béjarano y Pontalis. Para estos autores el grupo adquiere un estatus de « objeto psíquico » y describen el funcionamiento de grupo utilizando los conceptos psicoanalíticos que permiten de dar cuenta del funcionamiento psíquico individual.

En lo que se refiere al desarrollo de la psicoterapia de grupo de niños y adolescentes después de Levobici, Kestemberg, Diatkine, que van a privilegiar la técnica de psicodrama, los grupos de expresión libre serán reactualizados a partir de los trabajos de G. Decherf (1981) y más recientemente P.Privat y J.-B Chapelier

2.- LA PSICOTERAPIA PICOANALITICA DE GRUPO DE NIÑOS

Varias técnicas son corrientemente utilizadas, con diversas adaptaciones en función de la edad de los niños.

La técnica que nosotros utilizamos y que ilustraré con una sesión es descrita en las obras de Maria Glassermann, María Sirlin, Eduardo Pavlovski. Contrariamente a otros métodos psicoterapéuticos de grupo a los que les cuesta salir de los objetivos adaptativos, **la psicoterapia analítica de grupo tiene como objetivo de favorecer la expresión de fantasías y conflictos inconscientes que impiden al niño de seguir su desarrollo, en un marco que puede permitir su elaboración**.

EL ENCUADRE O SETTING

Entendemos por encuadre una serie de elementos que incluyen tanto aspectos conceptuales, como la teoría empleada, la formación y la personalidad del de los terapeuta, las reglas, como aspectos mas organizacionales (aspecto espacial y temporal). Las características propias de cada marco van a influenciar la manera de tener en cuenta el desarrollo del proceso de grupo y deberá

ser coherente con el trabajo especifico que el terapeuta quiere hacer con los miembros del grupo.

El tipo de encuadre facilitará o impedirá la aparición de ciertos procesos y permitirá que el terapeuta tenga o no una acción sobre ellos. Así la disposición espacial, la frecuencia y duración de las sesiones, grupos limitados en el tiempo o grupos abiertos, coterapia o monoterapia, son factores importantes. El encuadre adaptado debe tener en cuenta por supuesto un cierto número de capacidades del paciente: su tolerancia a la frustración, su capacidad a modular su agresividad, sus reacciones a la realidad y más allá de la patología debe tener en cuenta la edad, así como el sexo.

En la situación de grupo, el marco debe de ser también objeto de análisis sobre todo porque su mantenimiento y el de su función están mas frecuentemente puestos en peligro que en la situación individual debido a la pluralidad de fuerzas en movimiento, la intensidad de las angustias y de los mecanismos defensivos que el grupo moviliza tanto en el paciente como en el terapeuta.

Voy ahora a describir brevemente los aspectos más importantes del encuadre de los grupos que practicamos habitualmente.

Los grupos de niños son habitualmente mixtos, compuestos de 5 a 6 participantes, de más ó menos de la misma edad. Grupos con un número reducido de participantes deben hacer frente a una dificultad de cohesión en razón del temor que el grupo pueda disolverse en cualquier momento por falta de participantes. Los grupos demasiado grandes confrontan los terapeutas a actuaciones muy frecuentes.

La coterapia es habitual. S. Decobert et M. Soulé (1984) subrayan el placer de sentirse recíprocamente apoyado en las fases difíciles y de poder elaborar juntos posteriormente una reflexión clínica y teórica

Aspecto temporal del encuadre

La duración del tratamiento no se fija de entrada pero los grupos suelen durar 2 o 3 años. La mayoría de los grupos son abiertos, y la duración de las sesiones más ó menos de 60 minutos según la edad de los niños. La frecuencia de la sesiones una o dos veces por semana. Esta segunda modalidad parece la más favorable al desarrollo del proceso terapéutico que si bien no se acelera, permite una mejor elaboración de los conflictos.

Aspecto espacial del marco

La sala en la cual el grupo se reúne tiene que tener dimensiones adecuadas:

ni muy grande, lo cual facilitaría la dispersión del grupo, ni muy pequeña lo que podría restringir el confort mínimo que exige un grupo. El respeto del marco espacial implica un cierto número de limitaciones o consignas, tales como no destrozar el material, que debe de ser sencillo, material de juego si se trata de niños pequeños (personajes, animales, cochecitos, lapiceros de colores, papel para dibujar) una mesa y el mismo número de sillas que de participantes comprendiendo los terapeutas cuando se trata de niños más mayores.

Las reglas

El psicoterapeuta anuncia en primer lugar las reglas de **permanencia** y **asiduidad**, definiéndose así como fundador del grupo y garantizando los limites espaciales y temporales del marco terapéutico.

La regla fundamental de **la asociación libre** encuentra en el grupo su equivalente en la libre discusión entre los miembros del grupo y las diferentes actividades de éste (juegos, dibujos etc) y el encadenamiento secuencial. El terapeuta invita a los participantes a la libre discusión y verbalización. Esta regla se acompaña también de **consignas** que implican limitaciones a la libertad de expresión y de acción: los niños no deben hacerse daño, ni destruir el material puesto a disposición.

Las reglas de **restitución** (obligación para los miembros del grupo de traer al grupo los intercambios que han podido tener entre ellos fuera del grupo) y la regla de **discreción** de cada miembro con respecto a los otros son mas difícilmente aplicables en la situación de grupo de niños.

Los diferentes modos de expresión

La actividad lúdica es la modalidad predominante de expresión del grupo y presenta un cierto número de características que difieren en función de la edad y del proceso grupal.

La actividad lúdica no es una finalidad en sí en los grupos terapéuticos en los que la verbalización es el medio privilegiado de comunicación, sino un medio para alcanzar otros niveles de verbalización más integrados en el psiquismo grupal.

El grupo comienza a verbalizar cuando las angustias paranoicas se hacen menos importantes. La transición de la actividad lúdica a la actividad verbal corresponde a una disminución de las resistencias y angustias paranoïdes y al crecimiento de la confianza de los participantes hacia el grupo y hacia los terapeutas. Esta evolución coincide o se acerca a lo que puede ser considerado como índice de « mejoría ». Es decir: el grupo tiene una conciencia mayor del

sufrimiento psíquico, puede integrar el modelo terapéutico y los objetivos del tratamiento, todo lo cual refleja una mayor madurez del Yo grupal.

EL PROCESO GRUPAL

Aún utilizando los mismos conceptos que el psicoanálisis (la regresión, la transferencia, la contra-transferencia, asociación libre y finalmente la interpretación) merecen ser subrayados, un cierto número de elementos del proceso terapéutico grupal, tanto en razón de su importancia como de su especificidad. La psicoterapia de grupo reactiva fenómenos específicos muy bien descritos por A. Béjarano, se trata esencialmente de los aspectos siguientes:

Ilusión grupal

La podemos definir como un estado de **exaltación colectiva** ligada a la negación de las diferencias entre los miembros del grupo y a la fusión narcisista de todos, en el buen seno del grupo. La ilusión grupal, traduce la afirmación inconsciente que los miembros del grupo serían una producción partenogenética, viviendo en el interior del cuerpo de una madre fecunda y omnipotente.

Fenómeno de lidership

Al principio el grupo se constituye alrededor de un líder como Ideal del Yo. Para Freud, el líder está en el lugar del ideal del Yo (la situación de angustia reforzando la libido narcisista, suscita identificaciones primarias a la madre). La identificación al líder es una identificación primaria, arcaica y narcisista. Es una forma específica de resistencia. El líder es como el lugarteniente de la Resistencia de cada uno. (Otra forma de resistencia es el clivage en subgrupos).

Fenómeno de resonancia fantasmática

Es un concepto introducido por Foulkes, 1948. Cuando varias personas se encuentran, cada una tiende a proyectar su objeto fantasmático inconsciente sobre los demás e intenta hacerlos actuar en acuerdo con él. (Para Missenard, el origen de la resonancia fantasmática se encuentra en la relación dual y simbiótica entre el niño y la madre). Este fenómeno interesa específicamente la interpretación centrada en el grupo. Esta no afecta a todos los participantes en su inconsciente individual pero aquellos con quien las fantasías, las angustias, los conflictos entran en resonancia en ese momento.

La regresión

La situación de grupo despierta angustias específicas, todas en relación con el imago materno. El grupo suscita fenómenos de despersonalización, indeferenciación y pérdida del sentimiento de identidad. Este **debilitamiento** de la identidad del Yo se acompaña de angustias de fragmentación, de aniquilación o de vacío. Estas angustias además, son amplificadas por la proyección que los diferentes miembros del grupo hacen sobre los otros participantes. Se crea así una conciencia grupal regresiva que favorece la predominancia de defensas de carácter maníaco e omnipotente así como diferentes tipos de **clivage**.

La transferencia

Todas las interacciones y comportamientos que se expresan en un grupo, son considerados como siendo de tipo transferencial, es decir derivados de relaciones primitivas objetales y de las defensas que suscitan. La dinámica grupal permite a cada uno, por sus proyecciones o desplazamientos diversos, de utilizar los otros miembros del grupo en el sentido de sus deseos y defensas, de hablar en su lugar o de hacerles hablar de uno mismo. La presencia de los otros reactiva, bajo la forma de transfers laterales las diferentes experiencias vividas por los participantes. La situación de grupo intensifica y acelera la aparición de dichos tipos de transferencia. Béjarano describe en todo grupo 4 tipos de transfer. Tres objetos de transfer son internos: los monitores (imago paterno), los otros (imago fraterno), el grupo (imago materno) ; un objeto es exterior: es el mundo exterior (imago social) .

Para los autores que no se basan en esta distinción, la relación transferencial en el grupo es menos intensa que en el setting individual en razón de su diversificación, y la dilución entre los diferentes miembros del grupo incluyendo también a los terapeutas.

La contra-transferencia

Nos parece posible utilizar la distinción que hace Béjarano sobre el transfer y aplicarlas al contre-transfer de los terapeutas que está mucho más solicitado que en la situación individual debido a la intensidad de los actings grupales. La contra-transferencia se manifiesta tanto hacia los diferentes participantes como hacia el « objeto grupo » y engloba también al coterapeuta. El análisis de las diferentes modalidades de contre-transfer (tanto positivas como negativas) es una necesidad constante en la situación de grupo y permitirá a los terapeutas de percibir y comprender los elementos importantes de la fantasmática del grupo y poder así interpretarla.

La interpretación

La herramienta principal del terapeuta es, como en el tratamiento individual, **la interpretación**. Contrariamente al tratamiento individual donde la interpretación da cuenta de los conflictos actuales ligándolos a los conflictos del pasado, la interpretación en el grupo no envía a la historia de los individuos sino a la prehistoria y a la historia del grupo. La interpretación se refiere a las angustias, las defensas, los deseos inconscientes actuales « aquí y ahora » del grupo. La interpretación privilegia lo que tienen en común todos los participantes incluido los terapeutas.

La interpretación grupal tiene un papel de paraexcitación, favorece la elaboración de la transferencia sobre el marco grupal, puerta de entrada en el proceso analítico grupal, sobre el que podrá desarrollarse y elaborarse el transfer sobre los terapeutas.

En un primer tiempo, la función interpretativa es de ayudar a la constitución de un funcionamiento grupal suficientemente continente para poder, en un segundo tiempo, abordar el análisis de los contenidos, es decir de los elementos conflictuales.

EJEMPLO CLÍNICO

La sesión que voy a describir tiene lugar dos meses después de que el grupo se reencuentre tras las vacaciones de verano. **4 niños, 2 niñas (Nadia y Beatriz y 2 niños (Jeronimo y Miguel)** continúan a participar de manera regular desde hace más de un año. Un nuevo niño, Alejandro, fue integrado algunas semanas antes de la sesión. En el momento de su integración, la mayoría de los niños presentan dificultades relacionales de importancia variada y serias dificultades de aprendizaje. Un solo niño mostraba signos de un funcionamiento neurótico (con un componente depresivo), los otros presentaban trastornos de la personalidad de tipo borderline. Sus edades estan comprendidas entre 10 años y 12 años y medio. Contrariamente a lo que pasaba habitualmente frente a la integración de un nuevo niño, la primera reacción del grupo nos sorprendió por la buena acogida favoreciendo de entrada la integración de Alejandro.

Al principio de la sesión, sólo Jerónimo y Nadia están presentes con los terapeutas (Jean Pierre Bachmann, Elena Pérez). Nadia se preocupa de la llegada de Beatriz, hecho raro en el grupo en el cual las ausencias no son casi nunca mencionadas espontáneamente.

Llegan Beatriz y Alejandro. Beatriz llega comiendo y ofrece castañas a los

otros niños del grupo, a excepción de Alejandro. Alejandro coge el balón y lo tira a la cara de las chicas, y continúa por un momento a adoptar hacia ellas una actitud desagradable, casi amenazadora. Jerónimo dibuja mientras tanto un pajarraco que parece un halcón. Jerónimo pide a Miguel que llega en esos momentos, que le haga un dibujo. Las chicas ofrecen castañas a Miguel.

Un terapeuta: Con la comida que ofrecen, las chicas quieren ayudar al grupo a hacer frente a la situación dolorosa de amenaza de privación, creada por la llegada de Alejandro. (la intervención no señala en que medida las chicas se han sentido en minoría y más amenazadas que los chicos).

Jerónimo continua dibujando, **esta vez un coche 4x4**.

Un terapeuta: ¿todo era más seguro cuando erais cuatro?

Varios niños se quejan de que las actividades de dos subgrupos chicos y chicas, son impedidas o dificultadas por la presencia de los otros. Cinco no es un buen número y nosotros hablamos de la rabia que ha provocado contra nosotros la llegada de Alejandro y las quejas de las chicas por la elección de un chico al cual habían llamado en primer lugar Alejandra y después « Alejandro-rat »

Los chicos toman posesión de todo el espacio de juego. Con una cuerda que pasa al lado de los terapeutas dividen la sala en dos y hacen una sala de volley-ball

Un terapeuta: « Con esta división parece que se trata de separar a Jean-Pierre de Elena, poner un limite entre nosotros para impedir que haya nuevos niños que vengan al grupo».

Beatriz y Nadia en un rincón, pasan el tiempo comiendo y se quejan de que no tienen sitio. Las reglas del juego de balón son instauradas por los chicos especialmente por Alejandro que de entrada había sido considerado como no muy fuerte pero aceptado como tal.

Se oye un ruido del exterior « ¿es un nino nuevo ? » pregunta uno de los chicos. Mientras los chicos continúan jugando, ignorando a las chicas y a los terapeutas, Nadia y Beatriz se quejan o se quedan silenciosas. Nadia pregunta que pasaría si cortara la cuerda que divide la sala.

La primera parte del juego se termina con la victoria de Miguel. Jerónimo hace un lapsus y se dirige a él llamándolo Juan-Miguel (Jean-Pierre). Los chicos cuentan los puntos en italiano (ninguno de ellos habla esa lengua con fluidez). Ese movimiento suscita un comportamiento semejante en las chicas que empiezan a hablar otra lengua entre ellas (alemán).

Nosotros intervenimos para señalar la necesidad que tienen de encontrar nuevas lenguas que los diferencien unos de otros, los chicos de las chicas. (Alejandro- Alejandra).

Un clima cada vez más tenso se instala en el grupo. Nadia reclama a los chicos que le den un trozo de cuerda. La negativa de los chicos desencadena la rabia y la violencia verbal de Nadia. Alejandro abandona el juego y se pone a leer en un rincón. En el juego de balón contra Jerónimo, Miguel se hace daño pero no se queja.

La misma situación se reproduce unos minutos mas tarde. Las chicas han dejado de quejarse y piden a los chicos de poder entrar en su territorio, reclaman atención, y quieren dictar nuevas reglas para la ocupación del espacio.

Después de haber hecho referencia a su deseo de separarnos, tenemos gran dificultad a ser escuchados. Nuestras raras intervenciones son acogidas con una seudoindiferencia y todos intentan ignorar nuestra presencia. El comportamiento de Miguel nos sorprendió, y lo entendimos la expresión de una actitud más ó menos constante de negar todo sufrimiento individual, y las razones por las cuales nos reunimos. El ruido y las discusiones entre las chicas y los chicos en cuanto a la instauración de nuevas réglas entre ellos cubren totalmente nuestras intervenciones. Las reglas que quieren instaurar están destinadas a evitar todo sufrimiento (envidia, celos, rivalidad).

Un terapeuta hace una intervención en ese sentido. Comprendiendo nuestro sentimiento de ser expulsados del grupo, de no ser escuchados, de ser evacuados como reflejo de su esfuerzo por tratar de evacuar sus propios sufrimientos, lleva a uno de nosotros a escribir en la pizarra: « para qué encontrar mejores reglas si el grupo consigue ya muy bien no escuchar lo que Elena y Jean Pierre pueden decir sobre las preocupaciones y los problemas que los concierne.

Varios niños se ponen a escribir las reglas del grupo, y hacen referencia a las reglas que prohíben la violencia. Al final de la sesión, se instala un movimiento depresivo, los subgrupos se dehacen y cada uno en silencio encuentra una ocupación.

Comentarios

Nuestro primer comentario concierne las modificaciones del comportamiento de los **antiguos** del grupo frente al recién llegado, problema específico de un grupo abierto. A este respecto tenemos que precisar algunos elementos de la historia del grupo: el año precedente el grupo vivía una amenaza de desaparición. Tres niños venían con regularidad, los otros no participaban sino

de manera irregular y finalmente abandonaron el grupo. Antes de la llegada de Alejandro el grupo deseaba, con toda la ambivalencia que esto implica, la integración de nuevos niños. Ellos evocaban la posibilidad de la integración de un niño y de una niña con la esperanza de mantener la igualdad numérica de sexo.

Alejandro fue así un objeto investido positivamente por el grupo y también un objeto eminentemente bisexual (Alejandro-Alejandra). Su llegada no impidió a pesar de todo, un sentimiento de decepción en las chicas minoritarias, pero también en todo el grupo, un movimiento de desidealización (Alejandro le rat). Para nosotros esta sesión muestra muy bien hasta que punto la denegación de los sentimientos de rivalidad y de envidia termina por ceder, provocando así de nuevo una tentativa de separación entre los sexos, de afirmación de las diferencias, lo cual aparecerá de forma aun mas evidente en las sesiones ulteriores

La transferencia en el grupo

Seguiremos el modelo propuesto por Béjarano. En nuestra experiencia y contrariamente a lo que es comúnmente descrito en los grupos de adultos, los movimientos transferenciales frente al mundo exterior están poco representados, o si lo están nos han aparecido poco evidentes, inestables, a excepción de las alusiones siempre hechas por los chicos a personajes idealizados (Chirac, Tony Blair, Maradona) En la sesión que acabamos de relatar, la única relación con el mundo exterior es un movimiento transferencial lateral que concierne dos de los chicos. El mundo exterior da también el alimento que podría calmar la amenaza de privación oral. Los diferentes movimientos transferenciales hacia los terapeutas se manifiestan en varios momentos. El lapsus de Jerónimo (Juan Miguel por Miguel) en el momento de la victoria de este último, hace sin duda referencia a la imagen paterna idealizada. La referencia a las lenguas habladas traduce un doble movimiento identificatorio y de acercamiento hacia los terapeutas. Esta referencia denota también nuestra manera de ver la existencia de un movimiento edipico: los chicos hablan italiano, lengua supuestamente familiar a Elena, las chicas alemán - Bachmann. La intensidad de la transferencia negativa sobre la pareja de terapeutas parece de todas las maneras predominante desde el punto de vista económico. Este movimiento se expresa, la tentativa del grupo de excluir o de separar los terapeutas o de substituirse a ellos.

La transferencia lateral

Esencialmente positivos entre los chicos del mismo sexo y negativos entre los sexos opuestos son los mas manifiestos.

La transferencia grupal

Concierne aquí el grupo entero menos los terapeutas que son excluidos. En efecto, en ningún momento los niños se dirigen directamente a nosotros ni solicitan nuestras intervenciones, (nosotros estamos excluidos imaginariamente, precisamente porque nuestra función plantea problema) (cf. Béjarano).

Esto nos lleva a hablar de nuestra contra-transferencia y del rol evidente que tuvo la intervención escrita. La lectura de nuestras notas suscitó en nosotros varias reflexiones y preguntas. ¿En que medida, identificados al sufrimiento negado de los niños, intentamos salir de nuestro sentimiento de impotencia asegurándonos al mismo tiempo de una restauración narcisista? La intervención escrita, ¿fue un acting o una técnica que en el caso presente parece haber sido tomada en cuenta?

El grupo responde escribiendo reglas que prohíben la violencia. ¿Es una respuesta al carácter inhabitual (y violento) de la técnica interpretativa?

Probablemente sea también una manera de reconocer y contener la agresividad dirigida a la pareja de terapeutas por miedo al desbordamiento.

En ese momento del proceso grupal, Alejandro ¿es el niño (hijo) del deseo del grupo o comienza a ser reconocido como el niño imaginario de los terapeutas, y por consecuente fuente y objeto de agresividad?.

INDICACIONES Y CONTRA-INDICACIONES

Indicaciones

La psicoterapia de grupo de niños, como de adultos, no es un sustituto de una terapia individual. Ciertos autores como Pavlovsky estiman que en toda terapia de niños y adolescentes una experiencia grupal sería aconsejable. Con frecuencia las indicaciones parecen hacerse exclusivamente en función de la aptitud del niño a acceder o no a un trabajo individual en razón de sus grandes dificultades a comunicar sus pensamientos y emociones así como sus dificultades para asociar. Algunas indicaciones a un tratamiento de grupo tienen un carácter claramente estratégico, particularmente en el período de latencia, la **SdeG** es con frecuencia el único tratamiento que los niños pueden aceptar

en razón de las angustias suscitadas por el tratamiento individual, tomando en cuenta también las particularidades de la personalidad de los padres y de sus miedos frente a un tratamiento individual que vendría a ser difícil y poco fructuoso.

Algunos niños que han seguido ya tratamientos individuales, con más ó menos éxito, manifiestan hacia la situación de grupo una capacidad de implicación que contrasta con la vivencia terapéutica anterior.

La psicoterapia de grupo con frecuencia destinada a los niños en período de latencia o acercándose a la pubertad no se limita a esa edad.

Las indicaciones de psicoterapia de grupo son bastante amplias. Si bien no existen criterios claros y precisos de selección de niños para integrarlos en un grupo terapéutico, la mayoría de los autores convergen en los criterios de exclusión. En razón de las dificultades inherentes a los criterios de selección, algunos terapeutas recurren a grupos diagnósticos, en los cuales los niños participan a 3 o 4 sesiones durante las cuales puede hacerse un diagnóstico dinámico de su funcionamiento en el grupo.

Dos criterios son habitualmente descritos en lo que concierne las indicaciones. La necesidad de una evaluación diagnóstica de la estructura de personalidad con sus fuerzas y debilidades, la evaluación de la motivación y capacidades para cambiar. La integración en un grupo dependerá también de la personalidad de los otros niños.

La mayoría de los autores concuerdan en considerar como buenas indicaciones:

- Formaciones neuróticas no muy estructuradas. En el caso de neurósis constituidas, la cura analítica es más eficaz.
- Inhibiciones en el ámbito social e intelectual.
- Pobreza fantasmática cualquiera que sea el origen.
- Inestabilidades maníacas con fugas del pensamiento.
- Niños muy ansiosos frente a la autoridad, con grandes resistencias en la relación diádica.
- Cuadros constitucionales como ADHD, Trastornos del aprendizaje con reacciones emocionales…
- Trastornos depresivos y ansiedad.
- Trastornos reaccionales (divorcios).
- Trastornos del comportamiento (agresividad, personalidad esquizoide, fobia social).

La terapia de grupo puede combinarse con la terapia individual, terapia de familia, guidance parentale, medicación etc.

Contra-indicaciones

Como contra-indicaciones, ciertos autores toman como criterio de exclusión la probabilidad de abandono del grupo y se plantean la cuestión de saber cómo predecir el comportamiento de un individuo en una situación de grupo. Estos autores proponen entrevistas preliminares de exploración de la motivación, la fuerza del Yo, la historia pasada, las repercusiones de su comportamiento en la vida cotidiana y subrayan como contra-indicaciones:

- Los niños demasiado miedosos en las situaciones sociales frente a los otros niños.
- Pacientes muy desorganizados, psicóticos o muy ansiosos, pacientes muy narcisistas o psicópatas, pacientes con retraso mental importante.
- Pacientes con relaciones muy destructivas con sus compañeros o muy aislados en un grupo.
- Pacientes muy deprimidos y suicidarios

Todos los autores concuerdan con la importancia de establecer grupos bien equilibrados, evitando a pesar de todo una gran homogeneidad (por ex niños inhibidos) con el fin de facilitar el desarrollo del proceso grupal y las diferentes posibilidades de identificación entre los miembros del grupo.

CONCLUSIÓN

Un dispositivo diferente al de la terapia individual nos confronta a nuevos elementos en el conocimiento del inconsciente y del tratamiento de los trastornos psíquicos.

En un grupo cada uno deposita partes ignoradas de si mismo y participa así a la constitución de un espacio de encuentro de partes mutuas (comunes) más ó menos indiferenciadas espacio donde nacen también sensaciones, emociones y pensamientos comunes.

El grupo, investido como objeto, va a orientar los contenidos psíquicos de cada uno y las relaciones entre los miembros del grupo.

Facilitado por el mecanismo de regresión, propio a la situación grupal, podríamos considerar todo lo que se expresa en el grupo, como el reflejo del dialogo interno que cada uno mantiene entre sus diferentes estados de vigilia, en-

tre su mundo diurno (relación a la realidad, relaciones objetales, fantasías…) y su mundo nocturno por excelencia narcisista.

Como en el juego o en los sueños el mundo interno de cada nino se actualiza y se transforma, en este espacio grupal de encuentro, a través de las relaciones que se tejen entre todos y las diferentes posiciones identificatorias posibles en el curso del proceso grupal.

En nuestra experiencia, un espacio terapéutico grupal, como el que he tratado de describir, contiene condiciones específicas que permiten la integración de partes depositadas en los otros miembros del grupo y la elaboración de sus conflictos inconscientes. Junto con el trabajo terapéutico hecho paralelamente con los padres, el trabajo grupal con los ninos contribuye a la construccion de ese espacio de simbolizacion, del que hablé al principio, que permite la emergencia de nuevos vínculos entre el síntoma y la multiplicidad de factores (intrapsíquicos, relacionales, neurobiológicos y del entorno) que concurren en su aparición y que puedan aclarar su sentido.

Para terminar me gustaría señalar la importancia de la formación específica a la psicoterapia de grupo préalable o al menos concomitante para la práctica de psicoterapia de grupo con niños y adolescentes. Esta formación a mi parecer debe incluir:

- ♦ El estudio teórico-clínico de grupos de niños
- ♦ Supervisiones
- ♦ La sensibilación a la dinámica grupal a través de la experiencia personal.

BIBLIOGRAFIA

1. AICHORN, A. (1925) Jeunesse à l'abandon. Toulouse : traduction Privat, 1973
2. ANTHONY, J et FOULKES, S.H., Psycoterápia psycanalítica de grupo, Buenos Aires, 1964
3. ANZIEU, D. , Analogie du groupe et du rêve : L'étude psychanalytique des groupes réels. Les temps Modernes, repris dans D. Anzieu « Le groupe et l'inconscient », Paris, Dunod, 1966
4. ANZIEU, D. , et collaborateurs, Le travail psychanalytique dans les groupes, 1. Cadre et processus, Paris, Dunod, 1972
5. ANZIEU, D. , L'illusion groupale, dans « Le groupe et l'inconscient », Paris, Dunod, 1975

6. ANZIEU, D. et MARTIN, J.Y., La dynamique des groupes restreints, Paris, Presses Universitaires de France, 7ème édition, refondue en 1982
7. AXLINE, V., Play Therapy, New-York, Ballantine Books, 1947-1969
8. BEJARANO, A., Résistance et transfert dans les groupes, dans D. Anzieu, Le travail psychanalytique dans les groupes, 1. Cadre et processus, Paris, Dunod, 1972
9. BION, W.R., Recherches sur les petits groupes, Paris, PUF. 1981
10. BLEGER, J., Psychanalyse du cadre psychanalytique, in : Symbiose et ambiguïté, Paris, PUF, 1981
11. CHARACH, R., Brief interpretive group psychotherapy with early latency-age children, Int J. Group Psychoterapy 33(3), 1983, p.349-367
12. DECHERF, G., Oedipe en groupe, Paris, Clancier-Guénaud, 1981
13. EZRIEL, H., Le rôle du transfert dans le traitement psychanalytique de groupe, dans P.B. Schneider, Pratique de la psychothérapie de groupe, Tome II, Paris, PUF, 1968
14. FOULKES, S.H., ASYA, J. KADIS et autres: Guide du psychothérapeute de groupe, Paris, Epi, 1971
15. FREUD, S., Totem et tabou, Paris, Payot, 1972
16. FREUD, S., Psychologie des foules et analyse du Moi, dans Essais de psychanalyse, Paris, Nouvelle traduction Payot, 1981
17. GANZARAIN, R., General systems and object relation theories. Their usefulness in group psychotherapy. Int. J. Group Psychoterapy (1977). 27: 441-456
18. GINOTT, H.G., Group psychotherapy with children, New-York, Mc Graw Hill, 1961
19. GLASSERMAN, M.R. et SIRLIN, M.E., Psicoterápia de grupo en niños, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1979
20. GRUNEBAUM, H. et SOLOMON, L., Toward a theory of peer relationships II: on the stages of social development and their relationship to group psychotherapy, p. 283-307. Int. J. Group Psychotherapy. 32(3) July 1982
21. GUIMON, J., Manual de terápias de grupo, Biblioteca Nueva, Madrid, 2003
22. JACQUES, E., Intervention et changement dans l'entreprise, Paris, Dunod, 1972
23. KAES, R., et collaborateurs : Le travail psychanalytique dans les

groupes, 2, Les voies de l'élaboration, Paris, Dunod, 1982

24. KRAFT, I.A., Group therapy with children and adolescents, in Comprehensive textbook of psychiatry, ed. 4 T.I. Kaplan, B.J. Sadock Editors Baltimore, Williams and Wilkins, 1985
25. LIPPMAN, H.S., Treatment of the child in emotional conflict. New-York, Mc Graw Hill, 1956
26. PFEIFFER, G. et SPINNER, D., Combined individual and group psycho-therapy with children: and Ego developmental perspective, Int. J. Group Psychotherapy, 35 (I) 1985, p. 11-35
27. PONTALIS, J.B., Le petit groupe comme objet dans: Après Freud, Paris, Gallimard, 1968
28. PAVLOVSKY, E., Psicoterápia de grupo en niños y adolecentes. Buenos Aires, Centro editor de América Latina, 1968
29. PRIVAT, P.,L'enfant en psychothérapie de groupe, Dunod, Paris, 2000
30. PRIVAT P et QUELIN-SOULIGOUX., Travailler avec les groupes d'enfants, Dunod, Paris, 2005.
31. PUGET, J., Un espace psychique ou trois espaces sont-ils superposés ? Conférence
32. SARAVAY, S.M., A psychoanalytic theory of group development, Int. J. Group Psychotherapy, p. 481-507, vol. 28. N°4, October 1978
33. SCHEIDLINGER, S., Short-term group psychotherapy for children: an overview Int. Group Psychotherapy, 34(4), October 1984, p. 573-585
34. SCHIFFER, M., Activity interview group psychotherapy, Int. J. Group Psychotherapy, 27: 3, p. 377-388, 1977
35. SLAVSON, S.R. and SCHIFFER, M., Group psychotherapy for children, New-York, International University Press.
36. WIDLÖCHER, D., Le psychodrame chez l'enfant, PUF Paideia, 1979
37. WILLIAM, L. LICAMELE, M.D. and WILLIAM BERNET, M.D., Group psychotherapy
38. YALOM, I.D., The theory and practice of Group Psychotherapy ed. 333. Basic Books, New York,1985

IÑAKI: LA DES-ILUSIÓN DEL MITO. LA PUERTA A UNA NUEVA SUBJETIVIDAD*

Alejandra Perinotti**

RESUMEN

Publicacion no autorizada

ABSTRACT

* Comunicación libre premiada presentada en el XXIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título la Psicoterapia Más Allá del Síntoma tuvo lugar en Barcelona los dias 22 y 23 de octubre de 2010. Reconocido de interés Científico-Sanitario por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya (IES) y acreditado como Formación Continuada por la Universidad Ramon Llull y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP).

** Psicóloga, psicoterapeuta

BIBLIOGRAFÍA

1. Aulagnier, P. (1986) El aprendiz de historiador y el maestro brujo. Amorrortu. Buenos Aires.
2. Bortoli, L., y E. Estrada (2006) Situación traumática en un abordaje diagnóstico y de estrategia psicoterapéutica. Revista de psicopatología y salud mental del niño y el adolescente. Nº 8. (73-77).
3. Freud, S. (1989) Obras Completas. Biblioteca Nueva. Madrid.
4. Janín, B., Frizzera, O., Heuser, C., Rojas, C. Tallis, J., Untoiglich, G. (2005). Niños desatentos e hiperactivos. Noveduc. Buenos Aires.

5. Mannoní, M. (2004) El niño su “enfermedad” y los otros. Nueva Visión. Buenos Aires.
6. Manzano, J, Palacio, F y Zilkha, N. (1999). Los escenarios narcisistas de la parentalidad. ALTXA. Bilbao.
7. Palacio, F., Dufour, R. (2003). Diagnóstico estructural en el niño. Herder. España.
8. Schoffer, D. (1996). Trauma y fantasía en el origen de la cultura. Revista de Psicoanálisis de Asociación Psicoanalítica de Madrid. Nº extra (191-205).
9. Schoffer, D. (2002) La temporalidad en psicoanálisis. Revista de Psicoanálisis de Asocociación Psicoanalítica de Madrid. Nº 37 (87-113).
10. Servi, K. (2002). Mitología Griega. Ekdotike Athenon. Atenas.

SOBRE UN SÍNTOMA ACTUAL: LA VIOLENCIA INVISIBLE*

Mayte Muñoz Guillén** Alicia Monserrat Femenía***

En la clínica nos encontramos cada vez con mayor frecuencia con una patología relacionada con conductas violentas y/o agresivas. Los padres están desbordados y no se "hacen" con sus hijos. La sintomatología está en relación con conductas o actividades que bordean el terreno de lo asocial cuando no, directamente de lo delictivo. Es una sintomatología que se centra en dificultades en las relaciones interpersonales. La sintomatología –a veces- es poco clara, confusa, indefinida, caracterial…. en cualquier caso, de corte regresivo y narcisista. Se habla de "personalidades psicopáticas" y de modo mucho más amplio de "trastornos del comportamiento".

Detrás de patología de extrema agresividad y violencia, es frecuente encontrar familias que no han permitido las funciones de afirmación e individuación del niño, "hogares" en donde no se estableció la diferencia jerárquica entre padres e hijos, quedando éstos, muchas veces fusionados, cabe mejor decir atrapados, en lazos pegajosos y adhesivos que no discriminan el yo del niño del de los padres

No sólo en la clínica, también es lo que vemos a nivel social, chicos y chicas con una absoluta intolerancia a la frustración, con la irritabilidad que ello conlleva, y sin apenas capacidad para la espera. Con un funcionamiento mental más propio de proceso primario que ya de un pensamiento más secundarizado y elaborado, por lo que predominan mecanismos mentales en los que se utilizan recursos tales como: omnipotencia del pensamiento, negación, au-

---

* Comunicación presentada en el XXIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título La Psicoterapia Más Allá del Síntoma tuvo lugar en Barcelona el 22 y 23 de octubre de 2010. Reconocido de interés Científico-Sanitario por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya (IES) y acreditado como Formación Continuada por la Universidad Ramon Llull y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)
** Psicóloga Clínica. Correspondencia: mtmunoz@cop.es
*** Psicóloga Clínica. Correspondencia amonserrat@cop.es

topercepción de un yo grandioso, etc. Las relaciones interpersonales que establecen son de una gran intensidad pero también de una gran superficialidad, reclamando constantemente aportes narcisistas.

Niños y jóvenes que adolecen de una importante deficiencia afectiva, en ausencia de figuras paternas suficientemente sólidas y estables, que permitan poder hacer buenas identificaciones, que den paso a convertirse, posteriormente, en adultos con capacidad de entender al otro, como Otro Yo, capaz de sentir y de padecer lo mismo que el propio sujeto, y vivir esta diferenciación "Yo-Los Otros", como un enriquecimiento, en lugar de percibir a los demás como elementos peligrosos y amenazadores para su frágil identidad.

En la negociación y tramitación que todo sujeto debe hacer entre su mundo psíquico interno y la realidad externa, la articulación entre ambos fracasa cuando la respuesta es lo que viene en llamarse, comportamiento violento.

Unos apoyos narcisistas sólidos, sin dudas ni fracturas por parte de los padres en lo que están transmitiendo a sus hijos, es lo que constituye la base de una relación segura. Cuanto más sólidos son estos apoyos que recargan el narcisismo estructurante del niño -no el narcisismo maníaco/omnipotente- más fácil le es entrar en contacto con un objeto que no amenaza su Yo. Diferente es la situación del niño que se siente vacío de una aportación y transmisión afectiva que le hagan entirse "apegado" (teoría del apego) a un objeto suficientemente bueno que pueda tolerar esa "violencia de vida" que el bebé dirigirá hacia la madre, para que ésta, la recoja, la metabolice y la desactive, devolviéndosela transformada en ternura generadora de seguridad. Transformación de elementos beta en elementos alfa, siguiendo a Bion.

Padres

Es frecuente encontrarnos en la actualidad con padres "asustados", frágiles, que no son capaces de incluir a sus hijos en una normativa que organice límites (externos e internos) con los que el niño pueda sentirse protegido y seguro. Actualmente prevalece un planteamiento de sociedad sin límites y también de familia sin límites (anecdóticamente señalamos que en el lenguaje publicitario cada vez es más frecuente incluir la expresión "sin límites" para definir la bondad del objeto de consumo a vender: "placer sin límite" "satisfacción sin límite", etc.), y cuando no hay límites lo que hay es vacío; vacío de objetos internos contenedores, y sobre todo, hay confusión.

Este vacío interno, hay que llenarlo compulsivamente de "cosas", encontrándose así, el adolescente, "parasitado en su deseo por un deseo anónimo que, engañosamente identifica como propio". Las funciones parentales no se

transmiten ni circulan en el campo de lograr una verdadera humanización y socialización

Lo sintomático de la invisibilidad de la violencia

El concepto "violencia invisible" (Enriqueta Moreno) llamada así porque no se puede identificar fácilmente, está inmerso en nuestra cultura y erosiona los pilares fundamentales del hombre: el pensamiento y los afectos. No tiene personificación en ningún líder ni representa a ninguna ideología. Lleva al sujeto a tratar de llenarse porque su mente ha quedado vaciada de significantes propios.

Por otra parte, la represión, necesaria y saludable, para organizar el mundo interno se confunde con el autoritarismo, mezclado con la idea –equivocada- de que la frustración es contraproducente para el buen desarrollo evolutivo del niño. En su lugar, se instaura una corriente de permisividad condescendiente, que lejos de proteger al niño/adolescente, le coloca en situaciones de las que no se puede hacer responsable. El niño tiene permiso para hacer actividades que pueden llegar a ser lesivas, incuso para su propia integridad física. (ej. niños profesionales de las carreras de motos)

Incorporar en lo cotidiano lo que resulta ser fruto de la desorientación proveniente y promovida por parámetros culturales y sociales que no extrañan ni enajenan lo perverso, es ir más allá del síntoma, que, después de todo, es organizador y más allá del síntoma lo que puede haber es adormecimiento psíquico, anestesia que anula y derrota la alteridad, lo que va contribuyendo a fraguar la idea de que el "Otro" no es sino un medio para conseguir fines. "La adormecida prodigalidad de nuestra familiaridad con el horror es una radical derrota humana" (Georges Steiner). Lo perverso… lo transgresivo se normaliza. Darwin decía que el hombre es el único ser al que se le puede reconocer con certeza la facultad moral. Esta afirmación implica que la facultad moral está comprometida con la existencia de leyes y normas, cuya transgresión supone culpa y necesidad punitiva.

Si se normaliza lo transgresivo, si la pulsión no domesticada es "modus vivendi", nos encontramos en una sociedad que borra fronteras, que no discrimina y cierra los ojos, aunque paradójicamente haya entronizado los medios audiovisuales elevándolos a la categoría de imperativo. Un ejemplo claro lo tenemos en la telerrealidad, donde la exhibición impúdica de la intimidad es un producto de consumo normalizado, integrado y generalizado. En ocasiones se trata incluso de conductas abiertamente delictivas, que no son sancionadas, y cuyos autores son reconocidos económica y socialmente. Se invierte la Ley y se hace de lo zafio y amoral, norma; borrando la barrera necesaria entre

ambos campos. Cargas de profundidad contra la capacidad de pensamiento crítico. Violencia invisible pero efectiva.

La pareja parental, atravesada a su vez por lo que acabamos de señalar, puede representarse en el mundo psíquico del niño como difusa, sin capacidad de transmitir con suficiente claridad la instauración de la represión primaria, con lo que la estructuración edípica, cuando se instaura, lo hace débilmente. Violencia invisible que impide o tiene efectos en el proceso de constituirse como sujeto.

La trama vincular se establece con ligazones fusionales que amordazan y capturan el psiquismo infantil, pudiéndole hacer depositario del trauma padecido y no resuelto por la generación anterior. "Violencia secundaria" lo llama Piera Aulagnier, para nombrar el fenómeno por el que, lo que en la mente de la madre o del padre no ha pasado por la representación, es transmitido al hijo. Éste, se hace entonces, depositario de una parte no explícita y no accesible de la historia de Otro (los padres), quedando alienada su propia subjetividad, sin un pasado historizado, sino con un pasado-presente que funciona como un fantasma. Una forma gráfica de entender este proceso es, en analogía con un ventrílocuo. El hijo no es sentido como otro, sino como un depositario de un secreto familiar, un duelo no elaborado, manteniendo un tiempo circular en el que Tánatos es el protagonista de la escena y la pulsión de muerte es la que prevalece. Como el muñeco del ventrílocuo, el discurso es de otro. El trauma de una generación, no resuelto por su inabordabilidad dado su carácter de tristeza inenarrable se invisibiliza y oculta en criptas psíquicas, espacios internos a modo de separatas de la vida psíquica, en donde el trauma queda "encriptado" siguiendo el pensamiento de Nicolas Abhaham y Maria Torok.

Alianza cultura/omnipotencia infantil

La sociedad de consumo se presenta como "La Gran Madre" dispensadora y gratificadora de necesidades y deseos, y la omnipotencia infantil se ve así, alimentada en lugar de frustrada. La capacidad de espera, mediante la que poder tolerar la demora en la consecución de los objetivos, no se presenta como una función a desarrollar y potenciar, sino que queda elidida y se coloca en su lugar la urgencia de la satisfacción inmediata, "aquí y ahora". La mente infantil está avasallada por exigencias consumistas que reclaman sustitución inmediata de juguetes con los que no se ha podido llegar a establecer relación de afecto ni hacer historia con la propia historia personal del niño.

Por otro lado, la invasión excesiva de estímulos, imposibles de procesar psíquicamente, da origen a una saturación interna para las que el niño y el adolescente no tienen aún recursos organizados con los que poder dar respu-

esta. La avalancha de juguetes con los que, a veces, se sepulta literalmente al niño, dotados de una tecnología muy por encima de las capacidades de poderla comprender, dado que dicha tecnología es abrumadora y posibilita acciones para las que no es necesario comprender la base de su funcionamiento, facilita la creencia de que los conocimientos y los procesos cognitivos son secundarios a la ejecución del "acto", presentándose éste casi como algo "mágico". Cuando un objeto se estropea o rompe, queda sustituido, casi de inmediato por otro igual o mejor.

Curiosa y paradójicamente, este avance científico y tecnológico en lugar de dar paso a una apertura de pensamiento secundario en la línea del proceso de desarrollo maduro y adulto, viene a entroncarse con el más primitivo e infantil de los funcionamientos mentales: la omnipotencia que no tolera la renuncia ni la castración y recurre a la "magia", como hacía el hombre primitivo, para explicar aquellos fenómenos que se sitúan fuera de su alcance cognitivo.

El conocimiento, la valoración del trabajo y la teoría que subyace a cualquier desarrollo científico, quedan relegado al terreno de lo "desechable" en identificación con los propios objetos, las más de las veces, también desechables.

Visibilidad de la violencia invisible

Las conductas violentas se presentan, así, como un intento de adquirir una identidad grandiosa y fuerte que resulta ser una pseudo identidad con la que intentar protegerse de los duelos de fondo, que no han podido ser elaborados por no haber podido ser, ni tan siquiera planteados. ¿de qué duelos hablamos? de los duelos que tienen que ver con el sentimiento de soledad y abandono en que se encuentra el niño que no recibe la cobertura necesaria, tanto en su versión deficitaria (niño que no recibe nada) como desbordante (exceso de excitación no ligada, y no sostenimiento de la parentalidad).

En ambos casos, la relación entre conducta violenta e inseguridad interna creemos que es fuertemente estrecha, propiciando un sentimiento de vulnerabilidad del Yo. El Yo se siente amenazado en su identidad, lo que, paradójicamente, da lugar a una extrema dependencia del objeto, dependencia que es sentida como intolerable porque aquello de lo que se tiene necesidad, es lo que impide la autonomía. La necesidad del "Otro" no es sentida como tal, sino como una invasión, como un poder que el "Otro" ejerce sobre el Yo, sintiéndose éste amenazado, desbordado por la intensidad de sus emociones para las que no encuentra cauce por las que hacerlas circular. La única salida que encuentran es la expulsión violenta y desorganizada al exterior, actuando así, la fantasía de ejercer un control omnipotente y un dominio sobre la víctima, control que es el que no puede aplicarse a sí mismo y a su propio mundo

interno.

No se dio la diferenciación que haya permitido al bebé -en su momento- separarse del objeto (figura protectora, madre…), por lo que no ha podido incorporar mediante introyección, las funciones simbólicas que le van a permitir organizar su capacidad de pensar y también su capacidad de retener al objeto ausente pudiendo deprimirse. El bebé que no ha podido llevar a cabo este proceso ha sido objeto de "violencia invisible".

Todos sabemos de la importancia que para el incipiente ser humano (el bebé) tienen los vínculos de apego a sus objetos amorosos, es característico de la especie humana la importancia de la duración y la intensidad de estos vínculos.

El bebé es un emisor de pulsionalidad y reclama todo aquello que venga a aliviar su estado de displacer. Si no hay un objeto receptor de esa pulsionalidad que ejerza como continente de la misma y propicie el placer de la actividad mental, en sustitución de la autoestimulación física, el niño precozmente carenciado, desarrollará una actividad de búsqueda de sensaciones que conllevan una dimensión autodestructiva. Sin ese objeto receptor y transformador, la pulsionalidad no es más que violencia en busca de contención y de límites.

En su lugar, la angustia que no ha podido ser metabolizada mediante la función alfa… la capacidad de reverie… ni la acogida por parte de unas figuras paternas suficientemente buenas, se reintroyecta como una violencia sin nombre, invisible, preñada de odio destructivo que no tiene más salida que la evacuación del aparato mental. Enriqueta Moreno señala cómo la búsqueda desesperada del objeto bueno que nunca se tuvo o se tuvo de forma fragmentada, se transforma en odio vengativo. La angustia no ha podido ser tramitada, porque los padres no han sabido devolver a la mente de sus hijos, los terrores transformados y con un significado para poderlos pensar o soñar.

Siguiendo el pensamiento de Melanie Klein, diremos que fueron niños que no pudieron avanzar de la posición esquizo-paranoide a la posición depresiva lo que constituye una importante falla estructural. Según la conceptualización teórica de Balint, serían niños aquejados de lo que él llamó la "falta básica".

En esta situación, se intenta restaurar mediante la posesión y el dominio violento sobre los objetos externos, una identidad que se percibe amenazada y como riesgo de fragmentación como dice Ph. Jeammet. El acto violento se presenta como defensa frente a la amenaza que planea sobre la identidad del sujeto. Y la identidad es conflictiva, porque las instancias encargadas de transmitirla a través de las funciones parentales y sociales no lo hicieron, o lo hicieron deficitariamente, lo que venimos a considerar como violencia por omisión.

Para el sujeto violento, el depositario de su violencia, es decir, quien sufre y padece el acto violento, es un sujeto “des-subjetivado” alguien que no ha sido investido como sujeto, sino –y de forma parcial- como “objeto”. El adolescente violento, de alguna manera, se vive “en espejo” con su víctima y se siente amenazado en un destino similar. Esta amenaza proviene de experiencias en donde fue él, quien se vivió a sí mismo como un sujeto “des-subjetivado”, o lo que es lo mismo, como objeto. Ejecuta ahora en forma de violencia visible (acto violento) lo que padeció y sufrió como “violencia invisible”.

Violencia por omisión o violencia enmascarada

La violencia más eficaz es aquella que constituye una violación a las mentes en formación, es decir, a las de los niños y adolescentes. Así, el niño que padeció la violencia de no encontrar donde depositar su insatisfacción y displacer, y recibe en lugar de la función transformadora una avalancha de objetos materiales que taponan el acceso a una capacidad moderada de tolerancia a la frustración, está inserto -todos lo estamos- en una cultura de la violencia. Las imágenes de agresión son demasiados frecuentes en el entorno y, en ocasiones, dado el realismo con el que se presentan, es difícil separar ficción de realidad. De nuevo el límite es muy impreciso.

Es la violencia de permitir sin límite, disfrazando esa permisividad de actitud tolerante para encubrir el miedo que a algunos padres les produce vivirse a sí mismos como seres adultos. Es la violencia de dar demasiado para no tener que dar nada.

La omisión de la función parental comprometida con la crianza de los hijos, la contemplamos como una forma de violencia hacia ellos, una forma de violencia enmascarada y/o violencia invisible.

Se trata de “padres/niños” con personalidades infantiles y que no facilitan el acceso de sus propios hijos a la madurez, o -al contrario- padres que instalados en esos posicionamientos infantiles, convierten a sus hijos en “padres de ellos mismos”. En cualquier caso, confusión de roles, seducción perversa y relaciones familiares, unas veces demasiado adhesivas y pegajosas y otras, ausentes, carentes de la envoltura que permite poner en marcha la autoestima narcisista necesaria para actuar como organizadora y preservadora de la vida.

En esta comunicación hemos querido traer a debate, otra clase de violencia, no es la violencia por acción sino la violencia por omisión, no por exceso sino por defecto. Actitud violenta hacia los hijos, hacia los “miembros de la tribu” (José Antonio Marina) cuyo cuidado y protección, ésta no ha asumido. En su lugar, la tribu/sociedad permanece adormecida y anestesiada, incorporando y

normalizando “valores” que no son tales. Registros de irracionalidad (genocidios, guerras, limpiezas étnicas....) que oscurecen la comprensión de formas de sufrimiento que nosotros como profesionales de salud mental, tenemos que abordar más allá del síntoma, situándonos en el quehacer de enhebrar en un diálogo diferentes discursos, psíquico, social, político....

Recapitulando y recogiendo lo dicho hasta ahora, queremos señalar lo importante que nos parece considerar la violencia que se ejerce desde el grupo familiar y social cuando éstos, no son capaces de, contener y tramitar la pulsionalidad infantil. En su lugar, las funciones protectoras que deben ejercer los padres y la propia sociedad, se trasladan o, sencillamente son inexistentes confundidas con la permisividad, quedándose el niño con “huecos afectivos” que no sabe cómo llenar. En su lugar, algunos jóvenes intentarán cubrirlos más adelante con indumentarias protésicas (clavos, botas, objetos duros….), corazas con las que intentar cubrir la fragilidad interna y de paso, aprisionar los sentimientos de culpa para no tener que entrar en contacto con ellos. Violencia invisible…. síntoma actual… o más allá del síntoma.

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS DESDE UN CENTRO DE SALUD MENTAL PRIMARIA*

Esther Urpinas** y Teresa Vilas***

Presentación

A partir de unos determinados acontecimientos ocurridos en la zona del Baix LLobregat (Barcelona) como fueron los ocurridos últimamente –el accidente de autocar en Soria, la explosión de gas en Gavà, el temporal de viento en Sant Boi– y en los cuales, como centro de salud mental primaria del sector tuvimos que intervenir, hemos reflexionado sobre como mejorar nuestra intervención para que esta resulte lo más eficaz posible, especialmente, con los niños y adolescentes.

Sabemos que cuando se generan situaciones traumáticas, la realidad irrumpe de una manera aterradora en la cabeza del niño y del adolescente , el mundo que le rodea deja de ser seguro generando una sensación de indefensión, de desorientación, que afectan no solo a nivel emocional sino también biológico y social.

Marco teórico

Mencionaremos algunas ideas que nos han ayudado a construir nuestro trabajo clínico con estos niños y adolescentes.

La vivencia traumática, según Pedro Lesta, se caracteriza, como decíamos en la presentación, porque el mundo externo irrumpe de tal forma en el psiquismo que lo paraliza y lo desorganiza. El trauma psíquico es una situación

*Comunicación presentada en el XXIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título La Psicoterapia Más Allá del Síntoma tuvo lugar en Barcelona el 22 y 23 de octubre de 2010. Reconocido de interés Científico-Sanitario por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya (IES) y acreditado como Formación Continuada por la Universidad Ramon Llull y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)

**psicóloga clínica del CSMIJ de Gavà. Fundació Orienta correspondencia: eurpinas@fundacioorienta.com

compleja que implica una interacción distinta entre la realidad externa y la interna. Esta interacción es tal que pone en juego en la persona vivencias de desvalimiento y de desamparo.

Según este autor, el yo regresa a unas pautas madurativas anteriores y, en este sentido, habla de regresión. En este aspecto podríamos encontrar la aparición de trastornos de carácter regresivo: desde la pérdida del control de esfínteres a situaciones de dependencia extrema.

Una situación traumática externa, tal como nos explica García Reynoso, al no poder ser simbolizada, se transforma en un trauma interno. Cobrará valor de trauma si no puede ser metabolizada, simbolizada y transformada en pensamiento y acción.

Las situaciones traumáticas producen pérdidas, a veces muy importantes para la vida y el equilibrio de las personas pero, según Chaim F. Shatan, una de las más importantes y que está siempre presente es la pérdida de la capacidad para confiar en los otros seres humanos.

Este autor explica cómo, para adaptarse al estrés abrumador la persona necesita desarrollar una nueva forma de vida adaptativa. Esta nueva forma de vida adaptativa suele ser disfuncional y está en la base de los síntomas y síndromes en los cuales el pasado se hace presente de manera invalidante. Aquí nos encontramos, para mencionar algunas reorganizaciones, las huidas de carácter fóbico y los duelos congelados en los que el sentimiento se desconecta de la realidad.

Desde un punto de vista terapéutico son diversos los autores que nos hablan de ayudar a la persona a hacer resurgir los factores resilientes. Entre ellos citaremos a Jay H. Berk que observó que existían una serie de factores, tanto internos como externos a los niños, que fomentaban la resiliencia. Entre estos mencionan la capacidad de la familia y del entorno de los niños para hacer frente al problema. Es decir, para poder contener la ansiedad que aparece en primer plano.

Algunas de las técnicas que diversos autores mencionan para favorecer estos factores de resiliencia, son:

1. Un lugar con distintos medios donde expresar sus experiencias
2. Estimular la comunicación: ya sea a través de la palabra o a través de otras capacidades del niño
3. Estimular la seguridad, ayudando a los niños a diferenciar los signos normales de los indicativos del peligro real.
4. Estimular la esperanza y el sentido en el futuro.

Criterios de intervención

En toda situación traumática podemos diferenciar dos momentos: un primer momento inmediatamente después de que hayan ocurrido los hechos, donde habrá una reacción a un estrés agudo, y un segundo momento que surge como respuesta tardía a esta situación estresante.

La persona que sufre una experiencia traumática experimenta un dolor difícil de contener, su mundo conocido ha desaparecido, lo que era estable deja de serlo, es el primer momento de los duelos tanto de objetos como de personas y empiezan a aparecer síntomas tanto emocionales como de comportamiento.

En este primer momento nuestra intervención estará encaminada a una escucha activa , favoreciendo la expresión de los acontecimientos, ayudando a diferenciar lo que es real de la fantasía, acompañando y ayudando en la aceptación de los cambios dolorosos que la situación ha provocado y buscando elementos y estrategias que le ayude a afrontar la situación de la manera más adecuada posible.

Una primera ayuda será la familia, los adultos que rodean al niño, sus capacidades de contención y la capacidad que tengan para estimular aspectos de resiliencia naturales en el niño, para que la situación resulte más llevadera. Otra ayuda será la que pueda ofrecer el entorno inmediato del niño, centros de salud, escuela, servicios de la comunidad, etc. Es importante la anticipación y planificación de los recursos, así como la ayuda que nosotros podemos dar a las personas destinadas en estos servicios para favorecer la contención y la restauración más inmediata posible de los espacios normalizados para el niño.

Un segundo momento de nuestra intervención irá encaminado a ayudar a elaborar aquello que haya quedado encallado. Un aspecto importante en el proceso será establecer una buena alianza terapéutica y crear un clima de confianza tanto en los adultos como en los niños que les ayude a la restauración de la confianza básica. Para poder conseguir este clima hemos de ser muy respetuosos con sus necesidades, su tiempo de elaboración, sus demandas de atención urgente y para ello, desde el centro de salud mental infantil i juvenil (CSMIJ), se puso en marcha una vía de atención inmediata.

También es básico poder ofrecer estrategias terapéuticas que alivien el sufrimiento lo más rápidamente posible. Según el profesor G. Nardone, el recuerdo del trauma atormenta continuamente. El pasado invade al presente e impide proseguir hacia el futuro, por lo que la intervención terapéutica debe permitir apropiarse lo más rápidamente posible de la temporalidad de la vida a través de hacer resurgir la resiliencia de la propia persona.

Es importante dar el tiempo necesario para la narración, evitando que las personas del entorno, con toda la buena intención, se conviertan en recordatorios que mantengan viva la herida del suceso ya que esto puede suponer una retraumatización para el paciente haciendo que vuelva a reexperiemtar los síntomas una y otra vez. Hugo Bleichmar nos explica como en las situaciones traumáticas cualquier estímulo que se asocie al trauma desencadena el recuerdo del mismo y explica que el estado emocional del sujeto, tanto desde el punto de vista fantasmático como neurovegetativo, interviene de manera decisiva en la manera cómo éste se procesará. Este autor refiere que los "flasbacks" y la reexperimentación emocional de los recuerdos intrusivos, refuerzan a nivel psicológico y biológico los acontecimientos vividos en la realidad retraumatizando. Nos advierte de los posibles efectos retraumatizantes y, en este sentido, iatrogénicos de las intervenciones catárticas.

Finalmente también ayudamos en la elaboración del conflicto reestableciendo en el niño lo más rápidamente posible los espacios normalizados de que dispone y ayudando a los profesionales que ahí intervienen a contener y trabajar los diferentes síntomas que aparezcan: dificultades de concentración, conductas regresivas, llamadas de atención, etc.

Caso clínico

Un ejemplo fue una chica de 15 a. víctima de una explosión de gas, que resultó solamente con contusiones. En un primer momento estuvo atendida por el dispositivo de urgencia que se instaló en el centro cívico de la comunidad. Una vez atendida de sus lesiones y cubiertas sus necesidades primarias de comida y aseo, pudimos dar un soporte emocional a ella y sus amigas , escuchando su relato y contestando a sus preguntas…Estaban en una situación de confusión , incredulidad , pánico y con un gran temor a la repetición del suceso, alternándose los sentimientos de tristeza y rabia .

Un segundo momento fue cuando ella acudió a pedir ayuda al CSMIJ 13 días después. Presentaba insomnio, no podía conciliar el sueño hasta pasada la hora en que se produjo la explosión, y una vez había comprobado que la ciudad empezaba a despertar. Había aparecido el miedo a la oscuridad y a dormir sola necesitando la compañía de la hermana o la madre. Se habían instalado unos rituales obsesivos de control de distintos elementos de la casa, el calentador, mirar por la mirilla que no hubiese humo en la escalera . Más adelante aparecieron los flakbacks, el reexperimentar el miedo y la ansiedad delante de una tormenta, y una hiperatención a cualquier ruido. La atención en el CSMIJ en un primer momento, fue flexible en cuanto al tiempo entre

sesiones así como en acoger a los distintos miembro familiares por los que se hacia acompañar. Las visitas consistían en un relato, por parte de ella, de los síntomas y un intento de contención por parte nuestra, mediante la escucha activa y la puesta en marcha de otras estrategias como : un tratamiento farmacológico y poder ir restableciendo la normalidad en su vida, recuperar la escolaridad y poder salir a la calle con normalidad.

Conclusiones

La presencia del profesional en el primer momento, atendiendo las necesidades emergentes y conteniendo la ansiedad de los afectados y de los dispositivos que intervienen, es una tarea preventiva que facilita un mejor procesamiento espontáneo de la elaboración del trauma.

Con una actitud empática y cercana, podemos contribuir a la restauración de la confianza básica que ha quedado afectada por causas imprevistas.

Cuando se requiere una intervención terapéutica posterior, prestamos atención a los siguientes aspectos:

-Evitar la posible retraumatizazion.

-Potenciar los aspectos resilientes del niño el adolescente y la familia.

-Llevar a cabo una atención lo más flexible y ajustada a las necesidades psíquicas del paciente en cada momento.

Bibliografía

1. Orengo,Francisco i Sabbah Dominique. Noviembre 2001. Trastorno de estrés posttraumático. Entrevista con Chaim F. Shatan WWW.aperturas.org . num 9
2. Cagnoni,Federica-Milanese,Roberta . Cambiar el pasado. 2010, Herder Editorial, Barcelona.
3. Bleichmar, Hugo. Novembre 2000. Biologia del trastorno de estrés postraumático. WWW.aperturas.org num 6
4. Berk, Jay H. Trauma y resiliencia durante la guerra : una mirada a los niños y a los trabajadores de ayuda humanitaria en Bosnia. Biblioteca Virtual em Saúde. Base de dados: LILACS. Pesquisa: 404652.
5. Barrionuevo,Jose i Pallia,Roberto. Práctica hospitalaria en Salud Mental Pediátrica. El trauma psíquico en niños y adolescentes. Pedro L.Lesta. Buenos Aires : delhospital ediciones,2009

ELEMENTOS DE AYUDA A LA MENTALIZACION Y FOCALIZACION PSICOTERAPÉUTICA EN DISPOSITIVOS DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL PARA ADOLESCENTES*

Albert Chamorro Salvat**; Empar Murgui Mañes,
Carmen Subirà Granados y Llorenç March

Introducción

Este Congreso versa sobre la psicoterapia más allá del síntoma. En nuestro caso, desde un dispositivo de Hospitalización Parcial para Adolescentes, la cuestión no es sólo si vamos más allá del síntoma, sino también dónde aparece el síntoma y, sobre todo, dónde y quién debe tratarlo y con qué tipo de tratamiento. Vamos a intentar explicarles todas estas cuestiones a continuación.

1) Contextualización

Nuestro Hospital de Día es un dispositivo de secundaria que forma parte de la red pública (concertada) del Servei Català de la Salut , ubicado en el barrio de les Corts de Barcelona. Atendemos a 25 chicos y chicas de 12 a 20 años que presentan patología de gravedad psiquiátrica clara o de posible evolución hacia la gravedad si no se interviene a tiempo y de forma intensiva. El equipo se compone de dos médicos psiquiatras, un psicólogo clínico, una trabajadora social, una profesora, un enfermero psiquiátrico, una terapeuta ocupacional y dos educadores sociales. Todos trabajamos a jornada completa. Dentro del equipo contamos con profesionales con formación psicodinámica,

* * Comunicación presentada en el XXIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título La Psicoterapia Más Allá del Síntoma tuvo lugar en Barcelona el 22 y 23 de octubre de 2010. Reconocido de interés Científico-Sanitario por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya (IES) y acreditado como Formación Continuada por la Universidad Ramon Llull y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP).
** Hospital de Día de Les Corts, Sarrià, Sant Gervasi y Gràcia. CHM Les Corts, Sarrià y Sant Gervasi. Correspondencia: acsalvat@hotmail.com

familiar sistémica y terapia cognitivo-conductual. Intentamos trabajar pues de manera multiparadigmática e interdisciplinar. La división funcional actual comporta que el día a día y los diferentes talleres y grupos sean responsabilidad de los profesionales de atención directa o PAD, es decir, la terapeuta ocupacional, el enfermero y los educadores sociales. Cada chico tiene un PAD referente y un clínico referente (psicólogo clínico o psiquiatra).

Cada paciente tiene un Proyecto Terapéutico Individual (PTI) que se trabaja en equipo. Dicho PTI supone una labor en eje transversal: las tareas diferenciadas de los distintos profesionales se agrupan para llegar a un objetivo común.

2) Del despacho del psicoterapeuta a lo vivencial, o cuando la psicoterapia saca sus patitas y se pone a andar por el hospital

Los chicos que son derivados a hospitalización parcial, en general, son pacientes que no responden a una psicoterapéutica habitual, tanto psiquiátrica como psicológica, en sus diversas modalidades. Ello obedece, a nuestro parecer, a un fallo en los elementos de mentalización, ya sea del chico o de su sistema familiar, o bien a la presencia de mecanismos de defensa arcaicos, del tipo preanal retentivo, en la tradicional clasificación de Freud-Abraham. Es decir, nos encontramos con chicos muy desorganizados mentalmente sin una familia capaz de reconducir esa desorganización, o con chicos organizados en puntos de fijación muy arcaicos. Así, la actuación, la comportamentalización, en el sentido de la escuela de psicosomática de París, la escisión, la eyección, en el sentido de Sami –Ali, la disociación o el vacío mismo en el propio self son elementos del día a día.

La característica general sería pues en cierto modo la falta de continente o la falta de contenido, o ambos a la vez.

Parece que ambos tipos de dificultades psicológicas requerirían de un aparataje mental , que llegue si puede ser donde los chicos no llegan y sus familias tampoco .Un andamio, en términos de construcción.

Es decir, el hospital de día debe de ser un continente suficiente ante ese contenido tan evacuatorio o proyectivo o ante esa inorganización mental, vacío o falta de contenido.

Y, a ser posible, para pasar de los cuidados paliativos a la terapéutica, convendría que ese aparataje fuera integrable en la mente de las familias o del chico, o de ambos, si es que pudiera ser. Que alguien, cuidador o cuidado, se pudiera identificar de forma sostenible con ese aparataje. Para cuidarse, cuidar y aprender a cuidar. O sea, pasar del andamio al refuerzo interno o

parental de las vigas continentes.

Y ese aparato en la encrucijada entre el día a día, la terapéutica y la transferencia de la misma al edificio familiar debería de ser el hospital de día.

Ardua tarea, que exige, creo, pensar en la dualidad intrínseca al espacio de HDA : es escenario vital y posible escenario terapéutico.

En realidad, observamos que gran parte de las construcciones emocionales y vivencias más o menos tintadas por la patología del chico van a desarrollarse fuera del despacho del psicoterapeuta. Por más que nos empeñáramos en seguir una psicoterapia tradicional en cualquiera de sus modalidades estándar veríamos, a nuestro parecer, que la necesidad psicoterapéutica tiende a sacar sus patitas del despacho para dirigirse a todo el entramado –vivencial hospitalario.

3) Psicoterapia institucional: el tratamiento por el trato

Es por ello que debemos instaurar un sistema terapéutico que no se quede en una escisión despacho del psi- actividades de la vida diaria. Un tratamiento por el trato.

La observación de enfermos mentales graves, permitió a la Psicoterapia Institucional (Tosquelles, 1969; Oury, 1984), comprobar cómo mejoraba la comprensión del funcionamiento de estos pacientes, provistos de mecanismos de defensa arcaicos propios de relaciones parciales de objeto (Klein, ed 1988), atendiendo al despliegue del campo transferencial en relación a los diferentes miembros del equipo en lugar de a un único profesional. Esta formulación, que me fue transmitida clínicamente esencialmente teniendo la suerte de trabajar junto al Dr. José García Ibáñez y supervisando con el Dr. Tosquelles, es tan útil en instituciones de rehabilitación comunitaria (Chamorro, 2003) como en hospitalización parcial de adolescentes. En estos dispositivos, la transferencia con los distintos trabajadores permite proporcionar experiencias emocionales correctoras, como diría José Leal, pues el tipo de asistencia facilita la respuesta triangular del equipo a adolescentes que, en la mayoría de los casos, se encuentran atrapados en relaciones duales fruto de la disfunción familiar o de su propia patología.

Ante la tradicional construcción de elaborar (mentalmente) para no repetir (en el pensamiento, en las emociones o en la conducta), en el espacio de hospitalización parcial el chico repite, pero la respuesta del equipo, a diferencia de otros dispositivos, permite en general que la repetición de la jugada no sea exacta. Porque ese actuar que es “acting out” en relación a la terapia, se puede convertir en “acting in” en relación al “setting” hospitalario, lo que traduce que

un pasaje al acto puede llegar a ser un pasaje por el acto, un comportamiento susceptible de ser leído por el equipo y, por tanto, reexplicado, traducido y, finalmente, integrado por el paciente. Allí donde el funcionamiento mental no llegaba, la institución aparece como un escenario psicodramático donde puede suceder todo aquello que, correctamente leído desde el equipo, que en términos psicodinámicos, representaría una especie de escena primaria, traduce cómo se maneja el chico en su interior. De este modo, se pueden devolver al adolescente gran cantidad de elementos que le ayuden en la comprensión de sí mismo, reduciendo la disociación entre conducta y pensamiento que actuaba a favor de la repetición que le trajo al dispositivo.

En adolescentes, donde, en terminología bioniana, encontramos abundantes elementos β (Bion, 1962), que se juegan en el ámbito de lo relacional y no en las sesiones, esta estructura es fundamental para contenerlos y transformarlos en elementos pensables y no actuados. Por ejemplo, presentamos el caso de un chico que, en colusión con la familia, tiende a ocupar el lugar del adulto y que se hace expulsar de todas partes por una actitud arrogante, dictatorial, desobediente e invasiva pero sin presentar una psicopatía estructural. En el Hospital de Día no sólo se trabaja la colusión familiar e individualmente con él, sino que además, el equipo de profesionales de atención directa (PAD) potencian un enfoque educativo y, sobre todo, de comprensión de su funcionamiento mental, resultando in situ una respuesta diferente a la repetida previa al ingreso. Por tanto, si dice: “Esto de que María coincida con Ana no puede ser, porque no la trata bien, hay que cambiar su horario; y yo, por cierto, sólo vendré los lunes porque me conviene más, y calla y hazme caso porque al final me enfadaré”, el PAD, desde su formación profesional y madurez personal, así como desde la contención y reflexión del resto del equipo, puede dar una respuesta diferente a la que el chico está acostumbrado. Réplicas del tipo “Sal fuera de clase”, “Calla tú” “¿Cómo que no nos ocupamos?” o “¿Pero tú quién te piensas que eres?”, son fundamentalmente dadas desde la actuación (en este caso probablemente desde la irritación) y tienden a aumentar el círculo actuación del chico - actuación del profesional, en una clara escalada simétrica (Watzlawick, Beavin, 1967) que seguramente se ha ido repitiendo en la mayoría de instituciones que el chico ha frecuentado (una escuela, otra escuela, o tres nuevas escuelas, el equipo de fútbol, el aula de música, etc.), generando malestar, a menudo impensable para el chico, malestar en elementos beta. En cambio, desde el proyecto terapéutico individualizado (PTI) se elabora una estrategia en la que se puede dar una respuesta diferente y otra lectura de la situación; el PAD saldrá del escenario vital para pasar al terapéutico, transformándose en el portavoz (y a la vez, repensador) de lo que el equipo ya ha entendido, ayudando al chico a comprender qué le mueve a él, y qué mueve

en el otro. Podría decir, por ejemplo: “Ah, Pere, ¿ahora tú eres yo?”, “¿Ahora eres Albert y te ocupas de los pacientes?”, “¿Quieres organizar y mandar tú en el hospital?” o “Y si tú haces de mí, ¿entonces quién hará de ti?”. Esta traducción de la conducta en reflexión terapéutica es una posibilidad fundamental de nuestro dispositivo. Alguna vez esto ha comportado algunas dificultades ya que se ha confundido comprender por qué pasa lo que pasa con permitir la falta de límites, otra cuestión fundamental en la práctica con adolescentes. La idea sería que hay que darle al chico el espacio de reflexión, para que entienda qué hace cuando quiere mandar, organizar, saltarse las diferencias de generación y status, y qué mueve en los otros cuando lo hace . Consiste en establecer un equilibrio: a la vez que se mantiene una posición comprensiva, debe quedar claro que no se le dejará seguir con esa actitud. En todo caso se puede ser permisivo a modo de juego psicodramático, bajo el precepto de que los juegos se acaban en la realidad, cuando la realidad marca que se trataba de un juego. En términos analíticos, nos moveríamos en términos de castración (Doron; Parot, 1991), es decir, tú no ocupas este lugar, y por lo tanto yo no te dejo.

4) Cuando la psicoterapia vuelve a sacar sus patitas y nos lleva a la familia

En este momento quisiera señalar que el marco hospitalario nos sitúa en una posición excepcional para la comprensión del funcionamiento mental de nuestros jóvenes. A la comprensión en la psicoterapia individual se adhiere el despliegue relacional del chico sobre el personal tratante y sobre sus pares. Podríamos decir que el chico nos muestra sus relaciones de objeto interno a través de este despliegue relacional . Pero, qué sistema relacional están reactualizando nuestros adolescentes? Pues, no hay que olvidar que todavía estamos hablando de un ser en desarrollo. Habitualmente, lo que el chico reactualiza de sus relaciones de objeto interno en su sistema relacional en el hospital de día tiene mucho que ver aún con las relaciones actuales con su familia nuclear y extensa. A veces, hasta podemos “visionar” que el chico se está relacionando con tal o con cual persona-pares o adultos- como lo hace con tal hermano o con cual tío. La modificación de pautas de relación familiares puede incidir en cambios internos en el chico. Es por ello que la intervención familiar es imprescindible.

Así, pues, podríamos visualizar nuestra intervención psicoterapéutica como una mesa de tres patas, que serían la psicoterapia individual, la psicoterapia institucional y la psicoterapia familiar. Dicha intervención se sistematiza en el Proyecto Terapéutico Individualizado de cada chico o PTI .

Y es desde ese PTI que elaboramos siempre en equipo, donde intentamos efectuar una focalización terapéutica.

5) Focalización terapéutica: paralelismos y complementariedad entre la focalización terpéutica individual, familiar e institucional

La focalización terapéutica, tal como la proponemos aquí, se podría explicar como un método para "remar contra corriente", es decir, diferenciarse explícitamente y de manera dirigida, en la medida de lo posible, de lo negativo que el chico está acostumbrado a vivir. Por ejemplo, remar contra corriente en una triangulación histérica maligna con importante confusión generacional (que incluiría la presencia de terceros perturbadores con alianzas y co-alianzas transgeneracionales). Se trata de una chica que vive en casa de sus abuelos, de los que toda la segunda generación ha sido incapaz de separarse. La casa es un fárrago de tíos, tías y primos de la paciente que entran y salen sin ningún orden. La madre, psicótica compensada, ha vivido intermitentemente con los abuelos, pero en la actualidad reside con su pareja. En esa casa, todos mandan pero ninguno triangula, así que, como dice la misma paciente, "siempre acabo haciendo lo que quiero". El grado de confusión es enorme, hasta el punto de que son incapaces de amaestrar en el más simple condicionamiento pavloviano o skinneriano a su propio perro , mascota que siempre es el objeto de la "compasión" de alguno, que le refuerza inadecuadamente cuando otro intenta educarlo. Vamos, que acaba haciendo lo que le sale de las perrunas narices, ya que haga lo que haga alguien lo refuerza. El can acabó muerto en una cuneta, en pocos meses de adopción familiar, porque haciendo lo que quería, atravesó la carretera en mal momento. La adolescente que tratamos tiende a querer ocupar el lugar de los adultos de manera habitual, sea en casa, en el instituto o con sus pares. Con buenas formas y educación, ingresa en el hospital de día con la misma actitud: quiere imponer su horario y da órdenes a algunos compañeros. Además, si bien inicialmente parece relacionarse bien con todo el mundo, hablando al uno del otro no deja títere con cabeza. Repite, por tanto, una política de coalianzas donde el tercero existe, pero para ser criticado y excluído. Se inventa un lenguaje común con otra paciente para hablar delante de los demás sin que se las entienda. Nuestro papel comienza, entonces, focalizando terapéuticamente en la confusión generacional y la triangulación histérica. En la psicoterapia individual se le van señalando estas cosas, tanto desde lo que ella cuenta como de lo que el terapeuta sabe por los Profesionales de Atención Directa. La chica parece empezar a entenderse, pero sigue haciendo lo mismo. En la terapia familiar se intenta evitar este desajuste organizativo, aunque progresar en este ámbito resultará complica-

do. En la terapia institucional, es decir, en lo vivido en el hospital, se focaliza más específicamente en la confusión y lo triangular. Ahí las cosas sí cambian, puesto que no sólo se le señala lo que está pasando sino que se pone todo el entramado relacional en acción con especial esmero para que la chica viva una diferenciación y triangulación más o menos correctas. “A mí me parece bien, pero lo tendremos que consultar con…, a ver cómo lo ve”. Ella, por su parte, se queja al terapeuta individual de que sus terapeutas familiares “no se enteran”, a los educadores les da a entender que al terapeuta individual “se le puede mentir, claro está…” y, a su vez, a éste le reprocha la ineficacia de los educadores, a quienes habla mal de los terapeutas. En definitiva, repite quizás esperando una respuesta similar a la de su familia. Pero no la encuentra. Todo esto empieza a pararla, frena la caracterialización, un constante pasaje al acto y lo transforma en un pasaje por el acto, algo metabolizable y, por tanto, con posibilidades de ser corregido. El último día de hospitalización se muestra temblorosa y le pregunto qué sucede. Me confiesa que ha tenido muchas ganas de no venir, “tenía ganas de mandaros a la mierda e ir contando por ahí lo mal que lo hacéis, pero no he podido…y es que marcharme de aquí pensando que esto no es una mierda me cuesta mucho.”

6) Conclusión

El Hospital de Día permite la construcción de un andamio sostenedor del aparato mental de los chicos. De alguna manera intentamos hacer de función alfa, o de prestamistas de preconsciente o de continentes, según sigamos terminología de Bion, de Pierre Marty y Léon Kreisler, o de Winnicott ; en términos de Balint diríamos que intentamos movernos en el terreno en que las palabras rebotan. Para ello es imprescindible el escenario vital que el hospital de día ofrece, y el trabajo con las familias para ayudarlas en la medida de lo posible a acercarse a estas metabolizaciones y para que nos ayuden a comprender. Habrán observado que nuestra comprensión de los casos pivota muy marcadamente sobre el modelo psicodinámico, la psicoterapia institucional y la terapia sistémica estructural. Ello no obstante, las técnicas que utilizamos no se basan únicamente en estas teorías. Son de gran utilidad técnicas de tipo cognitivo-conductual, por ejemplo en el tratamiento de las depresiones (Lewinson, Beck, Ellis…), o de ciertos síntomas fóbicos (modelo de inhibición recíproca de Wolpe y sus derivaciones terapéuticas(desensibilización sistemática, desensibilización de afrontamiento, etc). Utilizamos también estrategias de simbolización como construir un “muro de las lamentaciones” para recoger las demandas regresivas del tipo “no me da la gana de levantarme temprano” y un buzón de sugerencias para las demandas progresivas; o compramos chupetes

con los chicos para usarlos luego para señalar momentos de predominio del narcisismo infantil maligno (siempre con acuerdo previo del chico). A nivel familiar, usamos también técnicas propias de la terapia estratégica de Madanes o de Bergman. Y, desde luego, usamos también la terapia química, cuando nos parece conveniente. En ningún momento hemos tenido la impresión de entrar en contradicciones irresolubles desde un enfoque multiparadigmático. Al contrario, esperamos que la validez convergente de las teorías así como el avance de la psicología científica básica a nivel experimental, de la genética, de la biología molecular y de las neurociencias, puedan ir aportando datos que ayuden al tratamiento. Sin que ello venga a poner una cotilla que no deje respirar a la creatividad terapéutica. Nos parece ridículo, a estas alturas del siglo XXI, estar anclados en criterios de divergencia y olvidar los de convergencia, que en definitiva son los que aportan validez al conocimiento científico. O hacer "como si" los demás sistemas terapéuticos no existieran, que viene a ser lo mismo. Un ejemplo de ello lo tenemos en la cuestión del inconsciente, desde luego introducido en la psicología clínica por la teoría psicoanalítica de Freud, pero recogido por la teoría sistémica y… a nuestro modo de ver las cosas, también por la terapia cognitivo-conductual…o si no, dónde ubicamos los pensamientos automáticos a los que Beck y Ellis hacen referencia? La evolución de la psicología experimental ha llevado a muchos psicólogos al estudio de la percepción, el conocimiento y el aprendizaje inconscientes, con una infinidad de estudios de laboratorio con evidencia convergente, y convergente también con las neurociencias.

Y por qué no una revisión de todo ello?

Bien, para terminar, volviendo a nuestros chicos y sus familias, y hablando de teorías, casi todas pretenden una curación. En el caso de la psicoterapia psicoanalítica y de la psicoterapia sistémica la curación suele conceptuarse como un cambio estructural. En nuestro caso, a veces, se da. Pero para muchos otros chicos, no. Ello no obstante, muchas veces hacemos una intervención que sostiene en un período vital crítico. De manera protésica. Si esa prótesis impide complicaciones graves, nos damos por satisfechos, aunque no pueda ser interiorizada. Muchas gracias por su atención.

Referencias bibliográficas:

1. ABRAHAM, K. (1986). Le développement de la libido. Vol 2. France. PBPayot.
2. ALI, S. (1984). Lo visual y lo táctil: ensayo sobre la psicosis y la alergia. Argentina. Amorrortu.
3. BECK, AT (1996). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao, España: DDB
4. BALINT,M.(1993).La falta básica. Barcelona,España:Paidós.
5. BERGMAN (1995). Pescando Barracudas: Pragmática de la terapia sistémica breve. Barcelona. 2ª reimpresión.
6. BION, WR. (1962). Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires, Argentina. Paidós.
7. CHAMORRO, A. (2003). ”La rehabilitación en los servicios de rehabilitación comunitaria”. Informaciones Psiquiátricas - Primer trimestre. Nº 171.
8. DORON, R. Y PAROT, F. (1991). Dictionnaire de psychologie. Paris, France. PUF.
9. ELLIS, A. Y RUSSELL, G. (1981). Manual de terapia racional –emotiva. Bilbao, España. DDB.
10. FREUD, S. (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. Madrid, España. Biblioteca Nueva.
11. FREUD, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar. España. Amorrortu.
12. HALEY Y MADANES (1993). Terapia Familiar Estratégica. Argentina. Amorrortu 2ª impresión.
13. KLEIN, M. (1988). Envidia y gratitud. Barcelona, España. Paidós.
14. KREISLER, L. Psicosomática del niño alérgico.
15. MARTY, P. (1980). L’ordre psychosomatique. Paris, France: Payot.
16. MADANES,C.(1982).Terapia familiar estratégica.Buenos Aires, Argentina:Amorrortu.
17. MARUCCO, NC. Recordar, repetir y elaborar: un desafío para el psicoanálisis actual. Cura analítica y transferencia. De la represión a la desmentida. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu.
18. OURY, J. (1984). Psychose, transfert et institutions. Institutions. 7.
19. TOSQUELLES, F. (1993). L’enseignement de la folie. France:privat.
20. TOSQUELLES, F. (1969). Que faut-il entendre par psychothérapie insti-

tutionelle? Informations psychiatriques. 45(4)

21. WATZLAWICK, P. Y BEAVIN, J. (1967). Teoría de la comunicación humana. Barcelona, España. Herder.
22. WINNICOTT,D.(1990).Losbebésysusmadres.Barcelona,España:Paidós Ibérica. WOLPE, J. (1976). Psicoterapia por inhibición recíproca. Bilbao, España. DDB.

LAS DIFICULTADES DE LA ALIMENTACIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA. LA NECESIDAD DE PONER PALABRAS*

Beatriz Sanz Herrero** Consuelo Pedrón Giner***
Francisca González****

Este trabajo es un recuerdo y un homenaje a Inmaculada Azcorra, Psicólogo Clínico que trabajó durante 17 años en el Hospital Niño Jesús de Madrid. Queremos hablar de la continuidad del trabajo que ella desarrolló y de su forma personal de entender el encuentro con los pacientes.

Para mí Inmaculada durante mucho tiempo era un sitio al que volver, ella insistía en hacernos pensar, en devolvernos la pregunta. Nos dejó la necesidad de pensar juntas sobre los pacientes y la posibilidad de compartir con ella la ilusión en el trabajo y su forma de escuchar a los niños. Iniciamos este proyecto de forma un poco más ordenada en una comida en su casa.

Vamos a hablar de de un trabajo que hacemos en el hospital Niño Jesús de Madrid en la atención a los trastornos de alimentación de la primera infancia, se trata de un trabajo compartido en el que trabajamos de forma integrada entre las consultas de Nutrición, Psicología y Logopedia y también estamos iniciando un programa específico de Atención a Niños con Alimentación Artificial (a través de sonda nasogástrica o gastostromía).

Trabajo específico desarrollado en el ámbito hospitalario en el que se ha generado una demanda importante desde la tradición de trabajo compartido y por la insistencia de los médicos en atender otros aspectos del crecimiento de estos niños.

---

* Comuniciación presentada en el XXIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título La Psicoterapia Más Allá del Síntoma tuvo lugar en Barcelona el 22 y 23 de octubre de 2010. Reconocido de interés Científico-Sanitario por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya (IES) y acreditado como Formación Continuada por la Universidad Ramon Llull y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)
** Psicólogo Clínico HNJ
*** Médico especialista en Nutrición Infantil HNJ
**** Logopeda HNJ

Posibilidad de entender el trabajo del hospital como la oportunidad de crear un espacio de cuidado y protección donde recoger las ansiedades y temores y escuchar los sentimientos de los niños y sus padres. En general cuando llegan a consulta hay ya un largo historial médico, han realizado varios intentos y parece que a pesar se todo el síntoma se mantiene de forma repetitiva.

Necesidad de devolver la palabra y el protagonismo al niño como sujeto. Dirigirnos al niño directamente y tratar de evitar situaciones de pasividad y repetición.

Papel de protección de los padres en la construcción psíquica del niño y de las palabras de los padres como red, como barrera de protección frente a las intervenciones médicas. Destacar la importancia de la construcción de un espacio subjetivo.

A muchos de los niños que vienen con sonda además se les atan las manos para que no se la quiten o no se provoquen el vómito. (Desde dónde construir las referencias corporales, las sensaciones, las primeras diferenciaciones exterior- interior del cuerpo reconocimiento y disfrute de sus capacidades, sin poder jugar tocar y chupar….).

Dificultad para investimento de la oralidad, se establece una situación invasiva, se promueve la pasividad y se dificultan los ritmos internos hambre-saciedad….

Queremos compartir el camino que nos lleva desde el situar los primeros significantes del orden de lo corporal y la importancia de la construcción de las zonas erógenas; hasta el preguntar a una madre de qué cree usted que le gusta el yogurt, colaborar en la decisión de instaurar o retirar una sonda y hacer un dibujo con un niño de él mismo en el hospital o de sus operaciones y cicatrices. Partimos de una convicción profunda en la capacidad del psiquismo para elaborar experiencias traumáticas y de la necesidad de dirigirse al niño como un sujeto.

Dar significado a lo que le sucede, relacionarlo con algo. No se trata de un cuerpo dejado a un proceso de repetición. (Se producen cambios significativos cuando una madre viene a consulta; y dice “Ya sé lo que ha pasado”, serán los dientes, sueño, hambre o frío, pero instaura un función en los padres, la posibilidad de recuperar su capacidad de poner orden , prestarle su aparato psíquico al niño hasta que éste empiece a entender. Casi lo de menos es que hayan acertado. Además esta situación favorece una actuación dirigida (pensar antes que hacer) instala un acercamiento en los padres que acaban acertando/entendiendo qué es lo que sucede. (Si se pueden quedar y dejarse sorprender por lo que este niño concreto quiere decirles….no entrar en hacer por hacer

(desde la angustia de todo lo que provoca este niño: rechazo, miedo, rabia…)

Vamos a tratar de devolver la palabra al niño y a sus padres a través de algunas viñetas clínicas.

CASO 1

Paciente de 4 años de edad

Embarazo gemelar, gestación por inseminación in vitro. Ruptura de bolsa en semana 24, infección en semana 26+6, parto por cesárea urgente. PN: 800 gr, REA tipo II, Apgar 7

Displasia pulmonar grave

Periodo neonatal: Ingresado durante los 4 primeros meses, hasta los 12 meses necesita O2 por la noche

Evolución de la enfermedad:

- Cuadro de broncoespasmo, con sobreinfección respiratoria que precisó ventilación mecánica convencional, terapia con óxido nítrico, ventilación de alta frecuencia y ECMO durante 19 días.
- Portador de Traqueostomía
- Reflujo gastroesofágico ,operado según técnica de Nissen .
- Alimentación por sonda por desnutrición

Se trata de un niño gordito, con mucho pelo, de aspecto muy serio, mirada muy abierta cuando le interesa, le conozco en su habitación rodeado de tubos. Pido a la madre que vengan mi despacho, durante todo el camino me va hablando de los tratamientos que recibe. El niño se mueve con una cierta rigidez, movimientos robotizados, siempre va con mascarilla fuera de casa, la madre insiste en que todo el que se acerque a su habitación lleve mascarilla y se lave las manos. El niño habla de forma repetitiva “que lío, que lío”, con un tono monótono y una vocalización difícil… tiende a evitar la mirada en la cercanía.

Al día siguiente viene a la consulta, con mascarilla que la madre le quita al entrar, hacemos un dibujo, la madre sigue hablando muy bajito de la evolución física, le digo que me cuente un poco cómo lo recuerda de bebé .. Con mucho miedo, muy dificil cogerlo con el O2 y tantos aparatos… Pregunto por las primeras sonrisas, la llegada a casa, me doy cuenta de que trato de normalizar o buscar situaciones en las que podamos darnos un respiro pero siempre lo relaciona con exacerbaciones de la enfermedad, la dificultad para cogerle, los vómitos, los problemas respiratorios.

Coge plastilina Qué estas haciendo “un Pokemon” (¿) Tiene poderes mágicos para luchar contra los malos.. Sabe defenderse igual que tu tienes que aprender a defenderte.”El otro día mi prima me quitó la sonda” Y tú te asustaste?, te enfadaste? Me enfadé con mi prima y la pegué en la mano.. **Oye tu hijo come verduras??** Te parece que yo puedo tener un hijo que come verduras.. Me preguntas si yo puedo ayudarte a comer verduras, porque parece que quieres probar cosas nuevas aunque te dan un poco de susto… Mi prima tiene un video del cuerpo humano ¿qué hay en ese video? “sangre, pulmones, el corazón… y lo más importante …. el cuerpo humano”… La madre me cuenta de la evolución de la enfermedad de las dificultades… al poco el niño interviene “ese niño se hició pupa ¿qué niño? El del cuerpo humano ¿? En la pierna.. y por favor limpia esto que está muy sucio… y no veo el Pokemon (lo tienes en tu mano..) El otro día comí patatas…

La madre vuelve muy bajito “Ahora es dificil, rechaza la fisio, los aerosoles, desde el último ingreso en el que le pincharon muchas veces tardaron mucho en cogerle la vía”.

Pregunto por relación con otros niños, “con sus primos… al parque puede ir sólo si no hay otros niños”

La madre me pregunta cómo explicarle que le van a quitar la tráqueo en abril.

Necesidad de poner palabras, los problemas físicos implican una situación de preocupación y de urgencia que a veces condiciona 24h pendientes. A veces tan pendientes de la enfermedad que no queda tiempo para dirigirse al niño.

La urgencia y las intervenciones médicas favorecen un acercamiento al cuerpo del niño por partes; en el espacio mental de los padres queda poco sitio para construir una historia, (a quién se parece, cómo será de mayor) y para acercarse a sus propios sentimientos (rabia, culpa, tristeza, impotencia)

Ponerle en palabras a un niño sobre lo que le está sucediendo, buscar un lenguaje que él entienda, responder las preguntas que pueda hacer, es específico de la función parental y implica una posibilidad de ordenarlo primero en su propia cabeza.

Eje del tratamiento la alimentación entendida como un proceso, que se establece lugar de encuentro privilegiado en la interacción. El descubrimiento del cuerpo y la investidura libidinal de la zona oral. Prioritario en el acercamiento del niño al mundo y el estableciendo de su aparto psíquico y el sentimiento de identidad.

CASO 2

Primera entrevista: 1 año y un mes

Rechazo y vómitos. Seguimiento del caso centrado en las palabras de la madre.

Paciente que acude derivada de la consulta de Nutrición, primera consulta última hora de la mañana, ya la han visto en Nutrición y Logopedia. La madre llega muy cansada, con la niña en brazos, habla pasando rápido por las situaciones de su hija como una lista de acontecimientos, sin ninguna resonancia emocional… FIV, bien , parto todo bien las matronas muy majas …. Desconcierto enorme "es que no te imaginas que un niño no quiera comer, van descartando todo con las pruebas… vas cómo se va consumiendo y piensas se puede llegar a morir…Me costó mucho lo de la sonda y nadie te dice que con la sonda luego es peor, ya no aceptaba que nada le rozar, la gastro yo no la aceptaba.. Es desesperante estar con la cuchara y no traga nada… es que son 4 veces al día. "**Yo no la voy a dar de comer por boca**"

Todo gira alrededor de la comida, parece que no hay nada más… La niña se intranquiliza un poco, se mueve y gimotea, no empieza a llorar, **¿Le importa que la saque fuera?, está mi padre**. Sale a dejar a la niña con el abuelo y entra le pregunto por cómo se encuentra ella… Me impresiona esta madre poco vital, con mucha dif para transmitir emociones, que necesita sacar a la niña de la consulta. "Estoy harta de verla sufrir… se queja muchísimo, tiene retraso… va a un centro de estimulación, tardó mucho en sonreir…" Le planteo que intente darle en una sóla toma por boca y ya me contará la semana próxima. ¿Pero de verdad tengo que darla? Si es que no sirve para nada….

A medida que mejora, la niña reclama, protesta, (el padre quiere hacer el duérmete niño). Yo no la puedo dejar llorar, lo siento, la cojo en brazos… Ahora tiene mucha mamitis.. le digo que ahora ella también puede tener mucha hijitis… y que parece que su hija la reclama mucho

La madre de esta niña se presenta en el grupo con su hijo pequeño en brazos, dándole el pecho. "Mi hija tiene 26 meses, un retraso de 8 meses, ha empezado a andar con 2 años. No quiere comer." "Lo que yo veo es lo que se ha perdido porque otras cosas las va haciendo más tarde pero esto no… no sonreía. Todo esto ella no lo tuvo, mucha pena que se lo perdiera"…(Para poder hablar de la extrañeza hacia esta niña, de sus dificultades y traer aquí su rechazo, necesita presentarse como una madre capaz, demostrando su capacidad de alimentar y un bebé precioso) Un bebé fruto de un embarazo normal, a los pocos meses de conocernos, con mucha insistencia de su marido y ella muchas dudas (una sorpresa que no esperaba pero que cuenta entre miedo

e ilusiones)

(La madre habla de lo que se perdió la niña, hablamos de lo que se perdió ella. Pérdida de esa experiencia compartida)

En el grupo se plantea la decepción y Teresa De Miguel habla de la necesidad de cambiar decepción por recepción; la necesidad de acomodarse a ese hijo distinto del que esperábamos, este niño está ahí .. esperando que le hagan un sitio

Hablarán de los cambios de sus hijos y también los cambios que ellos mismos han tenido que hacer por dentro.

Más adelante cuenta con emoción cómo se sintió la primera vez que fue capaz de darle por la gastro un puré que había cocinado ella.

CASO 3

Importantes dificultades para el establecimiento de un espacio subjetivo de protección

Derivada en abril del 2008, desde la consulta de Nutrición (Dra Pedrón). Paciente de 5 años y 7m de edad, portadora de sonda nasogástrica, en estudio por cuadro de vómitos y crisis de hipoglucemia. (Ingresa para estudio durante una semana).

Padres médicos que se dirigen al cuerpo de su hija; les cuesta mucho confiar en la posibilidad de cuidado de otros y delegar las decisiones médicas.

Muchas dificultades para esta familia que mantiene un actitud de negación de cualquier dificultad que no sea en relación a la comida y en los que toda la crianza de su hija han limitado la posibilidad de cambios y de relación con otros. Presenta importantes dificultades con un proceso de simbolización no suficientemente construido, con enormes dificultades en la expresión emocional y en su interacción con otros niños.

Padres que insisten que no está preparada, tenemos que ir más despacio, con un altísimo nivel de angustia y que confirman el rol de enferma y la tendencia a la pasividad.

Lenguaje postizo, enormes dificultades para la expresión emocional y mostrarse espontánea.

Inicia tras psicológico con una Ps privada en Salamanca con diagnóstico de fobia a tragar, la aconsejan no escolarizarla el primer año, cada vez más aislada. No mejora cambio a otro tratamiento cognitivo conductual

De vez en cuando sigue con vómitos, se desencadenan a l introducir los

trocitos. Lo de los premios y los castigos falla, si vomita se va a la cama untada. Lo que vomita tres veces se lo das.. "Le da lo mismo, ella se lo toma…Yo no me puedo creer como pude ser capaz de dar de comer a mi hija su propio vómito"

La madre comenta "desde los 3 a los 4 años y medio vomitando cada 3 semanas, siempre vigilante, en estado de tensión.. cada vez que probaba algo se asustaba, cada vez costaba más sacarla de ahí. Nada por la boca, sólo agua durante un mes, y luego poco a poco.. otra vez remontar con puré y yogures… miedo a que se descompense metabólicamente y haya que volver a ponerle la vía. La soluciones de la Ps no funcionaban y yo la veía mal….

Primera vez sonda desde los 3 a los 4 a y 7 m; se la quitamos y sólo comía triturado. De vez en cuando vómitos (durante 5 meses). Otra de sus crisis y fuera… lo que comía lo vomitaba, no se podía seguir a sí, los médicos no dicen nada. De nuevo sonda por petición de los padres a los 5 años y 4 meses. Inicia seguimiento semanal en el hospital y se le retira la sonda a los 2 meses de seguimiento. Quince días después los padres deciden ponérsela ellos ("no la veíamos bien, empezó a no querer comer") retirada definitiva 3 meses y medio más tarde.

Nunca se ha llevado nada a la boca, tocar le producía muchísimo rechazo, antes nada, en el colegio bien.. pintura de dedos, a veces se mancha…

Mantiene su historia con las comidas, mantiene alimentación por sonda aunque más concentrada; retiene la saliva en la boca (sus salivitas..). Es muy llamativo el ruido que hace con la boca durante las entrevistas parece como si tuviera algo duro dentro de la boca. (Mucho más marcado cuando tiene sonda).

En su interacción muy pendiente del otro pero con muchas dificultades para sostener la mirada.

Rutinaria, muy maniática, ante los cambios o las rutinas se angustia un poco. Muchos miedos, desde que le pusieron la sonda con 3 años, miedo a los ruidos fuertes, a los perros, había que pararse en un viaje porque tenía miedo.

A veces mantiene, entra en una situación compulsiva, no puede parar, los padres comentan que empieza con mucha actividad y puede parar de hablar o de preguntar, sólo se calma dejándola ver tele varias horas seguidas.

GRAFICOS

CASA

Es que yo lo sé hacer así …una puerta aquí y esto es una ventana.. y la de aquí abajo del todo.. Ya está y ahora el tejado. Había una vez hace mucho tiempo un hueco libre en el que iban a construir una gran gran casa con muchas ventanas, con una puerta y un timbre…hasta que no está construída del todo. Un año una niña se mudó a esa casa recién construída y compró juguetes en una gran caja de juguetes de flor, jugó con una marioneta perro (guau, guau).. cuando metes la mano en la marioneta.. una flauta como la del flautista de Hamelin, y también un payasete de juguete, un payasete muy gracioso. Cuando llegó al anochecer le construyó una cama para dormir fuera porque dentro no cabía y con ella soñando y soñando y se despertó al día siguiente a desayunar… como se lavaba muchas veces al día esta parte del pelo le crecía más que esta otra.

ARBOL

Qué fácil es..ya, ya está el tronco y las hojas.

Hace mucho tiempo plantaron con una semilla un árbol llamado chopo, el árbol era sí porque no le salía muy bien la semilla y esta es una historia muy corta, cubrieron la semilla en el agujero y luego regar, sol, regar, sol, regar hasta que llegue a estar tan alto el árbol.

Un niño o una niña, el niño era más bajo que la niña y había nubes y nubes y nubes paradas son hacer nada… Después empezó a llover , ti ta ti ,pi… después las gotas de lluvia eran muy grandes. Como está lloviendo se van a empapar y sacan el paraguas, el paraguas del niño era en forma muy rara, era en forma de dientes de monstruo.

PERSONA

Beatriz, 4 años

Había una vez una niña que hacía todo el rato ballet con unos zapatos nuevos que le compraron y un pichi nuevo. Y no paró de hacer ballet en todo el día y no hacía caso a sus padres… ¡ya es hora de comer! Y no comía y no desayunaba, ni merendaba y se quedaba muy pequeña. Comió muy deprisa y volvió a hacer ballet y dio una vuelta y se lo estaba pasando muy bien y llegó otra vez y era la hora de merendar y merendó otra vez tan rápido que otra vez hacía ballet.. y la hora de la cena y otra vez a hacer ballet, la hora de cenar y otra vez a hacer ballet con su pichi nuevo. No quiero dormir en la cama (Cb de voz) Es la hora de irse a la cama, mira María ya se ha ido haciendo ballet, pero yo no quiero irme, yo no tengo sueño.. y hizo caso y se fue a la cama.

CASO 4

Se trata de una niña que acude a consulta con 2 años y medio derivada desde el hospital de la Paz por su negativa a comer por boca desde los 5 meses de edad (a partir de ser operada por enfermedad de Hisprung del colon completo). Alimentada por sonda nasogástrica desde los 6 meses.

Es una niña muy vital, despierta y activa, explora con mucho interés. Muy autónoma para su edad, con un buen control a nivel postural y psicomotor. Aprende rápidamente y explica en su lengua de trapo lo que le pasa con la comida "no tere". Toma la iniciativa en la relación, y tiene que ser ella la que marque el ritmo.

En las primeras consultas los padres relatan la historia de la enfermedad y la negativa de su hija. Durante todo este tiempo han seguido ofreciéndole por boca, se niega, no presta atención, ni siquiera se mantiene sentada en las comidas. Moja las salsas y lo único que acepta son gusanitos, patatas y aceitunas… en cada toma la alimentan por sonda después de ofrecerle varias alternativas.

Planteamos la necesidad de recuperar la sensación de hambre, tratar de recuperar una sensación de protección en las sensaciones corporales (exploración, baño..) y mantener la estimulación a través de distintos sabores y texturas. Insistimos en la necesidad de respetar el ritmo de la niña y fomentar su participación activa. Planteamos que sea una única persona quien le de comer (disponible para darle seguridad y que le sirva de acompañamiento). Presenta una mejoría durante tres meses (quiere probar todo lo que se pone en la mesa, se muestra tranquila y contenta, alguna vez dice que le gusta… y posteriormente un retroceso ("de un día para otro se niega, no puede dormir, ha perdido peso y ya ni siquiera prueba…") la madre está agotada, aburrida… dice que ya no puede más.

Acude con la comida a consulta:

"La madre se sienta en la mesa pequeña al lado de su hija. Tiene aspecto de muy cansada, saca de un termo un puré muy muy clarito y muy pocoa cantidad. Dice "venga vamos.." pero me mira todo el tiempo para que sea quién diga cuándo tiene que darla; cómo ofrecer y marcar un ritmo que ella ya no puede.. De vez en cuando se queda quieta con la cuchara en la mano y me cuenta lo difícil que le está resultando, cómo es la niña rechaza y no hay manera; espera que su hija abra la boca o yo la marque el ritmo. (En casa la están dejando de ofrecer).

A la niña la cuesta mucho estar sentada, va de un lado a otro, intenta coger los juguetes, abre la boca si se la insiste pero muerde fuerte la cuchara en

lugar de tragar, no hace caso, pide agua, gira la cabeza. Le digo a la madre que salga, ella llora, empieza a toser, hace arcadas, acaba vomitando. Me quedo a su lado y la ayudo a limpiarse la digo que esté tranquila, que no pasa nada, que ahora vamos a ver cómo poquito a poquito ella va a poder intentar comer y que mamá la va a ayudar. Va calmándose, gimotea, suspira, la pregunto si vamos a buscar a mamá. La madre entra de nuevo, le digo que vaya poquito a poco, casi le repito lo que le he dicho a la niña y empezamos de nuevo. La niña va comiendo con protesta, con mucha dificultad, le repito que su madre la puede ayudar y si no tendrá que salir. Empieza a coger la plastilina y algunos animales, vamos jugando a hacerles comidas, a cortar.. Se termina el puré que su madre ha traído y medio yogurt.

Papel de las manos del niño, (reconocimiento de un lugar activo y el acompañamiento en el reconocimiento de sensaciones).

Al día siguiente vuelven a consulta, la madre trae una cantidad más adecuada y un puré más espeso (con más cuerpo), al principio la misma actitud y su madre sale unos minutos. Se enfada, poco a poco empieza a abrir un poco la boca, se ríe mucho y enseña todo lo que ha tragado. Es muy seductora y mantiene una cercanía emocional muy importante.

Quizás desde el poder contener a la madre, la rabia del no querer tragar, que lo escupe y lo saca cuando ya parecía que lo había comido, acompañarla para que insista, recupere su propio ritmo y se haga presente. Aceptar que se desespere, que no entienda para qué sirve, para qué viene… devolverle su función que desempeñaba hasta ahora. Aparece también una imagen nueva, su hija comiendo que ella casi había perdido de su cabeza, como si no la pudiera imaginar (nuevos aspectos en su hija).

En este caso es importante tener en cuenta la necesidad de poder expresar el rechazo, en algunos momentos la necesidad de protestar, vomitar… la necesidad también de poder esperar.

TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDADUNA CATEGORÍA DIAGNÓSTICA A DEBATE*

Ana Berta Jara**

INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN:

En los últimos diez años se ha constatado un aumento de la demanda en relación a la sintomatología que integra el TDAH (Hiperactividad, Impulsividad y Déficit de atención)

que se nos deriva para su diagnóstico y tratamiento .

En nuestro CSMIJ, que cubre una población de 43.650 personas, con edades comprendidas entre 0-18 años ,esta sintomatología ha constituido el 26% de la demanda global en el año 2009.

Estos datos están en consonancia con lo que viene ocurriendo en el resto de la Comunidad Autónoma Vasca como señala el estudio realizado por Osteba núm.2007/09 (1) " Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el TDAH", según el cual alrededor de un 30% del nº total de historias en proceso diagnóstico, lo estaban por sospecha de TDAH .

Las preguntas que nos formulamos y que dieron lugar a las hipótesis de trabajo fueron : ¿Qué hay más allá del síntoma en el TDAH ? ¿Existen características específicas del funcionamiento psíquico en los pacientes con TDAH , frente a otras patologías ?.

---

* Comunicación presentada en el XXIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título La Psicoterapia Más Allá del Síntoma tuvo lugar en Barcelona el 22 y 23 de octubre de 2010. Reconocido de interés Científico-Sanitario por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya (IES) y acreditado como Formación Continuada por la Universidad Ramon Llull y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)
Resultados de un estudio realizado en la unidad de psiquiatría infantojuvenil comarca interior de Bizkaia. Galdakao, 2009-2010. Grupo investigador compuesto por: Maite Urizar (Psiquiatra Directora del Centro De Salud Mental Infanto-Juvenil CSMIJ Galdakao), Miriam Azpiri (Psicóloga Clínica), Maite Ramírez (Psiquiatra), Sonsoles Enjuto (Psicóloga Clínica), Maria Irene Rodríguez (Psiquiatra), Ana Berta Jara (Psiquiatra), Sara San Nicolás (Psicóloga Máster U. Deusto), Cinthia Jazmin (Psicóloga Máster U. Deusto)
** Psiquiatra Centro De Salud Mental Infanto-Juvenil CSMIJ Galdakao Correspondencia anaberta.jarasegura@osakidetza.net

HIPOTESIS DE TRABAJO:

- El TDAH es un síndrome clínico descrito desde una perspectiva sintomática conductual que puede corresponder a funcionamientos psíquicos diferentes .
- Comparte sintomatología con otras entidades diagnósticas, lo cual le hace poco específico.
- Existe una alarma social sobredimensionada que no se corresponde con la realidad clínica

OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

- Consensuar criterios de valoración y diagnóstico a través de la observación audiovisual de entrevistas semiestructuradas.
- Valorar las aportaciones de las diferentes pruebas diagnósticas utilizadas a la hora de realizar el diagnóstico diferencial.
- Realizar un protocolo de asistencia en estos casos con el fin de establecer los cauces más adecuados para el diagnóstico y tratamiento de estos niños.

MÉTODO:

MUESTRA:

Se analizó una muestra de 33 pacientes que aceptaron participar en el estudio previa autorización escrita (anexo I) para la realización de las pruebas y la grabación en vídeo .

Todos ellos derivados desde Atención Primaria por sospecha de TDAH en cualquiera de sus modalidades , informada por sus referentes más inmediatos (familia y sistema escolar). En el momento del estudio y durante el mismo no estaban en tratamiento psicológico ni psicofarmacológico.

El rango de edad se estableció desde los 6 -12 años, ambos inclusive, siendo la edad media de la muestra de 8,6 años

La distribución por sexos como en otros estudios mostró un predominio masculino. (23 chicos → 71,8% y 9 chicas → 28,3%)

VARIABLES E INSTRUMENTOS:

Además de las variables de sexo y edad se recogieron datos acerca de la procedencia del niño, composición familiar , modelo lingüístico y rendimiento escolar.

- Entrevista familiar donde se recogen el motivo de consulta y la historia evolutiva, mediante un guión elaborado para tal fin (anexo II).
- Listado de comportamientos infantiles de 6-18 años para padres (The Child Behavior Checklist, CBCL/6-18:Achenbach y Rescorla, 2001).
- Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC –IV, 2003).
- Entrevista semiestructurada de exploración con el niño , grabada en video, y valorada posteriormente por el equipo según un guión de observación elaborado con el objetivo de sistematizar la evaluación diagnóstica (anexos III y IV) que nos permite realizar un diagnóstico según los criterios de la CIE 10 y según la parrilla diagnóstica estructural de los Drs. PALACIO y DUFOUR .

RESULTADOS:

Diagnóstico CIE-10:

Tanto el diagnóstico con los criterios de la CIE-10 como el diagnóstico estructural se realizó por consenso en el equipo tras el visionado de la grabación en vídeo de la entrevista con el niño.

Muestra: n=32

Diagnóstico F 90 (Trastornos Hipercinéticos) = 4 casos→12,5% de la muestra

Diagnóstico F 98 (Otros Trastornos de las Emociones y del Comportamiento de comienzo habitual en la infancia o adolescencia, incluye el Trastorno por Déficit de Atención) = 7 casos → 21,8% de la muestra.

Otros diagnósticos 21 casos→65,7% de la muestra.

El grupo otros diagnósticos según criterios CIE -10 lo constituyen 21 casos. Es un grupo heterogéneo que incluye:

CÓDIGO CIE 10	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%de 32
F 48 .9	Trastornos Neuróticos	6	18,75
F 93	Trastornos de las emociones con inicio en la infancia	6	18,75
F 80	Trastornos del desarrollo psicológico	4	12,5
F 91	Trastornos del comportamiento	2	6,25
F 43	Trastornos de adaptación	1	3,12
F 68	Trastornos de la personalidad	1	3,12
F 94	Trastornos del funcionamiento social con inicio en la infancia y la adolescencia	1	3,12

DIAGNÓSTICOS CIE-10 - CBCL/6-18:Achenbach y Rescorla, 2001

Achenbach	CIE-10	Media	Prueba T. Significación
Ansiedad y Depresión	F 90 –F 98	6.09	P= 0.350
	Otros Diag.	5.14	
Aislamiento y Depresión	F 90 –F 98	2.91	P= 0.946
	Otros Diag.	2.62	
Quejas Somáticas	F 90 –F 98	1.82	P= 0.868
	Otros Diag.	3.00	
Problemas Sociales	F 90 –F 98	4.55	P= 0.158
	Otros Diag.	4.24	
Problemas de Pensamiento	F 90 –F 98	3.82	P= 0.150
	Otros Diag.	2.10	
Problemas de Atención	F 90 –F 98	12.09	P= 0.899
	Otros Diag.	10.00	
Ruptura de Normas	F 90 –F 98	4.64	P= 0.987
	Otros Diag.	3.62	
Conducta Agresiva	F 90 –F 98	13.09	P= 0.224
	Otros Diag.	11.19	
Otros Problemas	F 90 –F 98	5.27	P= 0.591
	Otros Diag.	5.05	

En todas las subescalas la p > 0.05, por lo que podemos concluir que no existen diferencias significativas entre aquellos pacientes de esta muestra diagnosticados de TDAH y los que fueron diagnosticados de otras patologías.

DIAGNÓSTICO CIE-10 – ESCALA INTELIGENCIA WISC – IV

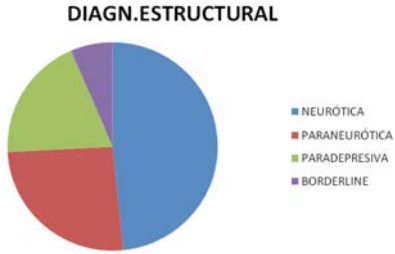
WISC – IV	CIE-10	Media	Prueba T. Significación
CI TOTAL	F 90 –F 98	105.90	p= 0.221
	Otros Diag.	98.95	
Comprensión Verbal	F 90 –F 98	109.30	p= 0.014*
	Otros Diag.	98.81	
Razonamiento Perceptivo	F 90 –F 98	110.50	p= 0.316
	Otros Diag.	104.25	
Memoria de Trabajo	F 90 –F 98	98.00	p= 0.873
	Otros Diag.	96.76	
Velocidad de Procesamiento	F 90 –F 98	102.60	p= 0.296
	Otros Diag.	97.19	

*Solamente la comprensión verbal presenta un diferencia significativa (p<0.05) con una puntuación media mejor para el grupo de TDAH.

RESULTADOS DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

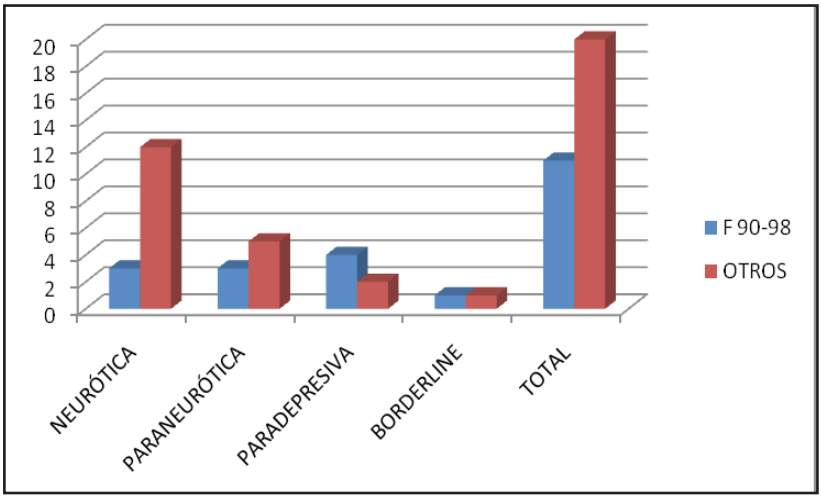
n=31, (un caso eliminado por problemas técnicos).

DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL	Nº CASOS	%
NEURÓTICA	15	48,4
PARANEURÓTICA	8	25,8
PARADEPRESIVA	6	19,3
BORDERLINE	2	6,4

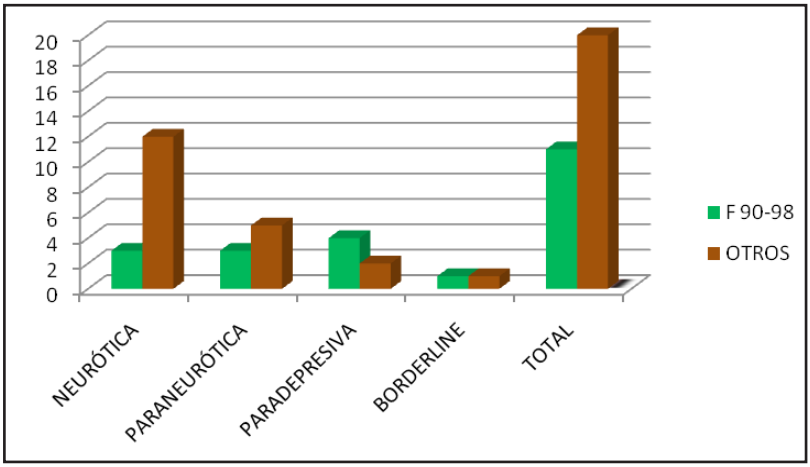


RESULTADOS DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL – CIE-10

DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL	F 90-98	%	OTROS	%	
NEURÓTICA	3	20	12	80	100%
PARANEURÓTICA	3	37,5	5	62,5	100%
PARADEPRESIVA	4	66,7	2	33,3	100%
BORDERLINE	1	50	1	50	100%
TOTAL	11	35,5	20	64,5	100%



DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL	F 90-98	%	OTROS	%
NEURÓTICA	3	27,27	12	60
PARANEURÓTICA	3	27,27	5	25
PARADEPRESIVA	4	36,36	2	10
BORDERLINE	1	9,09	1	5
TOTAL	11	100%	20	100



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- Con los resultados de nuestro estudio podemos constatar que la demanda por sospecha de TDAH sobrepasa en gran medida el diagnóstico (35% de los que consultan por este motivo). Y es, además, una demanda muy poco filtrada, constituida por un grupo de niños muy heterogéneo.
- No hemos encontrado diferencias significativas con respecto al funcionamiento global cognitivo ni en la sintomatología comportamental medida a través de los instrumentos mencionados (WISC-IV y el CBCL ACHENBACH) salvo en la comprensión verbal, obteniendo en ésta mejor resultado los niños diagnosticados de TDAH con respecto a los no TDAH.
- Las limitaciones más importantes del estudio se han hecho sentir especialmente en el análisis estadístico, por el tamaño reducido de la muestra y por la falta de un grupo control de niños de población general.
- Los datos obtenidos deben ser entendidos en este contexto como descriptivos, y para su generalización deberían realizarse estudios con una muestra más numerosa, que permita dividir en subgrupos y por categorías diagnósticas.
- En nuestro trabajo no hemos podido, por las razones ya expuestas, dividir el TDAH en sus dos variantes TDAH combinado y TDA (Déficit de Atención). Creemos que hay razones, como vienen apuntando diferen-

tes autores, para pensar que son entidades diagnósticas diferenciadas (BARKLEY).

- Con respecto al diagnóstico estructural se confirma nuestra hipótesis número 1, correspondiendo el TDAH a funcionamientos mentales diversos, si bien las diferencias entre los dos grupos TDAH Otros diagnósticos no son significativas, sí podemos observar que en el grupo TDAH predomina el diagnóstico de estructura paradepresiva (66,7%) y en el grupo Otros Diagnósticos predomina el diagnóstico estructura neurótica 80%. Es decir, de los diagnósticos estructura neurótica el 80% son no TDAH. Y de los diagnósticos estructura paradepresiva, el 66,7% son TDAH, en su mayoría TDA.
- Con respecto al objetivo "consensuar criterios diagnósticos a través de la observación en vídeo de entrevistas semiestructuradas con el guión de diagnóstico estructural", la experiencia ha sido muy útil, permitiéndonos llegar a un consenso en el diagnóstico dentro del equipo en la gran mayoría de los casos.
- Es importante señalar una vez más la dificultad de realizar una valoración psicopatológica completa en la infancia y la inversión de tiempo y esfuerzo que conlleva la integración de las diferentes informaciones, variables de contexto y desarrollo, pruebas psicométricas, etc.
- Si hacemos un repaso de la descripción de los criterios diagnósticos del TDAH según la CIE-10 y DSM IV en comparación con otros trastornos mentales, podemos entender que incluyan situaciones clínicas tan diversas, ya que comparte sus síntomas principales con otras muchas categorías diagnósticas. La descripción sintomática y sus correlatos comportamentales observables no están desplegados con el mismo rigor en los diferentes trastornos, los síntomas del TDHA están descritos muy exhaustivamente. Otros trastornos (Trastornos de Ansiedad o del Humor) nombran la inquietud o la distractibilidad pero no describen sus comportamientos derivados como criterio diagnóstico. El eje de la cuestión sigue siendo el diagnóstico diferencial versus comorbilidad o la valoración de funcionamiento mental desde una perspectiva estructural.
- Más allá de la sintomatología inicial, los abordajes terapéuticos deberán ajustarse al diagnóstico clínico y las necesidades de cada caso

ANEXO

ARRETA-FALTA ETA HIPERAKTIBITATEA IZATEAGATIKO NAHASTEA IKERTZEKO BAIMENA, HORRI BURUZK0 INFORMAZIOA JASO OSTEAN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Umeak adigabe, hiperaktibo edo oldartsu agertzeagatik gero eta kontsulta gehiago jasotzen ditugunez, prafesionalok gai horrekin zerikusia duten kontu guztiak aztertu behar ditugu, sakon aztertu ere, paziente bakoitzaren ezaugarriei hobeto egokitzen den laguntza terapeutikoa emate aldera. Horretarako, garrantzitsua da umeak hartzeko eta diagnostikatzeko jarraitu beharreko protokoloa zehaztea, baita eskaintza terapeutikoa ere.

Zerbitzu honek egindako azterketa¬pilotuak honako hauek hartzen ditu:

- Harrera, historia klinikoa eta Achenbach galdeketa egitea.
- Miaketa klinikoa, elkarrizketa grabatuen bidez.
- Balorazio neuropsikologikoko probak, test bidez.
- Adimen Kozientea baloratzea.
- Diagnostikoa.
- Terapia-proposamena.
- Esku hartzen duten prafesionalekin koordinatzea.

Bildutako datu guztiak behar bezala babestuta daude indarrean dauden legeen arabera.

Informazio egokia jaso dut horren guztiaren inguruan. IHortaz, BAIMENA EMATEN DUT arreta-falta eta hiperaktibitatea izateagatiko nahastearen aurrean jarduteko protokoloaren entseguan parte hartzeko.

El aumento de consulta por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad en la población infantil, nos obliga a los profesionales a profundizar en todos los aspectos relacionados con este tema y a ofrecer una asistencia terapéutica lo más adecuada posible a las características individuales de cada paciente. Para ello, es importante protocolizar el proceso de recepción, acogida y diagnóstico, así como la oferta terapéutica.

Este estudio piloto elaborado por este Servicio consta de:

- Acogida y realización de Historia Clínica y cuestionario Achenbach.
- Exploración clínica mediante entrevistas-grabadas.
- Pruebas de valoración neuropsicológica mediante test.
- Valoración C.I.
- Diagnóstico.
- Propuesta terapéutica.
- Coordinación con los profesionales que intervienen.

Todos los datos que se recogen están debidamente protegidos de acuerdo a la legislación vigente.

Después de haberme informado adecuadamente DOY MI CONSENTIMIENTO para participar en el ensayo del Protocolo de Actuación para el estudio del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Galdakaon, ...(e)ko ..... aren .....(e)(a)n
En Galdakao, a .....de ..... de .....

Psikiatra arduraduna:	Paziente edota senidea:
Firma del psiquiatra responsable	Firma del paciente y/o familiar
Iz./Fdo.:	Iz./Fdo.:.....

ANEXO II
ENTREVISTA CLÍNICA SEMIESTRUCTURADA
I. MOTIVO DE CONSULTA- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA (SOSPECHA T.D.A.H.)

Especificar: -Síntomas que preocupan
-Desde cuándo (< 7 años?)
-Iniciativa de la consulta

Recoger los síntomas según los criterios diagnósticos DSMIV

Desatención:	SI	NO
(a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares.		
(b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.		
(c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.		
(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones (no por rebeldía o a incapacidad para comprender instrucciones).		
(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.		
(f) a menudo evita, le disgusta o es reacio en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.		
(g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros).		
(h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes		
(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias		
Hiperactividad		
(a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento		
(b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado		
(c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo		
(d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio		
(e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor		
(f) a menudo habla en exceso		
Impulsividad		
(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas		
(h) a menudo tiene dificultades para guardar tumo		
(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)		

A Los síntomas persisten durante más de seis meses con una intensidad que impide la adaptación, y no es acorde con el nivel de maduración y desarrollo.
B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela y en casa).
D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Repercusión de los síntomas sobre el funcionamiento:

		0	1	2	3	4	5
ESCOLAR	COMPORTAMIENTO						
	APRENDIZAJE						
SOCIAL	ACT.TIEMPO LIBRE						
	AMIGOS						
FAMILIAR							

Situaciones: -Que agravan los síntomas .....
.....
-Disminuyen los síntomas .....
.....
Intentos de solución .....
.....
Atribuciones del problema .....
.....
Expectativas .....
.....

Conflictiva familiar (Acuerdo/Desacuerdo en pautas educativas) .....
.....
Antecedentes familiares .....
.....
Diagnóstico y tratamientos anteriores .....
.....

II. HISTORIA EVOLUTIVA

EMBARAZO Y PARTO
Incidencias médicas: - madre .....
- niño .....
Circunstancias especiales:
- Planificación .....
- Organización de cuidados/cuidadores .....
.....
- Duelos .....
.....
- Cambios importantes (Domicilio, Inmigración) .....
.....
- Otros .....

HITOS DEL DESARROLLO
Desarrollo Psicomotor .....
.....
Desarrollo del lenguaje .....
.....
Control de esfínteres .....
Hábitos del sueño:
- Rituales, objetos transicionales .....
.....
- Pesadillas .....
- Terrores .....
- Sonambulismo .....
- Trastornos del ritmo .....
Hábitos de alimentación
- Lactancia .....
- Cambios y caprichos .....
Organizadores psíquicos
- Sonrisa .....
- Angustia del octavo mes .....
- No .....

RASGOS TEMPERAMENTALES / PERSONALIDAD
- Aspectos positivos y negativos .....
.....
- Irritabilidad .....
- Inhibición / Pasividad .....
- Expresividad emocional .....
.....
- Reacción ante la frustración .....
.....
- Autocontrol .....
.....
- Autoestima .....
.....
- Proyecciones, expectativas .....
.....

REACCIÓN / TOLERANCIA A LAS SEPARACIONES
.....
.....

MIEDOS / FOBIAS
.....

AUTONOMÍA
.....

RESPONSABILIDAD
.....

RESPETO A NORMAS
.....

CAPACIDAD PARA SENTIR CULPA
.....

JUEGOS E INTERESES
- Capaz de jugar solo .....
- Capacidad de disfrutar del juego .....
- Capacidad para compartir el juego .....

ESCOLARIDAD
- Inicio .....
- Conducta .....
- Rendimiento .....
- Relación con profesores y compañeros .....

RELACIONES SOCIALES
- Grupo de amigos .....
- Relaciones de verdadera amistad .....

ACCIDENTES Y TRAUMATISMOS
.....

ANEXO III

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Estudio Piloto Diagnóstico TDAH Marzo 2009 (Grabación Vídeo)

- ¿POR QUÉ VIENES? (Motivo de la consulta)
- ¿QUÉ QUIERES HACER AQUÍ HOY?
  (Jugar, hablar, dibujar...?)
- PROPONER SI NO HAY INICIATIVA
  - Dibujo libre
  - Dibujo no libre - HTP (casa, árbol, persona) Historia de cada elemento.
- ¿QUÉ TE GUSTA HACER? (Intereses, áreas de investimiento)
- ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES (Iniciativa. Disfrute)
- ACTIVIDADES TIEMPO LIBRE, OCIO
- ESCOLAR (lo mejor, lo peor, si se aburre recreos)
- ¿QUÉ TAL ANDAS DE AMIGOS? (Socialización)
  - Si tiene pocos o muchos amigos
  - Si tiene algún amigo de fiar.
  - ¿Cuándo suele quedar con ellos que hacen?
  - ¿Qué pasa cuando se enfada, como se arregla?
- ¿HAS SALIDO ALGUNA VEZ A DORMIR FUERA DE CASA? (Separaciones)
  - Campamentos
  - Actividades grupales
  - Familiares
- ¿EN CASA QUÉ TAL? (Familia)
  - Con los padres, hermanos, si comparte juegos □ ¿Espacio propio?
- ¿PREOCUPACIONES? ¿MIEDOS?
- ¿ SUELES SOÑAR? (sueños fantasías)
- ¿EXPLORAR SÍNTOMAS DEPRESIVOS? (aburrimiento, malestar físico, ánimo, ilusiones, proyectos)

ANEXO IV

OBSERVACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

1.IMPRESIÓN GENERAL

–	Reserva inicial		□
–	Adaptación progresiva	SI	□
		NO	□
–	Reserva a lo largo de la entrevista		□
–	Inhibición general. Juego, dibujo, verbal		□
–	Enlentecimiento General		□
–	Inestabilidad motriz		□
–	Actitud polimorfa y cambiante		□
–	Se mantiene el tono a lo largo de la consulta		□

2.RELACIÓN CON EL EXAMINADOR

–	Seductora	□
–	Complaciente	□
–	Evita la relación	□
–	Reservado, Serio	□
–	Calurosa y emprendedora	□
–	Familiaridad Excesiva	□
–	Solicita apoyo frecuentemente	□
–	Evita la relación activamente	□
–	Repliegue emocional	□
–	Desprecio por el examinador	□

3.AFECTOS

1.- MODULADOS

0	□
1	□
2	□
3	□

2.- ADECUADOS A LA SITUACIÓN

0	□
1	□
2	□
3	□

3.- TIPO DE AFECTO PREDOMINANTE

Alegre	□
Triste	□
Serio	□
Eufórico	□
Irritable	□
Disfonía	□
Rabia	□
Inquietud	□
Angustiado	□

4.- DISOCIACIÓN AFECTIVA ENTRE EL DISCURSO Y EL JUEGO □

5.- OSCILACIONES BRUSCAS DEL AFECTO □

4. FUNCIONES DEL YO

PENSAMIENTO

Adecuado a la edad cronológica □
Lógico y coherente □
Alteraciones □

CURSO DEL PENSAMIENTO

- Aceleración □
- Enlentecimiento □
- Incoherencia □
- Bloqueo del pensamiento □
- Perseverancia □
- Laxitud asociativa □
- Otros □

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

- Preocupaciones □
- Obsesiones y compulsiones □
- Fobias □
- Ideación Suicida □
- Ideas de referencia □
- Ideas delirantes □
- Contenidos Bizarros □
- Pobreza de contenidos □
- Otros □

LENGUAJE

- Bien desarrollado para la edad cronológica □
- Medio principal para la expresión de conflictos □
- Pobreza Expresiva □
- Restringido y operativo □
- Adultomórfico □
- Regresivo □

SENTIDO DE LA REALIDAD

- Conservado □
- Parcialmente establecido □
- Debilitado □
- Ausencia □

IMPRESIÓN DEL FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

- Bueno, bien utilizado □
- Rendimiento General bajo □
- Limitaciones Simbólicas □
- Inhibición □

MOTRICIDAD

- Adecuada a la edad cronológica □
- Enlentecimiento □
- Torpeza motora □
- Hiperactividad □

5. DEFENSAS

INMADURAS

- Negación □
- Distorsión □
- Proyección □
- Identificación Proyectiva □
- Escisión □
- Idealización □
- Actuación □
- Pasivo – Agresivas □
- Somatización □

MEDIAS

- Regresión □
- Desplazamiento □

• Represión □
• Control de los impulsos □
• Aislamiento afectivo □
• Racionalización □
• Disociación □
• Formaciones Reactivas □

MADURAS

• Anticipación □
• Humor □
• Sublimación □

6. EXPRESIÓN DE PULSIONES Y FANTASMAS

− Predominio de las pulsiones libidinales □
− Funcionamiento regresivo □
• Oral □
• Anal □
• Edípico □
− Inhibición de la vida pulsional □
− Predominio de las pulsiones agresivas □
• Fantasías melancólicas: insuficiencia □
• Fantasías de abandono, pérdida, muerte □
• Manifestaciones crudas de la vida, pulsión agresiva □
• Tendencia a pasar al acto □
• Fantasías omnipotentes □

7. IDENTIFICACIONES – SELF

Aspectos parentales idealizados adecuados a la edad □
Identificaciones miméticas □
Imagen grandiosa y omnipotente □
Imagen devaluada de si mismo □
Fluctuaciones y discontinuidad de la imagen de si mismo □
Alteraciones de la identidad sexual □

8. SUPERYO

- Ausencia función super-yo □
- Presencia de esta instancia en el funcionamiento psíquico □
- Super-yo
  - Protector □
  - Rígido □
  - Frágil □

BIBLIOGRAFÍA

1. Achenbach, T.M., Dumenci, L. y Rescorla, L.A. (2004). Ratings of Relations Between DSM-IV Diagnostic Categories and Items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR. Descargado el 20 de marzo de 2009 de http://aseba.org/research.html
2. Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2001) Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
3. American Psychiatric Association (2000). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, texto revisado DSM IV R Barcelona : Masson
4. Barkley , R.A. (1998). El Desorden de Hiperactividad y Déficit Atencional. Investigación y Ciencia.
5. Janin, B. (2004c). Intervenciones. En Janin, B., Frizzera, O., Heuser, C., Rojas, M.C., Tallis, J. y Untoiglich, G. (Eds.), Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (pp97-124). Buenos Aires: Novedades Educativas.
6. Jorquera, C., Lasa, A. y Gutiérrez, M.A. (2009). Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Osteba, departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.
7. Lasa, A. (2001) Hiperactividad y trastornos de la personalidad I. Sobre la Hiperactividad. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 31/32, 5-81.
8. Lasa, A. (2003) Hiperactividad y trastornos de la personalidad II. Sobre la Personalidad Límite. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente 35/36, 5-117.

9. Lasa, A. (2009) Los niños Hiperactivos y su Personalidad. Bilbao: ALTXA.
10. Marcelli, D. (2007). Manual de Psicopatología del Niño VII Ed. Elsevier-Masson.
11. Organización Mundial de la Salud (1994). Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10. Madrid : Meditor.
12. Wechsler, D. (2007). WISC-IV Escala de Inteligencia de Wechsler para niños – IV. Manual técnico y de interpretación. 2ª ed. Madrid: TEA Ediciones. (Trabajo Original publicado en 2003).
13. Wiener, J.M. y Dulcan, M.K. (2006) Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Madrid: Elsevier-Masson

TERAPIA PSICOMOTRIZ DE FORMACIÓN PSICODINÁMICA*
Del Autismo de Kanner al Trastorno del Espectro Autista.

Angels Morral Subirà**

En esta comunicación quiero presentar la evolución de Nil a la largo de casi dos años de tratamiento. La comunicación tiene el objetivo de destacar y reflexionar sobre el proceso de adquisición de identidad diferenciada y consecuentemente el poder tolerar la existencia del otro como un no-yo a quien no podemos controlar porque piensa, siente y actúa de forma independiente y diferenciada.

Nil llega al Servicio de Atención Externa Carrilet en Septiembre del 2008 a los 30 meses y la indicación es de terapia psicomotriz. La acogida y derivación la lleva a cabo la psicóloga clínica Balbina Alcàcer.

Es el hijo mayor de una pareja joven, acomodada. Tienen otra hija de 5 meses. La guardería alertó a los padres de las dificultades que presentaba su hijo al año y medio, iniciando tratamiento en un Servicio de Atención Temprana. Nil presentaba un "**Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado con rasgos autistas**" diagnosticado por un Neuropediatra Infantil de Barcelona.

En la anamnesis ya se podían detectar indicios que me hicieron pensar en un bebé con dificultades para la vinculación, un bebé muy desconectado de su entorno e indiferenciado . La madre empezó diciendo que el parto fue muy duro, 12 horas, porque no dilataba (sin ninguna referencia al embarazo;

---

* Comuniciación presentada en el XXIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título La Psicoterapia Más Allá del Síntoma tuvo lugar en Barcelona el 22 y 23 de octubre de 2010. Reconocido de interés Científico-Sanitario por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya (IES) y acreditado como Formación Continuada por la Universidad Ramon Llull y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)
Centro de Tratamientos y Formación Carrilet. Centro especializado en tratamientos a personas con Trastorno Mental Grave y sus familias. Trabajo supervisado por: Balbina Alcacer Pons (Psicóloga Clínica) y Llúcia Viloca i Novelles (Neuropedadiatra ,Psiquiatra y Psicoanalista).
** Terapeuta Psicomotriz correspondência: angelsmorral@yahoo.es

momento de ensoñación, tiempo que la mujer tiene para empezar a crear un espacio no tan solo físico sino psicológico y emocional para preparar la llegada del bebé) tal y como explica Brazelthon y Cramer en su libro " La relación más temprana" …….. Explica que cuando nació no lloró, ella pensó que se estaba ahogando y retiró rápidamente a Nil de sus brazos para que lo cogiera una enfermera. No precisó intervención médica alguna.

. Al segundo día de nacer tuvo fiebre y según la madre le "aconsejaron" el biberón. Al bebé le costaba mucho abrir la boca y para darle de comer tenía que estar dormido. Los cambios de líquido a sólido también costaron mucho y en el momento de la anamnesis (al año y medio) sigue siendo muy selectivo y no prueba nada nuevo.

De pequeño no lloraba nunca, ni por hambre, ni si estaba sucio. Dormía mucho. Era un bebé "extremadamente tranquilo" tal y como muestran muchas de las historias de niños con autismo.

Respondía poco a los estímulos y los momentos de conexión eran difíciles. No reconocía a sus familiares y a veces se quedaba con la mirada fijada en las luces.

Cuando la guardería detectó dificultades evolutivas y les alertó, se informaron sobre el autismo y pensaron que su hijo coincidía en los síntomas.

Desde que Nil empezó la guardería hay un cambio importante a nivel de sintomatología. Hasta el año y medio mostraba una conducta claramente indiferenciada, era un bebé que no pedía, que no reclamaba los cuidados de sus padres, que no iniciaba ni seguía ninguna interacción con su entorno próximo; por un lado había una falta básica en la intersubjectividad primaria tal y como dice Morattori. y por otra parte a nivel de entorno (padres) había poca capacidad para crear y estimular momentos de conexión y de encuentro. Cuando entró en la guardería Nil empezó a mostrar otra actitud (es cuando entra también en el Servicio Carrilet) Se presenta como un niño muy movido, como dicen los padres va siempre como una moto. Se mueve mucho, se expresa con una jerga peculiar (necesidad de ser entendido, toma la forma del lenguaje) aparecen fuertes rabietas sobretodo en los momentos de cambio o de situaciones imprevistas. Rechaza todo aquello que sea nuevo o diferente (ya que la novedad implica siempre diferenciación) no juega, le gusta ordenar los objetos (poner las cosas, objetos y personas tal y como están dentro su cabeza, maniobra defensiva para restablecer un posible orden y obtener un control), mira la tele y se queda como "enganchado a ella", le gustan los ordenadores y todo los objetos que tengan botones, (con ellos puede predecir lo que pasará). Se puede ir con cualquier persona sin mostrar ninguna conducta de angustia, no acepta probar ningún alimento que sea nuevo y aún no con-

trola esfínteres, los padres dicen que le da miedo sentarse en el WC. Con la perspectiva que te da el tiempo y la experiencia este cambio en la conducta de Nil se podría interpretar un intento de mostrar su malestar, de hacerse visible ante los padres y de conectarse al mundo. Con este cambio Nil consigue que sus padres puedan empezar a preocuparse por las dificultades.

Empiezo la terapia psicomotriz en octubre del 2008 a razón de una sesión semanal. En ese momento Nil tiene dos años y medio. A lo largo de este proceso me coordino con el Servicio de Atención Temprana y la escuela que atiende a Nil. Trabajo también con los padres con el objetivo de ayudarlos en la comprensión del funcionamiento de su hijo, de contener momentos de ansiedad y preocupación y sobretodo a ayudarlos a poderse vincular y relacionarse con su hijo. En momentos puntuales también realizó alguna entrevista con los abuelos.

De las anotaciones de las primeras sesiones trascribo textualmente:

Nil llega con su madre. Es un niño grandote para su edad, alto y corpulento y tiene unos grandes ojos con los que mira directamente aunque a veces su mirada parece desenfocada. Con la lengua realiza movimientos estereotipados (tercer la lengua dentro de la boca). Esta estereotipia me hace pensar lo que comenta en su libro la Doctora Viloca "El niño autista", la dificultad de estos niños de no poder conectar las sensaciones a una emoción dentro de un encuadre relacional y como explica Aucouturier estas sensaciones se quedan engramadas en el cuerpo en forma de huellas sensoriales,que en los niños autistas dificultan la posibilidad de poder organizar una representación mental y un pensamiento.

Entró en la sala señalándolo todo y llenando todo el espacio de sonidos y algunas palabras enmascaradas en la verborrea. Se separó "fácilmente" de la madre. Emitía sonidos constantemente en un tono voz fuerte, casi gritando. Tal y como explica Tustin, Nil utilizó toda un serie de maniobras autistas para enmascarar, la ansiedad catastrófica que le producía la separación de su madre. Se lanzó rápidamente a los cojines. Fue muy difícil sacarle las bambas. Tiraba los cojines y se iba tirando él encima. Traté de acercarme y participar de su juego pero levantó la cabeza, me miró y dijo "no". Rehuía del contacto corporal y cuando lo tocaba se ponía rígido. Estaba muy excitado y no paraba quieto. Acabó cayéndose al suelo en medio de la confusión con los cojines.

Después empezó a dar vueltas por la sala, tocando varios objetos y sin dejarme acercar. Solo me pidió ayuda para subir encima del "plinton" (función del terapeuta como yo auxiliar). Cuando le propuse de recoger me miraba directamente y me decía que no. La sala estaba, llena de co-

jines y otros objetos. Dramaticé la atmósfera de confusión que tenía pero que a pesar de esto yo le ayudaría a recoger la sala . También se negó. No me dejaba poner nada en su sitio. Al final pude más o menos ordenar la sala.

En el momento de la despedida fue difícil ponerle los zapatos. No aceptaba ningún límite ni temporal ni espacial. Le tuve que coger en brazos y sacarlo, ya en la escalera se le pasó el enfado sin más. Al bajar le recordé que su madre estaba esperándole, paro también estaban su padre y su hermana. Fue directamente a la hermana y le pegó. La madre la dejó en el cochecito y cogió a Nil que lloraba. Verbalicé la sorpresa (susto) de Nil al ver a su padre y a su hermana ya que no sabíamos que irían a buscarle.

Las dos siguientes sesiones de observación inicial más o menos transcurren igual. Como dato diferencial empiezo a utilizar una canción para anticipar el final a la que asocio la palabra "a recoger". Parece que la estructura anticipatoria le sirve para acabar las sesiones mas tranquilo. Anticipar es igual a estructurar y en estos niños implica ayudarlos a organizar y pensar sobre situaciones, lugares, personas que no están físicamente presentes Les ayuda a crear representaciones mentales. A no quedarse solo en lo tangible. Les ayuda a poder organizar un pensamiento y no quedarse enganchados a las sensaciones y por lo tanto al no-pensamiento.

Después de las sesiones de observación empecé a organizar más los tiempos y los espacios y también retiré material de la sala para evitar tanta dispersión, fragmentación y confusión. El objetivo era poder crear una vivencia interna de coherencia y de continuidad. Y es en esta continuidad que se podrá ir empezando a crear momentos de mayor concienciación de sus acciones, empezando por lo más elemental: poner palabra a sus acciones para posteriormente poder conectar la acción a una sensación y esta a una emoción. (Coromines). Al evitar tanta excitación corporal se pudo iniciar un proceso de concienciación, significación y conexión de sus sensaciones partiendo de la vivencia corporal. Conteniendo y significando su dispersión a nivel corporal, desde la piel o sea desde lo sensorial y mas bidimensional, para poder llegar a la tridimensionalidad * (Meltzer); primero creando un continente corporal, un yo corporal diferenciado, capaz de diferenciar lo que él hace y tolerar lo que él no hace, como principio de interacción. Y generar un espacio mental capaz de tener representaciones mentales, capaz de poder guardar sus vivencias y poderlas conectar entre sí y posteriormente poderlas compartir.

VIDEO PRIMERAS SESIONES. (1 minuto)

La estructura externa y la organización han ayudado a Nil y a su familia a poder encontrarse y disfrutar de la relación reforzando así el vínculo afectivo entre ellos.

El proceso terapéutico ha pasado por varias fases. Desde momentos en que Nil funcionaba haciendo como un perro, a nivel de ecuación simbólica (Anna Segal) para poder vivir en este mundo, hasta el final de la terapia individual donde ha podido ir organizándose y creando su propia piel, a partir de la cual relacionarse con el mundo externo e interno. Ha podido desarrollar una comunicación y un lenguaje con intención comunicativa y declarativa. Ha podido a través del juego y de la relación, encontrar un espacio transicional donde poder proyectar todos sus fantasmas. Hemos podido ir significando y poniendo palabra a sus manifestaciones corporales, a sus miedos y a sus emociones. También hemos podido trabajar la separación y las ansiedades primitivas que aparecían en forma de maniobras autistas muy confusionales. Ha podido dejar espacio para este Otro, diferenciado, con mente propia. Ha podido ir conteniendo sus rabietas, no asustándose tanto ante los cambios y los imprevistos, y poco a poco ha podido ir entrando en el pensamiento y el juego más simbólico.

Los fundamentos teóricos de esta Terapia Psicomotriz han sido la formación psicodinàmica para la comprensión de los niños pequeños con autismo. Se considera que todo tiene un sentido y una continuidad, ningún niño realiza acciones porque sí, todo tiene una coherencia global a la que se puede llegar mediante el análisis profundo de sus manifestaciones. Observando y entendiendo todas sus conductas (tanto si son adaptadas o no); entender más allá de estas conductas y dando sentido y emocionalidad a sus manifestaciones, movimientos, acciones…. (que para ellos no están integradas, que son como pequeñas fragmentaciones del mundo externo); todo esto para construir un continuum en su vida y sus experiencias.

También es verdad que quedan en Nil aún aspectos significativos de su trastorno Autista como la presencia de objetos (las tortugas) intermediarios entre un objeto puramente autista y los objetos transicionales, que paralelamente a esta evolución fueron apareciendo. También sigue siendo un niño con un pensamiento muy rígido perfeccionista y a veces algo concreto. En Septiembre del 2009 Nil acaba la guardería y empieza en un nuevo colegio. Este proceso se trabajo intensamente con la familia, la terapeuta del Servicio de Atención Temprana y yo misma. Nil acude a una escuela pública con cuidadora.

En marzo del 2010 y valorando la evolución, junto con el equipo del Servicio de Tratamientos Carrilet, decimos empezar un pequeño grupo de Terapia

Psicomotriz, formado por 3 niños, uno de estos es Nil. Este grupo se forma con el objetivo de trabajar la interrelación y la interacción con los otros niños. Después de la conformidad de los padres, empiezo a trabajar con Nil lo que será el final de la terapia individual (3 años y 10 meses).

Al principio Nil expresa de forma muy clara su negación, no quiere, dice que le da susto los compañeros nuevos. Expresa claramente que quiere estar a solas conmigo. Durante unas sesiones Nil puede expresar sus emociones respeto al tema de la formación del grupo. Lo trabajamos con fotos y sobretodo con la idea de que aunque haya más niños con él, yo Angels tendré y guardaré siempre dentro de mi cabeza todas las vivencias y lo tendré a él guardado en mi cabeza. Esto parece tranquilizarlo. Recordamos situaciones vividas…… que luego posteriormente cuando ya esté en la terapia grupal Nil recordará y me pondrá a prueba en muchas situaciones para ver si yo, me acuerdo……

VIDEO FINAL INDIVIDUAL.(1 minuto).

En Abril del 2010 empezamos las sesiones grupales. (3 años y 11 meses)

Al principio Nil vuelve a estar muy excitado, corporalmente lo expresa con un movimiento casi constante, un estar quieto dando saltitos. Necesita tener la atención y la exclusividad. El tono de voz vuelve a ser muy alto (lo cubre todo) y habla constantemente dejando poco espacios para los demás. Literalmente está constantemente dentro de mi cabeza. Paralelamente a esta maniobra menos autista y más negadora, que en tiempos pasados, aparecen relaciones entre ellos marcadas por los celos. Hay una “lucha” entre ellos para ver quien capta mi atención, mi mirada. Coexisten en Nil 2 funcionamientos, uno más sensorial y primitivo y otro ya mas próximo a un funcionamiento simbólico

En estas sesiones aparecen juegos marcadamente sensoriomotrices en su inicio, juegos de saltos…. . Otro de los juegos es el del cuento de los 3 cerditos. Todos quieren construir una casa de ladrillos, una casa fuerte y resistente. Todos quieren matar al la lobo….malo. Juegan a cuidarse y a curarse entre ellos.

Concretamente en Nil hay un hecho muy significativo e importante para entender su funcionamiento interno (coexistencia de 2 funcionamientos). Lleva ya un año dibujando sólo tortugas y algunos animales más (jirafas, caracoles….) . En una reunión con la familia la madre expresa su ansiedad y rabia hacia estas tortugas. En casa todo son tortugas. Hablamos de la importancia para Nil de estos objetos. De la poca diferencia que hay a veces entre él mismo y las tortugas. Nil es como una tortuguita que va sacando la cabeza y conectándose, interactuando, interrelacionándose aunque necesite de un caparazón duro, o coraza autista.

En la penúltima sesión antes de vacaciones de verano (mes Julio 2010) pide dibujar. Es la primera vez que Nil dice que dibujará a toda su familia. Es realmente para mi un momento muy importante y muy emocionante. Tiene ya los 4 años y dos meses. Al final de la sesión hablamos (en esta sesión ha faltado un compañero de grupo) de que echamos en falta a Pol. Por su cara veo que no entiende qué quiere decir echar en falta a alguien. Se lo explico. Se queda un rato pensando y dice……ahhhhh yo echo en falta a mi profesora. Pero cuando terminen las vacaciones volveré a verla. Seguimos hablando de las vacaciones, de nuestras vacaciones, nos queda una sesión. Trabajamos la separación, el reencuentro, y entre todos (familia incluida) rellenamos el vacío de las vacaciones con imágenes acompañadas de palabras de todo aquello que harán. En la última sesión pide otra vez para dibujar. Esta vez, mientras hablamos que esta ya es la ultima sesión Nil vuelve a hacer un dibujo muy parecido a los que hacia cuando empezó la Terapia individual. Rayitas de colores, garabatos y tachaduras en color negro. Voy verbalizando los miedos y los sustos que pueden causar unas vacaciones, el hecho de tener que separarnos durante un tiempo. Nil escucha. Me mira. Sonríe tímidamente. Cojo su carpeta y guardo el dibujo. Le digo que aquí dentro de su carpeta y de caja guardamos todos los dibujos que Nil hace: los dibujos de sus tortugas, el dibujo de su familia, y también, como no, el dibujo que ha hecho hoy. Y Àngels se acordará de él durante todas las vacaciones igual que él se podrá acordar de mi (aunque no me vea) hasta el próximo mes de Setiembre que volveremos a juntarnos todo el grupo.

Video grupo.(1 minuto).

VALORACIONES DE LOS TCA VISTOS A TRAVÉS DEL TEST DE RORSCHARCH*

Mercé Gubert** y Cols.

En esta presentación se pretende dar a conocer un estudio realizado a partir de la valoración psicológica, mediante el test de Rorscharch, de un grupo de pacientes adolescentes, ingresadas en el Hospital de día de Gavà, diagnosticadas de trastorno de la conducta alimentaria. Más allá del síntoma, en este caso anorexia, bulimia, se intenta ver las posibles características de personalidad y patológicas comunes al grupo.

Partiremos de una aproximación conceptual al Rorscharch, para seguir con una revisión de la teoría sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Como ejemplo, presentaremos los resultados obtenidos por algunos autores en su aproximación al síndrome con la ayuda del Rorscharch. Finalmente, expondremos los resultados obtenidos en nuestro propio estudio.

INTRODUCCION

A partir de la integración de la teoría de relaciones de objeto y de la teoría del self, se ha llegado a nuevos modelos de desarrollo de la personalidad. Mientras los modelos anteriores hacían énfasis en las pulsiones, las defensas y su interacción, los nuevos modelos se fijan en las estructuras psíquicas y en los procesos de estructuración y de internalización, a partir de la noción de que el desarrollo implica el crecimiento y la diferenciación de funciones psicológicas que cristalizan en estructuras más estables y duraderas. Aunque pueden

---

* Comuniciación presentada en el XXIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título La Psicoterapia Más Allá del Síntoma tuvo lugar en Barcelona el 22 y 23 de octubre de 2010. Reconocido de interés Científico-Sanitario por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya (IES) y acreditado como Formación Continuada por la Universidad Ramon Llull y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)

** Cap de Server. Hospital de Dia per Adolescents de Gervà. Fundació Orienta

darse conflictos psíquicos entre estas diferentes estructuras, lo que llevaría a los síntomas y psicopatología conceptualizadas como en visiones anteriores, las propias estructuras pueden ser patológicas a consecuencia de un desarrollo detenido o fallido.

Con la emergencia de estos modelos conceptuales más recientes, y su énfasis en instancias de desarrollo incompleto, también se ha renovado el interés en formas psicopatológicas más primitivas. Los fenómenos borderline y los trastornos narcisistas han recibido considerable atención, así como también síndromes más específicos, como son la anorexia nerviosa y la bulimia.

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL ROSCHARCH

Neimer (1977) planteaba, respecto a la aproximación conceptual al Rorscharch, que ésta proporciona un puente entre los datos del Rorscharch y las condiciones a evaluar o el comportamiento a predecir en el paciente. Decía que el Roschard puede identificar correctamente la presencia de condiciones, o predecir algún aspecto del comportamiento, sólo cuando el instrumento mide de manera precisa las variables de personalidad que intervienen de manera substancial en dichas condiciones o en dichos comportamientos.

En la aproximación conceptual, el Rorscharch se combina con una teoría de la personalidad, teoría que es exterior e independiente del propio instrumento. La teoría de la personalidad cumple diferentes funciones, varias de ellas enumeradas por Sugarman (1985). En primer lugar, la teoría de la personalidad proporciona una función organizadora. Permite al examinador o al investigador abarcar y organizar sistemáticamente un conjunto de datos muy rico, complejo y, con frecuencia, inconsistente. En segundo lugar, la teoría busca y dirige la integración de conjuntos de datos aparentemente no relacionados. En tercer lugar, la teoría de la personalidad puede proporcionar una función de guía.

Además de esta unión a una teoría de la personalidad, la aproximación conceptual también enlaza el Rorscharch con sus raíces clínicas. Blatt (1975) ha argumentado que la investigación relacionada con el Rorscharch debería reflejar los juicios y distinciones hechas en la práctica clínica.

REVISIÓN TEÓRICA SOBRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria, constituyen unos trastornos psicológico severos que llevan a comportamientos y actitudes alimentarias anormales y que, en ocasiones, amenazan la vida del paciente.

Somos todos conocedores de los criterios diagnósticos del CIE 10 respecto de la anorexia, bulimia y de los trastornos inespecíficos de la alimentación.

Las conceptualizaciones de anorexia nerviosa desde una perspectiva psicoanalítica se han basado, principalmente, en la teoría de Mahler de separación e individuación. Mahler veía la separación y la individuación como dos vías de desarrollo interrelacionadas, aunque no siempre equilibradas. Mientras la separación implica diferenciación, distanciamiento y desenganche de la madre, la individuación incluye la evolución de la autonomía intrapsíquica, percepción, memoria y cognición.

Los teóricos que emplean el modelo de Mahler conciben la anorexia como una forma de representación de una detención en el desarrollo referida a fases específicas del proceso de separación e individuación. Goodsit (1985) propone una fijación en la etapa simbiótica con una incapacidad para distinguir entre sí mismo y el otro. Shainess (1979) también relaciona la anorexia con el estado simbiótico del desarrollo. Lerner (1983) también indica una relación simbiótica problemática entre la madre y el niño. Sours (1980) distingue diversos grupos de pacientes anoréxicos.

Sours y Masterson recalcan el trastorno en el sentido del self en individuos con trastorno alimentario; sin embargo ven estos trastornos como concomitantes de fallos en la separación y de un paro en el desarrollo. Otros teóricos conceptualizan la anorexia esencialmente como manifestación de un desarrollo patológico en el sentido del self. Esta línea tiene sus raíces en el clásico artículo de Freud "Sobre el Narcisismo" (1911), y en más recientes elaboraciones por parte de Kohut (1971). En este artículo, Freud definía el narcisismo como una retirada de la líbido del mundo exterior, redirigiéndola hacia el ego. Autores posteriores a Freud han reemplazado el término ego por el de self, y han redefinido el narcisismo como una investidura libidinal del self.

ESTUDIOS SOBRE ANOREXIA CON AYUDA DE RORSCHARCH

En su artículo "Procesos de pensamiento en adolescentes anoréxicas", Carmen García Alba presenta un estudio comparativo de casos y controles con 50 pacientes anoréxicas de tipo restrictivo, 50 pacientes deprimidas y 50 controles, de edades comprendidas entre 13 y 16 años, evaluadas con el test de Rorscharch. En dicho trabajo, Carmen García observa que en las pacientes anoréxicas se observa una correcta captación de los datos del entorno (Procesamiento), una traducción a otros códigos bastante adecuada (Mediación), pero alteraciones significativas cuando esta información va a ser conceptualizada y utilizada como ideas (Ideación). En éste área, indica que aparece un pensamiento distorsionado, con eventuales operaciones semejantes a las de

tipo delirante, pasivo, utilizado de forma rígida, improductivo y poco eficaz, estableciéndose diferencias con el pensamiento obsesivo.

Por otra parte, en un estudio llevado a cabo por P.Salorio y Col., también se utilizó como instrumento de evaluación el test de Rorscharch, para obtener información sobre estructura de la personalidad. Dicho estudio partía de trabajos que, utilizando Rorscharch, habían encontrado percepciones imprecisas y algunas dificultades para pensar de manera lógica y coherente. Se examinó una muestra de 26 pacientes con trastornos de la alimentación (tanto anorexia nerviosa, anorexia purgativa y bulimia). Se encontró una similitud muy grande en los resultados de los tres grupos, con lo que parecía demostrarse que, tras el síntoma o síntomas, había una estructura de personalidad característica.

ANÁLISIS DE LOS DATOS DE CUATRO PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

La idea de este análisis surge cuando en un intervalo de tres meses ingresan en el HD tres pacientes de catorce años, que van al mismo colegio y curso, aunque no a la misma clase, con la misma sintomatología / diagnóstico de Anorexia Nerviosa.

¿Se parecen entre ellas de alguna manera? ¿Presentan rasgos de personalidad en común? ¿Tienen historias personales que se asemejen? Presenta su condición existencial algún paralelismo?

Estas cuestiones iniciales fueron las que nos motivaron a querer profundizar más en el tema. Así decidimos que además de los datos clínicos recogidos en la anamnesis con las familias y de los datos de observación de los educadores del HD, también les pasaríamos el test de Rorschach como instrumento evaluador de la personalidad. Como en aquel momento también estaba ingresada una paciente diagnosticada de Bulimia Nerviosa, quisimos incluirla en este estudio ampliándolo para abarcar la categoría de trastorno alimentario, y observar posibles semejanzas o diferencias significativas.

Este análisis no pretende ser exhaustivo ni tampoco es nuestra idea que se puedan generalizar los datos obtenidos para todos los trastornos de la alimentación. Pero sí creemos que puede ser útil para ampliar la reflexión sobre el tema de estas psicopatologías en adolescentes y conocer un poco más estos trastornos.

Empecemos por un dato que llama la atención: Aunque la gran parte de los pacientes ingresados en nuestro hospital tienen una condición social más precaria, estas cuatro pacientes tienen un buen nivel económico y social. Las

cuatro pacientes están en escuelas concertadas, viven en torres o pisos amplios y muestran un poder adquisitivo que les permite vivir confortablemente. Este dato confirma otros estudios que se han hecho donde se propone que es una enfermedad de incidencia prioritaria en adolescentes de clase mediana y alta donde la preocupación por la búsqueda de medios de sobrevivencia es bastante lejana.

Otro dato de las historias personales que destaca del grupo de otros pacientes del HD se refiere a su situación familiar. Mientras la gran parte de nuestros pacientes proviene de familias llamadas desestructuradas, con padres separados, con mucha dificultad de comunicación entre ellos, con nuevas parejas y ambiente de fuerte tensión, ellas presentan un cuadro distinto. Las tres anoréxicas viven con sus padres que se mantienen en pareja estable con más de quince años de convivencia, con un hogar armónico, sin casi conflictos externalizados. Son familias bastante tradicionales, con importante dedicación de atención y tiempo hacia las hijas.

Aquí la paciente bulímica presenta una excepción, los padres están separados con mala relación entre ellos pero ella vive con la madre y su actual pareja con quien mantiene una relación de cuatro años. En relación a esto, los datos de distintos autores son dispares, algunos están de acuerdo con lo que vimos mientras otros no.

En relación a la capacidad intelectual de las pacientes, aun cuando no se ha hecho ninguna prueba especifica, a través de los datos del Rorschach, se puede desprender una inteligencia de nivel normal o superior, con capacidad para pensamiento simbólico, abstracto y teórico, aunque no siempre revierta en una productividad intelectual superior. Estas pacientes seguían adecuadamente sus estudios, sin ningún problema de aprendizaje.

También se observó en el Rorschach buena capacidad para relaciones sociales, pudiendo adaptarse a las exigencias del grupo y presentar una respuesta externamente adecuada tanto con iguales como con adultos. Aun así a un nivel más profundo, se observó en todas dificultades de identificación real con el otro, una vez que presentan nítidos problemas para la construcción de una identidad personal sólida. Una de ellas presentaba figuras de identificación parciales y fragmentadas, otras figuras fantásticas y distanciadas de su vida cotidiana y las otras figuras muy primitivas, inmaduras para su edad cronológica.

Otro dato que pareció significativo fue su expresión emocional. En todas se presenta muy baja o sea hay muy poca respuesta emocional. Parece ser difícil poder dar salida a la expresión de la emoción. Cuando esto ocurre, es de manera descontrolada y no integrada armónicamente en la personalidad,

lo que nos hace pensar en un mecanismo de defensa para no equivocarse en una expresión inadecuada. Dos de las chicas anoréxicas, utilizan claramente como mecanismo de defensa la insensibilización al impacto emocional.

Hemos encontrado estudios de varios autores que intentan relacionar la depresión y la anorexia, sea en carácter de comorbilidad o bien como un factor causal. De hecho resaltamos que en todas las pacientes se observó a través de los datos del Rorschach una nítida prioridad vivencial introvertida, o sea una priorización de la energía volcada al mundo interno. Es cierto que no se puede decir que hay una depresión en ninguna, pero en dos de ellas la introversión es extremada y se nota tendencia a humor melancólico.

Para finalizar y de acuerdo con la observación general que causan en el ambiente hospitalario y que se extiende a todos los ambientes que frecuentan (familia, escuela y grupo de compañeros) son chicas encantadoras, que todo parece irles muy bien, con familias muy adecuadas, con potencial a desarrollar, agradables en el trato, colaboradoras y enriquecedoras del trabajo en grupos. Son chicas casi perfectas o que fácilmente podrían pasar desapercibidas, y por lo que sea, encuentran como única manera de expresión contraria a esto una forma extrema de patología que puede a un extremo derivar en muerte.

La Dra. Iraci Galias propone en su artículo publicado en la Revista Yunguiana de 1996, que la anorexia nerviosa significa hoy en día, lo que la histeria significó para su época, un grito del femenino reprimido social e históricamente en contra de la represión sexual. ¿Podría ser la anorexia la rebeldía contra la imposición de un aspecto físico dónde una vez más los aspectos femeninos son reprimidos y se exige de la mujer un cuerpo impecable?

¿Podríamos pensar que es la única forma que estas chicas encuentran para mostrar su desacuerdo con los cánones familiares y/o sociales que son impuestos a esta generación?

EL ENIGMA DEL SÍNTOMA Y SUS CAMINOS EN LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES: UN CASO CLÍNICO*

María Del Carmen Cota Piñeiro** y Janeth Pombo Ruiz***

Cuando intentamos prestar nuestra ayuda analítica al yo en su lucha contra el síntoma, descubrimos en el lado de la resistencia la actuación de los enlaces conciliadores entre el yo y el síntoma, no siendo nada fácil desatarlos".

(*Sigmund Freud, 1925*)

RESUMEN: Esta comunicación es una reflexión teórica sobre los destinos del síntoma y lo que puede encontrarse más allá de él, en un proceso de psicoterapia psicoanalítica, presentando un caso clínico de una niña que inicia su tratamiento durante la transición de la etapa infantil a la adolescencia, la cual sufría un trastorno de tipo narcisista con una relación de odio, rivalidad y envidia con su figura materna y que fue puesta muy claramente en escena a través de los distintos momentos clínicos de la transferencia que se estableció durante el proceso analítico. Se hacen reflexiones acerca de la contratransferencia que promueven los sujetos con trastornos de este tipo y se ejemplifica claramente con un lapsus de la psicoterapeuta en determinado momento intenso del tratamiento. Finalmente se realizan algunas referencias y reflexiones a partir de las aportaciones de diferentes autores importantes del psicoanálisis tanto de adultos como de niños y adolescentes en donde se puntualiza la

* Comunicación presentada en el XXIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título La Psicoterapia Más Allá del Síntoma tuvo lugar en Barcelona el 22 y 23 de octubre de 2010. Reconocido de interés Científico-Sanitario por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya (IES) y acreditado como Formación Continuada por la Universidad Ramon Llull y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)

** Psicóloga. Psicoterapeuta Psicoanalítica de Niños y Adolescentes. Secretaria de Asociación Gallega de Psicoanálisis, AGAPSI. Santiago de Compostela, estudiospsi@hotmail.com cotapieiro@yahoo.com.mx

*** Neuróloga. Psicoanalista. Presidenta de Asociación Gallega de Psicoanálisis, AGAPSI. Santiago de Compostela, estudiospsi@hotmail.com janethpombo@hotmail.com

importancia de la construcción psíquica del cuerpo y los avatares pulsionales del adolescente.

INTRODUCCIÓN

El tema de este congreso sugiere variadas reflexiones, invita a escribir y compartir acerca de lo específico del Psicoanálisis y la Psicoterapia Psicoanalítica que es la ruta que marca el inconsciente a través del síntoma: caminos de dolor, amor, sufrimiento, fantasía, conflicto, deseo y de desajustes de la intrincación pulsional que constituyen el "más allá del síntoma".

El síntoma representa siempre un enigma, un interrogante que abre el proceso psicoterapéutico por el malestar que causa al paciente y/o a quienes lo rodean como en el caso de los niños y adolescentes que no vienen siempre por propia iniciativa. Es así que el síntoma podrá jugar y hasta hacer trampas mostrando su significado al pasar por el proceso transferencial y contratransferencial. Una puesta en escena siempre viva tal como sucede en el teatro donde nunca una representación puede ser igual a otra aún cuando se repita muchas veces. ¿Y en el tratamiento de niños y adolescentes no es todavía más clara esta metáfora del juego teatral del síntoma?

Leivi (2001) en sus reflexiones sobre el síntoma en la clínica analítica de adolescentes, plantea que al igual que con los adultos, este se presenta como un portador de sentido, un enigma e interrogante que antes de desaparecer deberá entregar su mensaje cifrado. En la clínica psicoanalítica el síntoma no es el mismo que en la clínica médica la cual busca objetivarlo, describirlo, medirlo, generalizarlo. A la inversa, en la escucha psicoanalítica se busca su dimensión subjetiva, recuperar su sentido y su lugar en la historia personal del paciente. Es la escucha de los mensajes del inconsciente particular.

El síntoma siempre representa una pregunta y ¿no es esencialmente la estructura de la adolescencia precisamente eso: alguien que siempre cuestiona?
.

El niño y el adolescente plantean preguntas que sustentan la razón misma y la especificidad de la clínica psicoanalítica, tan desacreditada en algunas teorías y clínicas actuales, que someten a los niños y adolescentes a tratamientos rápidos y estandarizados, cuando no al recurso químico de los psicofármacos.

Se intenta pues, transmitir un camino singular: la historia y las trampas de un síntoma puesto en escena transferencial y las modificaciones que produce en la paciente y su familia.

Algunos autores psicoanalíticos, entre ellos Ulrikse (2002) y Casas de Pere-

da (2008) comentan que los síntomas del niño lo muestran como portavoz del conflicto de los padres o de generaciones anteriores.

Es por ello que en el tratamiento psicoanalítico, -tanto de niños como de adolescentes-, el proceso transferencial también se juega en el vínculo que se establece con los padres, pero no sólo con los que el paciente representa en el juego terapéutico sino también los padres reales, cuyo inconsciente también forma parte de la puesta en escena de la metáfora teatral con la que se ha iniciado el camino de este trabajo.

El duelo que vive el adolescente tanto de la pérdida de su cuerpo infantil como en la separación de sus objetos de amor y de odio, así como la búsqueda de su identidad, representan una vuelta al mundo interno infantil, pero con la necesidad de dejarlo atrás para continuar el desarrollo vital. Mucha es la fuerza emocional que se invierte en este proceso. ¿Qué sucede cuando este juego queda marcado por matices de daño en el cuerpo y la pulsión de muerte se afianza triunfante en el psiquismo del adolescente?

Entonces el duelo se complica y se convierte en un duelo patológico que implica sufrimiento subjetivo, intensa angustia, o inhibiciones y síntomas que resignifican la vida infantil con todos sus avatares regresivos y de fijación.

Mc.Dougall escribe textualmente:

> *Es evidente que la adquisición del sentido de la identidad personal y sexual, impone el duelo de una serie de ilusiones relacionadas con el deseo de poseer lo que es diferente de uno…… Este proceso no se despliega sin dolores y sacrificio. Algunos niños son mejor ayudados que otros en este trabajo de duelo del que nadie escapa (Mc.Dougall, 1998, p.13).*

Las vicisitudes de este camino fueron compartidas en el proceso terapéutico de Diana, que se describen a partir de las notas tomadas después de las sesiones para ser supervisadas y tal vez conservadas para darles ahora otra mirada.

Pasaré ahora a la escritura en primera persona del singular - no tan científica pero sí más clínica - para describir el proceso terapéutico de esta paciente en cuatro momentos diferentes, con pequeñas viñetas clínicas y luego las aportaciones teóricas de algunos autores que hoy nos dan luz en la reconstrucción del caso.

PRIMER ENCUENTRO CON DIANA Y SU HISTORIA: LOS SÍNTOMAS.

Mi primer contacto con Diana fue hace más o menos diez años, el mismo tiempo que la edad que ella tenía en ese entonces. Cursaba cuarto curso de primaria.

La orientadora de su escuela recomienda a ella y a sus padres una psicoterapia que ayude a la niña en su entrada a la pubertad pues se muestra con franca rivalidad en la relación con algunas compañeras, se le nota ansiosa, enfadada, irritable, muy tensa, autoritaria, con tendencia al perfeccionismo, baja tolerancia a la frustración y con una relación de rivalidad y celos evidentes con la figura materna.

Los padres de Diana se mostraron de acuerdo con las observaciones de la orientadora escolar ya que ellos mismos solicitaron la orientación y ayuda psicológica pues no sabían bien cómo actuar con Diana. Algunas de sus frases para describirla eran: “es tan demandante”, “cuesta tanto que se encuentre a gusto y disfrute de las cosas”, “es tan difícil”.

En las primeras entrevistas que realicé con los padres ellos comentan que Diana es una chica con excelente rendimiento académico aunque ha descuidado un poco sus notas. La madre busca en todo momento ser buena amiga de su hija, pero ella no lo permite, parece enfadarse por todo, “hasta de la felicidad de los demás”. No soporta que sus padres sean cariñosos en su relación de pareja, no tolera a su hermano menor de seis años que es un niño según descripción de la madre, “tierno, cariñoso, de notas escolares excelentes e inteligencia siempre brillante, muy fácil, dócil y obediente”. También el hijo mayor de la familia de catorce años tiene sus logros “es muy listo, sociable, buen deportista y excelente estudiante”. Diana es pues la que está en medio de estos dos varones -y por cierto la única hija mujer- que para la madre son “fáciles de educar y amar”.

Como contraparte la madre de Diana la describe a ella como “irritable, densa, pesada. Está cambiando mucho con la edad, es desafiante, retadora, excesivamente celosa de su hermano menor, agresiva verbalmente con todos en casa pero especialmente con ella”.

El padre prácticamente no habla en la entrevista, se limita a ser eco de las descripciones de su esposa. Diana es para él lo que su madre quiere que sea.

Los padres de Diana son médicos, de hecho se conocieron y se hicieron novios mientras estudiaban la carrera. Él es físicamente delgado, de tez morena, sencillo, callado, serio, siempre atento y apoyando en todo a su esposa. Se especializó en pediatría.

Ella no ejerce su profesión desde el nacimiento de su primer hijo. Después con Diana y su hermano menor sufre riesgos importantes en los embarazos y decide quedarse al cuidado de ellos en casa aunque ahora está buscando algunas actividades profesionales.

La madre de Diana tiene secuelas graves de una poliomielitis contraída en su primer año de vida por lo cual se le había recomendado no tener hijos. Pero ella quiso intentarlo. Tiene una paresia de la pierna derecha y una malformación importante de la cadera, requiere el uso de muletas para caminar. Este defecto evidente de su cuerpo contrasta con la belleza de su rostro de tez blanca, facciones finas y delicadas.

La mayoría de los médicos le habían aconsejado no tener hijos por la malformación de la pelvis y cadera. Su primer embarazo no tuvo complicaciones, pero con Diana, el embarazo se tornó mucho más problemático con una amenaza de aborto y la necesidad de reposo, con dolores intensos de la pierna y algunas complicaciones más. El embarazo finalmente llegó a término con cesárea programada.

En los primeros meses de vida Diana era una niña sonriente y muy despierta que dormía poco, pero parecía contenta. Su abuela y tía maternas ayudaron a la madre para cuidar a Diana en los primeros meses y la pequeña hizo una relación muy cercana con la tía materna, relación afectiva que permanece. A la madre de Diana, esta relación cercana entre ambas, le parece un poco perjudicial para su hija, pues su hermana es “conflictiva, competitiva, depresiva” y siempre hubo conflicto entre ellas quizá porque la madre de Diana recibió tratos y cuidados especiales dada su enfermedad y por el mérito además de ser muy buena estudiante y no quejarse nunca de su problema físico.

Diana va creciendo con un desarrollo motor y de lenguaje normal, tranquila, cariñosa y con buen desempeño académico al iniciar su etapa escolar. Después del nacimiento de su hermano menor se aprecian cambios importantes en su conducta, se siente como traicionada, devalúa a su hermano con frecuencia y lo ataca constantemente, no le tolera nada y le tiene enorme envidia en cuanto a su relación con la madre. Estos cambios van empeorando conforme se acerca la pubertad, la discusión constante con su madre es lo habitual, no se acepta bien a sí misma, se queja de su imagen, de su pelo, de su cuerpo, de su color de piel y es retadora, quisiera que su madre solo fuera para ella.

Es importante comentar que durante el embarazo del hermano menor, cuando Diana tenía tres años, su madre estuvo en reposo absoluto por amenaza de aborto, sufriendo mucho dolor y poca movilidad. Para Diana, resultó muy duro de sobrellevar. A veces preguntaba a su madre “¿te vas a morir?”.

DIANA INICIA SU TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO: LAS TRAMPAS DEL SÍNTOMA.

Es una chica morena parecida a su padre, pero con facciones delicadas como su madre. Delgada, con un cuerpo bien formado, poco sonriente, con expresión continua de enfado y con dificultad para hablar de sí misma. Se queja de que su madre la trata injustamente. Nunca le ha tolerado lo mismo que a su hermano menor, "él es hipócrita, siempre terminan por castigarla y regañarla a ella". Cree que su madre no la quiere, ni está orgullosa de ella.

Se comunica con dibujos que son detallados, con características de obsesividad e infantilismo (siempre niños pequeños o caricaturas), muestran defensas para establecer contacto afectivo y desconfianza. A pesar de esto en las sesiones parece cordial pues le gusta tener un espacio que ella pueda dirigir y donde su hermano no pueda entrar.

Entra en una fase de intensa transferencia positiva, idealiza a la analista, trata de darle gusto en todo, evita temas de conflicto, especialmente los problemas físicos de su madre y cómo se siente ella con esto. Su madre es "perfecta", en la escuela es la más querida de todas las madres, la más cooperadora. En realidad para Diana todo está bien, sin problema. Todo lo odiado está en su hermano, "él es el verdadero problema, es insoportable, estarían tan bien si no hubiera nacido".

Para Diana lo más divertido es estar en casa de su tía materna que le parece muy buena, comprensiva y entre ambas comparten un amor desmedido por los animales. De hecho su tía cuida de un perro que encontraron abandonado en un parque y que sus padres no le permiten tener en casa a Diana. Le encanta jugar con ella e ir al parque con el perro, pero su madre no la deja ir siempre y desprecia a su tía porque es soltera y no tiene hijos.

Cuando nos vamos acercando en las sesiones al tema de los cambios corporales de Diana con la pubertad y el poder hablar sobre sí misma, se cierra por completo la comunicación e inicia sesiones de juegos de mesa, sobre todo cartas, donde su objetivo es ganar siempre -y lo hace, es brillante,- a veces haciendo trampas y no admitiéndolas. Ante cualquier intento por mi parte de mostrarle su actitud defensiva, ella me relaciona con su madre y la comunicación se pierde. Acepto entonces sus condiciones y sesión tras sesión, ella trae cartas de casa, organiza el juego y pone de consigna "no hablar" y "ganar siempre".

¿Qué quiere silenciar creyendo que siempre ganará? Las sesiones resultan muy tediosas en una lucha aburrida contra la defensa, pero sé que debo darle tiempo. Por otra parte su cuerpo está cambiando notablemente y trata de ocultarlo con la ropa, se descuida un poco el pelo y la forma de vestir, toma un

aire un tanto rebelde. Ocasionalmente lo menciono, pero Diana lo toma como franca agresión, incluso ella misma hace referencia a “que es morena” y “un poco gorda”.

Durante muchas sesiones Diana se mantuvo siempre a distancia, algunas veces relataba situaciones escolares en relación con sus exámenes o sobre algunas compañeras, nunca mencionaba nada de su relación con los chicos.

En una ocasión, Diana solicita mi autorización para mostrarme un gatito pequeño, que ella y su tía han recogido del parque. No puede tenerlo en casa “porque la gata de su madre y su hermano, es insoportable, no lo aceptaría”. Le permito traerlo y en aquella sesión veo que Diana oscila entre acariciar al animal y cogerlo con brusquedad casi con maltrato (entre juego y juego veo que estoy protegiendo al pequeño bebé gatito), me llama la atención pero no se lo señalo, no me parece buen momento porque la dinámica del juego de cartas ha variado.

Sin embargo, Diana continúa con sus sesiones rutinarias y defensivas, juegos de mesa, cartas, siempre gana y no habla.

Por otro lado, en las entrevistas de seguimiento con sus padres -ante mi sorpresa- ellos me cuentan que Diana ha cambiado mucho, se muestra más cooperadora, menos irritable y de mejor humor. En clases tiene una actitud muy positiva e incluso juega con su hermano menor y está muy amable con su madre. “Los síntomas iniciales ya no están”.

Ella ha comentado a sus padres con frecuencia su deseo de no continuar la terapia, porque ya no tiene problemas y se siente mucho mejor; también quiere que reconozcan su esfuerzo por mejorar su comportamiento y además le quita tiempo para sus clases de música y demás tareas.

Hemos cumplido un año de tratamiento. Les digo a los padres que Diana no ha hablado de esto conmigo y que debemos esperar. Semanas más tarde, ella verbaliza conmigo su deseo de terminar el tratamiento, ya se siente mejor, duerme bien, no está tan enfadada, se siente más aceptada por su madre y con su hermano tomará una actitud de darle menos importancia, “quiero huir”... me dice. Diana no da respuestas de qué quiere huir y es muy insistente tanto conmigo como con sus padres para dejar de venir.

Respeto su negativa a continuar el tratamiento, pero a cambio de que podamos hablar algunas sesiones sobre lo que ha mejorado y de lo que no hemos podido hablar como su dificultad para hablar de sí misma y de su cuerpo, de los cambios que están apareciendo en su vida. Ella aún más defensiva, niega problema en ello y no quiere venir.

Sus padres deciden apoyarla porque quieren confiar en ella y porque en

realidad la ven mucho mejor. Además, en su entrevista con la directora y orientadora de la escuela han confirmado el bienestar y los cambios tan positivos que Diana ha tenido en su actitud y trabajo escolar.

Con respeto acepto la decisión de Diana y sus padres, pero haciéndoles saber que no era un alta de tratamiento. Acordamos cerrar el tratamiento con el final del ciclo escolar.

En la última sesión Diana viene contenta y triunfante. Comenta que una de sus amigas "está loca" pues dice algunas veces que intentará matarse para que le hicieran caso: "ella si debería venir contigo". Yo trato de indagar con preguntas acerca del porqué me habla de locura y muerte. Entonces aparece la curiosidad en Diana por el caso de una chica adolescente ex-alumna de su escuela que ella cree que pudo ser mi paciente y que recientemente se ha suicidado. Le aclaro que no fue mi paciente, pero que he escuchado algo de este suceso pues aún cuando esta chica no era ya del ambiente escolar el caso había impactado a todos los que teníamos relación con su comunidad escolar. Esta chica de 15 años presentaba un cuadro grave de anorexia y crisis depresivas, había estado hospitalizada y finalmente se había tirado de la ventana de su casa.

¿Por qué aludir a la muerte en nuestra despedida? Algo permanecía sin hablar ni elaborar. ¿El daño corporal de su propia madre? ¿Cómo afrontarlo ahora, que ella misma, tenía un cuerpo que cambiaba de niña a mujer? ¿La culpabilización por causarle sufrimiento a su madre durante el embarazo? Diana no me escuchó en ese momento y además "el síntoma o los síntomas habían jugado del lado de la huída".

EL REENCUENTRO CON DIANA Y CON LA MUERTE: MÁS ALLÁ DEL SÍNTOMA

Tres años después de haber dejado de ver a Diana recibí la llamada telefónica de su madre. Parecía como si quisiera saludarme, después me relata que a Diana –quien tiene ya trece años- una compañera escolar le ha descubierto algunas pastillas en su bolso, le había dicho que se iba a suicidar y que tenía que ayudarla, no debía contarlo a ningún adulto, sería en una fiesta que iban a organizar.

La amiga de Diana, no tolera la angustia y avisa en el colegio. Entonces llaman a los padres y les comentan lo que está sucediendo con Diana.

La madre se muestra sorprendida, el padre impactado, pues comprobó que su hija le robó unas pastillas de su maletín médico que no eran de riesgo, pero lo hizo.

Comentan que Diana había estado ansiosa y mucho más irritable que cuando me consultaron por primera vez, pero que negaba necesitar ayuda alegando que no quería ser catalogada como "la loca de casa". Su madre sintió que podría ayudarla sin intervención profesional mejorando su comunicación con ella.

Al volver a ver a los padres de Diana, me doy cuenta, que ellos insisten en su relato de "la familia feliz", incluso ha mejorado su situación económica y están por comprar casa nueva, sus dos hijos varones se desarrollan con gran éxito escolar y social. La madre de Diana ya está trabajando, ha hecho varios cursos de Tanatología y ahora ayuda a los enfermos terminales y sus familias. Está fascinada con el trabajo de "ayudar a bien morir". En mi contratransferencia, el afecto es paralizante, "¿ayudar a bien morir a Diana?".

Mi primera recomendación es una evaluación lo antes posible con la Psiquiatra de niños y adolescentes así como la necesidad de retomar el tratamiento, conmigo o con quien Diana quiera. A pesar de que ellos consideran que es un gesto manipulador y tal vez lo es, ello no disminuye la gravedad y el riesgo.

La Psiquiatra en su valoración del caso de Diana no indica medicación, pero si retomar su tratamiento psicoanalítico. Me informa que la chica tiene una compulsión particular y peligrosa por cortar cosas que los padres le relataron: puede cortar su ropa, de hecho recientemente hizo trizas la colcha que cubre su cama.

Diana acepta, con mucha resistencia venir a consulta. Está silenciosa, no habla, con una mezcla de vergüenza y triunfo. Relata el evento de las pastillas como un juego "no soy tonta, ni loca, no me iba a matar, a ver si así me hacen caso". Sólo al final de esta sesión su semblante parece un poco triste. Pero la rabia y hostilidad lo invaden todo.

Diana ha crecido, está más delgada y alta, bonita, su pelo mejor cuidado, sus uñas pintadas de negro que ahora es su color preferido para vestir.

No es fácil hacer un contrato terapéutico con ella pues rechaza toda ayuda. Evocamos su última sesión, hacía tres años, y le recuerdo su comentario de la amiga que quería morir y la otra chica que sí murió por un suicido. Ahora ella está en ese lugar y no sabemos porqué. Tras esta intervención Diana finalmente acepta venir, a pesar de la rabia y desconfianza.

Esta segunda etapa del tratamiento duró casi dos años y resultó una verdadera "guerra campal", es decir, una puesta en escena de la pulsión tanática en todo lo referente a su vínculo con la terapeuta. Diana estableció una reacción transferencial cargada de odio y hostilidad de una fuerza impactante, lograba detectar en que puntos podía herir más a la analista. "Era culpable

de tenerla prisionera, de juzgarla loca, era odiosa, fea, vieja, el pelo y su aspecto desagradable". En su ataque de envidia y rabia, el cuerpo de la analista era uno de sus blancos favoritos. ¿Sería el cuerpo lastimado de su madre? Obviamente esto no era aceptado por ella. Así, sus sesiones oscilaban entre rabia, odio y hostilidad, o bien un silencio retador y que costaba mucho trabajo tolerar.

La vida interna de Diana, estaba entre el odio y el vacío. ¿Qué vacío era? En su negativa a hablar, decidí a propósito y con la compañía de mi supervisora, tolerar el silencio mientras yo usaba un libro con el título de "Tanatología" bien visible en la portada del libro.

Diana rápidamente se dio cuenta y entonces entre su silencio y hostilidad después de algunas sesiones relató un sueño con gran placer: "soñé que tu te morías, tenías sangre por todo el cuerpo, estabas toda cortada, en pedazos. Yo era libre". Verbaliza su deseo de que en realidad sea así. Lo relaciono con el daño corporal de su madre y Diana se enfurece, pero acepta hacer un relato o cuento con el contenido del sueño. No pudo llevarlo a terreno muy simbólico, pues lo que tenía que ser un cuento, resultó una dramatización peligrosa durante la cual hizo algunos cortes con la tijera a las cortinas del consultorio y pintó sus manos y las mías con tinta roja cuyas huellas tardaron en borrarse varios días.

Recuerdo una sesión agotadora y muy intensa para ambas. Pero a partir de esa dramatización la agresión continuó siempre a nivel verbal y no cortaba cosas en casa, también estaba cuidando más su cuerpo.

LA CONTRATRANSFERENCIA EN LAPSUS

Ante semejante carga afectiva, en una de las entrevistas con la madre de Diana, de tono dulce como siempre, me habla sobre lo difícil de mi trabajo. Diana se expresa sobre mí con mucha rabia siempre y hasta se burla, se niega a venir pero siempre está puntual para sus sesiones. Continúan las peleas con su mamá, pero con menor intensidad y se ha distanciado de la relación con su tía materna. Tiene más amigas y amigos en la escuela. Sale con más frecuencia con ellos y sus notas escolares van bien, parece menos enfadada consigo misma y con su cuerpo pues ya no lo oculta tanto en su vestimenta. Se le ve menos irritable y mucho más vital.

Aprovecho para que la madre de Diana me hable de los afectos que la rabia de esta chica le generan a ella. Lo evade de la misma forma que cuando aludimos a los daños en su cuerpo. "Diana tiene que acostumbrarse a una mamá así, no es mi culpa y yo lo he superado por completo, nunca he estado

deprimida, ni me he querido morir por eso, ella tiene menos razones aún".

Entonces viene mi lapsus. Al confrontar a la madre con su dificultad en la relación con Diana por ser mujer y estar creciendo iba a decirle: "ella está tan dolida" y en su lugar digo: "ella no está tan jodida". Su madre se queda perpleja, no responde, como si no lo hubiera escuchado. Se lo hago notar, le comento que debe tener que ver con la intensidad del tratamiento y pido disculpas por mi manera de decirlo, pero seguramente habrá una parte de verdad. Ella lo niega. "Nunca le tendría envidia por estar bien, eso me hace muy feliz y que sea bonita también, aunque no se cuide mucho".

En las sesiones siguientes, Diana se queja de que su madre ha estado furiosa con ella por lo que yo le dije: "eres tonta y mala psicóloga, no debes contar lo que te dicen los pacientes". Le aclaro que lo he dicho yo y que ella nunca lo ha puesto en palabras, pero que sí es lo que siente. Diana con mucha rabia me dice "ahora me entiendes, como se lo tuviste que decir para que escuchara, nunca escucha, es perfecta".

A partir de este momento las sesiones ya no pasaban por el silencio, pero Diana seguía con sus ataques. Empezó a hablar un poco más de sus amigos y de un chico que le gustaba. Comenta que le hacía ilusión estar terminando ya la secundaria, su arreglo personal estaba mejorando notablemente. Hacia el final del curso escolar apareció su negativa a venir. Alude cansancio, pero es el retorno de la resistencia y el temor de continuar el trabajo terapéutico. Constantemente hacía referencia a que ella no estaba loca.

Por otra parte, finalmente la madre de Diana acepta que se siente molesta y dolida conmigo. Comenta que tal vez ella no se había dado cuenta de que sus afectos hacia Diana tuvieran que ver con su propio defecto físico. En esta entrevista a la que también asiste el padre, su actitud es más participativa, comenta que Diana se está acercando más a él y que se muestra más amigable. Nuevamente dicen que están cansados de la negativa de Diana a continuar con el tratamiento y que para ellos también está resultando muy doloroso y plantean el final del análisis.

Ahora les explico que veo más claramente que cuando el dolor y la rabia son tan fuertes ellos tienden a huir, lo mismo que Diana. Ante sus insistencias acepto que Diana pueda dejar de venir, pero si ella y sus padres admiten que hemos descubierto conflictos muy dolorosos que están sin elaborar.

Los padres y Diana quieren marcharse y huir. Sin embargo, esta vez aceptan de buen agrado y sobre todo ella, que necesitan asistir a una terapia familiar porque ahora está evidenciado que Diana no es el único problema de casa, simplemente es quien puede actuar la agresión de todos. El padre esta vez es quien más participa para comentar que seguirán la indicación que les he dado

"necesitan ayudar a Diana y ayudarse todos".

Así terminó mi experiencia terapéutica con Diana. En el Colegio estaba mejor, tenía un novio, amigos y su cuerpo cada vez estaba más cuidado y menos escondido.

Este caso me enseñó mucho sobre la contratransferencia intensa y paralizante, en consonancia con la rabia y hostilidad puesta en transferencia por la paciente, incluso en deseos actuados francamente destructivos acerca del cuerpo de la terapeuta y la presencia de la pulsión de muerte como sello en el vínculo de madre e hija. En estos casos es más importante aún, buscar escucha en la supervisión, en los grupos de estudio y en nuestros propios análisis. Pues es complejo el trabajo analítico con sujetos objetos de la fuerza del narcisismo dañado de una madre que ha sido proyectado con tal intensidad en la relación con su hija.

Diana me mostró que no todos los casos son éxitos terapéuticos y menos que menos sencillos y que el trabajo de psicoterapia requiere de humildad y de una constante revisión de nuestros afectos y reacciones contratransferenciales. Es por esta enseñanza que se escribe este trabajo y que conlleva también un agradecimiento a esta chica y sus padres, así como a mi analista y a mi supervisora de aquel tiempo.

REFLEXIONES TEÓRICAS FINALES

En algunas de las reflexiones teóricas posibles sobre este caso, la primera es recordar los trabajos de Klein (1994) sobre la lucha entre amor y odio que aparece en la primera infancia y que opera en el psiquismo para toda la vida.

La fuerza del amor tiende a preservar la vida, los impulsos destructivos a potenciar la pulsión de muerte, pero con ellos, se da lugar a los mecanismos de reparación de las fantasías de destrucción que cuando no son elaboradas se convierten en actitudes destructivas contra los objetos y el propio yo.

Diana no había elaborado la posición depresiva, no había podido reparar el cuerpo destruido de su madre, -que en su fantasía había dañado ella misma-, y ahora su cuerpo tendría que pagarlo. Al llegar la adolescencia este conflicto se reactualiza en su propio cuerpo femenino como el de su madre, al convertirse ella misma en habitante de un cuerpo de mujer, pero que no estaba dañado físicamente.

Mc.Dougall (1996) habla de la importancia del conflicto pulsional arcaico y fusional con los objetos primarios como fuente poderosa de perturbaciones en la estructura de la autoimagen narcisista, que se convierten en "ser el espejo del otro". Era Diana el espejo del cuerpo dañado de su madre, la cual a su vez

no era capaz de mirarse sino a través de su hija como “la que tiene conflictos y está dañada”.

Winnicott (1993) explica con claridad, que los niños y niñas que deben batallar contra una defensa organizada de su madre contra la depresión y tristeza, hacen la reparación no solamente de su propia destructividad -como en la posición depresiva kleiniana-, sino de las tendencias destructivas de su madre. El logro es reparar algo que es de la madre, por ello viven en una profunda insatisfacción personal y requieren pasar por un análisis donde el material estará muy cargado de destrucción para poder pasar a la construcción. Es el odio reprimido e inconsciente de la madre hacia ellos, bajo una capa de ternura especial, es la agresión velada, lo que para el paciente será mucho más difícil integrar.

Diana estaba atrapada en un conflicto preedípico y presentaba características de un trastorno de tipo narcisista como el que describe F. Kernberg (1992) con un Yo grandioso y vulnerable que tiene la necesidad de ser el centro de atención y que no permite al niño obtener ninguna gratificación por sus logros escolares o personales, que mostrarán inhibición en el juego, aburrimiento y nada del material del consultorio o sala de juego tendrá valor para ellos. Tienden a devaluar a los demás todo el tiempo. Sin embargo, cuando el juego aparece puede tomar proporciones psicóticas -sin perder el sentido de realidad- en lo que se refiere al contenido de la agresión. Así es como se puede literalmente describir el juego que Diana representaba en la dramatización de su sueño del cuerpo de la terapeuta cortada en pedazos y sangrando, que finalmente terminó con los tijeretazos en las cortinas del consultorio y las manchas de tinta en las manos que no se borrarían tan fácilmente y que daban cuenta de una escena siniestra. Es importante empatizar con este tipo de juego y no tratar de minimizarlo pues da cuenta de cómo el niño es considerado por los padres no por sí mismo, sino como un apéndice de ellos.

F. Kernberg (1992) continúa explicando que los chicos con trastornos narcisistas son generalmente desagradables y controladores. Producen en el otro la sensación de no servir para nada y el riesgo es que mediante la identificación proyectiva el analista asuma lo proyectado como si le fuera propio. Es aquí donde la supervisión de estos casos es muy valiosa. Realmente detrás de toda esta devaluación y control de los demás existe una depresión enmascarada.

El constante rechazo de Diana a ser cuidada y querida por la analista muestra el miedo a sentirse invadida lo que puede significar, como señalan Jara et al (2001), que las experiencias de dependencia e intimidad son anheladas, pero vividas como una amenaza al frágil sentido de identidad de los adolescente con pensamientos suicidas y que en realidad indican dificultades del desarrollo

temprano y una defensa mortífera contra el desamparo. La intolerancia a los afectos dolorosos produce el efecto de huída donde el conflicto se pretende resolver en el cuerpo real propio y ajeno. Esto conlleva ineludiblemente a severas dificultades tanto en el proceso de separación como en la vivencia de la sexualidad.

Pombo (2005) escribe que la identidad del cuerpo propio está en juego en el proceso adolescente y si en este proceso los síntomas atañen a dañar o dañarse es porque hay un desajuste de la intrincación pulsional y la pulsión de muerte domina la escena de lo corporal. Cada cuerpo tiene su memoria del dolor y la calma, de la satisfacción y el desamparo, de la vida y la muerte. Cada sujeto es portador de lo inédito de su existencia en la memoria corporal que se constituye en huellas mnémicas a partir del cuerpo reconocido por la madre. Señala que para acceder al "sí mismo" corporal se comenzará un complejo proceso de separación del otro que encuentra pleno auge en la adolescencia que es el tiempo de reunir la identidad psíquica con los cambios del cuerpo y el encuentro con la sexualidad adulta.

Finalmente, Casas de Pereda (2008) habla sobre el juego infantil como la puesta en escena en transferencia y dice que la praxis psicoanalítica es un acto que como el lapsus o el síntoma tienen un lado de ficción que los enmascara y que lo verdadero del deseo inconsciente se podrá revelar en los efectos de la transferencia. El niño y el adolescente en su discurso, gesto, juego y palabra dicen de su dolor, de su rabia, de su amor, dicen sin saber que dicen (como el lapsus) porque juegan y discursean con los objetos y con la figura del analista, a veces también con su cuerpo. Al final el síntoma del niño refleja siempre la verdad inconsciente de la pareja parental.

Diana en su proceso terapéutico "cortado en trozos" como las cortinas de la sala de juegos y un tanto "sangriento con manchas de tinta", representaba todo un reto para elaborar una estrategia donde la palabra y el juego pusieran equilibrio al desajuste de las pulsiones. La transferencia intensa, intrincada a su vez en el amor y el odio puesta en juego por esta adolescente ha sido inolvidable, tanto como para servir de tema a esta comunicación.

BIBLIOGRAFIA

1. Casas de Pereda, M. (2008). Comentario a: "las dos dimensiones de la interpretación". Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes. Nº2, 25-34.
2. Freud, S. (1995). Inhibición, Síntoma y Angustia. En Freud Total 1.0 Hipertexto de Biblioteca ele de la traducción de López Ballesteros. Nueva

Hélade. (Orig.1925).

3. F. Kernberg P. (1992). La psicoterapia en niños con patologías narcisistas. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente. 13/14, 31-50.
4. Jara, S.; González, S.; San Miguel, P. y Urizar, M. (2001). Aproximación a las tentativas de suicidio en los adolescentes. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente.31/32, 115-139.
5. Klein, M. (1994). Amor, Culpa y Reparación. En Obras completas Vol. 1. México: Paidós (Orig. 1937).
6. Leivi, M. (2001). El síntoma en la clínica analítica. Psicoanálisis APdeBA. XXIII/2, 341-355.
7. Mc. Dougall, J. (1996). Alegato por una cierta Anormalidad. México: Paidós (Orig. 1978).
8. Mc. Dougall, J. (1998). Las Mil y una caras de Eros: La sexualidad humana en busca de soluciones. Paidós: México (p.13).
9. Pombo, J. (2005). Identidad anoréxica: cuerpo adolescente y sexualidad. En N. Corral (coord.) Nadie sabe lo que puede un cuerpo (pp. 146-159). Madrid: Talasa
10. Ulrikse, V. (2002). Construcción del encuadre en psicoanálisis de niños. Revista Uruguaya de Psicoanálisis. Nº96, 24-30.
11. Winnicott, D.W. (1993). Desarrollo del tema del inconsciente de la madre, tal como se descubre en la práctica psicoanalítica. En Exploraciones Psicoanalíticas I. Paidós: México (Orig. 1969).

NIÑOS MALTRATADOS: ¿INTERVENCIÓN SOBRE EL CONTEXTO O SOBRE LOS VÍNCULOS?

Antonio Galán Rodríguez*

RESUMEN

En la atención a la infancia maltratada frecuentemente se oscila entre dos posiciones extremas: modificar la realidad externa del niño (respuesta sintomática) o atender exclusivamente a su mundo interno (intervención psicoterapéutica). Se defiende la necesidad de combinar ambas líneas de intervención, y se ilustra a través de tres ámbitos de actualidad: a) la especificidad de la psicoterapia en los contextos socialmente desfavorecidos; b) la resiliencia como una llamada a considerar las múltiples influencias que afectan al desarrollo sano y perturbado de un niño; y c) las necesidades de atención en los niños envueltos en situaciones de violencia entre sus padres. Se concluye que la intervención con niños maltratados no puede limitarse a introducir cambios en su contexto de vida, pero que ir más allá del síntoma implica también ir más allá de la psicoterapia. PALABRAS CLAVE: Maltrato. Abuso. Pobreza. Resiliencia. Parentalidad. Psicoterapia.

ABSTRACT

MALTREATED CHILDREN: ¿INTERVENING ON THE CONTEXTS OR ON THE BONDS?

In the intervention with maltreated and abused children, professionals often swing between two opposite positions: modifying the outer reality (acting on the symptom) and focusing on the inner world (psychotherapeutic intervention). It is claimed the necessity of combining both lines of intervention, what is illustrated through three real domains: a) the specificity of disadvantaged population in relation to psychotherapy; b) resilience as a concept that poses to take into consideration a wide number of influences affecting either healthy

* Doctor en Psicología. Psicólogo Clínico. Servicio de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia de la Junta de Extremadura. Dirección General de Inclusión Social, Infancia y Familias. Avda. Reina Sofía, s/n. Mérida –06800- Tlfos: 924-00-88-40 / 639-88-49-25. Fax: 924-30-23-08. E-mail: antonio.galan.rodriguez@juntaextremadura.es

or disturbed development of a child; and c) the needs of children involved in violence between their parents. It's concluded that intervening with maltreated children can't be limited to the changes in their life contexts; but going beyond the symptom implies moving beyond psychotherapy instead. KEY WORDS: Maltreatment. Abuse. Poverty. Resilience. Parenthood. Psychotherapy.

1. Introducción

Las experiencias de maltrato, negligencia y abuso infantil dentro de la familia han acabado siendo reconocidas por la sociedad como prácticas censurables que demandan respuestas institucionales. Con frecuencia, las reacciones más inmediatas ante estas situaciones han constituido respuestas dirigidas a combatir la manifestación más evidente del maltrato: provisión de lugares alternativos de cuidado para el niño, sanción penal del maltratador/abusador, educación de los padres para que adquieran habilidades parentales, etc. Indudablemente, estas intervenciones constituyen acciones necesarias desde muchos puntos de vista (moral, técnico, humano…). No obstante, dejan sin cubrir una parte fundamental de las necesidades de la víctima. En efecto, y en cuanto que la vivencia traumática se ha generado dentro de una relación afectiva de primer orden (padre-hijo o madre-hijo), estas vivencias generan un daño en los vínculos, y por tanto quedará una huella en la configuración del mundo interno y relacional del niño. Por ello, las respuestas institucionales que se restringen a modificar el contexto vital del niño, resultan insuficientes. En efecto, muy probablemente se requerirá una intervención psicoterapéutica que vaya más allá de las manifestaciones externas, para sumergirse en la profundidad y complejidad de la estructuración vincular del niño.

Frente a la anteriores respuestas sociales, que podemos denominar "sintomáticas", aparecen por tanto intervenciones procedentes del ámbito tradicional de la psicoterapia, y que buscan una reestructuración del mundo interno del niño dentro de un encuadre muy particular. No obstante, estas intervenciones también adolecen de un handicap sobre el que pocas veces se reflexiona, y que viene determinado por la especificidad de este campo de intervención. Desconsiderar las particularidades de estos contextos relacionales puede dar lugar a intervenciones psicoterapéuticas descontextualizadas e incongruentes. En efecto, proceder a una traslación directa del formato psicoterapéutico estándar a estos contextos donde el abuso intrafamiliar es un factor de peso, podría dar lugar a una intervención limitada y desajustada, al menos en algunos casos. Entre otras necesidades, aparecerá la de actuar de alguna manera en el ámbito de la realidad cotidiana del pequeño paciente. A este respecto, podemos recurrir a las ilustrativas imágenes que transmitía Cancrini (1991) al

hablar de cómo podemos contemplar a una planta marchitándose mientras hablamos durante horas acerca de su malestar … sin verificar que le falta agua; o cómo podemos suspirar ante el hecho de que quien debe regarla no lo hace … mientras dejamos que muera.

De esta manera, la intervención en los contextos abusivos se enfrenta al riesgo de caer en uno de dos extremos: limitarse a una actuación sobre los sucesos externos que marcan la realidad familiar, o configurar la relación terapéutica como una burbuja donde realidades determinantes de la vida del niño sean desconsideradas. En este sentido, ir más allá del síntoma implica incorporar la psicoterapia en la atención al niño maltratado, pero también significa ir más allá de la psicoterapia. Se requiere una doble mirada, que atienda tanto a poderosos elementos contextuales de la familia, como a los procesos intrapsíquicos y microrrelacionales entre sus miembros.

El objeto de esta comunicación es reflexionar acerca de la combinación de ambas perspectivas, todo ello encaminado a lograr visiones complejas y coherentes de la realidad del niño maltratado o abusado que requiere una intervención psicoterapéutica. El eje de referencia será el punto de intersección entre dos focos de intervención: a) los factores contextuales de la familia que requieren una intervención externa ("sintomática") sobre la realidad del niño; y b) los elementos vinculares que demandan un acercamiento más propiamente psicoterapéutico. Desde esta perspectiva, hemos elegido tres puntos concretos cuyo interés radica en la actualidad de los problemas: la especificidad de la psicoterapia en contextos desfavorecidos, el uso del concepto de resiliencia, y la intervención en contextos donde existe violencia conyugal. En todos los casos se trata de introducir nuevas perspectivas, reformular algunos planteamientos, y acercar la mirada a problemas o contextos novedosos.

2. La intervención en contextos desfavorecidos: reconociendo su especificidad.

La consulta psicoterapéutica tradicional se ha revelado como un lugar privilegiado para conocer la estructuración y funcionamiento de la mente humana. Desde el diván freudiano, hasta la estrechísima relación que establecía Melanie Klein con sus pequeños pacientes, la intimidad de una relación psicoterapéutica ha servido como una lente única para acceder a los aspectos más profundos de nuestro funcionamiento psíquico. No obstante, este marco e instrumento de observación presenta algunas limitaciones que deben ser tomadas en consideración. En primer lugar, se trata de una herramienta concreta, que permite acceder a fenómenos igualmente específicos; por ello, quedan fuera de su vista muchos otros que constituyen elementos determinantes en

la vida de los seres humanos. Por otro lado, debemos tener en cuenta que la consulta terapéutica es un laboratorio donde la muestra de población a la que se accede no es aleatoria; existe una importante masa de individuos que no acuden a este contexto, por limitaciones económicas, por los problemas que presentan, por sus estructuras de personalidad, etc. (Waska, 2003). Entre ellos se encuentra el grupo de familias desfavorecidas donde existen múltiples factores de riesgo para la negligencia y otras formas de maltrato sobre la infancia. De esta manera, importantes ámbitos de experiencia humana resultarán desconocidas si nuestro único instrumento de observación es la intervención psicoterapéutica estándar.

La idea de que pudiera ser necesario un cambio de perspectiva en la intervención terapéutica para ajustar ésta a contextos socialmente desfavorecidos va ganando fuerza con el paso de los años. Se trata de contextos de intervención que tradicionalmente han sido considerados "sociales", delegando de esta manera la intervención sobre colectivos profesionales ajenos a la psicoterapia (por ejemplo, los trabajadores sociales). En este sentido, se ha esperado una respuesta "sintomática", muy centrada en la gestión de ayudas materiales, en la intervención sobre la realidad externa de los usuarios. Frente a este posicionamiento, en los últimos decenios se abre paso una actitud diferente, que busca complementar esa actuación sobre la realidad externa con una intervención sobre el mundo interno de la familia y del individuo. No obstante, esperar una adaptación automática del encuadre psicoterapéutico, sin respetar la especificidad (de los problemas y de los formatos de ayuda) de los contextos desfavorecidos, resulta peligroso. Posiblemente haya que formular previamente una "clínica de la vulnerabilidad y el desamparo", y repensar la psicoterapia con las personas para las que no fue creada (los pobres, los desfavorecidos) (Nervi, 2009). Esta propuesta resulta especialmente valiosa porque obliga a reflexionar en torno a los cambios que deben producirse a muy diferentes niveles: a) considerar el compromiso sociopolítico de la psicoterapia, en el sentido de contextualizar los problemas intrapsíquicos en la realidad social de la vida del paciente; b) asumir un papel más activo en el acercamiento al paciente, no limitándose a esperar en la consulta a una persona que acude con una demanda más o menos elaborada; c) utilizar encuadres más flexibles o disponibles, que no se limiten a un despacho; d) complementar el análisis personal del terapeuta con otro que conduzca a una auto-valoración de los paradigmas culturales de referencia (por ejemplo, qué creencias se mantienen y que vivencias se despiertan en el contacto con la marginalidad, la delincuencia, la pobreza, la anomia social…).

Las propuestas operativas realizadas en este sentido son numerosas. Muchas proceden de países donde la pobreza y la marginalidad se extiende so-

bre amplios sectores sociales (Gojman de Millán, y Millán, 2004; Hernández de Tubert, 2006), pero también se han realizado propuestas pensando en los contextos más desfavorecidos del mundo occidental. Centrándonos en la atención a la infancia, una línea de investigación e intervención representativa y centrada en la relación madre-bebé es la que aporta el conocido como "Grupo de San Francisco", iniciado por Selma Fraiberg y continuado por investigadoras como Alicia Lieberman y Arietta Slade. Con sus sugerentes conceptos de "fantasmas y ángeles en el cuarto de los niños" estas autoras subrayan cómo las dificultades y las influencias benevolentes procedentes del pasado de los padres se actualizan en las relaciones de estos con sus hijos. A un nivel de intervención, esto se concreta en un propuesta de trabajo centrada en la relación madre-hijo. Se trata de una intervención que trata de ser terapéutica sin hacer terapia, y en la que el objetivo central es lograr que la madre tenga una mejor comprensión de su hijo gracias a la reactualización de las relaciones que mantuvo con sus propios padres; todo ello, bajo el acompañamiento de un profesional sensible a los aspectos más interactivos y emocionales de las relaciones madre-hijo. Lo que aquí nos interesa subrayar es cómo el hecho de trabajar en contextos desfavorecidos obliga a pensar en nuevos marcos de intervención dentro de la psicoterapia. Ya en el trabajo seminal del grupo (Fraiberg, Adelson y Shapiro, 1975) se acuñaba el término "psicoterapia de la mesa de la cocina", y se describía cómo conjugar la atención a aspectos relacionales íntimos con gestiones cotidianas de la realidad externa o el posicionamiento respecto a los servicios de protección infantil (y por tanto, con el elemento coercitivo tan presente en estos casos).

Siguiendo esta línea de trabajo contamos con la sistematización de un formato de intervención realizado por Alicia Lieberman, convirtiéndose en una de las principales referencias para el tratamiento de la relación padres-hijos, especialmente en contextos desfavorecidos. Una de sus aportaciones (Lieberman, 2007) es la Child-Parent Psychotherapy (CPP) como un tratamiento dirigido al complejo lazo entre niños y padres traumatizados, especialmente en los casos de violencia doméstica. Se trata de una propuesta basada en el Psicoanálisis y la Teoría del Apego pero que integra diferentes orientaciones teóricas, y donde el foco de atención terapéutica se sitúa en el juego dinámico entre los eventos externos y la adaptación individual del niño a estos sucesos; el objetivo final será crear o restaurar un sentimiento de confianza y de intimidad segura entre el progenitor y el niño, tratando de convertir al primero en un agente terapéutico.

En la misma línea se encuentra el trabajo de Arietta Slade, cuya relevancia reposa en gran medida en el desarrollo que ha realizado del concepto de "capacidad reflexiva", a nivel teórico y aplicado. En la actualidad, Slade forma

parte de un grupo de trabajo de la Universidad de Yale, donde tratan de desarrollar programas de intervención con padres y niños basados en conceptos psicoanalíticos. Slade considera que muchos programas de intervención incluyen dentro de sí la potenciación de la capacidad reflexiva de los padres, y por ello ha desarrollado algunos programas destinados específicamente a desarrollar ésta. Entre ellos se encuentra el "Minding the Baby" (Slade, 2006), diseñado para familias de alto riesgo; de hecho, fue desarrollado para chicas jóvenes embarazadas, e implica una intervención sostenida e intensiva, que debe coordinarse con la intervención de otros servicios comunitarios, pero en cuyo núcleo se encuentra el desarrollo de una relación psicoterapéutica.

3. La resiliencia: diferentes niveles para construir el crecimiento.

El concepto de resiliencia se ha convertido en un referencia frecuente en los contextos donde se trabaja con la infancia maltratada. En gran medida esto responde a la necesidad de rotular con un nombre a la experiencia común de encontrar niños o adultos que logran sobreponerse a las adversidades de la vida. Y también responde a la necesidad de contar con un apoyo conceptual a la hora de abordar la tarea de rescatar los recursos de los que el usuario o paciente dispone para salir adelante. Ahora bien, más allá de estas vagas concepciones acerca de la resiliencia, existen implicaciones importantes derivadas de este concepto; y algunas de ellas pueden ser abordadas desde la perspectiva que nos ocupa: la doble mirada hacia el trabajo profundo y a la realidad externa más inmediata.

El interés por la resiliencia podría enmarcarse dentro de un movimiento más amplio de atención a los aspectos más positivos y constructivos de la naturaleza humana; se trata de una serie de planteamientos que algunos han agrupado bajo el rótulo de "Psicología Positiva", y entre los que incluiríamos el estudio de la felicidad por parte de Martin Seligman, los planteamientos acerca de la inteligencia emocional de David Goleman, o el concepto de "buentrato" formulado por Félix López, (Goleman, 1996; López, 2008; Seligman, 2003). Centrándonos en la resiliencia, existen dudas acerca de su paternidad, pero posiblemente pueda situarse su origen en la investigación que realizó Emmy Werner en la isla de Kauai (Hawai). Lo novedoso de su planteamiento residía en el hecho de fijarse no sólo en qué factores de riesgo (pobreza, familia monoparental, alcoholismo paterno…) derivaban en una desadaptación de los hijos, sino también en qué ocurría para que algunos niños expuestos a esas influencias perniciosas lograran una buena adaptación. El concepto de "resiliencia", procedente del ámbito de la Ingeniería, pasaba a recoger la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e

incluso ser transformado por ellas. Aunque cuestionado (véase por ejemplo Luthar, Cicchetti y Becker, 2000; o Cavana, 2008), este concepto introducía una nueva mirada a la realidad infantil.

Conforme el concepto se popularizaba, encontraba un productivo ámbito de aplicación en el campo del maltrato a la infancia. La constatación de que algunos niños que sufren experiencias familiares difíciles (e incluso terribles) a las que logran sobreponerse, es una realidad evidente para quienes trabajan en este ámbito. Al hablar de "resiliencia" podemos dar nombre a una situación de la que frecuentemente somos testigos en nuestro quehacer cotidiano. Situándonos en este contexto de una infancia con características particulares, podemos revisar brevemente tres aportaciones específicas que nos parecen muy ilustrativas.

La primera es la de Boris Cyrulnik; a pesar del carácter fundamentalmente evocador de los títulos de sus obras ("Los patitos feos", "El murmullo de los fantasmas", "Autobiografía de un espantapájaros"), sus propuestas presentan una gran profundidad a nivel teórico. Cyrulnik (2002) habla de una "evolución resiliente", con la que recoge un proceso vital que permite al niño maltratado sobrevivir a la adversidad. Ese proceso comienza en los años tempranos de la vida, cuando nuestra identidad comienza a construirse sobre la base de un buen cuidado sensorial y afectivo. Continúa más adelante, cuando el niño comienza a poner palabras a sus experiencias; el recibir y/o encontrar palabras adecuadas que permitan explicarse esa dura realidad personal es un paso más en la construcción de la resiliencia. Pero se necesita un tercer paso para lograr ésta: que las experiencias vitales encuentren una aceptación en el grupo, en el entorno de relaciones. Las implicaciones de esta evolución resiliente, a efectos de una intervención profesional, son diversas. Nos insta a favorecer relaciones de cuidado afectivo, a establecer diálogos productivos, y a insertar al niño sufriente en un contexto comprensivo. Y son propuestas que van a implicar en numerosos casos el trabajar en un contexto de cuidado psicoterapéutico que recoja la especificidad del problema de estos niños, y en la creación de un contexto de cuidado (familiar, institucional) igualmente específico. Nuevamente, asistimos a una demanda de intervención a niveles internos y externos de la realidad del niño.

Stefan Vanistendael es otro autor que goza de gran popularidad. Posiblemente esto se deba al carácter humano y cercano de su visión de la realidad del niño que sufre. Plantea que los mismos elementos que enmarcan un desarrollo sano y feliz para el niño normal, son los que permiten una evolución resiliente en el ser humano que se enfrenta a grandes adversidades. La forma que ha escogido para representar ese conjunto de factores es "la casita de la resiliencia" (Vanistendael y Lecomte, 2002). Se trata del dibujo de una casa

donde quedan recogidos los elementos que construyen la resiliencia y sobre los que habrá que intervenir en función de las necesidades del niño y de la oportunidad para hacerlo. En los cimientos sitúa las necesidades materiales básicas; en el subsuelo aparecen las relaciones más cercanas (en la familia, la escuela y el barrio), que son aquéllas donde el niño encuentra amor y aceptación. En el primer piso se encuentra la búsqueda de sentido, como un elemento importante en el desarrollo personal. En el segundo piso, Vanistendael coloca la autoestima, las aptitudes personales y sociales, y el sentido del humor. Finalmente, en el entretecho aparecerá la apertura a nuevas experiencias. Nuevamente encontramos una llamada a la intervención sobre la realidad del niño a muy diferentes niveles, desde los más individuales hasta los más contextuales, desde las más profundos hasta las más externos.

El tercer autor que consideramos es Jorge Barudy. Basta leer los títulos de dos de sus libros para apreciar este giro conceptual con el que abríamos este texto (de una visión centrada en el déficit, a otra que enfatiza las potencialidades). En primer lugar encontramos un texto que se convirtió en manual de referencia para muchos profesionales que trabajan en el ámbito de la protección a la infancia; se trata de “El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil”, publicado en 1998. Frente a esta obra, aparece otra más reciente (en 2005), ya influida por ese enfoque más constructivo de la intervención: “Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia”; lo que antes se interpretaba desde el maltrato y el dolor, ahora es enfocado desde las necesidades y las aportaciones al desarrollo del niño. De una manera más operativa, podemos recoger la propuesta de Barudy en torno a actuaciones que fomentan la resiliencia:

- ofrecer vinculaciones seguras.
- facilitar al niño que pueda dar un sentido a sus experiencias, lo que incluye tomar conciencia de su dura realidad familiar.
- brindar apoyo social.
- facilitar la participación en procesos de ayuda.
- promover procesos educativos que potencien el respeto a los demás.
- promover actividades que fomenten un sentido ético y espiritual.
- favorecer experiencias que promueven la alegría.
- favorecer el desarrollo de la creatividad.

El hecho de vincular la resiliencia a un grupo tan numeroso de factores implicados en el desarrollo del ser humano, vuelve a situarnos ante la necesidad de contar con una mirada amplia en torno a la intervención a desarrollar con un niño en dificultad.

Lo común a estas tres aportaciones es su mensaje de que, si queremos favorecer la resiliencia, debemos realizar un acercamiento al niño de carácter individual y profundo (como en la psicoterapia), pero también otro que implica una organización de su realidad externa. En efecto, trabajar con la resiliencia implica moverse a muchos niveles, los externos y los internos. Pero además, podemos subrayar estas otras implicaciones:

- La necesidad de realizar valoraciones amplias de la realidad del niño, con la idea de que en cualquier punto puede encontrarse el disparador de un proceso de crecimiento. Es posible que haya que proveerle de un elemento externo (por ejemplo, un grupo de referencia) o interno (por ejemplo, un insight sobre sus circunstancias familiares), y ambos deben ser rastreados y localizados. Este carácter idiosincrático de los factores de resiliencia nos lleva a darle la vuelta a la conocida analogía de Freud (1933/1997) al relacionar la vulnerabilidad a la psicopatología con las líneas de fractura de los cristales; en efecto, de la misma manera que soportamos vulnerabilidades (que podrían permanecer invisibles hasta que un determinado suceso nos las muestra con el surgimiento de un cuadro psicopatológico), disponemos de potencialidades que deben ser localizadas y estimuladas para que se desarrolle la resiliencia.
- Descartar una de las primeras visiones de la resiliencia como una característica individual, similar a un rasgo de personalidad; las formulaciones más actuales de la resiliencia nos hablan de un proceso y de un fenómeno que se construye en la interacción a múltiples niveles (desde el contacto interpersonal hasta las dinámicas sociales).
- Asumir el papel que puede jugar el profesional como “tutor de resiliencia”, y que responde a la necesidad que tienen algunos niños de recibir cierto acompañamiento en algunas áreas de su vida. En el contexto psicoterapéutico, podría implicar el rescatar el concepto de “acompañamiento terapéutico”, con formatos más propios de la terapia de apoyo que de la indagación profunda. Esto se hace especialmente necesario en aquellos casos en los que no podamos ofrecer al niño unos mínimos de seguridad y estabilidad en cuanto a sus cuidadores de referencia; se trata de una circunstancia que damos por supuesta en la mayoría de la población (donde los padres permanecerán como cuidadores durante años), pero que no es así en niños que viven dentro del Sistema de Atención a la Infancia y Adolescencia; con ellos vamos a encontrar una importante inestabilidad en su contexto de cuidado, de modo que cuestiones como las condiciones laborales del recurso residencial donde viven, medidas administrativas o sentencias judiciales, van a imponer

cambios importantes en su marco de relaciones interpersonales (cambio de educadores, traslado a otros recursos residenciales, reintegraciones familiares…); es precisamente en este contexto de falta de seguridad en el que surgen muchos de los mecanismos de defensa que pone en juego el niño maltratado; por ello, el psicoterapeuta deberá valorar cuidadosamente si él mismo y el resto de figuras de vinculación van a aportarle cierta continuidad y estabilidad; si no es así, deberían evitarse intervenciones profundas y optar por una atención psicoterapéutica más superficial (Barudy y Dantagnan, 2006; Gonzalo, 2010).

4. La violencia conyugal: entre la acción institucional y la reconstrucción del psiquismo infantil.

La atención a los niños que viven inmersos en situaciones de violencia conyugal requiere también una doble mirada, dirigida tanto a la actuación sobre los riesgos externos e inmediatos, como a la intervención sobre los procesos de estructuración psíquica. La falta de integración de estas dos perspectivas se ha traducido frecuentemente en formas de trabajo que se sitúan en dos polos contrapuestos… e insuficientes.

Por un lado, se ha establecido una forma de trabajo limitada a favorecer la ruptura de la convivencia, y con ello la finalización de la violencia. Ésta ha sido la opción defendida en los últimos años a nivel institucional, y está en la base de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Este Ley ha supuesto una valiosísima contribución en la defensa de la mujer maltratada; no obstante, una vez logrado este objetivo de proporcionar una seguridad básica a la víctima, muestra limitaciones derivadas de una falta de atención a las realidades relacionales de la violencia familiar. En efecto, la violencia doméstica encaja dentro de dinámicas interactivas que marcan el devenir de la familia y establecen mecanismos de auto-perpetuación; Bentovim (2000) lo describió con la acertada expresión de “sistemas organizados por traumas”. La violencia contra la mujer se enmarca dentro de un problema estructural de la familia y una forma patológica de manejar las relaciones de poder (Atenciano, 2009). Sólo de esta manera podemos entender alguna situaciones paradójicas en las que desembocan los procesos judiciales, por ejemplo al tener que sancionar a una mujer por incumplir una orden de alejamiento respecto a su agresor. Centrándonos en los niños, la Ley 1/2004 ha recibido críticas por desconsiderar a los menores de edad como víctimas de la violencia entre sus padres (Save the Children, 2006; Save the Children, Ministerio de Igualdad e IRES 40, 2009). De alguna manera, la idea subyacente a la Ley es que si se protege a la madre separándola del maltratador,

con ello se protege al hijo. Existen tres errores en esta asunción: a) pensar que con la mera separación se está protegiendo; b) desconsiderar las vivencias específicas del niño; c) no prestar atención a las características de la relación madre-hijo. Desde los propios servicios de atención a la mujer maltratada se ha ido tomando conciencia de forma progresiva de la necesidad de dirigir una mirada al niño que se ve envuelto en la violencia entre sus padres, y muchos de ellos han ido ampliando su intervención en este sentido.

Uno de los acercamientos a esa realidad específica del menor ha provenido de un contexto institucional muy concreto, el de la protección a la infancia. En efecto, el ámbito de atención a la mujer maltratada ha estado presidido por la intervención judicial, muy centrada en la protección a la mujer, y descuidando inicialmente los instrumentos de protección para el niño. Pero la conciencia de que estos también son víctimas con su propia especificidad llevó a considerar que los menores quizá pudieran encontrarse en las situaciones a las que definimos como maltrato o desprotección. Así, aparecen datos como los siguientes:

- el niño puede ser otra víctima del maltratador.
- con frecuencia existen daños “colaterales” (por ejemplo, golpes que alcanzan fortuitamente al niño en medio de una agresión entre adultos).
- el ambiente puede ser abusivo por sí mismo.
- el niño puede ser víctima de un maltrato activo por parte del abusado. Por ejemplo, parece que las mujeres maltratadas tienden a ser madres más punitivas, incluso después de separarse del maltratador, aunque éste es un dato en torno al cual existe cierta controversia (Casanueva, Martín, Runyan, Barth y Bradley, 2008).
- el niño puede ser víctima de un maltrato pasivo por parte del abusado; por ejemplo, la mujer maltratada tienden a subestimar la gravedad de la situación de su hijo, lo que puede ser una defensa contra el sentimiento de culpa, pero también podría deberse a que la madre no puede prestar plena atención al cuidado de sus hijos porque debe atender prioritariamente a su propia integridad.
- los niños que son testigos de violencia marital, en relación a la población normal, sufren más del doble de problemas clínicamente significativos (Lieberman, Van Horn y Ozer, 2005).

Existen dudas acerca de si esta forma de entender al niño como doble víctima (del padre maltratador y de la madre maltratada) es conveniente o no (Goddard y Bedi, 2010); así, se ha objetado que esta visión implica una revictimización de la mujer maltratada, cuya ejecución parental pasa a ser evaluada y a la que se le exige una responsabilidad protectora sobre su hijo. En algunas

zonas de los EEUU han llegado a definir los casos de violencia conyugal como "negligencia" en el cuidado de los hijos. Esto ha ocurrido por ejemplo en los estados de Nueva York y California, pero ha sido una decisión no exenta de polémica (de hecho, una sentencia acabaría declarándola inconstitucional en Nueva York). De la misma manera, en el Reino Unido la Adoption Act de 2001 pasó a considerar la violencia conyugal como un factor de daño significativo para el niño, lo que significa que queda así legitimada la intervención protectora de la Administración. Lo que resulta evidente es que el análisis de la situación familiar de un niño inmerso en una situación de violencia de género supone una llamada a instituciones garantes de los derechos tanto de la mujer como del niño.

Pero hasta ahora hemos hablado de respuestas institucionales, muy dirigidas a imponer determinadas configuraciones familiares (separación conyugal, cuidado sustitutivo del hijo, presencia de una instancia coercitiva con funciones de supervisión del funcionamiento familiar…). Ahora bien, ¿qué otra atención se podría prestar al niño en cuanto víctima?. Ya hemos visto que sólo con el paso del tiempo se ha ido tomando conciencia de que los niños que estaban presentes también sufrían el efecto de esa violencia conyugal; inicialmente no se sabía como denominarles (testigos, víctimas, "expuestos"…), lo que parecía responder a esas dudas iniciales acerca de su papel en ese contexto de violencia, y al hecho de que recibían su influencia a muy distintos niveles (Atenciano, 2009). Y conforme se avanzaba en su estudio, se iba haciendo cada vez más evidente que los niños inmersos en estas situaciones no quedan indemnes (Buckley, Holt y Whelan, 2007; Goddard y Bedi, 2010). Así, sabemos que:

- los niños captan lo que ocurre a su alrededor y se implican a nivel emocional; tienen miedo por el bienestar de la madre y por el de uno mismo.
- los niños recuerdan (a nivel procedimental y verbal).
- los niños intentan explicarse su realidad.
- los niños aprenden a usar la violencia.
- los niños se involucran en juegos relacionales (Cirillo y di Blasio, 1991).

La toma de conciencia de estas dificultades implica dirigir una mirada diferente a la violencia doméstica, con un acercamiento más centrado en las vivencias del niño. En este sentido, la perspectiva psicosocial permite desentrañar el conglomerado de influencias deletéreas que recibe un niño por estar inmerso en una situación de violencia entre sus padres. Las abordaremos con más detalle adelante. Lo que aquí queremos señalar es que a veces esta visión muy intrapsíquica o relacional ha descuidado la realidad de una situación ex-

terna que puede perturbar seriamente el desarrollo del niño. La intervención psicoterapéutica no puede permanecer ajena a una violencia real y presente, por motivos éticos, legales y técnicos. De la misma manera, la intervención institucional implica que el niño se vea envuelto en un maremágnum de medidas legales y administrativas que condicionan su vida y por tanto la intervención profesional; nuevamente, la psicoterapia difícilmente podrá realizarse en un contexto protegido de interferencias externas. Todo ello deriva en una necesidad de complementar diversas miradas, de plantearnos cómo llevar a cabo acciones institucionales protectoras al mismo tiempo que nos introducimos en las dinámicas relacionales familiares y en los dinamismos psíquicos del niño víctima. Desde esta perspectiva se han realizado aportaciones interesantes. Podemos señalar el trabajo ya referenciado de Alicia Lieberman en el Child Trauma Research Project (Lieberman, Van Horn y Ozer, 2005). Esta profesional hace un recorrido por las huellas que la violencia conyugal va dejando en los niños, con efectos como los siguientes:

- identificación con el agresor, que entendemos en sus dos recorridos posibles (Frankel, 2000), al poder derivar en la asunción de una identidad como agresor o como víctima.
- los temores acerca de la protección ("¿Me protegerá mamá?" "¿Qué pasará conmigo si pierdo a mamá?").
- el hecho de que el mundo deja de ser un lugar predecible y donde cuesta aprender a diferenciar entre lo seguro y lo peligroso.
- el dilema que se establece entre acercamiento-evitación, fácilmente comprensible con una lectura desde la Teoría del Apego.

En nuestro país también existen experiencias interesantes de trabajo con niños víctimas de la violencia entre sus padres, donde se inserta el trabajo individual dentro del contexto más amplio de actuación institucional en relación a la familia. Podemos señalar por ejemplo la revisión de buenas prácticas incluidas en el informe de Save the Children (2006); y más específicamente, el trabajo realizado desde IRES 40 (Araujo, 2006), o el programa ATIENDE (Unidad de Atención e Intervención del Daño Emocional) de la Comunidad de Madrid (Terán, Laita, Márquez, Ayala y Ortiz, 2009); así, en este último se ha abordado una interesante reflexión acerca de las dificultades de conjugar el marco institucional (legal, residencial…) de protección a la mujer y al menor, con el trabajo propiamente psicoterapéutico dirigido a ayudar al niño.

5. Más allá del síntoma, ¿más allá de la psicoterapia?.

Las respuestas institucionales que introducen cambios (habitualmente drásti-

cos) en la vida de los menores maltratados y abusados están sobradamente justificadas a nivel técnico y humano. Pero son respuestas limitadas, a las que hemos denominado “sintomáticas”, y que tienen un limitado potencial de cambio si no se ven complementadas por una intervención sobre los procesos de estructuración interna del mundo psíquico del niño. Pero al mismo tiempo, para que la intervención psicoterapéutica no se convierta en una respuesta limitada, debe ampliar su mirada para poder complementarse con esas otras actuaciones ligadas al ámbito de las relaciones reales y los contextos en que se desarrolla la vida del niño. Si es limitado no llegar a la psicoterapia, igualmente restrictivo es no salir de ésta. De ahí que nos atrevamos a afirmar que ir más allá del síntoma debería también implicar ir más allá de la psicoterapia.

El trabajo con menores expuestos a situaciones de abuso, maltrato o negligencia nos obliga a incorporar a nuestra práctica profesional un plus de flexibilidad y de amplitud en la mirada. En este trabajo hemos analizado tres de los muchos elementos que apoyan esta tesis. Por un lado, la complejidad que introduce el hecho de trabajar en ámbitos socialmente desfavorecidos, considerando a estos como contextos cuya organización ecológica favorece las disfunciones familiares y su deriva en maltrato a la infancia. En segundo lugar, pensar en términos de resiliencia también nos obliga a atender a la amplitud de influencias que construyen no sólo el desarrollo perturbado sino también el satisfactorio. Finalmente, las situaciones de violencia conyugal en las que los niños se ven envueltos nos obligan también a compaginar las miradas hacia la configuración externa de la familia con las dirigidas a las vivencias íntimas del niño. El elemento constante a lo largo de estas temáticas es la necesidad de una atención amplia sobre una realidad que resulta tan compleja como dolorosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Araujo, A. (2006). Servicio de Atención a Niñas y Niños Víctimas de Violencia de Género en el Ámbito Familiar. Comunicación presentada en el VIII Congreso Estatal de Infancia Maltratada, Santander.
2. Atenciano, B. (2009). Menores expuestos a violencia contra la pareja: notas para una práctica clínica basada en la evidencia. Clínica y Salud, 20, 261-272.
3. Bentovim, A (2000). Sistemas organizados por traumas. Barcelona: Paidós.
4. Barudy, J. (1998). El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Barcelona: Paidós.

5. Barudy, J., y Dantagnan, M. (2006). Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Gedisa.
6. Buckley, H., Holt, S., y Whelan, S. (2007). Listen to me!. Children's experiences of domestic violence. Child Abuse Review, 16, 296-310.
7. Cancrini, L. (1991). La psicoterapia: gramática y sintaxis. Barcelona: Paidós.
8. Casanueva, C., Martín, S.L., Runyan, D.K., Barth, R.P. y Bradley, R.H. (2008). Quality of maternal parenting among intimate-partner violence victims involved with the Child Welfare System. Journal of Family Violence, 23, 413-427
9. Cavana, J. (2008). Resilience: cautiously welcoming a contested concept. Child Care in Practice, 14, 1-7
10. Cirillo, S. y Di Blasio, P. (1991). Niños maltratados. Barcelona: Paidós.
11. Cyrulnik, B. (2002). Los patitos feos. Barcelona: Gedisa.
12. 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.
13. Frankel, J. (2002). Exploring Ferenczi's concept of identification with the agresor. Its role in trauma, everydaily life, and the therapeutic relationship. Psychoanalytic Dialogues. A Journal of Relational Perspectives, 12, 101-139.
14. Freud, S. (1933/1997). Nuevas lecciones introductorias al Psicoanálisis. Obras completas, Tomo 8. Madrid: Biblioteca Nueva.
15. Goddard, C., y Bedi, G. (2010). Intimate partner violence and child abuse: a chil-centred perspective. Child Abuse Review, 19, 5-20.
16. Goleman, D. (1996). Inteligencia emocional. Barcelona: Kairós.
17. Gonzalo, J.L. (2010). La relación terapéutica y el trabajo de reconstrucción de la historia de vida en el tratamiento psicoterapéutico de los niños crónicamente traumatizados. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 49, 187-204.
18. Gojman de Millán, S., y Millán, S. (2004). Identity in the asphalt jungle. A study of Mexican youngsters who work in the streets. International Forum of Psychoanalysis, 13, 254-263.
19. Hernández de Tubert, R. (2006). Social trauma: the pathogenic effects of untoward social conditions. International Forum of Psychoanalysis, 15, 151-156.

20. Lieberman, A., Van Horn, P., y Ozer, E.J. (2005). Preschooler witnesses of marital violence: predictors and mediators of child behavior problems. Development and Psychopathology, 17, 385-396.
21. López, F. (2008). Necesidades en la infancia y en la adolescencia. Madrid: Pirámide.
22. Luthar, S.S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. Child Development, 71, 543-562
23. Nervi, J. (2009). Entrevista a Denise Defey. Clínica e Investigación Relacional, 3, 733-746
24. Save the Children (2006). Atención a los niños y niñas víctimas de la violencia de género. Madrid: Save the Children.
25. Save the Children, Ministerio de Igualdad e IRES 40 (2009). Atención a los niños y niñas víctimas de violencia de género en España. Conclusiones de trabajo de la reunión de expertos. Madrid 2 de Julio de 2009.
26. Seligman, M. (2003). La auténtica felicidad. Barcelona: Ediciones B.
27. Terán, S., Laita, P., Márquez, M.A., Ayala, J., y Ortiz, P. (2009). La demanda de atención psiquiátrica infantil en el contexto de un programa de violencia de género. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 47, 125-132.
28. Slade, A. (2006). Reflective Parentig Programs: Theory and Development. Psychoanalytic Inquiry, 26, 640-657.
29. Vanistendael, S., y Lecomte, J. (2002). La felicidad es posible. Barcelona: Gedisa.
30. Waska, R. (2003). A mixed bag: the realities of psychoanalytic practice. The American Journal of Psychoanalysis, 63, 49-67.

CONCEPTUALIZACIÓN TEÓRICA ACERCA DE LAS DENOMINACIONES DE LA VIOLENCIA JUVENIL

Susana Quiroga* y Glenda Cryan**

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es reflexionar acerca de las conceptualizaciones teóricas y de las denominaciones que se utilizan habitualmente para referirse a la violencia juvenil, especialmente desde el punto de vista psicodinámico.

Los adolescentes violentos presentan dificultades técnicas y metodológicas para su abordaje, dado que se caracterizan por desconexión afectiva y cognitiva y conductas amenazantes de odio y descalificación del otro combinadas con estados de vacío mental y desvitalización. Dado que la mayoría de los pacientes son derivados por instituciones externas, resulta de fundamental importancia realizar un diagnóstico específico.

En primer lugar, se presenta una delimitación de los diferentes términos que se utilizan habitualmente para referirse a la violencia (conflicto, agresividad, agresión, violencia, delincuencia) así como también las diferentes conceptualizaciones de la violencia realizada desde diversas escuelas teóricas, incluyendo los desarrollos realizados acerca de la violencia juvenil.

En segundo lugar, se presenta la conceptualización psicodinámica de la violencia, la cual incluye los desarrollos metapsicológicos freudianos y post-

* Dra. en Filosofía y Letras con Orientación en Psicología, UBA, 1983. Lic. en Psicología, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Miembro Titular en Función Didáctica (APA) y Full Member of the International Psychoanalytic Association (IPA). Categorizada como Investigadora Categoría I (CIN). Investigadora certificada en la University College London. Profesora Titular Consulto, UBA. Directora del Programa de Actualización en Clínica Psicoanalítica de las Patologías Actuales. Directora del Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA. Directora del Proyecto UBACYT 2008-2010 P049. Autora de Del goce orgánico al hallazgo de objeto y Patologías de la Autodestrucción. Domicilio postal: Gallo 1463 4º A (1425) CABA. TE: 4824 – 4447 E-mail: suquiroga@ciudad.com.ar
** Dra. en Psicología, UBA; Lic. en Psicología, UBA. Investigadora Asistente del CONICET. Docente de la Cátedra I de Psicología Evolutiva II: Adolescencia. Investigadora de apoyo en los Proyectos UBACYT 2004-2007 P069 y 2008-2010 P049. Domicilio postal: Cortina 1083 (1407) CABA. TE: 4567 – 5834 E-mail: gcryan@psi.uba.ar

freudianos, en el que se hará referencia en un apartado especial a la díada vincular primaria.

Por último, se incluye un caso clínico en el que se articulan los desarrollos teóricos expuestos. PALABRAS CLAVE: violencia juvenil – conceptualización teórica – desarrollos freudianos y postfreudianos.

ABSTRACT

THEORETICAL CONCEPTUALIZATION ABOUT THE YOUTH VIOLENCE DESIGNATIONS

The aim of this paper is to reflect upon the theoretical conceptualizations and designations which are commonly used to refer to youth violence, especially from the psychodynamic point of view.

Violent adolescents show technical and methodological difficulties to be approached since they are characterized by emotional and cognitive disengagement and threatening behavior involving hatred and disqualification of the others, in combination with mental emptiness episodes and devitalization. Since most patients are referred by external institutions, it is of crucial importance to carry out a specific diagnosis.

First, we present the boundaries to the different terms commonly used to refer to violence (conflict, aggression, aggressiveness, violence, crime) as well as several conceptualizations of violence, accomplished by different theoretical schools, including developments about youth violence.

Secondly, we present the psychodynamic conceptualization of violence, which includes the freudian and post-freudian metapsychological developments, in which the primary dyad will be referred to under a separate link.

Finally, we include a case in which the exposed theoretical developments appear articulately. KEY WORDS: youth violence - theoretical conceptualization - freudian and post-freudian developments.

1. Introducción

En la Universidad de Buenos Aires funciona desde el año 1997 el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes (Directora: Prof. Dra. Susana E. Quiroga), en donde se asisten a adolecentes tempranos, medios y tardíos con conductas antisociales y autodestructivas. Las características de este tipo de adolescentes y el contexto psicosocial en el que se desarrollan hacen que los adolescentes y sus familias estén expuestos a situaciones de alta vulnera-

bilidad y riesgo. Estas características incluyen reiterados traumas infantiles, desamparo psíquico y físico, migraciones, cambios de estructura familiar, desaparición o muerte dudosa de los progenitores en un contexto de delincuencia, consumo y tráfico de drogas, pudiendo ser víctimas de abuso físico y sexual (Quiroga y Cryan, 2004, 2005 b; Quiroga, Emborg, González, Pérez Caputo, y Fernández, 2002; Quiroga, Nievas, Domínguez, González, Emborg, et.al, 2003, Quiroga, Nievas, Maceira, González y Dominguez, 2005).

En líneas generales, los adolescentes violentos presentan dificultades técnicas y metodológicas para su abordaje, dado que se caracterizan por desconexión afectiva y cognitiva y conductas amenazantes de odio y descalificación del otro combinadas con estados de vacío mental y desvitalización. Es por ello, que se creó y desarrolló un dispositivo diagnóstico-terapéutico denominado Grupo de Terapia Focalizada- GTF específico para el abordaje terapéutico de la violencia juvenil. El estudio y análisis de la eficacia terapéutica de este dispositivo se enmarca dentro de los Proyectos de Investigación UBACyT 2001-2003: P056, UBACyT 2004-2007: P069 y UBACyT 2008-2010 P049 (Directora: Prof. Dra. Susana E. Quiroga), subsidiados por la Universidad de Buenos Aires.

En la Unidad de Violencia de este Programa, la mayoría de los pacientes son derivados por escuelas, juzgados e instituciones de acción social. Es por ello que resulta de fundamental importancia realizar un diagnóstico específico acerca de las conductas violentas por las que son derivados.

El objetivo de este trabajo es reflexionar acerca de las conceptualizaciones teóricas y de las denominaciones que se utilizan habitualmente para referirse a la violencia juvenil, especialmente desde el punto de vista psicodinámico.

En primer lugar se presentará una delimitación de los diferentes términos que se utilizan habitualmente para referirse a la violencia así como también las diferentes conceptualizaciones de la violencia realizadas desde diversas escuelas teóricas, incluyendo los desarrollos realizados acerca de la violencia juvenil. En segundo lugar, se presentará la conceptualización psicodinámica de la violencia, la cual incluye los desarrollos metapsicológicos freudianos y postfreudianos, en el que se hará referencia en un apartado especial a la díada vincular primaria. Por último, se incluirá un caso clínico en el que se articularán estos desarrollos teóricos.

2. Desarrollos acerca del concepto de Violencia

2.1 Delimitación de Conceptos: Conflicto, Agresividad, Agresión, Violencia y Delincuencia

Algunos términos son utilizados con frecuencia en forma indiscriminada para describir a los adolescentes violentos; es por ello que resulta importante conocer el alcance de los mismos. En este punto, se presentan las definiciones más abarcativas acerca de estos términos, a través de la delimitación de los conceptos de conflicto, agresividad, agresión, violencia (que será desarrollado más ampliamente en el próximo punto) y delincuencia.

El término ***conflicto*** suele ser definido, en general, como el conjunto de factores que se oponen entre sí. Desde el psicoanálisis se considera al conflicto como constitutivo del ser humano (Laplanche y Pontalis, 1996) y desde diversos puntos de vista: conflicto entre el deseo y la defensa, conflicto entre sistemas (Inc-Prec-Cc) y conflicto entre instancias (yo, ello y superyo). Además de ello se puede considerar el conflicto entre pulsiones, el conflicto edípico y el conflicto con lo prohibido o el superyo. La resolución del conflicto implica un trabajo orientado a la obtención de un nuevo equilibrio psíquico, más estable que el anterior.

Con respecto a la ***agresividad***, la misma representa la capacidad de respuesta del organismo para defenderse de los peligros potenciales procedentes del exterior (Echeburúa, 1989). Esto implica considerar a la agresividad como una respuesta adaptativa de los seres humanos que forma parte de las estrategias de afrontamiento de que disponen los mismos. En este sentido, Lolas (1991) distingue tres dimensiones en la noción de agresividad: una conductual a la que denomina agresión, una fisiológica que apunta a los concomitantes viscerales y autonómicos y que forma parte de los estados afectivos, y por último, una vivencial o subjetiva a la que denomina hostilidad y que califica la experiencia del sujeto. Esta conceptualización de la agresividad permite afirmar que todas las personas son agresivas pero no necesariamente violentas.

En forma directamente relacionada con la agresividad, se encuentra el término de ***agresión***, ya que el mismo remite a la conducta mediante la cual la potencialidad agresiva se pone en acto. A través de esta conducta, se puede entender que la agresión comunica un significado a través de las diferentes formas que adopta (motoras, verbales, gesturales, posturales, etc.). Esta conceptualización de la agresión permite observar que la misma tiene un origen (agresor) y un destino (agredido); en este punto resultan fundamentales los desarrollos de Benyakar (2003), quien plantea que el rasgo fundamental de la agresión es que el ejecutor del daño se presenta abiertamente como tal, emitiendo signos que alertan al destinatario y que le permiten desarrollar modos de defenderse.

A diferencia de la agresión, la ***violencia*** tiene, por el contrario, un carácter destructivo sobre las personas y los objetos, lo cual supone una profunda dis-

función social. Continuando con los desarrollos de Benyakar (2003), el autor sostiene que lo que diferencia a la agresión de la violencia, es que en esta última el ejecutor del daño aparece enmascarado, solapado y no permite al otro advertir la amenaza contenida en la situación, alertarse y defenderse; esto implica que la fuente productora de violencia no puede ser identificada por el agredido. Es interesante considerar la diferenciación que realiza Echeburúa (1989) acerca del término violencia: por un lado se encontraría la violencia que se desencadena en forma impulsiva o ante diferentes circunstancias tales como el abuso de alcohol, el fanatismo político o religioso, una discusión, etc. y por otro, la violencia que se presenta, como en el caso de la personalidad psicopática, de una forma planificada, fría y sin ningún tipo de escrúpulos.

Por último, el concepto de ***delincuencia*** implica un significado diferente a los anteriores, ya que la misma se refiere a la transgresión de los valores sociales vigentes en una comunidad en un momento histórico determinado. En este sentido, la delincuencia puede acompañarse o no de conductas violentas (Echeburúa, 1989).

Como se puede observar en estas conceptualizaciones, la delimitación de estos términos a menudo no es muy clara y pueden llevar a confusiones al intentar realizar un diagnóstico adecuado. Sin embargo, a modo de síntesis, se pueden considerar algunas características particulares que los distinguen: el conflicto es constitutivo del ser humano, la agresividad representa la capacidad de respuesta del organismo para defenderse de los peligros potenciales procedentes del exterior, la agresión remite a la conducta mediante la cual la potencialidad agresiva se pone en acto, la violencia tiene un carácter destructivo sobre las personas y los objetos imposibilitando la defensa, y la delincuencia implica la transgresión de valores sociales pudiendo estar acompañada o no de conductas violentas.

2.2 Conceptualización de la Violencia

La raíz etimológica del término violencia remite al concepto de fuerza, dado que es la combinación de dos palabras en latín, la raíz "*vis*" (fuerza) y el participio "*latus*", de la palabra "*fero*" (acarrear, llevar). Esto significa que la palabra violare, violencia, en su origen etimológico tiene el sentido de acarrear fuerza hacia. Es interesante considerar que en la palabra violencia surge la palabra fuerza, la misma que emplea Foucault (1979) para referirse al poder como una fuerza material, una acción que se ejerce para controlar el deseo del otro. Por lo tanto, la violencia presupone el uso de la fuerza, dimensión del poder donde hay alguien que lo posee y lo ejerce, y alguien que está desposeído y lo sufre (Angelino, 2006). Por otro lado, la raíz "*vis*" forma parte de palabras de signifi-

cado contrapuesto tales como violación o virtud: violación como forzamiento y negación de la voluntad del otro que es negado como individuo o como persona mediante el uso de la fuerza material y virtud como fuerza de ánimo, fuerza del valor, propio de la fuerza moral.

Desde la perspectiva de la mitología griega, la *Violencia* era una divinidad alegórica pagana llamada Bia por los griegos. En este punto, Misgalov (1986) expresa que era hija de la ninfa Efigia y del gigante Palas, y junto con sus hermanas la Fuerza (Cratos) y la Victoria (Niké) y Zelos, vivió desde su niñez en el Olimpo, protegida por Zeus. En la Ciudadela de Corinto hubo un templo dedicado a la Violencia y a Némesis, quien más que una divinidad era una fuerza divina, abstracta, que mantenía el orden y el equilibrio entre el poder, la riqueza y la belleza excesivos. A la Violencia se la terminó considerando como la diosa de la venganza y suele ser graficada como una mujer armada con una coraza que con una maza mata a un niño.

En el marco del "Informe mundial sobre la violencia y la salud. Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo", realizado por la Organización Mundial de la Salud- OMS, Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, y Lozano (2003), definen la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Esta definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados, cubriendo también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir por un lado, las amenazas y las intimidaciones, y por otro lado, las numerosísimas consecuencias del comportamiento violento tales como los daños psíquicos, las privaciones y las deficiencias del desarrollo que comprometen el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades. Desde esta perspectiva, la violencia es subdividida en tres grandes categorías de acuerdo con el comportamiento del autor del acto violento: por un lado se encuentra la *Violencia dirigida contra uno mismo* (comportamientos suicidas y autolesiones); por otro, la *Violencia interpersonal* (dividida en dos subcategorías: a- violencia intrafamiliar o de pareja que incluye el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos y b- violencia comunitaria que incluye la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños así como también la violencia que se lleva a cabo en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de ancianos); y por último, la *Violencia colectiva* (conflictos armados dentro de los estados o entre ellos, genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos, terrorismo y crimen

organizado).

Más allá de esta definición abarcativa realizada por una prestigiosa institución internacional, la violencia ha sido conceptualizada desde diferentes perspectivas teóricas, que a continuación se exponen brevemente.

Desde los conceptos de la psicología conductual, Echeburúa (1989) plantea que la violencia tiene un carácter destructivo sobre las personas y los objetos y supone una profunda disfunción social. El autor reconoce la existencia de predisponentes psicosociales en el desarrollo de las personalidades antisociales en la adultez, que aluden al conjunto de circunstancias que favorecerían la emergencia de conductas violentas. Entre estos predisponentes incluye el abuso infantil, el nivel socioeconómico bajo, la residencia en barrios marginales y en viviendas hacinadas, la falta de escolaridad suficiente, el subempleo, la humillación, el castigo físico sistemático, la ruptura familiar y el aprendizaje social que facilita la adopción temprana de conductas antisociales así como también la búsqueda de reforzamientos alternativos poco convencionales. En la misma línea que Echeburúa, del Corral (1989) afirma que el mejor predictor del delito violento en la vida adulta surge de la interacción entre cierta vulnerabilidad psicológica y una historia de abuso y/o violencia familiar.

Desde una perspectiva social, Franco (1993) explica que la violencia no puede ser considerada como un conjunto de hechos que suceden aisladamente, sino que debe ser comprendida como un proceso. Este proceso se desarrolla a partir de condiciones estructurales del individuo y el contexto en el cual toma lugar, haciendo que en ocasiones seamos víctimas de la violencia o por el contrario, agentes activos, cómplices o tolerantes de la violencia. En esta línea, la modalidad abusiva del ejercicio del poder emerge en sistemas humanos donde existen interacciones abusivas facilitadas por un sistema de creencias y valores que las justifican (Garrido, 2002).

Desde el punto de vista de la psiquiatría, Basile (1999) explica que la violencia ocurre cuando se rompe el balance entre los impulsos y el mecanismo de control del yo, lo cual significa que si bien una persona puede tener fantasías o pensamientos violentos, a menos que se pierda el control, éstos no se convierten en actos. Esta definición implica que cualquier situación que produzca un incremento de los impulsos agresivos en el contexto de una disminución de control, puede producir actos violentos.

Con respecto a la conceptualización psicodinámica de la violencia, como se expresó anteriormente, la misma será profundizada en el tercer punto. En este apartado, sólo se mencionará una definición de la violencia realizada por Rojas, Kleiman, Lamovski, Levi y Rolfo (1990) quienes la caracterizan como el ejercicio absoluto del poder de uno o más sujetos sobre otro, que queda ubica-

do en un lugar de desconocimiento, es decir, no reconocido como sujeto de deseo y reducido en su forma extrema a puro objeto. Esta conceptualización alude al uso del poder al igual que la definición planteada desde la OMS e implica considerar, de alguna manera la violencia por su eficacia. Desde este punto de vista, la eficacia de la violencia consiste en anular al otro como sujeto diferenciado, sumiéndolo en una pérdida de identidad y singularidad que señala el lugar de la angustia.

2.3 Conceptualización de la Violencia Juvenil

Con respecto a la conceptualización de la violencia juvenil, la misma plantea dificultades en la definición operacional, debido a la variedad de posturas teóricas y de las implicaciones y restricciones que cada una conlleva. En este punto, Kazdin (1993) plantea que al referirse a la violencia juvenil y/o a la conducta antisocial en niños y adolescentes, suelen utilizarse diversas denominaciones, entre las que se encuentran los términos conducta disruptiva, trastorno de la conducta, agresión, comportamiento delictivo y conducta externalizada.

Considerando nuevamente el ""Informe mundial sobre la violencia y la salud. Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo", realizado por la Organización Mundial de la Salud- OMS, Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano (2003) definen la violencia juvenil como aquella que afecta a personas de edades comprendidas entre los 10 y los 29 años. Para los autores, la violencia juvenil abarca un abanico de actos agresivos que van desde la intimidación y las peleas hasta formas más graves que incluyen el homicidio. En este informe, destacan que si bien algunos niños presentan problemas de comportamiento en la primera infancia que van derivando hacia formas más graves de agresión al entrar en la adolescencia y suelen persistir en la vida adulta (Huizinga, Loeber y Thornberry, 1995; Nagin y Tremblay, 1999; Stattin y Magnusson, 1989), la mayoría de los jóvenes que se comportan de forma violenta suele hacerlo durante períodos más limitados, en especial en la adolescencia, y tras haber mostrado pocos o ningún signo de problemas de comportamiento durante la infancia (Satcher, 2001).

En la misma línea, Reza, Krug y Mercy (2001) destacan que la violencia juvenil es una de las formas de violencia más visibles en la sociedad. Para los autores, ésto se debe a que en todo el mundo, la comunicación radial, televisiva y/o periodística informan diariamente sobre la violencia juvenil de pandillas en las escuelas y en las calles. Lamentablemente, en casi todos los países, los adolescentes y los adultos jóvenes son tanto las principales víctimas como los principales perpetradores de esa violencia. En este sentido, plantean que los homicidios y las agresiones no mortales que involucran a jóvenes aumentan

enormemente la carga mundial de muertes prematuras, lesiones y discapacidad. En concordancia con estas ideas, Dahlberg y Potter (2001) expresan que la adolescencia y los primeros años de la edad adulta constituyen un período en que la violencia, así como otro tipo de comportamientos se expresan con mayor intensidad. LeBlanc y Frechette (1989), por otra parte, destacan que los jóvenes que tienden a delinquir sólo durante la adolescencia en busca de emociones suelen realizar estos actos en compañía de un grupo de amigos.

Los desarrollos realizados por Madaleno (2001) en la línea de la OPS/OMS muestran que la violencia juvenil es motivo de preocupación de la sociedad en general y que, aunque ha sido interpretada o definida desde diversos puntos de vista, el hecho trascendente es que es una violencia que no responde totalmente al encuadre de la violencia que manifiestan los adultos. La autora considera que la violencia juvenil es multicausal y permite reconocer la existencia de distintos factores: *estructurales* (desigualdad, pobreza, bajo nivel de desarrollo de la sociedad, falta de oportunidades de educación y trabajo); *institucionales* (carencias familiares, impunidad y desconfianza, mala calidad de educación, instituciones como la policía o la justicia) y *directos o facilitadores* (disponibilidad de armas, consumo de alcohol y drogas, falta de recreación y de espacios para actividades físicas). Por otra parte, entiende que es necesario incluir la perspectiva de género en este grupo etáreo, debido a que en la perspectiva tradicional, la mujer es en la mayoría de los casos la víctima de la violencia y el varón el victimario, pero en la violencia juvenil se agregan creencias compartidas acerca de que los varones son percibidos como más violentos que las mujeres. Esta percepción se refleja tanto en el estigma social asociado a ser varón como en las expectativas sociales impuestas en los adolescentes varones que incluyen por ejemplo el conformar pandillas juveniles, jugar videojuegos violentos, tener mayor cantidad de peleas violentas como forma de solución de conflictos, etc.

Con respecto a la asociación de la violencia con otras patologías y/o comportamientos, resultan interesantes los desarrollos de Satcher (2001), quien plantea que el problema de la violencia juvenil no puede ser considerado en forma aislada de otros comportamientos problemáticos. En este punto, entiende que los jóvenes violentos presentan además otros problemas asociados tales como el ausentismo escolar, el abandono de los estudios y el abuso de sustancias psicotrópicas, caracterizándose por ser mentirosos compulsivos y conductores imprudentes y estar afectados por tasas altas de enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, destaca que no todos los jóvenes violentos tienen problemas significativos además de su violencia ni todos los jóvenes con problemas son necesariamente violentos; por lo tanto considera fundamental conocer cuándo y en qué condiciones se presenta el comportamiento

violento de acuerdo con el desarrollo de la persona para poder ayudar, de esta manera, a planificar intervenciones y políticas de prevención orientadas a los grupos de edad más críticos. En la misma línea, Farrington (2001) y Miczek, DeBold, Haney, Tidey, Vivian y Weerts (1994) destacan que en los jóvenes que presentan comportamientos violentos y delictivos, es frecuente encontrar la presencia de alcohol, drogas o armas, lo cual aumenta las probabilidades de que se produzcan lesiones graves e incluso la muerte, ya sea del atacante o del agredido.

Estas conceptualizaciones de la violencia juvenil se corresponden con lo expresado por Quiroga (1994, 2001), quien sostiene que desde el punto de vista intrapsíquico, se considera que la adolescencia constituye el momento de mayor capacidad vital de un individuo, pero también el de mayor posibilidad de riesgo. Esto se debe a que la inermidad psíquica del adolescente lo pone en una situación de desamparo frente a la realidad que le resulta traumática por carecer de elementos mentales que posibiliten una ligadura representacional adecuada.

3. Caracterización Psicodinámica de la Violencia

En este apartado, se expondrá la caracterización psicodinámica de la violencia. En este sentido, la dinámica intrapsíquica de la violencia puede incluirse dentro de las patologías que incluyen comportamientos autodestructivos o destructivos hacia los otros, en los que se jerarquiza el acto por sobre la palabra. A continuación se incluirán las ideas principales de los desarrollos metapsicológicos freudianos acerca de la violencia y los desarrollos postfreudianos acerca de la conceptualización de la misma. Asimismo, dentro de este último punto se expondrán los desarrollos psicoanalíticos más importantes acerca de la relevancia que adquiere la díada vincular primaria en la estructuración del psiquismo y sus consecuencias directas en la aparición de las patologías actuales o de la autodestrucción a partir de las fallas en la constitución de la subjetividad que se presenta en las mismas.

3.1 Desarrollos Metapsicológicos Freudianos acerca de la Violencia

Los desarrollos metapsicológicos freudianos acerca de la violencia remiten a uno de los conceptos fundamentales de la obra de Freud: el concepto de agresión. El mismo ha sido especificado en diferentes momentos de la obra freudiana a partir de diversas conceptualizaciones. En este sentido, se destacan los aportes de Laplanche y Pontalis (1996), por un lado, y Zadjman (1985), por otro, quienes han diferenciado los distintos períodos en que se localiza el

concepto de agresión.

En principio, Laplanche y Pontalis sostienen que la conceptualización de la agresión en la obra freudiana se puede ubicar en tres momentos, específicamente en los textos *Tres ensayos para una teoría sexual* (1905), *Pulsiones y destinos de pulsión* (1915c) y *Más allá del principio del placer* (1920). Estos momentos se delimitan a partir del concepto de pulsión de apoderamiento en el primer texto, del par antitético actividad-pasividad y el sadismo como la humillación y el dominio por la violencia del objeto en el segundo texto, y por último del concepto de pulsión de muerte que pone el acento en la destrucción y ya no en el apoderamiento en el tercer texto. Por otra parte, Zadjman realiza una síntesis del concepto de agresión en la obra freudiana, subdividiendo estos desarrollos en cuatro etapas, ya que agrega un primer período, previo a 1905 a diferencia de Laplanche y Pontalis. En este sentido, el autor sostiene que en la primera etapa (1894-1904), el impulso agresivo es entendido como un componente sádico de la pulsión sexual; en la segunda etapa (1905-1915), el impulso agresivo es entendido como un componente necesario en la dominación del mundo externo: pulsión de dominio; en la tercera etapa (1915-1920) relaciona la agresión con las pulsiones de autoconservación; y por último en la cuarta etapa (1920-1939) al producir la reclasificación de las pulsiones en pulsiones de vida y pulsiones de muerte, la agresión es considerada como la manifestación exterior de la pulsión de muerte.

Asimismo, es interesante considerar los desarrollos acerca de la agresión en las etapas del desarrollo libidinal que ha realizado Valls (1997) al estudiar la terminología freudiana y el significado de cada uno de sus conceptos. En este punto, entiende que en la etapa oral la acción de incorporar devorando es una modalidad del amor compatible con la supresión de la existencia del objeto como algo separado y por lo tanto resulta ambivalente. En la etapa sádico-anal, la diferenciación del objeto se presenta bajo la forma de pulsión de dominio o de apoderamiento, en la cual rige la lógica del daño o la aniquilación del objeto; esta forma de vínculo que se corresponde con la etapa previa del amor es apenas diferenciable del odio para Freud. En la etapa fálica correspondiente al erotismo fálico-uretral se observa con mayor claridad la diferencia entre el amor y el odio, dado que esta fase que se corresponde con la estructuración del Complejo de Edipo en su aspecto positivo y negativo hace que el amor se exprese en el vínculo con el objeto y el odio se exprese en el vínculo con el rival. En este recorrido, se puede observar que en las primeras etapas, el odio se encuentra “mezclado” o formando parte de la pulsión sexual y sólo se separa como un opuesto en la etapa fálica. Asimismo, considerando otra dimensión, la pulsión de agresión se manifiesta unida a la pulsión de autoconservación y toma como parte del cuerpo la musculatura como forma de

luchar por la vida, por ejemplo, en el comer y devorar para crecer.

Para comprender el origen psicodinámico de las patologías de la autodestrucción (entre las que se incluye a la violencia juvenil), Quiroga (1994, 2001) retoma la teoría del dualismo pulsional planteada por Freud en 1920, en la cual se le atribuye a Eros, cuyo representante es la libido, la función de ligadura entre representaciones, y a la pulsión de muerte la función de desligar. Afirma que en un comienzo Eros tiene como función neutralizar la pulsión de muerte a través de la ligadura en el interior del organismo para constituir así el masoquismo erógeno primario; si se consiente alguna imprecisión, la pulsión de muerte actuante en el interior del organismo (el sadismo primordial) sería idéntica al masoquismo. En un segundo momento, una parte de la pulsión de muerte se traslada al exterior sobre el objeto y deviene un componente de la libido mientras que en el interior permanece como su residuo el genuino masoquismo erógeno que sigue teniendo como objeto al ser propio. Así, ese masoquismo erógeno sería un testigo y un relicto de aquella fase de formación en que aconteció la liga, tan importante para la vida, entre Eros y pulsión de muerte. En este punto, la autora relaciona estos conceptos con lo planteado por Green (1986) quien sostiene que no sólo se trata de ligar y desligar, sino de objetalizar (pulsión de vida) y desobjetalizar (pulsión de muerte). La pulsión de vida con su función objetalizante puede hacer advenir al rango de objeto lo que no posee aún las cualidades o atributos del mismo a través de una "investidura significativa". Este proceso de objetalización se refiere a modos primarios de funcionamiento de actividad psíquica, para que en el límite somapsique la investidura pulsional misma sea objetalizada. La pulsión de muerte, en cambio ha de cumplir la función desobjetalizante que, por medio de la desligazón, ataca la relación con el objeto. Esta manifestación de la destructividad propia de la pulsión de muerte es la "desinvestidura", lo cual permite pensar que ciertas manifestaciones destructivas de patologías narcisistas psicóticas y no psicóticas se relacionan con el empobrecimiento del yo que es producto de esta desinvestidura.

Este punto resulta de fundamental importancia para comprender el funcionamiento psíquico de los adolescentes violentos, en los cuales el yo se ve empobrecido debido a esta desinvestidura, producto de la función desobjetalizante, que impide el trabajo de duelo. Como consecuencia, en estos pacientes se observa un tipo de duelo sin cualificación que se podría denominar un "no duelo", dado que carece de dolor, de subjetividad y de conciencia y que se relaciona con el concepto de Freud (1926) de "darse de baja a sí mismo", esto es, dejarse morir o morir de muerte propia. Por otra parte, la autora sostiene que en este tipo de duelo se pierde la subjetivación del dolor, lo que podría denominarse un dolor sin sujeto; son estados que aparecen como estados hemorrági-

cos carentes de representaciones donde se ha perdido el enlace entre el yo y su investidura narcisista. Finalmente, agrega que Green (1990) entiende que este estado constituye lo que él llama “narcisismo negativo”, donde el objetivo es el “vacío” o la ”nada”, un estado de reposo mortífero, como consecuencia de la imposibilidad para elaborar pensamientos, característica esencial de los adolescentes violentos.

Por último, siguiendo los postulados freudianos, Maldavsky (1992) retoma el concepto freudiano de *estasis libidinal*, el cual consiste en un desvalimiento anímico y motor para procesar la libido, por falta de una adecuada ligadura entre Eros y pulsión de muerte. Cuando la libido no ha establecido aún el elemento afectivo y/o sensorial al cual fijarse como forma de hacer conciente lo inconciente o de hacer conciente una realidad dolorosa, es posible pensar en la existencia de una fijación a un momento lógico elemental, primario, que se corresponde con la libido intrasomática y con el yo real primitivo. Desde esta lógica, se produce una alteración de la autoconservación debido a la permanencia en la fijación de la libido intrasomática. Esta libido improcesable es derivada al soma como en el caso de los psicosomáticos o a la acción como en el caso de los adolescentes violentos que se analiza en este trabajo.

3.2 Desarrollos Post freudianos

3.2.1 Desarrollos Post freudianos acerca de la Violencia

Los desarrollos postfreudianos apuntan a definir a la violencia como producto de un entorno social y de un ambiente familiar poco favorable, en el cual la misma tiende a perpetuarse transgeneracionalmente. En la línea de la escuela inglesa de psicoanálisis, se destacan los aportes de Winnicott y Bowlby quienes coinciden en considerar los vínculos tempranos como fundamentales en los primeros momentos de la vida. En este punto, Winnicott (1990) realiza desarrollos de gran importancia en la conceptualización de la violencia, a la que define como producto de un contexto desfavorable y de un ambiente familiar poco facilitador. El autor recurre al concepto de deprivación para explicar lo que denomina *tendencia antisocial*, la cual lleva a cometer actos delictivos en el hogar o en un ámbito más amplio, a través de dos orientaciones. La primera orientación es el robo, en la cual el niño busca algo en alguna parte y, al no encontrarlo, lo busca por otro lado si aún tiene esperanzas de hallarlo. La segunda orientación es *la destructividad*, en la cual el niño busca el grado de estabilidad ambiental capaz de resistir la tensión provocada por su conducta impulsiva, es decir, que busca un suministro ambiental perdido, una actitud humana en la que el individuo pueda confiar y que, por ende, lo deje en libertad para moverse, actuar y entusiasmarse. Por su parte, Bowlby (1989)

postula la existencia de un ciclo intergeneracional de violencia y maltrato que se perpetúa transgeneracionalmente. Este ciclo describe el modo por el cual la violencia paterna engendra violencia en los hijos, en un ciclo espiralado que tiende a perpetuar el patrón de adaptación de una generación a la siguiente. De esta manera, un niño maltratado se convierte en una persona que maltrata y hostiga agresivamente sin motivo evidente, incluso al adulto con el cual comienza a establecer un vínculo de apego.

Desde la escuela francesa de psicoanálisis, se destacan los aportes de Aulagnier y Anzieu acerca de la violencia o agresividad primaria. Por su parte, Aulagnier (1975) encuentra la idea de imposición en su conceptualización de la violencia, ya que designa violencia primaria a la acción mediante la cual se impone a la psiquis de otro una elección, un pensamiento o una acción motivados en el deseo de quien lo impone. En este sentido, el discurso de la madre es intrusivo y violento en la medida en que le atribuye significaciones y deseos que están más allá de sus posibilidades de comprensión. Si bien ésta es una forma de violencia inevitable y necesaria para la organización del psiquismo del niño y para su acceso al orden de lo humano, es fundamental que esta primera forma de otorgamiento de significaciones deje lugar a que el niño encuentre y exprese sus propios significados y deseos, ya que si ésto no ocurre, la violencia primaria se convertirá en violencia secundaria. En la misma línea, Anzieu (1983) plantea la necesidad de pertenencia del individuo a un grupo, ante todo familiar y después social, para poder contener la agresividad psíquica primaria (el odio envidioso y destructor), y de esta manera, interiorizar experiencias reguladoras. El autor destaca que si ésto no ha ocurrido, el individuo no puede controlar la tentación de abusar de su fuerza en algún campo donde sea el más fuerte, ni oponer un doble esfuerzo de firmeza y reflexión a las violencias de las que es testigo o víctima. Por lo tanto, entiende que la única manera de obtener un equilibrio psíquico es la referencia a la Ley de un grupo real o simbólico, que permita que la vida cotidiana se inserte en los encuadres grupales o sociales en los cuales la violencia sea depositada.

Uno de los psicoanalistas argentinos que más ha trabajado en la conceptualización de la violencia es Berenstein (2000), quien plantea que la misma se refiere a una cualidad de ciertas acciones y fuertes emociones ligadas a la agresión, en la no tolerancia en el límite ofrecido por otro sujeto, su mente y, en especial, su cuerpo. Propone referirse a la violencia a través de los distintos espacios mentales en los que habita el sujeto: individual, vincular y social (Puget, 1988; Berenstein, 1990). Desde el *punto de vista individual* (*intrasubjetivo*), la violencia surge de una acción que irrumpe desde el interior del mundo interno, lo cual incluye lo corporal y lo mental, llevado a cabo por un objeto interno a un Yo del cual no tolera la separatividad y que tiene como base

un conjunto de imposiciones en situaciones infantiles de inermidad. Desde el *punto de vista vincular* (*intersubjetivo*), la violencia consiste en los actos que se realizan entre un sujeto y otro vinculados, consistentes en el despojo de su carácter de ajenidad y al intento de transformarlo en semejante o idéntico a sí mismo. Este tipo de violencia se asocia al borramiento de la subjetividad del otro e implica hacerlo desaparecer como un Yo distinto. Por último, desde el punto de vista social (transubjetivo), la violencia incluye el arrasamiento del sentimiento de pertenencia de un conjunto de sujetos o parte de la comunidad por parte de otro conjunto o parte de la misma comunidad. La violencia transubjetiva originada en lo sociocultural atraviesa los vínculos interpersonales y al propio Yo con el objetivo de hacerlos dejar de pertenecer, ya sea a través del traslado súbito, la expulsión o la matanza.

En relación con las definiciones planteadas en segundo punto *Desarrollos acerca del concepto de violencia*, podemos vislumbrar algunas diferencias. En aquel apartado, las ideas centrales acerca de la violencia estaban vinculadas en forma directa con el ejercicio del poder y la fuerza (aún desde la perspectiva psicodinámica), destacándose la eficacia que la violencia ejerce en el otro así como también la imposibilidad de advertir la presencia del ejecutor del daño. En este apartado, se puede observar que el acento de las conceptualizaciones postfreudianas se centra en la consideración de las características intrapsíquicas e intersubjetivas del sujeto. Por lo tanto, estas conceptualizaciones implican considerar no sólo los aspectos descriptivos y los factores de riesgo que participan en la aparición del comportamiento violento sino también el surgimiento del mismo a partir de la estructuración psíquica del infante. En este punto, se entiende que tanto el ambiente familiar, los vínculos tempranos, la función de la violencia primaria y los distintos espacios mentales en los que la misma se impone, se relacionan en forma directa con la transmisión transgeneracional de la violencia.

3.2.2 Díada Vincular Primaria

Dentro de los desarrollos postfreudianos, resulta importante considerar el estudio de la díada vincular primaria que permite rastrear la constitución de las representaciones o sus fallas así como también los primeros momentos en el pasaje de la cantidad a la cualidad. En este apartado se presentan los desarrollos de la escuela inglesa y americana que se realizaron a partir de la teoría kleiniana de las relaciones objetales. Asimismo, se incluyen los aportes de diferentes autores en la comprensión de esta temática, incluyendo una breve referencia a la Teoría del Apego y al concepto de Función Reflexiva.

En principio, en esta línea de desarrollo, es fundamental considerar la teoría

de las relaciones objetales desarrollada por Klein (1932,1952), en la cual se enfatiza la determinación pulsional de la experiencia de la relación con el objeto, concentrándose la atención en el objeto interno y su efecto determinante sobre la vida posterior del sujeto. A partir de esta teoría que incluye la presencia de un otro desde el inicio de la vida, surgieron nuevas conceptualizaciones que apuntaron a comprender la constitución de la subjetividad.

En primer lugar, desde la *escuela inglesa*, se destacan las conceptualizaciones teóricas de Bion y Winnicott acerca de la importancia de la presencia temprana de la madre. En este sentido, Bion (1962) propone que la capacidad de reverie es entendida como la capacidad de la madre para contener los estados afectivos intolerables para el niño y de responder de una manera tal que sirva para modular los sentimientos inmanejables. Por su parte, Winnicott (1990) afirma que la falta de integración familiar interfiere en el desarrollo emocional, en tanto que la relación madre-hijo constituye el contexto donde se desarrolla la personalidad del niño. Para este autor, cuando no se cuenta con una madre empática, se establecen vínculos adhesivos como manera de enfrentar el vacío y aparece como consecuencia el miedo al derrumbe (Winnicott, 1963). El miedo al derrumbe es entendido como una falla en la organización de las defensas que sostienen el self; el yo organiza defensas para evitar el derrumbe de su organización psíquica cuando ésta es amenazada pero nada puede hacer contra la falla ambiental, en tanto la dependencia es un hecho inevitable. Cuando el miedo al derrumbe se transfiere al miedo a la muerte, el paciente busca compulsivamente la muerte que ya ocurrió pero que no fue experimentada.

Por otra parte, desde la *escuela americana*, Kernberg (1987, 1994) retoma las ideas kleinianas acerca de las relaciones objetales intrapsíquicas y realiza aportes significativos en el campo del narcisismo y los trastornos de la personalidad. En este punto, el autor advierte la predominancia de defensas particulares como la escisión y el acting-out, siendo la agresión individual el fundamento de la violencia. Esta agresión se expresa en la activación de afectos agresivos bajo situaciones de frustración, de trauma y de dolor, independientemente de los afectos positivos y amorosos. Por lo tanto, para el autor, lo importante es que la activación de los afectos positivos y negativos lleva a una organización escindida de la experiencia emocional primitiva, dividiendo la experiencia interna en un segmento idealizado y otro segmento agresivo, peligroso y persecutorio que es proyectado en los objetos externos. Asimismo, es interesante considerar lo que plantea Kernberg (2003) desde la experiencia clínica, acerca de la naturaleza de las transferencias más regresivas de pacientes cuya vida mental está dominada por el odio, es decir, por relaciones objetales agresivamente determinadas, típicas del síndrome del narcisismo

maligno. En este tipo de relaciones objetales, sólo la destructividad mutua parece dotar de significado y de proximidad, quedando rastros muy reducidos del investimento libidinal.

Entre los autores que se destacan en este campo se encuentran Kohut y Mahler. Por un lado, Kohut (1971) plantea que ante la falla reiterada de empatía, es decir, ante el fracaso por parte de los padres de cumplir la función de objeto-self, la búsqueda original de respuestas empáticas por parte del niño se dirige a través de canales disfuncionales tales como la agresión, los síntomas neuróticos, la desviación sexual, la grandiosidad, etc. Por su parte, Mahler, Pine y Bergman (1975) enfatizan la importancia de la conducta parental en el desarrollo temprano y sostienen que el camino que un niño siga será el resultado de la interacción entre sus propias necesidades y la personalidad de sus padres: si las funciones de regulación no resultan exitosas, es imposible una separación progresiva de la madre y por lo tanto aparecen sensaciones de indignidad, vacío e impotencia.

En los últimos tiempos, diferentes autores han realizado valiosos aportes acerca de la importancia de la díada vincular primaria. En este punto, dio Bleichmar (2000) plantea que la intersubjetividad se ha estabilizado actualmente como paradigma del origen y la estructuración del psiquismo a partir de los hallazgos de investigaciones sobre la relación temprana entre la figura parental y el niño (Stern, 1985; 1991; Beebe, Lachman y Jaffe, 1997; Fonagy y Target, 1998). En este sentido y en relación con las patologías de la autodestrucción, Quiroga (1994, 2001), señala que autores como Spitz, Bowlby, Klein, Winnicott, Meltzer y Tustin coinciden en afirmar que una deficiencia en la relación materna es el origen del trastocamiento de la autoconservación, lo cual compromete seriamente la vida del bebé, ya que la falta de un objeto al cual investir convierte la investidura paranoide de la identificación proyectiva en desinvestidura de objeto y de las funciones del yo, con su consecuente empobrecimiento y peligro de muerte física y psíquica. La autora establece una correlación entre las ideas propuestas por Winnicott acerca del miedo al derrumbe, y lo enunciado por Marty como *depresión esencial*, Kreisler como depresión fría y Green como Complejo de la madre muerta, en donde la madre se declara ausente para el bebé y no puede ofrecerse como objeto de satisfacción de las necesidades. De esta manera, describe que la depresión esencial planteada por Marty (1968) se presenta con una disminución de la investidura libidinal tanto narcisista como objetal, ya que es una manifestación de la pulsión de muerte. Este tipo de depresión es menos espectacular que la depresión melancólica en la cual hay una variada tonalidad afectiva como dolor, tristeza, abatimiento y culpabilidad, pero sin embargo, tiene más probabilidades de llevar al sujeto a la muerte. Por otro lado, la *depresión fría* planteada por Kreisler (1976) se

inscribe en la patología de la ausencia y es producida por insuficiencia relacional cuantitativa materna. Esta depresión se despliega en el contexto de una madre con una descompensación depresiva mentalizada clásica, causada por una situación traumática que afecta la organización de las funciones de crecimiento físico y psíquico del niño y el adolescente. Esta situación reviste gravedad dado que dichas funciones quedan desinvestidas en este período que es el de mayor vulnerabilidad psíquica debido a que se está constituyendo el narcisismo primario, que es el fundamento del sentimiento de sí. Por último, el *Complejo de la madre muerta* planteado por Green (1972) no remite a la pérdida real de la madre, sino a un período precoz de la vida en que la madre viva había dejado de serlo para el niño. El estado depresivo de la madre produce la desinvestidura del hijo, quien tras luchar con la angustia catastrófica (pánico) por medios activos como el insomnio o la agitación motriz recurre al más devastador de los afectos que es la desinvestidura de la madre, es decir, el asesinato psíquico del objeto que es llevado a cabo sin odio. El resultado de esta desinvestidura es la constitución de un agujero en la trama de las relaciones con la madre, produciéndose una identificación negativa con el agujero de la ausencia y no con el objeto.

Una línea de desarrollo que ha cobrado fundamental importancia en la actualidad es la iniciada por Bowlby (1973, 1989) a través de la Teoría del Apego. Esta teoría apunta a considerar que cada individuo construye en su interior modelos operativos del mundo y de sí mismo, que le permiten percibir los acontecimientos, pronosticar el futuro y construir planes. En la construcción de este modelo operativo, una característica clave es su idea de quiénes son sus figuras de apego, dónde puede encontrarlas y cómo puede esperar que respondan. En el desarrollo de la Teoría del Apego, el autor ha considerado los trabajos iniciados por Ainsworth, et.al. (1978, 1985) y ampliados notablemente por Main y sus colaboradores (1985), Sroufe (1983, 1985) y Grossmann, et.al. (1986) así como las tres pautas principales de apego, descriptas en primer lugar por Ainsworth y sus colegas en 1971 y que son presentadas a continuación. La *Pauta de apego* seguro alude a que el individuo confía en que sus padres (o figuras parentales) serán accesibles, sensibles y colaboradores si él se encuentra en una situación adversa o atemorizante. La *Pauta de apego ansioso* resistente indica que el individuo está inseguro de si su progenitor será accesible o sensible o si lo ayudará cuando lo necesite. A causa de esta incertidumbre, siempre tiene tendencia a la separación ansiosa, es propenso al aferramiento y se muestra ansioso ante la exploración del mundo. La *Pauta de apego ansioso* elusivo señala que el individuo no confía en que cuando busque cuidados recibirá una respuesta servicial sino que, por el contrario, espera ser desairado. Esta pauta es el resultado del constante rechazo de la

madre cuando el individuo se acerca a ella en busca de consuelo y protección.

Uno de los autores contemporáneos más importantes en esta área es Fonagy (1997), quien a partir de la Teoría del Apego desarrolló el concepto de Función Reflexiva, sobre la base de la *Entrevista de Apego en el Adulto- AAI*, elaborada por Main. Para el autor, la adquisición de la *Función Reflexiva* tiene lugar en el proceso del desarrollo temprano. En este punto, sostiene que lo más importante para el desarrollo de una organización cohesiva del self es el estado mental del cuidador que capacite al niño para encontrar en su mente una imagen de si mismo motivada por creencias, sentimientos e intenciones. De esta manera, la psicopatología en el adulto se relaciona con una baja capacidad de reflexión, y ésta se hace aún más marcada en cuadros graves como individuos con antecedentes penales o con un diagnóstico de personalidad borderline. En este sentido, Fonagy (2000) considera que la *Función Reflexiva* y su contexto de apego son la base de la organización del self y por ello, entiende que los sujetos con Trastornos de la Personalidad, siendo infantes tuvieron a menudo cuidadores que estaban dentro del llamado "espectro borderline" de los trastornos de personalidad severos (Barach, 1991; Benjamín y Benjamín, 1994; Shachnow, et.al., 1997) y lo afrontaron rechazando captar los pensamientos de sus figuras de apego, evitando así tener que pensar sobre los deseos de sus cuidadores de hacerles daño.

Considerando los diferentes desarrollos acerca de la díada vincular primaria, se puede pensar en la posibilidad de una ausencia parental real en los adolescentes violentos. En este sentido, el predominio de la acción por sobre la palabra y la búsqueda de la muerte física exponiéndose en forma permanente a situaciones de riesgo, darían cuenta de la presencia de una ausencia marcada en la mente de los padres de sus hijos adolescentes.

A continuación se presentará un caso clínico de un adolescente que fue atendido en el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes de la Universidad de Buenos Aires que permite observar estas consideraciones.

4. Caso clínico

Federico es un adolescente de 13 años que al momento de la consulta se encontraba cursando 8º año de la Educación General Básica (EGB). Solicita asistencia psicológica por pedido de la escuela a raíz de los reiterados "problemas de conducta" que presenta tanto con profesores como con compañeros de su curso. A la primera entrevista de admisión al Programa lo acompaña su madre, quien manifiesta que "*lo mandaron de la escuela ... yo ya no sé qué hacer con él*".

El Motivo de Consulta por el que es derivado al Programa por la escuela incluye el cambio de carácter, la presencia frecuente de malhumor, las peleas constantes con los compañeros de su curso y de otros cursos y el desafío a la autoridad. Su madre manifiesta que en el último tiempo comenzó a tajearse con un "cutter" y manifestó deseos de matarse. Al ser entrevistado, Federico explica que no se puede quedar sentado ni callado y que cuando lo hacen enojar revolea sillas o se "*agarra a piñas*".

La familia está compuesta por su padre (empleado), su madre (docente) y cinco hermanos, una de las cuales es su melliza. Conviven en una vivienda que posee tres habitaciones: un comedor, el dormitorio de los padres y un dormitorio en el que duermen los seis hermanos (las dos hermanas más pequeñas de 5 años comparten la misma cama).

Una vez realizado el proceso de admisión, es incluido en un Grupo de Terapia Focalizada- GTF, dispositivo específico desarrollado en el Programa para el abordaje terapéutico de los adolescentes violentos (Quiroga y Cryan, 2004, 2008 c, Quiroga, Paradiso, Cryan, et.al., 2003, 2004, 2006).

Al iniciar el tratamiento, Federico muestra una actitud desafiante hacia la terapeuta intentando hacer alianza con los otros miembros del grupo y buscando ubicarse en una posición de líder. Si bien participa activamente intentando llamar la atención, son frecuentes las interrupciones y las descalificaciones hacia las intervenciones de la terapeuta o de sus compañeros de grupo, por ejemplo, suele fijar la mirada en el piso o conversar acerca de futbol o de música cuando le están hablando, canta canciones en voz alta que no permite escuchar a los demás integrantes, se mueve permanentemente, hace ruido golpeando la silla o la mesa, se para y se vuelve a sentar continuamente.

En la cuarta sesión manifiesta que venir al grupo "*es una mierda, todo ésto es una mierda, esta cagada, venir acá a la psicóloga, para qué venir ...ahora estaría ahí en mi casa mirando la televisión, en mi casa no hay nadie ahora, tengo que venir a esta mierda!*". La misma expresión la utiliza en esa sesión para referirse a su vida: "*es una mierda esta vida... ojalá me encuentre una bala perdida*". En sus palabras se puede observar la actitud de desesperanza con respecto a su vida presente y al futuro, lo cual es coincidente con la derivación escolar en la cual se hacía referencia a sus ideaciones suicidas.

En la sesión siguiente ocurre un hecho particular que marca un cambio de actitud en el paciente que finalmente le permite comenzar a verbalizar sus problemáticas familiares. En forma inesperada, Federico se levanta de su silla y sale corriendo del grupo intempestuosamente. La terapeuta, temiendo por su vida y por lo que pudiera ocurrirle si abandonaba la institución, decide salir a buscarlo dejando a la observadora a cargo del grupo terapéutico y lo convence

de regresar al mismo. Al reintegrarse al grupo verbaliza: "*volví para quedarme ....empecemos de vuelta*". Empezar de vuelta significó que pudiera comenzar a hablar y a relatar situaciones traumáticas y de violencia que acontecían en su familia. Con respecto a su madre, Federico expresa que "*nada…, con mi mamá nada porque me rompe los huevos todo el tiempo*". Con respecto a su padre expresa que "*a mi papá no lo aguanto más porque es alcohólico él ... una vez le pegó a mi hermanita que tenía dos años porque le tiró un vaso de vino ... a mis hermanos y a mí también nos pega ... a mí mamá no le pega porque yo lo mato ... Una vez me había echado a mí y a mi hermano ... me tiró toda la ropa y me dijo que me vaya .. yo estaba caminando por ahí y me había puesto a llorar y veo que de repente me hacen así de atrás (hace un gesto como que le tocan un hombro) y era mi mamá que estaba llorando ... sí, porque mi hermanita se puso a llorar y entonces por eso volví y no me fuí de mi casa*".

En primer lugar podemos observar que en Federico se presentan dos de las categorías de violencia de acuerdo con el comportamiento del autor del acto violento que propone la OMS. Por un lado, *Violencia dirigida contra uno mismo*, ya que manifiesta ideaciones suicidas y se provoca autolesiones a través de los cortes con un "cutter". Por otro lado, *Violencia interpersonal* en sus dos subcategorías: la violencia intrafamiliar que relata en su discurso en relación con el padre y la violencia comunitaria puesta de manifiesto en conductas violentas tanto con los profesores como con los compañeros de su curso en la escuela, institución que realiza la derivación a tratamiento psicológico.

Considerando la multicausalidad de la violencia juvenil, podemos observar la presencia de distintos factores: *estructurales* (pertenece a una familia de clase baja que vive en condiciones de hacinamiento), *institucionales* (debido a las carencias familiares que no puede ni registrar ni contener la violencia que presenta) y *directos* o *facilitadores* (por la disponibilidad de alcohol para el consumo en su casa y por la falta de un espacio propio en su hogar).

Desde el punto de vista psicodinámico, se presentan varios de los desarrollos expresados en este trabajo. En principio, se puede observar la presencia de comportamientos autodestructivos y destructivos hacia los otros, en los que se jerarquiza el acto por sobre la palabra. Es posible pensar en una deficiencia en la relación materna como el origen del trastocamiento de la autoconservación, lo cual compromete seriamente la vida debido a la falta de un objeto al cual investir, lo cual convierte la investidura paranoide de la identificación proyectiva en desinvestidura de objeto y de las funciones del yo, con su consecuente empobrecimiento y peligro de muerte física y psíquica. En este punto, es importante señalar que en una entrevista, su madre manifestó que no había querido tener a ninguno de los hijos: "*conmigo los métodos anticonceptivos no*

funcionan", mostrando de esta manera la disociación psíquica que presenta su narrativa donde por un lado, no quiere tener hijos pero por otro lado no pudo arbitrar los medios necesarios para evitarlo. Podríamos pensar varias causas como hipótesis: un sometimiento de género, la violencia familiar ligada a su vida sexual, la imposibilidad de pensar y planificar la descendencia, entre otras. Esta contradicción cognitiva en cuanto a las consecuencias de su vida sexual se manifiesta en el poco compromiso que manifiesta frente a su hijo del cual expresa como dijimos anteriormente: "*ya no sé qué hacer con él*". Si bien destacamos la asunción de impotencia frente al ejercicio de su función parental, rescatamos como saludable la búsqueda de ayuda en un profesional responsable y el compromiso con el tratamiento a partir de la derivación escolar.

Considerando esta carencia materna, podemos pensar que la misma conlleva a que en el paciente se presente un tipo de duelo sin cualificación que se podría denominar un "*no duelo*", dado que carece de dolor, de subjetividad y de conciencia vinculado al concepto freudiano de "*darse de baja a sí mismo*" que como decíamos anteriormente implica *dejarse morir o morir de muerte propia*. Las manifestaciones de esta situación se ven reflejadas en los cortes que se genera a sí mismo en la piel, en las situaciones de violencia y riesgo a las que se expone y en el deseo manifiesto de que lo encuentre "una bala perdida". A partir de estas manifestaciones destructivas y autodestructivas, se puede pensar en un estado de *estasis libidinal*, en el cual la libido improcesable es derivada al soma (cortes con "cutter") y a la acción (peleas violentas con sus compañeros).

En relación con el entorno familiar, en su discurso se pudo constatar la ausencia parental real: un padre alcohólico y una madre deprimida que no pueden conectarse en forma empática con su hijo. Probablemente esta desconexión afectiva y cognitiva es lo que lleva al adolescente a buscar a través de actos que molestan a otros la expulsión de los contextos de pertenencia (hogar, escuela, tratamiento terapéutico) así como también a la búsqueda compulsiva de la muerte que ya ocurrió pero que no fue experimentada (de acuerdo con los desarrollos de Winnicott que presentamos anteriormente).

En este contexto, el hecho de que la terapeuta salga a buscarlo adquiere fundamental importancia para que comience a verbalizar las situaciones traumáticas que ha vivenciado, dado que en su familia ha sido expulsado de su casa por su propio padre. El expulsarse del paciente de manera violenta de la sesión podría equipararse a su vocabulario sádico-anal con el cual calificaba la terapia, la terapeuta y al grupo. En realidad, podemos pensar que el paciente se está expulsando a sí mismo del consultorio como un deshecho anal, como expresión de su propia descalificación. La terapeuta rescatándolo de la expul-

sión transforma simbólicamente ese residuo anal en un parto, acogiéndolo así a sus brazos y volviéndolo al consultorio como el espacio protector tal como sería cuidado en la calidez de una sala de partos.

Por último, considerando los desarrollos postfreudianos, en el caso de Federico se pudo comprobar la presencia de un entorno social y un ambiente familiar altamente desfavorable, en el cual la violencia tiende a perpetuarse transgeneracionalmente.

5. Discusión

En este trabajo se han expuesto diversas líneas de conceptualización teórica acerca de la violencia en general y de la violencia juvenil en particular. En este sentido, resulta interesante considerar estas apreciaciones dado que las mismas permiten analizar una de las problemáticas más frecuentes en la sociedad actual y que repercute en forma directa a nivel individual, familiar, escolar y urbano.

A partir de este marco teórico, podremos avanzar desde nuestra disciplina en dos áreas fundamentales que hacen al quehacer profesional: el diagnóstico y el abordaje terapéutico de este tipo de pacientes.

Con respecto al diagnóstico, se detecta una proliferación de términos que aluden a la violencia juvenil (problemas de conducta, trastornos de la conducta, conductas perturbadoras, conductas disruptivas, conductas externalizadas, agresión, delincuencia, comportamiento delictivo, etc.) en los cuales muchas veces se dificulta la posibilidad de discriminar las diversas manifestaciones que incluye la misma. Esto hace que en muchos casos, la violencia juvenil sea considerada como una entidad en sí misma, desconociendo que detrás de la misma se encuentra un adolescente que presenta un trastorno psicopatológico y que requiere de un diagnóstico específico de orientación psicodinámico para que pueda ser abordado terapéuticamente.

Con respecto al abordaje terapéutico, se observa que ante las dificultades tanto técnicas como metodológicas que presenta el tratamiento de este tipo de pacientes no se han desarrollado abordajes específicos que hayan demostrado ser eficaces. Esto remite a la carencia existente de estudios de investigación empírica que analicen los resultados y el proceso en psicoterapia para la violencia juvenil.

En el caso clínico que se presentó se pudo observar la importancia que adquiere la actitud de la terapeuta cuando el paciente decide irse del grupo. Considerando los desarrollos acerca de la díada vincular primaria, es posible apreciar los efectos de la ausencia materna en la constitución de la subjetivi-

dad y en la búsqueda compulsiva de la muerte física por este paciente, que permanentemente es expulsado de sus ámbitos de pertenencia. La presencia de alcohol en el padre y de depresión en la madre se vislumbra en una desconexión afectiva y cognitiva del paciente que lleva a la desmantelación de la subjetividad.

Es por ello que resulta importante destacar que esta línea de investigación merece un desarrollo más profundo que permita comprender la estructuración del psiquismo en este tipo de pacientes. El conocimiento de esta estructuración del psiquismo permitiría por un lado, continuar la realización de acciones tendientes al tratamiento de la violencia en la adolescencia y por otro, la realización de acciones tendientes a la prevención de la aparición de estos comportamientos a partir del trabajo con los adultos responsables de la crianza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ainsworth, M. (1985). “Attachments across the lifespan”. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 61, 792-812, en Bowlby, J. Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós, 1988.
2. Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978) Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ.: Erlbaum, en Bowlby, J. Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós, 1988
3. Angelino, R. (2006). “Violencia”. En Suárez Richards, M. (comp) Introducción a la Psiquiatría. Tercera Edición. Buenos Aires: Editorial Polemos, 713-744
4. Anzieu, D. (1983) “La cuestión de la agresividad intragrupo e intergrupo”. Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Buenos Aires: Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo Tomo VI, Nº 1, pp. 9-18
5. Aulagnier, P. (1975) La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado. Amorrotu Ed. Bs. As.
6. Barach, P. (1991) “Multiple personality disorder as an attachment disorder”. Dissociation Progress in the Dissociative Disorders, 4, 117-123, en Fonagy, P. “Apegos patológicos y acción terapéutica” Aperturas psicoanalíticas: Hacia modelos integradores. Revista de psicoanálisis Nº 4, 2000
7. Basile, H. (1999) “Psicopatología de la conducta antisocial juvenil”. Conceptos, Año 74 Nº 4 Julio-Agosto

8. Beebe, B., Lachman, F. & Jaffe, J. (1997) “Mother-infant interaction structures and presymbolic self and object representations”. Psychoanalytic Dialogues, 7, 133-182, en Dio Bleichmar, E. “Lo intrapsíquico y lo intersubjetivo: metodología de la psicoterapia de la relación padres/hijos/as desde el enfoque Modular-Transformacional” Aperturas psicoanalíticas: Hacia modelos integradores. Revista de psicoanálisis Nº 6, 2000
9. Benjamin, L. & Benjamin, R. (1994). “Application of contextual therapy to the treatment of multiple personality disorder”. Dissociation Progress in the Dissociative Disorders, 7, 12-22 en Fonagy, P. “Apegos patológicos y acción terapéutica” Aperturas psicoanalíticas: Hacia modelos integradores. Revista de psicoanálisis Nº 4, 2000
10. Benyakar, M. (2003) Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismo y catástrofes sociales. Buenos Aires: Biblos
11. Berenstein, I. (1990) Psicoanalizar una familia. Buenos Aires: Paidós, en Berenstein, I (2000) “Notas sobre la violencia”. Psicoanálisis Buenos Aires: ApdeBA, Vol. XXII, Nº 2
12. Berenstein, I. (2000) “Notas sobre la violencia”. Psicoanálisis Buenos Aires: ApdeBA, Vol. XXII, Nº 2
13. Bion, W. (1962) “A Theory of Thinking”. International Journal of Psychotherapy, 43, 306-310, en Marrone, M. (2001) La teoría del apego: un enfoque actual. Psimática. Madrid.España
14. Bowlby, J. (1973), La separación afectiva, Buenos Aires, Paidós, 1976. En Marrone, M. La teoría del apego: un enfoque actual. Psimática. Madrid.España, 2001
15. Bowlby, J. (1989) Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Editorial Paidós
16. Dahlberg, L.L. & Potter, L.B. (2001) “Youth violence: Developmental pathways and prevention challenges”. American Journal of Preventive Medicine; 20 (1 Suppl), 3–14, en Krug, E.G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization, 2003
17. del Corral, P. (1989) “Trastorno Antisocial de la Personalidad”, en Echeburúa, E. Personalidades violentas. Madrid: Editorial Pirámide
18. dio Bleichmar, E. (2000) “Lo intrapsíquico y lo intersubjetivo: metodología de la psicoterapia de la relación padres/hijos/as desde el enfoque Modular-Transformacional” Aperturas psicoanalíticas: Hacia mod-

elos integradores. Revista de psicoanálisis Nº 6

19. Echeburúa, E. (1989) Personalidades violentas. Madrid: Editorial Pirámide
20. Farrington, D.P. (1998) “Predictors, causes, and correlates of male youth violence” en Tonry M, Moore MH, eds. Youth violence. Chicago: University of Chicago Press, 421–475
21. Farrington, D.P. (2001) “Predicting adult official and self-reported violence”, en Pinard, G.F. & Pagani, L. (eds.) Clinical assessment of dangerousness: empirical contributions. Cambridge, Cambridge University Press, 66–88, en Krug, E.G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization, 2003
22. Fonagy, P. (1997) “Attachment and theory of mind: Overlapping constructs?” Association for Child Psychology and Psychiatry Occasional Papers, 14, 31-40
23. Fonagy, P. & Target, M. (1998) “An interpersonal view of the infant”, en A. Hurry (comp.) Psychoanalysis and Developmental Therapy . London: Karnac., en Dio Bleichmar, E. “Lo intrapsíquico y lo intersubjetivo: metodología de la psicoterapia de la relación padres/hijos/as desde el enfoque Modular-Transformacional” Aperturas psicoanalíticas: Hacia modelos integradores. Revista de psicoanálisis Nº 6, 2000
24. Fonagy, P. (2000) “Apegos patológicos y acción terapéutica” Aperturas psicoanalíticas: Hacia modelos integradores. Revista de psicoanálisis Nº 4
25. Foucault, M. (1979) Microfísica del poder. Madrid: La piqueta en Suárez Richards, M. (comp) Introducción a la Psiquiatría. Tercera Edición. Buenos Aires: Editorial Polemos, 713-744, 2006
26. Franco, S. (1993) “La violencia una realidad social” en Violencia intrafamiliar: Memorias del Seminario realizado en Medellín. Buenos Aires: Programa Piloto de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
27. Freud, S. (1905) “Tres ensayos de teoría sexual” en Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores 1978-85, vol. 7, en Laplanche, J. y Pontalis, J. Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós, 1996
28. Freud, S. (1915c) “Pulsiones y destinos de pulsión”, Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu Editores, Vol. 14, en Laplanche, J. y Pontalis, J. Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós, 1996

29. Freud, S. (1920) "Más allá del principio del placer" en Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores 1978-85, vol 18, en Laplanche, J. y Pontalis, J. Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós, 1996
30. Freud, S. (1926) "Inhibición, síntoma y angustia" en Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores 1978-85, vol 20
31. Garrido, S. (2002) Algunas Reflexiones sobre la Violencia Intrafamiliar. Programa Piloto de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
32. Green, A. (1972) De locuras privadas. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1990
33. Green, A. (1986) La pulsión de muerte, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1991
34. Green, A. (1990) Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. Buenos Aires, Amorrortu editores en Quiroga, S. Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto, Buenos Aires: Eudeba, 1998
35. Grossman, K.E., Grossmann, K. & Schwan, A. (1986) "Capturing the wider view of attachment: A reanalysis of Ainsworth's Strange Situation" en C. E. Izard & P. B. Read (Eds.), Measuring emotions in infants and children (Vol. 2, pp. 124-171). New York: Cambridge University Press, en Bowlby, J. Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós, 1988
36. Huizinga, D., Loeber, R. & Thornberry, T.P. (1995) Recent findings from a program of research on the causes and correlates of delinquency. Washington, D.C., United States Department of Justice, en Krug, E.G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization, 2003
37. Kazdin, A.E. (1993) "Tratamientos conductuales y cognitivos de la conducta antisocial en niños: Avances de la investigación". Psicología Conductual, vol. 1, (1), 111-144
38. Kernberg, O.F. (1987). Trastornos graves de la personalidad. Estrategias psicoterapéuticas. México: El Manual Moderno.
39. Kernberg, O.F. (1994). La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad. Buenos Aires: Editorial Paidós
40. Kernberg, O.F. (2003) "La gestión de las tormentas afectivas en la psicoterapia psicoanalítica de los pacientes borderline" Aperturas psicoanalíticas: Hacia modelos integradores. Revista de psicoanálisis Nº 15
41. Klein, M. (1932) El psicoanálisis de niños. Tomo II. Buenos Aires: Edito-

rial Paidós

42. Klein, M.(1952) Obras Completas. Buenos Aires: Paidós, 1987
43. Kohut, H. (1971) Análisis del self. Amorrortu. Buenos Aires, en Marrone, M. (2001) La teoría del apego: un Enfoque actual. Psimática. Madrid. España
44. Kreisler L. (1976) El Niño psicosomático. Buenos Aires: Huemul en Quiroga, S, Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto, Buenos Aires: Eudeba, 1998
45. Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. & Lozano, R. (2003) Informe mundial sobre la violencia y la salud. Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo. Washington: D.C., Organización Mundial de la Salud- OMS Publicación científica y técnica Nº 588
46. Laplanche, J. & Pontalis, J. (1996) Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós
47. LeBlanc, M. & Frechette, M. (1989) Male criminal activity from childhood through youth. NuevaYork: Springer- Verlag, en Krug, E.G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization, 2003
48. Lolas, F. (1991) Agresividad y violencia. Buenos Aires: Losada.
49. Madaleno, M. (2001) Violencia en Adolescentes y Jóvenes en Latinoamérica, Santiago de Chile: C.P.U. Documento de Trabajo Nº 22
50. Mahler, M., Pine, F. & Bergman, A. (1975) The Psychological Birth of the Human Infant. New York: Basic Books, en Marrone, M. (2001) La teoría del apego: un enfoque actual. Psimática. Madrid.España
51. Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985) Security in Infancy, Childhood and Adulthood: A Move to the Level of Representation, en I. Bretherton & E. Waters (Eds.), Growing points of attachment theory and research, Monographs of the Society for Research in Child Development,Monographs of the Society for Research in Child Development., 50 (1-2, Serial No. 209): 66-104, en Bowlby, J. Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós, 1988
52. Maldavsky, D. (1992) Teoría y Clínica de los Procesos Tóxicos. Buenos Aires: Amorrortu Editores
53. Marty, P. (1968) “La dépression essentielle” Rev. Fr. Psych 32, 594-599, en Quiroga, S. Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto,

Buenos Aires: Eudeba, 1998

54. Miczek, K.A,, DeBold, J,F., Haney, M., Tidey, J.W., Vivian, J,A. & Weerts, E.M. (1994) “Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence”, en Reiss AJ, Roth JA. (eds.) Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior.Vol. 3. Social influences. Washington, D.C., National Academy Press, 1994:377–570, en Krug, E.G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization, 2003
55. Misgalov, E. (1986) “La violencia. Crisis adolescente”. Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Buenos Aires: Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, tomo IX, n. 1: pp. 217-220
56. Nagin, D. & Tremblay, R.E. (1999) “Trajectories of boys’ physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency”. Child Development, 70:1181–1196., en Krug, E.G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization, 2003
57. Puget, J. (1988) “Formación psicoanalítica de grupo. Un espacio psíquico o tres espacios ¿son superpuestos? Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Buenos Aires: Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, tomo XII, Nº 1 y 2 ” En Berenstein, I. (2000) “Notas sobre la violencia”. Psicoanálisis Buenos Aires: ApdeBA, Vol. XXII, Nº 2
58. Quiroga, S. (1994) Patologías de la Autodestrucción. Buenos Aires: Ediciones Publicar, 1997
59. Quiroga, S. & Belçaguy, M. (2001) Adolescencia: ¿crecimiento o autodestrucción?. Buenos Aires: Editorial JVE Ediciones
60. Quiroga, S. & Cryan, G. (2004) “Adolescentes con conducta antisocial y autodestructiva: estudio epidemiológico y nuevas técnicas terapéuticas”. XII Anuario de Investigaciones, pp. 25-32. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
61. Quiroga, S. & Cryan, G. (2005b) “Estudio Sociodemográfico y Epidemiológico de una Población Adolescentes en Riesgo Psicosocial” Memorias de las XII Jornadas de Investigación: “Avances, Nuevos Desarrollos e Integración Regional”. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, pp. 78-80
62. Quiroga, S. & Cryan, G. (2008c) “Grupos de Terapia Focalizada (GTF): Un Dispositivo para Abordar la Problemática de la Violencia Juvenil” Premio Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires 2008 “Dispositivos en Salud Mental. Aportes de la Psiología”, pp. 59-80. Universi-

dad de Buenos Aires. Facultad de Psicología,

63. Quiroga, S. E., Emborg, P; González, M; Pérez Caputo, M.C. & Fernández, G. (2002) “Manifestaciones de la lógica de la adolescencia temprana a través de la Escala PERI”. IX Jornadas de Investigación: “Presente y Futuro de la Investigación en Psicología”. Facultad de Psicología de la UBA.
64. Quiroga, S., Nievas, E; Domínguez, M; González, M. & Emborg, P. (2003) “Sucesos traumáticos en la adolescencia temprana. Presencia e intensidad del hecho traumático en tres poblaciones con diferentes grados de vulnerabilidad psicosocial”. Memorias de las X Jornadas de Investigación: “Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la investigación en Psicología” Tomo I, págs. 88-90. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
65. Quiroga, S., Paradiso, L., Cryan, G., Moreno, C. & Auguste, L. (2003) “La vincularidad en grupos paralelos de terapia focalizada para adolescentes tempranos con conductas antisociales y sus padres”. Memorias de las X Jornadas de Investigación: “Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la investigación en Psicología” Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 95-97
66. Quiroga, S., Paradiso, L., Cryan, G., Auguste, L. & Zaga, D. (2004) “Abordaje terapéutico para adolescentes tempranos con conductas perturbadoras: Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial”. Memorias de las XI Jornadas de Investigación: “Psicología, sociedad y cultura” Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 71-73
67. Quiroga, S., Nievas, E., Maceira, S., González, M. & Domínguez, M. (2005) “Sucesos Traumáticos y Vulnerabilidad Psicosocial en la Adolescencia Temprana” Memorias de las XII Jornadas de Investigación: “Avances, Nuevos Desarrollos e Integración Regional”. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología,, pp. 81-83
68. Quiroga, S. Paradiso, L. & Cryan, G. (2006) “Resultados de la Psicoterapia Grupal Psicodinámica Focalizada- GTF en una Muestra de Adolescentes con Conductas Perturbadoras y Padres con Trastornos de la Personalidad”. Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores del Mercosur: “Paradigmas, métodos y técnicas” Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 59-61
69. Reza, A., Krug, E.G. & Mercy, J.A. (2001) “Epidemiology of violent

deaths in the world". Injury Prevention, 7:104–111, en Krug, E.G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization, 2003

70. Satcher, D. (2001). Youth violence: a report of the Surgeon General. United States Department of Health and Human Services; Washington DC, en Krug, E.G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization, 2003
71. Shachnow, J., Clarkin, J., DiPalma, C.S., Thurston, F., Hull, J., & Shearin, E. (1997). "Biparental psychopathology and borderline personality disorder". Psychiatry, 60, 171-181 en Fonagy, P. (2000) "Apegos patológicos y acción terapéutica" Aperturas psicoanalíticas: Hacia modelos integradores. Revista de psicoanálisis Nº 4
72. Sroufe, L. A. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. In M. Perlmutter (Ed.), Minnesota symposia on child psychology (Vol. 16, pp. 41-81). Hillsdale, NJ: Erlbaum, en Bowlby, J. Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós, 1988
73. Sroufe, L. A. (1985). Attachment classification from the perspective of infant- caregiver relationships and infant temperament. Child Development, 56, 1-14, en Bowlby, J. Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós, 1988
74. Stattin, H. & Magnusson, M. (1996) "Antisocial development: a holistic approach". Development and Psychopathology, 8:617–645, en Krug, E.G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization, 2003
75. Stern, D. (1985) El Mundo Interpersonal del Infante. Buenos Aires: Paidós, en Dio Bleichmar, E. "Lo intrapsíquico y lo intersubjetivo: metodología de la psicoterapia de la relación padres/hijos/as desde el enfoque Modular-Transformacional" Aperturas psicoanalíticas: Hacia modelos integradores. Revista de psicoanálisis Nº 6, 2000
76. Stern, D. (1991) "Maternal representations: A clinical and subjective phenomenological view". Infante Mental Health Journal, 12, 174-186. en Dio Bleichmar, E. "Lo intrapsíquico y lo intersubjetivo: metodología de la psicoterapia de la relación padres/hijos/as desde el enfoque Modular-Transformacional" Aperturas psicoanalíticas: Hacia modelos integradores. Revista de psicoanálisis Nº 6, 2000
77. Rojas, M.C, Kleiman, S., Lamovski, L., Levi, M. & Rolfo, C. (1990) "La

Violencia en la Familia: Discurso de Vida, Discurso de Muerte". Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Buenos Aires: Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, tomo XIII, Nº 1 / 2

78. Stattin, H. & Magnusson, D. (1989) "The role of early aggressive behavior in the frequency, seriousness, and types of later crime" Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57:710–718
79. Valls, J. (1997) Diccionario Freudiano, España: Ed. Julian Yebenes
80. Winnicott, D. (1963) "Miedo al derrumbe" en Exploraciones psicoanalíticas. Buenos Aires: Editorial Paidos, 1991
81. Winnicott, D. (1990) "Deprivación y Delincuencia". Buenos Aires: Editorial Paidós
82. Zadjman, R. (1985) La agresión en la obra de Freud. Desarrollo cronológico. Buenos Aires: Ed. Kargieman

LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN CHILE: APUNTES PARA UNA PSICOTERAPIA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL DESDE UN ENFOQUE CONSTRUCTIVISTA-EVOLUTIVO

Marcela Fernanda Guzmán Sánchez*, Rodrigo Andrés Mardones Carrasco** y Marcela Alejandra Romero Carvajal***

RESUMEN

La salud mental ha cobrado mayor relevancia en las últimas décadas al existir un aumento de niños y adolescentes afectados por problemas psicológicos y psiquiátricos, entre estos trastornos encontramos a la depresión infantil, que se constituye como un cuadro complejo que ha sido reconocido relativamente hace poco tiempo como una entidad clínica. Esta complejidad se aprecia en sus múltiples manifestaciones sintomatológicas y multicausalidad.

Dada la necesidad de dar cuenta de nuevas e innovadoras formas de intervención que enmarquen la práctica clínica infanto-juvenil, es que se presenta el modelo constructivista-evolutivo. Esta teoría nos entrega una visión más completa e integral del fenómeno teniendo así una mayor claridad al plantear los objetivos en una psicoterapia. Es importante dilucidar las particularidades y potencialidades de la psicoterapia constructivista-evolutiva en depresión infantil, presentándose como un marco de trabajo útil y novedoso.

PALABRAS CLAVE: Constructivismo evolutivo, Depresión infantil, Psicoterapia.

ABSTRACT

DEPRESSION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN CHILE: NOTES FOR PSYCHOTHERAPY OF CHILDHOOD DEPRESSION FROM A CONSTRUCTIVIST-DEVELOPMENTAL APPROACH

* Licenciada en Psicología. Institución: Universidad de Chile. E-mail: guzmans.mf@gmail.com. Dirección Postal: 7780451. Fono/Fax: +56 09. 9. 275. 53. 91.
** Licenciado en Psicología. Institución: Universidad de Chile. E-mail: rodrigo.mc@ug.uchile.cl. Dirección Postal: 8052608. Fono/Fax: +56 09. 8. 30. 138. 41.
*** Licenciada en Psicología. Institución: Universidad de La Serena. E-mail: mromerocarvajal@gmail.com. Dirección Postal: 1791930. Fono/Fax: +56.09.8.75.67.342

Mental health has become more pressing in recent decades to be an increasing number of children and adolescents affected by psychological and psychiatric problems, among these disorders we found the childhood depression, which its sets as a complex picture that has been recognized relatively recently as a clinical entity. This complexity can be seen in its many manifestations and symptom of multiple causes.

Given the need to account for new and innovative forms of intervention that surround the child and adolescent clinical practice is that its presents the model constructivist-evolutive. This theory gives us a more complete and comprehensive phenomenon with greater clarity and to raise the goals in psychotherapy. It is important to elucidate the particularities and potentials of constructivist-evolutive psychotherapy in childhood depression, presenting as a useful and new framework.

KEY WORDS: Evolutive Constructivism, Childhood Depression, Psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

La salud mental ha adquirido mayor relevancia al existir un aumento de niños y adolescentes afectados por problemas psicológicos y psiquiátricos, por lo que un acercamiento a éstas temáticas resulta necesario debido a la notoria escasez de publicaciones (Aburto, Loubat y Vega 2008). Entre ellos, los trastornos depresivos corresponden a trastornos comunes e incapacitantes, cuya incidencia sufre un incremento particularmente luego de la pubertad, lo que ha motivado un interés creciente en desarrollar estrategias que permitan enfrentar este incremento interviniendo en niños y adolescentes (Cova, Aburto, Sepúlveda y Silva, 2006).

La depresión infantil es un cuadro complejo y ha sido reconocida relativamente hace poco tiempo como una entidad clínica. Esta complejidad se aprecia en sus múltiples manifestaciones sintomatológicas y multicausalidad (Aburto et al., 2008). La depresión infantil presenta una sintomatología diversa, que en algunos casos puede hacer difícil su diagnóstico. Dentro de los distintos síntomas, pueden aparecer algunos de gran riesgo, como la conducta suicida (Aburto et al, 2008).

En Chile existe poca información sobre la epidemiología de los síntomas y trastornos depresivos en población adolescente, y se cuenta con escasos instrumentos que faciliten la evaluación de estas problemáticas (Cova et al., 2006). Además, los tratamientos se centran en desarrollar factores protectores a nivel individual, fundamentalmente de tipo cognitivo, con poca consider-

ación de otros factores psicosociales. Excepcionalmente, los programas toman como foco, aparte del entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales, temas relacionados con las preocupaciones propias de la niñez y adolescencia (Cova et al, 2006).

Es por ello, que se enfocará el siguiente trabajo en la psicoterapia, ya que la efectividad que pueda tener en el tratamiento de la depresión es crucial para la remisión de los síntomas. Especialmente, se tratará la psicoterapia constructivista evolutiva, la que tiene importantes implicancias, al considerar factores relevantes del ciclo vital del niño, como su proceso de desarrollo, la construcción de su conocimiento del mundo, la visión de sí mismo y sus figuras significativas. Así, este modelo apuntaría al logro de una identidad personal autónoma como un proceso de diferenciación e integración, a través del cual la persona organiza sus experiencias de acción y de interacción en el mundo (Sepúlveda, 2003), superando la individualidad e integrando diversos aspectos a la práctica clínica.

Contextualización de la depresión infantil en Chile…una deuda pendiente

En Chile, no existen estudios sistemáticos sobre la epidemiología de los síntomas y trastornos depresivos y ansiosos en población infantil y adolescente, y se cuenta con escasos instrumentos de evaluación. Los pocos estudios epidemiológicos de trastornos psicopatológicos realizados en Chile consideran sólo población por sobre los 15 años, y no han desagregado sus datos para las edades entre 15 y 20 años (Cova, Melipillán, Valdivia, Bravo y Valenzuela, 2007).

A nivel de síntomas y síndromes sí existen algunas investigaciones, en particular, respecto a síntomas y síndromes depresivos e ideación suicida. Un estudio realizado en 1991, por Sepúlveda, Almonte, Valenzuela y Avendaño (en Cova et al., 2007), en base a un instrumento diseñado por los propios autores, en una muestra de 241 adolescentes de 16 a 19 años del área norte de Santiago, mostró que se habían registrado síntomas o signos frecuentes de depresión en un 14,7% de los adolescentes del grupo, y ocasionales en un 59% de ellos, con incidencia significativamente mayor entre las niñas (20% v/s 9,7%). En tanto, Cumsille & Martínez (1997), realizaron un estudio de sintomatología depresiva en una muestra constituida por 376 adolescentes, de 14 a 19 años, alumnos de dos liceos técnico-profesionales del área sur de la Región Metropolitana de Santiago. En él utilizaron una versión modificada del Inventario de Depresión de Beck de 19 ítemes (y no la habitual de 21 ítemes). Los investigadores encontraron un alto puntaje promedio para síntomas depresivos en el

conjunto de la muestra (15,6), y diferencias entre los y las adolescentes (14,0 y 16,9, respectivamente, $p < 0,05$). Un 44% de la muestra presentaba síntomas depresivos reconocibles. Mientras en un estudio más reciente, Cova et al. (2007) con una muestra de 746 estudiantes de enseñanza media con edades comprendidas entre los 14 y los 20 años en Concepción, representando los cuatros niveles de la enseñanza media, utilizando el Inventario de Depresión de Beck segunda versión BDI-II, encontró que un 32,6% de los adolescentes de la muestra presentaba sintomatología depresiva (moderada o severa). Los resultados de estos estudios indican una frecuencia elevada de sintomatología depresiva en adolescentes chilenos, claramente más alta que la observada con el mismo instrumento y muestras equivalentes en otros países (Cova et al., 2007). Por lo que esta investigación, es una primera aproximación a dilucidar la incidencia de este trastorno en los jóvenes chilenos, lo que como profesionales nos llama a realizar nuestros mejores esfuerzos en cuanto a la revisión de los aspectos efectivos de la psicoterapia, en este caso, desde el enfoque constructivista-evolutivo.

Aspectos teóricos del Constructivismo-Evolutivo

Para abordar desde este enfoque la depresión, es pertinente revisar sus postulados, en especial los aportes de Piaget, definiendo los fundamentos teóricos que sustentan esta perspectiva en pos de comprender su importancia en la intervención psicológica.

Este modelo ha surgido desde la psicología clínica infanto-juvenil, con el objetivo de integrar el paradigma piagetano a la psicoterapia (Sepúlveda, 2008), y sus bases están en la epistemología constructivista, la que concibe la existencia de un mundo real independiente de la conciencia, sólo hipotética y parcialmente cognoscible y explicable. El sujeto debe construir conocimiento "*a partir de su propia experiencia y acción*" (Mahoney, 1997, en Cruz y Roa, 2005), viéndolo como un ser proactivo. Así, la comprensión es inseparable de la experiencia humana (Guidano, 1994). Evolutivamente, concibe que los sistemas orgánicos evolucionan a través de etapas, de acuerdo a principios regulares de estabilidad y cambio (Sepúlveda, 2008). Por lo tanto, el conocimiento construido es concebido como un proceso evolutivo, histórico y autorreferente, siendo un conocimiento que "*avanza hacia la complejidad y compresión en cada momento del desarrollo*" (Cruz y Roa, 2005, p.52). El conocimiento es estructurado en sistemas jerárquicos y autoorganizados las que son susceptibles de ser reconsideradas y reconstruidas (Sepúlveda, 2008).

Piaget ve el desarrollo como una sucesión de estadios, donde cada uno es más complejo que el anterior. Estos se generan a partir de las perturbaciones

provocadas por el ambiente a los esquemas que el sujeto tiene, por lo que es necesario regresar a su estado de equilibrio (Flavell, 1982). Esto puede lograrse mediante dos procesos: acomodación y asimilación. El primero es una adaptación que debe hacer el organismo frente a la realidad, modificando sus esquemas; el segundo se refiere a la incorporación de conocimientos a la estructura mental, adaptándolos de acuerdo a ella. Si se adaptan exitosamente, hay una preservación del propio sentido del sí mismo mediante la transformación del mundo percibido (Cruz y Roa, 2005). Por el contrario, si ocurre un trastorno en estos procesos, se genera una desadaptación de la realidad y un escaso desarrollo cognitivo. Entonces para hablar de desarrollo, en estos estadios, la asimilación y acomodación deben progresar desde ser procesos indiferenciados, marcando un egocentrismo al no diferenciarse sujeto y objeto, hasta su completo "antagonismo" y complementariedad, integrándose para lograr la autonomía y diferenciación individual (Flavell, 1982).

El proceso de equilibrio-desequilibrio que implica el desarrollo, comienza desde la edad temprana, donde se desarrollan los primeros esquemas mentales y se producen las mayores contradicciones y negaciones al presentarse un elemento perturbador. Frente a éstos, el niño buscará ser compensado para mantener el equilibrio ante la perturbación; en segundo lugar, buscará integrar el elemento perturbador a su sistema y en tercer lugar, anticipará las posibles variaciones para que no sean perturbadoras. Entre los posibles factores de riesgo que pueden desencadenar crisis encontramos: el contexto, factores sociales, distorsiones cognitivas, estilos de enfrentamiento inapropiados, historia psicopatológica familiar y las respuestas familiares a las necesidades del niño (Cruz y Roa, 2005). Si el desequilibrio es superado, será provechoso para el desarrollo. Con esto el desarrollo avanza, logrando incluir diferenciaciones e integraciones que llevan a la complejidad del sistema de conocimiento. Es así como el individuo alcanza un conocimiento del mundo, de su relación con el entorno y de sí mismo (Cruz y Roa, 2005).

Las dificultades que puedan presentarse en el desarrollo, en la diferenciación e integración con otros, llevan a la pérdida del sentido de la relación del sí mismo y del entorno.

El sí mismo opera a través de un sistema de conocimiento y autoconocimiento que le permite hacer consistente, en la explicación, la experiencia de la praxis del vivir (Yáñez, Gaete, Harcha, Kühne, Leiva y Vergara 2001). La necesidad de conocer el mundo y de poder procesarlo de manera consistente va constituyendo la subjetividad. El sí mismo es un sistema de conocimiento, que se construye desde las experiencias vitales y la forma de explicarlas, de modo que le permitan progresivamente hacer aquellas explicaciones coher-

entes con prototípicos evolutivos. La estructura del sí mismo se compone de conocimientos que permiten la existencia de una narrativa coherente con la noción de sí mismo (la que sustenta la identidad del sujeto), y por contenidos experienciales, (Yáñez et al., 2001), dados a través de los momentos evolutivos del individuo.

Para Piaget entonces, el sí mismo es un esquema estructurado por el pensamiento operacional, siendo el resultado de los procesos de asimilación y acomodación en la equilibración. Con el fin de obtener alguna apreciación de un sí mismo (una continuidad del yo), el niño debe construir este concepto del sí mismo, y esto sólo puede ocurrir mediante los procesos usuales de asimilación y acomodación. Con el tiempo los niños construyen una imagen del sí mismo cognoscitivo, un cuadro de ellos mismos en relación con otros. Este concepto del sí mismo es el resultado y no la causa de la asimilación-acomodación en la equilibración (Quiroga, 2005).

Los conceptos de adaptación, equilibración, desequilibrio, y organización del sí mismo, junto con las características particulares de cada etapa del desarrollo, permiten la comprensión del fenómeno de la depresión desde el enfoque propuesto.

La relación entre la estructura y la organización en constante interacción con las perturbaciones del medio, determinarán la dinámica particular del organismo que las enfrenta y las hace propias a partir de la operación de su propio sistema de conocimiento (Yáñez et al., 2001). Así, entenderemos por “normal” una persona flexible, abstracta y generativa (Ruiz, 2004).

LA PSICOPATOLOGÍA EVOLUTIVA

La psicopatología evolutiva se dirige a comprender lo patológico en relación al proceso de desarrollo, a la construcción histórica de significado, entendiéndola como una perturbación en este proceso, no siendo coherente con las estructuras de significado o no pudiendo integrar las diferentes estructuras (Guidano, 1994). De esta manera, los desequilibrios durables, constituyen estados patológicos orgánicos o mentales. De acuerdo con esto, si no se logran los equilibrios entre asimilación y acomodación en cualquiera de los niveles jerárquicos, el sujeto no lograría satisfacer sus necesidades y se produciría la “anormalidad” (Quiroga, 2005). Entonces, los aspectos medulares del desarrollo psicológico que explicarían la psicopatología serían (Rychlack, 1981 en Sepúlveda, 2001):

a) Sobrevaloración o desvalorización de sí mismo lleva a distintos desajustes. El niño no logra acomodarse a la realidad, niega aspectos no asimilables

y distorsiona los esquemas afectivos en relación a sí mismo, los otros y el mundo.

b) Fijación de estructuras rígidas de pensamiento en etapas anteriores de desarrollo, evitando la superación del egocentrismo. El niño sigue pensando la realidad de forma sincrética y prelógica, por lo que no lograría el ajuste social. La persona usaría esquemas estrechos que no ajustan con la realidad.

c) Estado de desequilibrio permanente de algunas estructuras implica irregularidad en los procesos de asimilación y acomodación, lo que derivaría en la imposibilidad de regular el comportamiento.

La persona bien ajustada es autoaceptada, deseosa de acomodarse y, por encima de todo, realista acerca de la vida (Rychlack, 1988 en Cruz y Roa, 2005). El equilibrio es lo principal en la adaptación, la excesiva rigidez o flexibilidad de las estructuras lleva a las organizaciones psicopatológicas (Sepúlveda, 2001). Así, la adaptación implica un individuo que ha superado el egocentrismo, que se ajusta adecuadamente a lo social, moral y afectivo. Desde estos elementos teóricos es posible comprender la depresión, que tiene sentido dentro del continuo vital de cada sujeto en relación con su medio y las construcciones de significado que ha ido elaborando a partir de éstas.

La no superación del egocentrismo en el desarrollo deja a la persona centrada en sí misma, percibiendo los límites puestos por el otro y el ambiente, como un obstáculo al desarrollo del sí mismo y como un autosacrificio permanente (Sepúlveda, 2003).

LA DEPRESIÓN Y SU ORGANIZACIÓN EVOLUTIVA

La depresión infantil es un cuadro complejo y de reconocimiento relativamente reciente como entidad clínica dentro de la psicología (Aburto et al, 2008). Se ha demostrado que el trastorno depresivo mayor del DSM-IV puede identificarse en niños en edad preescolar con una evaluación diagnóstica adecuada a esta edad. La validez de este síndrome depresivo de la edad preescolar, se sustenta en numerosos factores: una constelación sintomática específica, antecedentes familiares de trastornos afines, disfunción social y síntomas depresivos graves y persistentes (Luby, Mrakotsky, Heffelfinger, Brown & Spitznagel, 2005).

La depresión infantil no suele presentarse de la misma forma que en un adulto, más bien “se expresa de manera más heterogénea, lo cual se despliega como un obstáculo para su diagnóstico y tratamiento” (Aburto, et al., 2008, p.190). Esta complejidad se refleja en su diversa sintomatología y múltiples

causas, como los distintos factores etiológicos que esta puede tener (García, 2003 en Aburto et al., 2008). Dentro de la sintomatología, se consideran manifestaciones anímicas, conductuales, cognitivas y fisiológicas que repercuten en otras áreas de la vida del niño (Aburto et al., 2008). Entre los síntomas más comunes se hallan: alteraciones de sueño, del apetito y peso, baja autoestima, aislamiento social, hiperactividad, disforia, anhedonia, ideación suicida, entre otros (Del Barrio, Frías & Mestre, 1994).

Tipo de Depresión	Sentimientos	Manifestación
Depresión de Abandono o Desamparo	Ansiedad de Separación	Fracaso para prosperar
Depresión de Desilusión	Coartado, no incluido en el mundo con los otros. Ser dejado de lado. No formar parte de. Sentirse incapaz de controlarse y satisfacer los deseos.	Rechazo escolar, persistencia en la fantasía.
Depresión de Sacrificio del Sí Mismo	Deprivado, impedido, controlado, interferido en el actuar. Sentirse irresponsable a la vez.	
Rabia, temor.	Comportamientos opositores, contra las normas.	
Depresión de Dependencia	Insoportable, sólo, abandonado, traicionado. Sentirse débil, vulnerable. Tristeza.	Duda de sí mismo, fracaso de la identidad.
Depresión Autoevaluativa	Humillado, vacío, fuera de control, vulnerable, aislado de otros. Sentirse débil, sin pertenencias, con pérdida de identidad y de límites.	Adicción a una actividad.

Tabla Nº1: Organizaciones Evolutivas de la Depresión (Tomado de Kegan, 1982, citado en Sepúlveda, G. (2001). Organizaciones evolutivas de la depresión y su tratamiento desde una perspectiva cognitiva evolutiva constructivista. Asociación de Psicólogos Infanto-Juveniles, 1 (1), 42-51)
Table No. 1: Evolutionary Organizations of the Depression (From Kegan, 1982, quoted in Sepulveda, G. (2001). Organizaciones evolutivas de la depresión y su tratamiento desde una perspectiva cognitiva evolutiva constructivista. Asociación de Psicólogos Infanto-Juveniles, 1 (1), 42-51)

Kegan (1982, en Sepúlveda, 2001) plantea la hipótesis de que la depresión es causa de un desequilibrio o una amenaza de desequilibrio en un determinado momento evolutivo, principalmente en etapas transicionales del desarrollo del sí mismo. Puede haber amenaza al sí mismo (pérdida del self), al objeto o a su pérdida y una amenaza o pérdida del significado (equilibrio de la relación sujeto-objeto). Kegan plantea 5 tipos de depresión, que se caracterizan por una preocupación o duda específica (tabla Nº 1), relacionadas con un tipo diferente de experiencia de pérdida que involucra al self en cada etapa distinta.

Podemos ver dos orientaciones que representan dos instantes en una actividad dinámica continua: la duda de sí mismo y la del mundo. Puede haber períodos de amenaza al sí mismo, acallando la duda, no poniéndola en el mundo, sino en el *self*. Esto depura al mundo y lo hace vivible, o al revés, se fortalece el sí mismo y se duda del mundo. Cuando un sujeto experimenta la depresión en términos de un ambiente amenazante defiende el equilibrio del self, se rigidiza la estructura cognitiva del sí mismo, falla el proceso de acomodación, siendo la rabia y el temor los sentimientos predominantes. Si la persona experimenta la depresión de forma autocrítica al self, flexibiliza su estructura cognitiva para poder asimilar nuevas experiencias, prevaleciendo la pena (Sepúlveda, 2001).

Estos procesos son vividos con un significado diferente según la etapa del desarrollo, otorgándole un carácter particular. Cuando la persona está muy centrada en sí mismo identificará la fuente de sus problemas en otras personas. Cuando se ha logrado el proceso de descentración, es más probable que perciba su propia inhabilidad para hacer lo necesario para salir adelante y relacionarse con el mundo, iniciando el proceso de reequilibración (Sepúlveda, 2001).

PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

La psicoterapia constructivista evolutiva, resulta una mirada novedosa e integradora de los modelos teóricos existentes dentro de la psicología y proporciona un marco teórico de gran valor en las intervenciones con niños y adolescentes. La psicoterapia se transforma en un proceso dinámico y dialéctico generando esquemas cognitivos, los que se construyen en la actividad personal e histórica del sujeto (Macurán, 2003).

El sujeto en desarrollo está sujeto a procesos de equilibración que permiten la anulación del egocentrismo, accediendo a la auto-reflexividad; por otro lado la centración y descentración perturban o facilitan la apertura a la experiencia; finalmente la reversibilidad será esencial para permitir la permeabilidad y mo-

vilidad del sujeto, donde hay un proceso dinámico en búsqueda del equilibrio. Estos elementos son medulares para abarcar las posibilidades de cambio estructural de los sujetos (Macurán, 2003).

La psicoterapia está enfocada a entregar herramientas a las personas que les permitan mejorar su calidad de vida a través de cambios en su conducta o estructuración del mundo. En terapia infantil se debe considerar: el funcionamiento personal del niño, la edad, etapa de desarrollo (Cruz & Roa, 2005), género, nivel cognitivo, apreciación del tiempo, etapa emocional, intereses, cultura y estilo personal, la relación del niño con el ambiente de los adultos y la relación del niño entre pares (Ronen, 2003). La terapia debe participar activamente en el ambiente natural del niño, familiarizarse con las figuras importantes de su mundo y su lenguaje.

El terapeuta debe hacerse cargo del factor motivación, debe crear una relación de significativo afecto con el niño, crear un clima de confianza y adaptar la terapia tanto en términos de lenguaje como de conceptos y pruebas que le resulten entretenidas (Rose y Edelson, 1988, en Ronen, 2003). Además debe integrar correctamente la información que recolecte de padres, profesores y compañeros sobre el niño (Shirk y Russel, 1996, en Ronen, 2003).

En este sentido, el terapeuta es un actor de vital importancia dentro del proceso psicoterapéutico, siendo él, capaz de propiciar cambios significativos en el paciente, mediante una relación "empática, colaboradora, respetuosa, y a veces, reverencial, cuando se afronta la comprensible referencia al cambio" (Macurán, 2003, p.24).

Desde la perspectiva constructivista evolutiva, el papel del terapeuta está definido como un acompañante en el desarrollo, que debe guiar a la persona hacia mejores equilibrios, explorando las posibilidades de enfrentamiento y solución de los problemas (Macurán, 2003). De esta forma, el terapeuta tiene ciertos objetivos centrales a seguir, los cuales deben ir orientados hacia: desarrollar cambios estructurales profundos; facilitar el proceso de diferenciación y objetivación de la realidad; logrando la integración (Macurán, 2003). En este proceso, la empatía con el paciente juega un rol fundamental, en donde se deben respetar los ritmos evolutivos, siendo el terapeuta una herramienta que pueda participar del proceso social de reconstrucción del significado (Macurán, 2003).

Según Kegan (1982 en Macurán, 2003), el papel del terapeuta incluye: proteger oportunidades de conciencia para la evolución de significado; brindar un ambiente para el desarrollo; unirse a la persona en el proceso de construcción de significados; ofrecer reconocimiento social, para que el paciente así pueda ver el problema y dejar de sentirlo; proveer experiencias que sean capaces

de informar a la persona sobre los límites y contradicciones de su forma de construir el mundo; estar del lado del conocimiento más que del lado del saber.

Desde este enfoque, las fases de la psicoterapia son factibles de ser divididas en 3 etapas, según Sepúlveda (1998 en Macurán, 2003), éstas dan cuenta de los pasos para el logro de determinados objetivos:

a) Autoobservación: se considera como una fase de exploración. El objetivo aquí es propiciar la diferenciación del sí mismo, lograr autorreconocimiento a través de herramientas que permitan la visualización y compresión de la unidad del sentido de la experiencia. Dentro de esta etapa se debe formar el vínculo terapéutico, donde la tarea del terapeuta es acoger y contener al paciente, mezclando un vínculo protector. Desde la perspectiva piagetana, implica el reconocimiento de la organización de las estructuras afectivas, cognitivas y morales del sujeto.

b) Experimentación: dentro de esta etapa se confrontan hipótesis que se han logrado en relación a la manera de organizar y procesar información y la interacción con el medio. El objetivo es propiciar la acomodación de nuevos elementos, impulsando la transformación de estructuras cognitivas. En otras palabras, permite la experimentación de nuevas formas de construcción de significado, relacionándolas con la experiencia vital del sujeto. Desde la perspectiva piagetana, esta etapa supone la recuperación de los equilibrios, al lograr la regulación entre asimilación y acomodación. Esto podría llevar a una organización más funcional de las estructuras y procesos psicológicos.

c) Integración: reorganización e integración del sí mismo mediante la abstracción reflexiva. Esta fase correspondería al cierre del proceso terapéutico, donde se propicia que el sujeto logre la integración e independencia necesaria para poder mantener relaciones sociales más adaptativas. Desde la perspectiva piagetana, se generan equilibraciones maximizadoras que implican el mejoramiento de la equilibración. Hay transformaciones estructurales profundas que influyen en la eficacia de adaptación del sujeto, lo que es logrado mediante la modificación sujeto-objeto. Así, se logra un sujeto que es capaz de organizar y dirigir adaptativamente su experiencia.

A MODO DE CONCLUSIÓN...

El enfoque constructivista-evolutivo ofrece un marco comprensivo para la depresión, que permite entenderla como un proceso psicopatológico marcado por el desequilibrio, surgido dentro del desarrollo del individuo. Así, es posible elaborar criterios que se deben considerar para la elaboración e implement-

ación de una psicoterapia que considere los aspectos diferenciales del fenómeno y que respete su individualidad. El diagnóstico no guía en sí el tratamiento sino la comprensión de los síntomas en contexto del desarrollo evolutivo de cada sujeto, por lo que es posible un tratamiento diferenciado y personalizado, sin que por ello se pierda la rigurosidad terapéutica.

Esta terapia apunta al desarrollo de la persona consigo mismo y con el contexto. En la psicoterapia se ve reflejado en la comprensión de mecanismos ambientales óptimos o protectores del desarrollo logrando la formación, corrección o consolidación del desarrollo psicológico, donde el terapeuta es un "acompañante" en este proceso (Sepúlveda, 2008) que es un proceso de coconstrucción con el paciente para que logre aquellos equilibrios necesarios, y así conseguir transformaciones profundas en las construcciones de la identidad personal, del sí mismo. Esta potenciación de sí mismo, del desarrollo personal influiría fuertemente en la capacidad de evitar recidivas.

En relación a la psicopatología esta teoría la aborda desde una visión "procesual", en donde la persona no es capaz de procesar su experiencia de una manera flexible, abstracta ni generativa (Ruiz, 2004). Por lo tanto, la depresión infantil constituiría una patología evolutiva que supone un conflicto psicológico originado en la vivencia de amenaza frente a la pérdida de la organización del sí mismo lograda. La que puede ser restituida. Por lo que a este desarrollo subyace la idea de progreso. Esta teoría, entonces, iría mucho más allá del conocimiento de las características del proceso de desarrollo, también la comprensión de las dinámicas de generación de significados y la relación particular que entabla el individuo consigo mismo y con su entorno superando el individualismo.

Esto ilustra un cambio de perspectiva, marcando una gran importancia por un interés del análisis funcional de las estructuras de conocimiento y de su desarrollo.

La depresión aparece conceptualizada como un desequilibrio producida dentro del proceso del desarrollo del infante o adolescente, lo que se da al ocurrir una rigidización de ciertas estructuras, en lo que influyen variados factores con los que el niño tiene contacto.

Todas estas contradicciones o problemas pueden generar que el niño no pueda sortear ciertas dificultades, cayendo en un proceso psicopatológico, en vez de un proceso normal de desequilibrio. La manifestación de este desequilibrio y malestar, puede ser variada, existiendo un amplio espectro de las distintas formas de expresión, yendo desde la pena y la rabia hasta síntomas que son más propios de algún trastorno más severo. Esto, lamentablemente, hace que el diagnóstico y la comprensión del cuadro, en especial de la depre-

sión infantil, sea dificultoso, tornando más complejo el proceso de psicoterapia.

En la diferenciación y comprensión de la sintomatología es de gran relevancia el tener en cuenta la distinción entre la depresión infantil y la adulta, ya que en la primera los síntomas pueden ser más observables, pero más complejos de diferenciar, por su amplio espectro al ser manifestada. En la depresión adulta, hay más recursos para verbalizar, comprender y comunicar vivencias, por lo que los síntomas pueden ser "más internos", en el sentido de tener menor visibilidad y que pueden captarse a través de un proceso conversacional.

DISCUSIÓN

El psicólogo constructivista evolutivo, se interesa por cuestiones que giran más bien en torno a la descripción, explicación y modificación de un determinado resultado o una secuencia de ellos. En ello, el papel del terapeuta es de vital importancia dentro del proceso psicoterapéutico, tanto para su desarrollo como para su éxito. Él es quien debe ser capaz de generar cambios en el paciente, a partir de los fenómenos propios de la persona y del cuadro que presente. Este terapeuta debe poder comprender las necesidades específicas el niño o adolescente, tomar ese desequilibrio presente, el grado de flexibilidad que tenga el niño y otros elementos, tales como la capacidad de acomodación y asimilación (y la regulación entre ambos) y poder orientarlos dentro de la terapia para lograr una recuperación del equilibrio. Esto se logra al flexibilizar los procesos acomodativos, los que darían la posibilidad de que el niño llegue a tener una mejor adaptación, tanto afectivo como cognitiva.

Así, el terapeuta no debiera tomar el diagnóstico del niño como una guía para la terapia, sino que debe tomar ese elemento como una herramienta para lograr establecer estas necesidades evolutivas para finalmente restablecer el equilibrio, haciendo el niño sea más flexible, generativo y "más abstracto", de acuerdo al nivel del desarrollo en el que este se encuentre. En otras palabras, lo que el terapeuta debe lograr, es el potenciar el desarrollo del niño, a través de los diversos cambios significativos alcanzados durante el período de psicoterapia.

Para lograr esto, el terapeuta debe formar un vínculo de respeto y empatía, el cual se va manifestando de maneras diferentes dentro de las distintas etapas del tratamiento, siempre respetando el propio ritmo evolutivo del paciente, ayudándolo a construir y reconstruir los distintos significados que éste posee del mundo, de los otro y de sí mismo. De esta forma, el terapeuta tiene misiones diferentes que cumplir en cada etapa del proceso, primero confirmando al paciente, conteniéndolo y luego, progresivamente ir adoptando es-

trategias capaces de crear cambios importantes, propiciando la contrastación de hipótesis del paciente en su vida cotidiana por ejemplo.

Así, el terapeuta constructivista acompaña al paciente en todo el proceso, explorando el crisol de posibilidades del niño o adolescente para el enfrentamiento de los problemas, procurando en todo momento que pueda ser llevado a cabo el proceso de diferenciación y objetivación de la realidad, haciendo del paciente una persona más autónoma.

Por lo tanto, el papel del terapeuta vendría siendo una especie de catalizador de ciertos procesos en el individuo, en donde es el paciente quien trabaja con ayuda del psicólogo, siendo éste una especie de herramienta para el paciente.

El terapeuta ve al niño o adolescente como otro, como una persona y no como una cosa que hay que arreglar y corregir. Siempre valida la experiencia de ese otro, como persona, mas esto no quiere decir que sencillamente deje a la persona tal como está, sino que ayuda a equilibrar ciertos procesos en un momento determinado de su continuo vital. Este punto es muy importante, ya que permite determinar qué elementos deben ser considerados para realizar el proceso terapéutico, qué elementos de la experiencia del niño o adolescente deben tomarse para así constituir un todo que pueda guiar la labor del terapeuta, qué cosas trabajar en el contexto de terapia, qué cosas resignificar y reelaborar para que se pueda restaurar el equilibrio, llegar a una mayor diferenciación e integración de sí mismo.

Este enfoque no se limita a resolver el problema puntual, sino que es capaz de ir más allá de la contingencia actual que afecta al paciente, haciéndolo realmente un individuo autónomo, que pueda utilizar nuevas y distintas estrategias a futuro. Estas posibilidades, ventajas y alcances de este enfoque son factibles gracias a la organización de la psicoterapia, de sus fases, objetivos y consideraciones, que configuran el real aporte del enfoque constructivista evolutivo. Si se ve al niño desde una perspectiva del desarrollo y desde la teoría constructivista, permite acercarse a él de una manera diferente, considerando las características evolutivas que inciden en la construcción de su conocimiento del mundo y de él mismo logrando finalmente a una flexibilización de estructuras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aburto, M., Loubat, M., Vega, M. (2008). Aproximación a la Depresión Infantil por Parte de Psicólogos que Trabajan en COSAM de la Región Metropolitana. Terapia Psicológica, Vol. 26, N° 2, 189-197. [Versión electrónica]. Extraído el 6 de Abril de 2010. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848082008000200005

&lng=es&nrm=iso

2. Cova, F., Aburto, B., Sepúlveda, M. & Silva, M. (2006). Potencialidades y obstáculos de la prevención de la depresión en niños y adolescentes. Revista Psykhe, Vol.15, (1), 57-65. [Artículo electrónico]. Extraído el 2 de Abril de 2010. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282006000100005&script=sci_arttext
3. Cova, F., Melipillán, R., Valdivia, M., Bravo, E. & Valenzuela, B. (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. Revista Chilena de Pediatría, vol. 78 (2), 151-159. [Artículo electrónico]. Extraído el 16 de Febrero de 2010. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062007000200005&script=sci_arttext
4. Cruz, F. & Roa, V. (2005) Intento suicida en niños y adolescentes: Criterios para un modelo de intervención en crisis desde el enfoque constructivista evolutivo. Memoria para optar al título de psicólogo. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
5. Cumsille, P. & Martínez, M. (1997). Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago. Revista Chilena de Pediatría, vol. 68 (2), 74-77. [Artículo electrónico]. Extraído el 2 de Abril de 2009. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-1061997000200003&lng=en
6. Del Barrio, V., Frías, D., Mestre, V. (1994) Autoestima y depresión en niños. Revista de Psicología General y Aplicada, 47 (4), 471-476.
7. Flavell, J. (1982). La psicología evolutiva de Jean Piaget. Barcelona: Ed. Paidós.
8. Guidano, V. (1994). El sí mismo en proceso. Barcelona: Paidós.
9. Luby, J., Mrakotsky, C., Heffelfinger, A., Brown, K., Spitznagel, E. (2005) Características de los preescolares con depresión y con anhedonia o sin ella: pruebas de un subtipo de depresión melancólica en niños pequeños. Am JPsychiatry (Ed Esp), Vol. VIII, 104-110.
10. Macurán, G. (2005). Efectividad de la psicoterapia cognitiva constructivista evolutiva en el desarrollo de la organización del sí mismo en niños. Tesis para optar al título de Magíster en Psicología Clínica, mención Infanto-Juvenil. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
11. Quiroga, F. (2005). Estudio de la Organización de la Estructura de Personalidad en Niños entre 5 y 8 años de edad, que presentan un Trastorno de Inestabilidad Emocional de tipo Limítrofe, a través del Test de Rorschach. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, Men-

ción Psicología Clínica Infanto-Juvenil. Universidad de Chile. Santiago.

12. Ronen, T. (2003). Cognitive-Constructivist Psychotherapy with children and adolescents. New York: Kluwer Academic.
13. Ruiz, A. (2004). La depresión: Una enfermedad inexistente. Instituto de Terapia Cognitiva, Inteco. Santiago de Chile. [Artículo electrónico]. Extraído el 26 de Marzo de 2010. Disponible en: http://www.inteco.cl/articulos/021/clase_magistral_2004.pdf
14. Sepúlveda, G. (2001) Organizaciones evolutivas de la depresión y su tratamiento desde una perspectiva cognitiva evolutiva constructivista. Asociación de Psicólogos Infanto-Juveniles, 1 (1), 42-51.
15. Sepúlveda, G. (2003). Autonomía Moral: una posibilidad para el desarrollo humano desde la ética de la responsabilidad solidaria. Revista de Psicología Universidad de Chile, vol. 1 (1), 27-35.
16. Sepúlveda, G (2008). Perspectiva constructivista evolutiva en psicología clínica infanto-juvenil. En A. Kaulino & A. Stecher (Eds.) Cartografía de la psicología contemporánea (Pp. 209-230). Santiago: LOM.
17. Yánez, J., Gaete, P., Harcha, T., Kühne, W., Leiva, V. & Vergara, P. (2001). Hacia una metateoría constructivista cognitiva de la psicoterapia. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, Vol. 10 (1), 97-110.

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

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

OTTO F. KERNBERG
PAMELA A.FOELSCH

ALBERTO LASA ZULUETA

MICHEL BOTBOL

JORGE TIÓ

ELENA PÉREZ CRIM

ALEJANDRA PERINOTTI

MAYTE MUÑOZ GUILLÉN
ALICIA MONSERRAT FEMENÍA

ESTHER URPINAS
TERESA VILAS

ALBERT CHAMORRO SALVAT
EMPAR MURGUI MAÑES
CARMEN SUBIRÀ GRANADOS
LLORENÇ MARCH
BEATRIZ SANZ HERRERO
CONSUELO PEDRÓN GINER
FRANCISCA GONZÁLEZ
ANA BERTA JARA

ANGELS MORRAL SUBIRÀ

MERCÉ GUBERT

MARÍA DEL CARMEN COTA PIÑEIRO
JANETH POMBO RUIZ

ANTONIO GALÁN RODRÍGUEZ

SUSANA QUIROGA
GLENDA CRYAN
MARCELA FERNANDA GUZMÁN SÁNCHEZ
RODRIGO ANDRÉS MARDONES CARRASCO
MARCELA ALEJANDRA ROMERO CARVAJAL

- Modelo de la psicoterapia centrada en la transferencia en la modificación de adolescentes
- Psicoterapia en los servicios públicos: utopía o realidad
- Psicoterapia por el entorno con los adolescentes limítrofes: la empatía metaforizante del acto al sentido
- La transgresión de la ley como síntoma : medidas judiciales y psicoterapia
- De la consulta a la psicoterapia de grupo
- Iñaki: la des-ilusión del mito. la puerta a una nueva subjetividad
- Sobre un síntoma actual: la violencia invisible
- La intervención psicológica en acontecimientos traumáticos desde un centro de salud mental primaria
- Elementos de ayuda a la mentalizacion y focalizacion psicoterapéutica en dispositivos de hospitalización parcial para adolescentes
- Las dificultades de la alimentación en la primera infancia. la necesidad de poner palabras
- Trastorno de deficit de atención con o sin hiperactividaduna categoría diagnóstica a debate
- Terapia psicomotriz de formación psicodinámica
- Valoraciones de los tca vistos a través del test de rorscharch
- El enigma del síntoma y sus caminos en la psicoterapia psicoanalítica de niños y adolescentes: un caso clínico
- Niños maltratados: ¿intervención sobre el contexto o sobre los vínculos?
- Conceptualización teórica acerca de las denominaciones de la violencia juvenil
- La depresión en niños y adolescentes en chile: apuntes para una psicoterapia de la depresión infantil desde un enfoque constructivista-evolutivo

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE