Almeida Díaz, Elena
Barrera Piñero, José
Claret, Jaume
Del Arco Heras, Salvador
Fernández Cagigas, Ana María
Fuertes Beneítez, Pilar
Garrán Sabando, Encarnación
Gómez García Mª Dolores
González Santana, Sabrina
González Serrano, Fernando
Jiménez Pascual, Ana María
Laita de Roda, Paula
León Allué, Luis
Panera Uribe, Consuelo
Picaza Ereño, Uxue
Rodríguez Pérez, Esther
San Pedro Verdejo, María
Sánchez-Carpintero Abad, Alfonso
Santamaria Sanz, Itxaso
Solana Azurmendi, Begoña
Soriano Sala, Asunción
Soriano Tormos, Sonia
Usobiaga Sayes, Elena
Villero Luque, Sonia

N.º 61
1º semestre
2016

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

ISSN: 1575-5967

SEPYPNA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE
Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

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

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

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

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

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

CONSEJO DIRECCIÓN

Directora: Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)
Director Adjunto: Francisco Vaccari Remolina (Bilbao)

COMITÉ EDITORIAL

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)
Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Ángeles Torner Hernández (Madrid)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)
Ainara González Villanueva (Bilbao)
Fernando González Serrano (Bilbao)
Agustín Béjar Trancón (Badajoz)
María Dolores Gómez García (Sevilla)
Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)

COMITÉ ASESOR

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

INDICE:

V Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes. La atención a los trastornos graves de la personalidad. Bilbao octubre 23 y 24 de octubre de 2015
Fernando González Serrano 9

De la patología vincular al trastorno de inestabilidad emocional. De cómo el niño se convirtió en erizo
Sabrina González Santana y Elena Almeida Díaz 11

Evaluación del Hospital de Día infanto juvenil
Sonia Villero Luque, Pilar Fuertes Beneítez; Luis León Allué, Esther Rodríguez Pérez; Alfonso Sánchez-Carpintero Abad; Ana María Jiménez Pascual 17

Técnicas terapéuticas basadas en la teoría de la mentalización en grupos de adolescentes y sus familias en el contexto de Hospital de Día
Paula Laita de Roda 35

Hospital de día comunitario como dispositivo de crisis: experiencia clínica sobre el abordaje institucional de la patología límite en la adolescencia
Jaume Claret 43

La demanda a enfermería en un centro terapéutico educativo con adolescentes
Itxaso Santamaria Sanz, Salvador del Arco Heras y Elena Usobiaga Sayes 49

El grupo como recurso terapéutico en un centro terapéutico educativo
Uxue Picaza Ereño, María San Pedro Verdejo y Ana María Fernández Cagigas 59

Intervenciones psicoterapéuticas con familias
José Barrera Piñero y Ma Dolores Gómez García 65

Convivir con los límites: El Hospital de Día como experiencia terapéutica para adolescentes con trastorno límite de la personalidad
Asunción Soriano Sala y Sonia Soriano Tormos 73

Atención a las familias de niños con trastorno mental grave en un programa específico de atención ambulatoria
Begoña Solana Azurmendi 81

Acompañando los procesos simbólicos. Intervención temprana en grupo
Consuelo Panera Uribe y Encarnación Garrán Sabando 87

Edición: Selene Editorial, S.L. C/ Jerez, 21 (28231) Las Rozas, Madrid. **www.editorialselene.com**
Impresión: Sorles, Leon
E-mail de información y envío de artículos: publicaciones@sepypna.com
Página Web: http://www.sepypna.com/revista-sepypna/
Depósito Legal: M-35677-1985 / ISSN: 1575-5967
Periodicidad: semestral
Suscripción anual: 60 €
Precio por ejemplar: 35 €

La Revista ***Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*** está incluida en los siguientes índices y bases de datos:

- LATINDEX: Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. http://www.latindex.unam.mx
- PSICODOC: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. http://www.psicodoc.org/acerca.htm
- DIALNET: Portal bibliográfico sobre literatura científica hispana. Categoría B según los criterios de evaluación de revistas de CIRC (Clasificación Integrada de Revistas Científicas). http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=16139
- ISOC: Base de datos de sumarios ISOC-CSIC. http://www.cindoc.csic.es/servicios/isocinf.html
- DULCINEA: Acceso abierto a la producción científica en España. http://www.accesoabierto.net/dulcinea/consulta.php?directorio=dulcinea&campo=ID&texto=1980
- FEAP: Anuario de publicaciones de Psicoterapia en Lengua Española. http://www.feap.es/anuarios/2010/html/RevSP13.html
- IBECS: Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud. http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=IBECS&lang=e
- EBSCO: Base de datos que ofrece textos completos, índices y publicaciones periódicas académicas que cubren diferentes áreas de las ciencias y humanidades. http://www.ebsco.com/

Sistema de selección de los originales:

- Publicación de ponenecias presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psquiatría 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:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Vicepresidente-tesorera	Encarna Molins (Madrid)
Vicetesorero:	Margarita Alcamí (Madrid)
Secretaria:	Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Vicesecretaria:	Angeles Torner Hernández (Madrid)
Vocales:	Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)
	Agustín Bejar Trancón (Badajoz)
	Daniel Cruz Martinez (Barcelona)
	María Dolores Gómez Garcia (Sevilla)
	Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)
Responsable de publicaciones:	Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Página web: www.sepypna.com

INDEX:

V JORNADAS NACIONALES DE HOSPITALES DE DÍA Y TERAPIAS INTENSIVAS CON NIÑOS Y ADOLESCENTES. LA ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS GRAVES DE LA PERSONALIDAD. BILBAO OCTUBRE 23 Y 24 DE OCTUBRE DE 2015
Fernando González Serrano 9

FROM BONDING PATHOLOGY TO THE EMOTIONAL INSTABILITY DISORDER. HOW THE CHILD BECAME AN HEDGEHOG
Sabrina González Santana y Elena Almeida Díaz 11

EVALUATION OF THE CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIC DAY HOSPITAL
Sonia Villero Luque, Pilar Fuertes Beneítez; Luis León Allué, Esther Rodríguez Pérez; Alfonso Sánchez-Carpintero Abad; Ana María Jiménez Pascual 17

THERAPEUTIC TECHNIQUES BASED ON THE MENTALIZATION THEORY IN GROUPS OF TEENS AND THEIR FAMILIES IN THE CONTEXT OF DAY HOSPITAL
Paula Laita de Roda 35

HOSPITAL DE DÍA COMUNITARIO COMO DISPOSITIVO DE CRISIS: EXPERIENCIA CLÍNICA SOBRE EL ABORDAJE INSTITUCIONAL DE LA PATOLOGÍA LÍMITE EN LA ADOLESCENCIA
Jaume Claret 43

THE NURSING DEMAND IN AN EDUCATIONAL THERAPEUTIC CENTER WITH TEENAGERS
Itxaso Santamaria Sanz, Salvador del Arco Heras y Elena Usobiaga Sayes 49

THE GROUP AS A THERAPEUTICAL RESOURCE IN AN EDUCATIONAL THERAPY CENTRE
Uxue Picaza Ereño, María San Pedro Verdejo y Ana María Fernández Cagigas 59

PSYCHOTHERAPEUTICAL INTERVENTIONS WITH FAMILIES
José Barrera Piñero y Ma Dolores Gómez García 65

LIVING WITH THE LIMITS: THE DAY CARE HOSPITAL AS THERAPEUTIC EXPERIENCE FOR TEENS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER
Asunción Soriano Sala y Sonia Soriano Tormos 73

ATTENTION TO FAMILIES OF CHILDREN WITH SEVERE MENTAL DISORDERS IN A SPECIFIC OUTPATIENT TREATMENT PROGRAM
Begoña Solana Azurmendi 81

GOING ALONG WITH SYMBOLIC PROCESSES. EARLY GROUP INTERVENTION
Consuelo Panera Uribe y Encarnación Garrán Sabando 87

LA DEMANDA A ENFERMERÍA EN UN CENTRO TERAPÉUTICO EDUCATIVO CON ADOLESCENTES*

THE NURSING DEMAND IN AN EDUCATIONAL THERAPEUTIC CENTER WITH TEENAGERS

Itxaso Santamaria Sanz**, Salvador del Arco Heras*** y Elena Usobiaga Sayes****

RESUMEN

Las Unidades Terapéutico Educativas (UTE), tienen por objeto, prestar atención intensiva e integral a niños con enfermedades mentales graves que presentan dificultades para ser asumidos, en un momento determinado, por el entorno escolar normalizado y/o los Centro de Salud Mental de niños y adolescentes.

La especificidad del trabajo de enfermería en un centro como la UTE, donde las demandas son a través del cuerpo. Síntomas basados en el cuerpo, a veces también algunas prácticas corporales extrañas, pueden verse como un repudio de los conflictos inmanejables que surgen en la mente. Los cuerpos enfermos, se convierten en el vínculo que mantiene la unión, en pacientes con escasa mentalización es el único vínculo posible.

El abordaje de los niños y adolescentes con trastornos mentales graves de la personalidad debe pasar por lo mental pero también por lo corporal.

Palabras clave: enfermería, adolescencia, trastorno mental grave, corporalidad.

ABSTRACT

The aim of the Educational Therapeutic Units (UTE) is to provide intensive and comprehensive care for children with serious mental illnesses that are difficult to treat with the standard school system and/or the mental health centre for children and adolescents, at any given time.

Nurses at centres such as UTE specialize, in providing body therapy, treating the associated physical symptoms that can arise from mental illness, which in turn can improve the patients mental condition.

Treating children and adolescents with severe personality disorders needs to be both mental and physical.

Key words: nursing, adolescence, severe mental disorder, body.

INTRODUCCIÓN

Convenio de colaboración entre la administración general de la Comunidad Autónoma del País Vasco (Departamento de educación, universidades e

* Ponencia presentada en las IV Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes: La atención a los trastornos graves de la personalidad, celebradas en Bilbao los días 23 y 24 de octubre de 2015. Acreditadas como actividad de Formación Continuada por el Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

** Enfermera especialista en Salud Mental. Centro Terapéutico Educativo de Ortuell Autora principal. E-mail: itxaso.santamariasanz@osakidetza.eus.

*** Psicólogo clínico. Centro Terapéutico Educativo de Ortuella.

**** Psiquiatra. Coordinadora clínica del Centro Terapéutico Educativo de Ortuella.

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

investigación) y el ente público Osakidetza- Servicio Vasco de Salud, para la atención de niños, niñas y adolescentes con necesidades educativas especiales asociadas a la salud mental en el ámbito de los centros territoriales de atención domiciliaria, hospitalaria y terapéutico-educativa.

Las Unidades Terapéutico Educativas (UTE), tienen por objeto, por una parte, prestar atención intensiva e integral a niños con enfermedades mentales graves que presentan dificultades para ser asumidos, en un momento determinado, por el entorno escolar normalizado y/o los Centro de Salud Mental de niños y adolescentes, y por otra, extender a los tres territorios históricos la atención terapéutico-educativa, que se ha venido realizando de manera piloto en el centro de La Ola de Bizkaia durante los últimos cursos. El convenio marca una serie de estipulaciones, referentes al máximo de pacientes por unidad, personal que aporta el Departamento de Educación, personal dependiente del Servicio Vasco de Salud y tiempo de estancia de los alumnos-pacientes, así como la constitución de diferentes comisiones de valoración y seguimiento.

En Abril del 2009 comenzó su funcionamiento la 2ª unidad, unidad de adolescentes. Junto a ésta, se pusieron en marcha otras dos unidades en el País Vasco, una en Lasarte (Guipúzcoa) y otra en Vitoria-Gasteiz (Álava).

La descripción, a través de varias viñetas clínicas, cómo la sintomatología corporal tan presente en los adolescentes puede ir traduciéndose hacia registros más psíquicos. El cuerpo adolescente, en muchos casos, es el encargado de expresar, trasmitir y demandar cuidados. Síntomas basados en el cuerpo, a veces también algunas prácticas corporales extrañas, pueden verse como un repudio de los conflictos inmanejables que surgen en la mente.

Los cuerpos enfermos de los adolescentes que padecen trastornos mentales graves, se convierten en muchos casos en el vínculo que mantiene la relación con enfermería ya que los pacientes con escasa mentalización es el único vínculo posible. El cuerpo es, en muchos casos, el encargado de expresar, transmitir y demandar cuidados.

El abordaje de los niños y adolescentes con trastornos mentales graves de la personalidad debe pasar por lo mental pero también por lo corporal.

La enfermería de Salud Mental sabe acompañar en ese transcurso de lo más corporal, hacia registros más psíquicos.

DESCRIPCIÓN DE CASOS CLÍNICOS

I.- Ainhoa

Durante las entrevistas de valoración Ainhoa se mostró suspicaz y desconfiada al re-encontrarse con el psicólogo que le atendió cuando tenía 7 años. Comentaba que había cosas de su pasado que no le gustaban porque las hizo de manera obligada. No aceptaba que se le forzara ni siquiera a acudir a un tratamiento.

Se presentó como una chica introvertida hasta poder confiar en las nuevas personas. Había pasado los tres últimos años casi sin salir de casa y eso le había dificultado muchísimo las relaciones.

A medida que trascurren las entrevistas y se recogen aspectos que ella considera importantes, Ainhoa se muestra más relajada, permitiendo el contacto ocular, haciendo preguntas y opinando.

Su trayectoria escolar se había visto jalonada con interrupciones en la asistencia relacionada con serias complicaciones de salud. Con 2 meses tuvo que ingresar por una bronquiolitis grave que le mantuvo en el hospital un periodo prolongado y posteriormente las visitas a la urgencia han sido frecuentes principalmente por ataques de asma.

Desde pequeña también había tenido problemas en el entorno escolar, se metían con ella, le rechazaban y eso le terminó por desbordar psíquicamente impidiendo finalmente su asistencia al centro.

Tras las entrevistas de valoración y antes de comenzar el curso en la UTE tuvo un ingreso por pérdida aguda de fuerza en las piernas que requirió estudio en el hospital. Durante el ingreso comenzó a recuperar paulatinamente la fuerza de las piernas siendo el resultado del estudio normal. Al alta, inicio tratamiento fisioterapéutico con clara mejoría.

Ainhoa nos relata lo acontecido aquella tarde: "Sentí dolor lumbar tras bañar al perro. Tomé ibuprofeno pero el dolor no cedía. El dolor me impedía moverme. Estaba sola en casa. Estaba acostada cuando, de repente, percibo que no tenía fuerza ni sensibilidad en las piernas."(…)

Al inicio de su estancia en la UTE fueron frecuentes los episodios de crisis. El trabajo permitió construir algo en relación con las crisis que luego nos permitió diferenciarlas en tres tipos:

A.- Crisis de tipo epileptiformes: se caracterizaban por presentar cuadro pseudo-convulsivo con pérdida de la conciencia. Aparición repentina interrumpiendo la actividad que en ese momento estuviese llevando a cabo.

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

No sintomatología prodrómica.

Requerían de la asistencia de los miembros del equipo clínico permaneciendo con ella para conservar la seguridad de la paciente. Se le hablaba para que supiese quienes estábamos con ella. Pasados 5-10 min comenzaban sus parpados a contraerse cuando recibía nuestros mensajes estableciendo así un canal de comunicación.

Una vez recuperada la conciencia Ainhoa se sentía mareada y con fuerte dolor de cabeza. Necesitaba cuidados en la enfermería donde se podía ir recuperando poco a poco, descansar y en definitiva, sentirse más tranquila.

B.-.Crisis de angustia: predominaba el desbordamiento, él llanto y la desesperanza, requiriendo en alguna ocasión traslado al hospital. Estas crisis tenían precedentes "imprecisos" que ella misma, a veces, identificaba sabiendo que elevaban su nivel de angustia interna: circunstancias de conflicto en casa, situaciones de difícil manejo que se generaban en la UTE con sus iguales y la falta de energía para enfrentar los problemas de su vida también era un elemento que precipitaba este tipo de crisis.

Eran necesaria la coordinación e implicación de los equipos, clínico y educativo, para poder responder en estas crisis. Tras el episodio, este de mayor duración que las crisis epileptiformes, era fundamental cuidar los espacios y talleres en los que Ainhoa iba a pasar el resto de la mañana. Debían de ser lugares con poco ruido y con poca aglomeración de gente, actividades tranquilas donde ella se sintiese bien.

C.- Crisis de despersonalización: se generaban en momentos donde las alteraciones del ánimo con predominio de estados depresivos oscilaban con momentos de aparente pérdida de conciencia de la realidad, apareciendo un discurso disociado y fluctuante de difícil abordaje.

Repentinamente Ainhoa se quedaba paralizada, bloqueada y con la mirada perdida, verbalizando cosas que no tenían relación con el momento actual sino que eran palabras que había utilizado en otras circunstancias. Esto desconcertaba muchísimo al grupo; algunos se asustaban y pedían ayuda, otros ni se inmutaban continuando con la actividad, otros respondían de forma brusca, etc.

Con el transcurso del tiempo las crisis se fueron espaciando hasta aparecer solo de forma puntual y de manera muy aislada.

Fue fundamental identificar la importancia de que Ainhoa tuviese un sueño adecuado y de calidad, reconociéndolo como factor protector clave en la evolución de su enfermedad y trabajando con la paciente los elementos que no permitían una adecuada conservación del sueño.

El trabajo elaborativo que Ainhoa fue haciendo le permitió re-construir y entender los distintos elementos traumáticos que habían ido quedando aislados, olvidados y difusos sobre su historia y su sintomatología actual.

Esto hizo cambiar el enfoque diagnóstico y por lo tanto pronóstico. Pudimos comprobar que sus crisis no remitían a una estructura psicótica, sino más bien a trastornos disociativos, lo que nos permitió un nuevo enfoque terapéutico, que hicieron que las crisis remitieran casi en su totalidad.

Tras el alta en la UTE, en alguna de sus visitas, nos ha contado que sale con unas chicas y se mueven por ahí sin problemas, "cojo el transporte público sin agobiarme tanto"-nos dice, y con algún proyecto para continuar sus estudios. Con importante sentido de la realidad nos trasmite: "no todos los días son buenos, pero por lo general estoy bien".

II.- Tali

Acude a la Unidad Terapéutica Educativa (UTE) de Ortuella tras un ingreso psiquiátrico, motivado por un brote psicótico en el que ella se sintió muerta. En las primeras entrevistas nos trae dibujos que hizo en su ingreso en los que aparecían personas sin cabeza. También trajo múltiples dibujos de antes del ingreso, dibujos de chicas sonrientes.

Cuando comenzó su estancia en la UTE acudía cada mañana con sintomatología referida al cuerpo. En el primer periodo venía cada día con la urgencia de contarnos lo que le ocurría, pidiéndonos cada vez que llamáramos a su madre para que le llevara al médico. No podía permanecer ni un minuto más en el centro. Los dolores físicos constantes e insoportables, mareos, temblores, escalofríos. La sensación de "desespero" cada vez más agravada le recorría todo el cuerpo. "Le quemaban los ojos y le salía sangre…". En ocasiones se desencadenan crisis de ansiedad de difícil abordaje con conductas verbales amenazantes, convirtiendo la demanda en "imposible", pudiendo hacer un viraje hacia episodios autoagresivos.

Si tratábamos de tranquilizarle comentándole que ya le íbamos a atender se agitaba y enfada muchísimo diciéndonos que no le creíamos. Nos decía que su médico tampoco le creía, le explicaba que eran nervios "y a mi me duele de verdad"-decía con desesperación.

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

Era complicado buscar palabras/gestos/lugares que calmaran a Tali siendo el margen de actuación que nos permitía, muy estrecho. Solo aceptaba pasar un rato en la enfermería.

A la vez rechazaba que tuviera que tomar medicación, porque eso quería decir que no se curaría nunca.

Poco a poco se dio cuenta que sí le creíamos, y fuimos pudiendo reconstruir con ella lo que llamábamos su gran crisis, lo que pudo desencadenarla y lo que sintió en ese momento. Así llegamos a reconstruir una hipótesis de lo que ocurría en su cuerpo: un día se le ocurrió a la psiquiatra decirle que quizá después de la experiencia de muerte que tuvo, con la cabeza separada del cuerpo, su cuerpo quedó afectado y ahora era el momento en que se estaba recomponiendo, y que quizá esos dolores tenían que ver con esa reconstrucción. Como cuando hay una fractura en un hueso.

A partir de ese momento las cosas transcurrieron por otro camino; los cuidados de enfermería le aliviaban, tenían un sentido para ella. Se le ayudó a reconocer sentimientos como ansiedad, ira o tristeza, animándole a que los expresase, manifestándole apoyo y permaneciendo con ella durante los periodos de más ansiedad. Se favoreció la conversación y el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional. El dolor era un miedo que estaba condicionando su vida; el poder hablar de esto fue fundamental para entender la relación con el cuerpo desde otra perspectiva y hacer hincapié en la importancia de cuidarlo. La acogida en enfermería de cada mañana fue el lugar donde Tali depositaba sus cuestiones personales y preocupaciones con los temas de salud y eso le ayudaba a pasar la mañana de otro modo y a participar en los talleres, siendo el teatro, la danza y el taller de estética los que más le gustaban. La posición de "espera activa", una escucha y un acompañamiento, para Tali fueron muy importantes; sin objetivos prefijados, sin metas que alcanzar, sin prisa…Se pudo trabajar también el concepto que tenía sobre la medicación, que le ocasionaba un gran rechazo. Para ello realizamos un trabajo continuado, aprovechando los momentos subjetivamente más oportunos.

La estancia en la UTE, para Tali, fue momento de recuperación personal, donde se trabajo la re-agrupación de los distintos elementos que La Crisis arraso.

Al final, consiguió re-organizar "algo" de esa construcción que realiza el ser humano del propio cuerpo, haciendo existir otra forma de cuerpo para una adolescente psicótica.

Ella quería curarse para volver a Colombia a recuperar su alma.

Los últimos datos que tenemos de Tali son a través de su mama, quien nos dijo que había podido volver a su tierra natal, donde vivía con el padre y la familia de este.

III.- Iván

En las entrevistas de valoración, él nos dice que viene para que le ayudemos un poco en los problemas de la escuela, aunque matiza "ya me iréis descubriendo por el camino".

Se muestra un chico entusiasta, positivo frente a las adversidades y con mucha vitalidad, un chico con ideas propias. Le gustan muchas cosas, la TV, el ordenador, los deportes, la agricultura, etc. "De mayor quiero ser granjero y estar con los animales"-nos dice.

Los padres subrayan que el mayor problema de éste chico aparece a nivel de las relaciones sociales, principalmente con sus iguales, dificultades para pertenecer a un grupo de amigos y en ocasiones, la forma de acercarse a sus iguales ha producido rechazo.

Al inicio de su estancia en la unidad, aparece la inquietud como posición defensiva que no le permitía conectar con las cosas y los cambios que le estaba sucediendo; era todo imprevisible, entraba, salía, se apuntaba al taller de huerta pero no podía estar más que unos minutos, tiraba la azada con peligro para los que estaban allí… En las excursiones se repetía la misma dinámica, se iba, desaparecía pero volvía, fueron momentos en los que acercarse a los animales (sobre todo perros pero también caballos) era algo incontenible, sobre todo a los machos donde mostraba que las conductas sexuales más primarias le tenían fijado en el descubrimiento del pene.

Esta primera fase fue dando lugar poco a poco a otra en la que aparece su deseo de traer sus cosas, objetos y elementos depositándolos a los diferentes adultos. Iván, a través de estos objetos personales, vimos que nos traía algo de él, algo de lo que debíamos hacernos cargo los adultos de la UTE.

Con Sonia, la profesora, comenzó a mostrar una excepcionalidad peculiar por el deseo de elaborar su historia en Rusia siendo él quien elegía los días y los momentos para narrar sus años iniciales, y con Salva, el psicólogo, dibujaba y le traía sueños y pesadillas que algunos de ellos se le habían repetido desde los 6 años.

Las vivencias traumáticas eran fuertes y no habían cicatrizado teniendo todavía un valor e importancia claros. La inquietud comenzó a conectar con lo depresivo por la rabia que sentía de a ver sido abandonado. Decía que el trastorno en el cerebro dañado que sufría le hacía comportarse y funcionar de esa manera tan inquieta y temía que esto ocasionara, de nuevo, otro abandono.

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

La re-elaboración de estos elementos fueron haciéndose con su profesora, a través de la escritura y con su psicólogo, a través de los dibujos y sueños.

Este movimiento regresivo de Iván, le posibilitó el inicio de empezar a encontrar una manera de re-construcción propia integrando elementos de su pasado en el presente. Una regresiva que tiende a instalarse en el pasado, y que moviliza sensaciones corporales nuevas, opuestas y muy distintas a la hiperactividad y el movimiento constante, como si fuera "algo más capaz" de sentir su propio cuerpo, quizá ese cuerpo marcado por el trauma de un niño dónde el sueño y la escasa alimentación fueron dos cuestiones que estuvieron muy presentes. He podido apreciar en distintos momentos, en los cuales el agotamiento, el cansancio y el sentirse mareado, entraban a la enfermería, dejándose caer en el sofá, como escenificación que tenía que ver con esa expresión personal de él.

Este tiempo permitió ciertas elaboraciones mentales, mientras otros nos encargamos de cuidar ese cuerpo sufriente tan presente.

Tanto el trabajo elaborativo en curso como su frágil estabilidad escolar nos hizo replantearnos en el equipo multidisciplinar la posibilidad de plantear la continuidad de Iván, otro curso más a tiempo parcial.

Y así fue, continuo en la UTE un curso más en el cuál las cosas fueron distintas.

Tras el verano acude un cuerpo adolescente que se convierte conscientemente en instrumento y proyecto destinado a suscitar y retener el interés del otro. "Busca modelos de identificación, tanto masculino como femenino, en los adultos presentes y recordando algunos de sus compañeros del pasado curso, imitables o destacables, que inspiran o que repelen, en función de idealizaciones más o menos positivas o negativas y más o menos deformadas" (Lasa, 2003), jugando un papel fundamental en esta nueva etapa de Iván.

La demanda a la enfermería había evolucionado también; de unos cuidados estrechamente ligados a una primera etapa del maternaje dónde el acomodarse a las necesidades de Iván para satisfacer las necesidades elementales de este en su estado de dependencia absoluta (Winnicott, 1999), a otros cuidados más orientados a la preocupación por el desarrollo y crecimiento, por las tensiones, energías y fuerzas que en el cuerpo aparecen y por la preocupación de una imagen corporal ajustada para un adolescente de 14 años.

Se observa la transformación de como las conductas de actividad e inquietud permanente van dando paso a otras conductas donde ciertos elementos de pasividad se introducen, desplazando sus intereses hacia la comida, el trabajo personal, el ordenador, la pintura, las sesiones de papiroflexia, etc. pudiendo desarrollar mecanismos de autotranquilización, pudiéndose parar a pensar a pesar de no saber bien lo que le pasa, etc. descubriendo así una relación de confianza basada en la pasividad.

Al final seguía teniendo momentos, aunque más puntuales, donde la inquietud motora se seguía alternando con la necesidad imperiosa de salir, de sentirse solo, independiente y deambular, aunque poniendo palabras antes de irse "gracias por cuidarme y entenderme tanto".

Como os había dicho, os presento cuatro dibujos libres que Iván hizo durante su estancia en la UTE. Conversando con Salva, me describe que el proceso de elaboración o mentalización que siguió a la primera fase más de movimiento continuo, actividad, descarga etc. se vio reflejado en la complejidad de sus dibujos libres que fueron pasando de la esquematización inicial, a la bidimensionalidad, respecto a la figura humana y anunciando su interés por la escultura "porque tiene tres dimensiones".

Elegimos cuatro dibujos de una serie de diez realizados durante el curso:

1.- "BICHO PALO": lo realizo en las consultas de valoración, al comienzo de su estancia en el centro. Es un dibujo sencillo, simple, con el que quería mostrarnos su interés por la naturaleza y los animales.

2.- "COSA RARA": lo realizo en varias sesiones y al cabo de varios meses, cuando empezó a dejarnos "cosas" a algunos adultos de la Unidad2.

Este dibujo hace referencia al poder de absorción de los agujeros negros, solo si se destruyen estos agujeros, se evita la absorción que tiene un poder terrible y te puede llevar a otras galaxias (oscuras y tenebrosas).

Como se ve, la complejidad del dibujo y la proyección de su mundo interno, tienen que ver, con el establecimiento de una relación transferencial que permite la salida de elementos traumáticos de su historia (Hay que destruir los agujeros negros, si no conducen a la angustia, no hay otra salida).

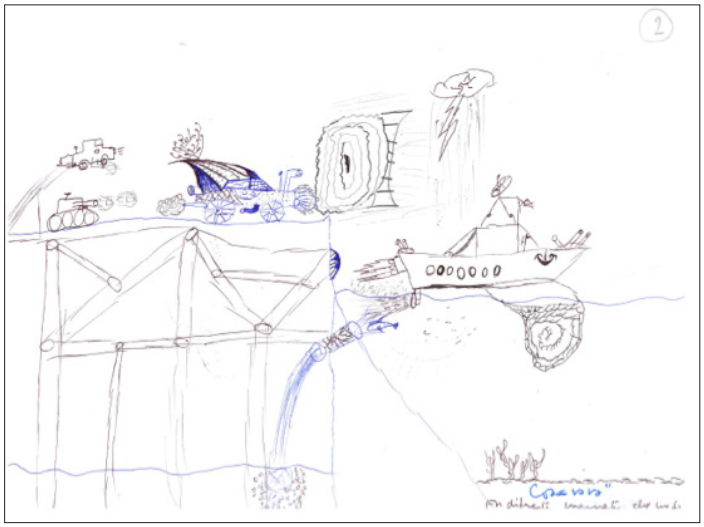
3.- "EL TORNADO MANEJABLE": quiere que el dibujo se realice entre los dos. Parece un dibujo que expresa la posibilidad de encontrar espacios pacificados que le permitan manejar su historia traumática (campos de concentración).

Los tres niveles del dibujo es una clara señal del proceso de integración psíquico que está pudiendo realizar.

4.- "CHICA EN BIQUINI": Es la primera vez que hace la figura humana en dos dimensiones. Está en un momento de interés por el cuerpo femenino y en definitiva del proceso de humanización de la sexualidad.

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

1- Bicho palo. Stick-bug.



2- Cosa rara. Rare thing.

3- El tornado manejable. Manageable twister.

4- La chica en biquini. The girl with swimsuit.

CONCLUSIÓN DE LOS CASOS:

Tres casos dónde figuran características patológicas diversas; Ainhoa representando una conversión o histeria con elementos disociativos, Tali fragmentada por una sintomatología más psicótica y los elementos traumáticos de Iván derivando en un funcionamiento maniaco defensivo alternando con momentos depresivos.

A su vez, esta diversidad, se ha visto aunada y unificada por el cuerpo. El cuerpo cómo lugar en el que se manifiesta el sufrimiento y cómo modo de expresión de los afectos.

El cuerpo-soma, el cuerpo-erógeno, el cuerpo como sensaciones, el cuerpo como motricidad, el cuerpo de la sensorialidad, etc. (Janin, 2011); estas podrían ser algunas de las relaciones que los adolescentes con trastornos mentales graves establecen con sus cuerpos.

Sujetos, a los quienes se ha intentado reducir toda situación de angustia a algo banal, y estas experiencias les han llevado a pensar que el único sufrimiento que los otros detectan es el sufrimiento del soma.

Sabemos que la gravedad de los pacientes que tratamos requeriría un marco con un margen de tiempo mayor. En la Unidad tratamos de hacer un trabajo intensivo, y

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

pensamos que es fundamental que este trabajo pueda tener una continuidad en otros espacios clínicos. Pero como ellos nos han enseñado: "es lo que hay", y con ello seguimos intentando que cada uno encuentre sus propias respuestas.

LA ENFERMERÍA:

Aparte de realizar funciones directamente relacionadas con las labores de una enfermera especialista en Salud Mental, las cuales son más conocidas, cito algunas a continuación: proporcionar cuidados, atención y apoyo a las personas con enfermedades mentales, ayudar entender, aceptar y convivir con su enfermedad, identificar situaciones de riesgo, observar a los pacientes con el fin de detectar cualquier cambio significativo en una etapa temprana, etc. me gustaría detenerme en la especificidad que tiene para mí las funciones de enfermería en un centro como la UTE.

La enfermería en la UTE es como una puerta de entrada que algunos atraviesan para transitar y acceder a aposentos más internos y privados.

Hay encuentros y citas que se llevan a cabo en el despacho de enfermería, otros, en cambio, en talleres dónde surgen conversaciones interesantes sobre preocupaciones que posteriormente se pueden derivar para trabajar a nivel individual desde la enfermería, con el psicólogo o la psiquiatra, y otras veces para trabajar en colaboración a dos o a tres.

Las puertas de la enfermería siempre están abiertas. Muchas de las demandas que recibo en enfermería son a través del CUERPO. El cuerpo enfermo se convierte en muchos casos en el vínculo que mantiene la unión; en muchos pacientes con escasa mentalización es el único vínculo posible.

Acuden muy a menudo a la enfermería, por sentirse mal, por tener dolores en diferentes partes del cuerpo y también en situaciones de crisis, para poder descansar o regresar parcialmente. Estos "cuerpos" no solo requieren cuidados físicos, sino también debemos entender la subjetivación del cuerpo de cada sujeto.

Pero, ¿cómo escuchamos estos cuerpos adolescentes?, ¿somos capaces de entender qué es lo que nos quieren decir? o como ya aparecía en algún apéndice documental al trabajo de Freud "Análisis fragmentario de una histeria" ¿cuánto más avanzados estamos actualmente en nuestra comprensión del "salto de lo mental a lo fisiológico"?

Estas cuestiones, aún algunas de ellas sin resolver, en parte, fundamentan una guía de trabajo a seguir en la UTE con los adolescentes con trastornos mentales graves.

En la adolescencia, el cuerpo, obtiene una posición central convirtiéndose en ocasiones en el único vínculo a través del cuál, los adolescentes son capaces de ponerse en contacto con sus propias emociones. Como profesionales de la salud mental que somos, debemos de ser capaces de poder ayudar, al desarrollo de potencialidades psíquicas y trabajar para re-construir, ante esta huida de la vida mental hacia el cuerpo que muchos adolescentes tienen, un camino que permita transcurrir hacia las dos direcciones evitando el sentido único. Una tarea ardua, puesto que la ciencia, base de muchos de nuestros conocimientos, en ocasiones podría servir de refugio ante las realidades psíquicas que vivimos.

Hablamos de adolescentes des-atendidos de su vida psíquica, que en sus etapas anteriores no pudieron o no supieron, porque nadie estuvo allí con ellos para acompañarles, interiorizar formas para poder dotar ese cuerpo no solo de soma sino también de psique.

Por lo que, es labor de la enfermera, acompañar en ese transcurso de lo más corporal, para poder ir traduciendo la sintomatología física, hacía registros más psíquicos, donde el "pensar de otro modo" permite dotar de sentido algunas angustias, tensiones, excitaciones, etc. ofreciéndolos otra forma de estar y en definitiva de ser.

Por todo esto, la enfermería, la hemos ido convirtiendo en el lugar dónde se tolera tumbarse para descansar, se permite estar en silencio, donde se acompaña y se cuida. Un espacio que no pretendemos llenarlo de palabras sino de actos. Un lugar que invita a la confianza abrir canales que permitan la irrigación hacia otros lugares desconocidos del cuerpo.

El acompañamiento, el cuidado, la confianza y el descubrimiento resulta en que los adolescentes pueden ir incorporando y haciendo suyas las palabras, argumentos y reflexiones que hacemos entre varios en la UTE de Ortuella.

La enfermera, figura que se sitúa "distraídamente atenta"; pudiendo estar presente y ausente a la vez, compartiendo con ellos algunos talleres en los cuales surgen cuestiones importantes como, las dificultades de relación con sus iguales, las destrezas e impericias en las habilidades, el compartir, la paciencia, la disparidad de opiniones, etc.

Una figura que se sitúa a la espera. Con los adolescentes, las cosas surgen de distinta forma si se recogen en el momento que ocurren; me explico; que no con todos sirve el citarles y tener unas horas reservadas para que acudan hablar a la enfermería. En la mayor parte de los casos, es fundamental, en el tratamiento con estos pacientes, la

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

flexibilidad para atender su demanda y encauzarla.

Cada adolescente marca un ritmo distinto; para unos, es fundamental comenzar su jornada en la UTE haciendo una acogida de sus cuidados, convirtiéndose la enfermería en un lugar de intercambio de intereses donde surgen distintos aspectos y preocupaciones relacionados con la salud (dificultades con el sueño, curiosidad por un alimentación saludable, recomendaciones entorno al ejercicio físico, dudas sobre el crecimiento y desarrollo, etc.).Algunos, solo pueden acudir cuando el cuerpo dolido, cansado, magullado, etc. les permite llegar. Otros, ni siquiera pueden sentir, escuchar ni cuidar esos cuerpos sufrientes.

Los adolescentes son personas en trasformación permanente, donde el cuerpo sufre modificaciones constantemente que resulta difícil de manejar y complicado de representar. No hacemos nada para permitir la estabilidad del cuerpo si sólo interpretamos lo que se actúa sobre o por el cuerpo como expresión de conflictos mentales. Si en vez de ello podemos considerarlos más bien como una expresión de conflictos del cuerpo, de un cuerpo que todavía se está haciendo, entonces podemos poner las dificultades corporales como tema central para poder trabajar.

Otra característica de la enfermería, y no por nombrarla en este lugar menos importante que las anteriores, es la imprevisibilidad. No se trata de un riesgo. La imprevisibilidad se define por el saber que se hace esperar y por ese punto de complicidad abierta a la sorpresa.

Esta te confronta directamente con el no saber. No saber que hacer, no saber que pensar incluso no saber cómo estar. Es aquí, en este punto desconocido, donde uno no sabe.

Mi experiencia en la UTE me está permitiendo descubrir ciertas claves que me ayudan a calmar, en cierto modo, esa angustia que se despierta en estas situaciones de imprevisibilidad. Voy a mencionar dos que me parecen fundamentales:

-CREAR. Para ello es preciso saber salirse de los patrones habituales de pensamiento e intentar acostumbrar a la mente a transitar por otros caminos, aunque puedan parecer obvios, tontos o ilógicos.

-SABER NO SABER. Estos sujetos, en demasiadas ocasiones a lo largo de sus vidas, se han encontrado con seres humanos omnipotentes e inflexibles, por los cuales se han sentido perseguidos y acorralados. Donde la exigencia les desbordaba. Donde sus gustos e ilusiones quedan desplazadas y donde su palabra parece que emitiera un sonido sordo incapaz de ser escuchada.

Los adultos debemos ser capaces de olvidar al instante lo que sabemos y así dejar espacio para que ahí se pueda hospedar el saber del niño o adolescente, porque con nuestro saber impedimos que ellos elaboren el suyo.

Para finalizar, destacare algunas de las conclusiones que me han ido surgiendo durante mi experiencia en la Unidad Terapéutica Educativa, y subrayaré también algunas reflexiones que me han acompañado en la construcción de este trabajo.

CONCLUSIONES FINALES:

- Muchas de las demandas que recibo en enfermería son a través del CUERPO.
- Nuestros pacientes acuden muy a menudo a la enfermería, por sentirse mal, por tener dolores en diferentes partes del cuerpo y también en situaciones de crisis, para poder descansar o regresar parcialmente.
- Estos “cuerpos” no solo requieren cuidados físicos, sino también debemos entender la subjetivación del cuerpo de cada sujeto. Algunas experiencias que vivimos son producto de estas fragmentaciones corporales.
- Nos encontramos con algunos para quienes la demanda de cuidados a la enfermería es permanente, o quienes establecen una transferencia persecutoria con algunos de nosotros, o una demanda de “encontrar sus límites”, etc.
- Algunos pacientes, van pudiendo hacer una cierta elaboración de lo que les ha ocurrido y de cómo orientarse en su tarea de “restauración”. En otros casos la posibilidad de elaboración es escasa, pero sin embargo son muy sensibles al modo en que tratamos sus problemas, lo que les permite ir encontrando sus propias respuestas.
- La construcción de un Otro Institucional dónde circula el diálogo y la palabra, dónde los componentes del equipo nos dirigimos unos a otros, con el paciente para pedirle al otro tal o trasmitirle una preocupación. Antonio Di Ciaccia habla de “Crear una atmósfera” en la que se tenga en cuenta la particularidad del sujeto, pudiendo este encontrar la calma en ese Otro descompletado, que no forma un uno completo. Crear un lugar para el sujeto supone saber que lo que importa es su propia palabra, lo que él tenga que decir, aunque no sepa cómo hacerlo.
- Las fusiones simbióticas, generalmente con la madre, cuando permanecen simultáneamente

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

con los adolescentes cuerpos sexualizados, se convierten en una complicación y una fuente de angustia importante.

- Los cuidados permiten transferir, a través de un registro más simbólico, aspectos y cuestiones que sirven para mediar con esos excesos de los adolescentes con patología mental grave.
- La UTE como un tercero mejor regulado, que está y se mantiene, que respeta las vivencias personales y que trata de entender las necesidades de cada sujeto.
- La satisfacción inmediata tan particular de los adolescentes acepta a la temporalidad y desarrolla una capacidad que les permite esperar, necesitando cada sujeto, eso si, un tiempo personal distinto. La confianza y seguridad de que se les va atender son premisas fundamentales para que cada uno entienda que tienen un lugar en la enfermería.
- Para trabajar con adolescentes es importante acordarse y tener presente nuestra propia adolescencia, sin olvidar la importancia que tiene también el "dejar de lado" el modelo adolescente que uno mismo quiere, que los padres quieren, que los maestros quieren.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Janin, B. (2011). Somatizaciones en niños. En B. Janin y E. Kahansky; (comps.), Marcas en el cuerpo de niños y adolescentes (pp. 15-36); Argentina: Noveduc.

Lasa, A (2003). Experiencia del cuerpo y construcción de la imagen corporal en la adolescencia: vivencias, obsesiones y estrategias. Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente, 2; 53-74.

Nemirovsky, C. (1999) Edición-reedición. Reflexiones a partir de los aportes de Winnicott a la comprensión y tratamiento de las psicosis y otras patologías graves. Recuperado (5-08-2015), de (http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1256992.)

Orbach, S. (2013). Cuerpos en crisis: cómo los imperativos culturales se convierten en tragedias psicológicas que distorsionan la corporalidad en la adolescencia; "En"; S. Orbach; IV Jornad@s IARPP-E Cuerpo y adolescencia. (9-22); Barcelona.

Peckel, B. y de Halleux, B. (2003) Hacer inexistir la violencia; Cuadernos de Psicoanálisis, 28; 105-110.

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