

Bernard Golse  
Paula Laita de Roda  
Yolanda Carballeira Rifón  
Beatriz Sanz Herrero  
Daniel Cruz Martínez  
Manuel Armas Castro  
Laura G. Armas Barbazán  
Ramón Area Carracedo  
Ana Elúa Samaniego  
Laura Carballeira Carrera  
Diana Cobo Alonso  
Celia Valdivieso Burón  
Carmen María Deza García  
Teodoro Uría Rivera  
Carlos Justo Martínez  
Eduardo Barriocanal Gil  
Sara García Al Achbili  
Sara González de Pablos  
Ricardo Fandiño Pascual  
Vanessa Rodríguez Pousada  
Federico Cardelle-Pérez  
M<sup>a</sup> Dolores Domínguez-Santos  
Francisco Villar Cabeza  
M<sup>a</sup> Cecilia Navarro Marfisis  
Ariadna Amores Colom  
Mar Vila Grifoll  
Antonio Galán Rodríguez  
Carmen Andrés Viloria  
Paula Díez-Andrés  
Rocío Villameriel Carrión  
Araceli García López de Arenosa  
Natalia Albiac Mañé  
Teresa Rius Santamaría

**Nº 73**  
**2º semestre**

2023

# Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

ISSN: 1575-5967

**SEPYPNA**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y  
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

*Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño  
y del Adolescente*

## *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*

N.º 73 - Segundo semestre 2023

Edita: SEPYPNA – Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

ISSN: 1575-5967

[@] publicaciones@sepypna.com

[W] <https://www.sepypna.com>

### **Junta directiva de SEPYPNA**

**Presidente:** Roque Prego Dorca

**Vicepresidenta:** Paula Laita de Roda

**Secretario:** Daniel Cruz Martínez

**Tesorerera:** Sara Terán Sedano

**Vicesecretario:** Antonio Galán

Rodríguez

**Responsable web:** Saioa Zarrasquin Arizaga

**Vocales:** Eva Rivas Cambroneró, Inmaculada Romera, Carolina Liaño Sedano, Luna Gómez Ceballos

### **Directora de publicaciones**

Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

### **Comité editorial**

Daniel Cruz Martínez (Barcelona), Antonio Galán Rodríguez (Badajoz), Luna Gómez Ceballos (Sevilla), Paula Laita de Roda (Madrid), Carolina Liaño Sedano (San Sebastián), Roque Prego Dorca (Santander), Eva Rivas Cambroneró (Madrid), Inmaculada Romera (Málaga) Sara Terán Sedano (Madrid), Saioa Zarrasquin Arizaga (San Sebastián).

### **Comité asesor**

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

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. <https://latindex.org/latindex/>
- PSICODOC: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <https://www.psicodoc.org/>
- DIALNET: Portal bibliográfico sobre literatura científica hispana. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=16139>
- DULCINEA: Acceso abierto a la producción científica en España. <https://dulcinea.opensciencespain.org/>

Suscripción anual 25€

Periodicidad: semestral

Sistema de selección de los originales:

- Publicación de ponencias y comunicaciones presentadas en los congresos anuales de SEPYPNA
- Conferencias y aportaciones libres.

Envío de artículos: publicaciones@sepypna.com

# ÍNDICE /INDEX

## **HABLANDO DE BEBÉS A LOS ADOLESCENTES. UNA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA *TALKING ABOUT BABIES TO TEENS. A PREVENTION OF VIOLENCE***

*Bernard Golse* ..... 5

## **PSICOPATOLOGÍA Y ADOLESCENCIA: AFRONTAR LA CRISIS INDIVIDUAL EN TIEMPOS DE CRISIS GLOBAL *PSYCHOPATHOLOGY AND ADOLESCENCE: DEALING WITH THE INDIVIDUAL CRISIS IN TIMES OF GLOBAL CRISIS***

*Paula Laita de Roda* ..... 13

## **CONFLICTOS DE LA PARENTALIDAD, NUEVOS CONTEXTOS, ACOMPAÑAMIENTO Y *ELABORACIÓN EN UN ESPACIO TERAPEUTICO COMPARTIDO***

*Yolanda Carballera Rifón* ..... 23

## **LA ENFERMEDAD EN EL NIÑO. ASPECTOS TERAPEUTICOS DEL TRABAJO EN GRUPO DE PADRES *ILLNESS IN THE CHILD. THERAPEUTIC ASPECTS OF PARENT GROUP WORK***

*Beatriz Sanz Herrero* ..... 29

## **EL MALESTAR SOCIAL Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD EN LA ADOLESCENCIA *SOCIAL UNREST AND THE CONSTRUCTION OF IDENTITY IN ADOLESCENCE***

*Daniel Cruz Martínez* ..... 41

## **LA ESCUELA DEL BIENESTAR COMUN *THE SCHOOL OF COMMON WELFARE***

*Manuel Armas Castro, Laura G. Armas Barbazán y Ramón Area Carracedo* ..... 53

## **SER MADRE EN TIEMPOS FEMINISTAS *MOTHERHOOD IN FEMINIST TIMES***

*Ana Elía Samaniego, Laura Carballera Carrera, Diana Cobo Alonso, Celia Valdivieso Burón, Carmen María Deza García* ..... 67

## **EL GRUPO BALINT EN EL PROYECTO SIRIO. INSTRUMENTO DE CUIDADO, SUPERVISION Y FORMACION PARA EDUCADORES TERAPEUTICOS QUE TRABAJAN DESDE EL VINCULO CON NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN MEDIO RESIDENCIAL *BALINT GROUP IN "PROYECTO SIRIO". CARING, SURVEILLANCE AND TRAINING VEHICLE FOR THERAPEUTIC EDUCATORS (TE) WHO WORK FROM THE ATTACHMENT WITH CHILDREN AND TEENAGERS, SUFFERING FROM SERIOUS MENTAL DISORDER, IN RESIDENTIAL CARE CENTRES***

*Teodoro Uría Rivera, Carlos Justo Martínez, Eduardo Barriocanal Gil, Sara García Al Achbili, Sara González de Pablos* ..... 73

**ADOLESCENTES Y ADOLESCENCIAS. ¿TRANSICIÓN O DESTINO?**  
***ADOLESCENTS AND ADOLESCENCE: TRANSITION OR DESTINY?***

*Ricardo Fandiño Pascual y Vanessa Rodríguez Pousada*..... 87

**UNA PERSPECTIVA SOBRE LOS PROGRAMAS DE HOSPITAL DE DÍA DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**  
***A PERSPECTIVE ON MENTAL HEALTH DAY HOSPITAL PROGRAMS FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS***

*Federico Cardelle-Pérez y María Dolores Domínguez-Santos*..... 97

**CONDUCTA SUICIDA, PANDEMIA Y MALESTAR EMOCIONAL EN LA ADOLESCENCIA. NUEVOS RETOS Y RETOS DE SIEMPRE**  
***SUICIDAL BEHAVIOR, PANDEMIC AND EMOTIONAL DISTRESS IN ADOLESCENCE. NEW CHALLENGES AND OLD CHALLENGES***

*Villar Cabeza, F., Navarro Marfisis, M. C., Amores Colom, A. y Vila Grifoll, M.* ..... 109

**PSICOTERAPIA KLEINEANA PARA FORANEOS, O POR QUE UNA INTERESANTE TEORIA NOS LOS PONE TAN DIFÍCIL**  
***KLEINIAN PSYCHOTHERAPY FOR OUTSIDERS, OR WHY AN INTERESTING THEORY MAKES IT SO DIFFICULT FOR US.***

*Antonio Galán Rodríguez*..... 129

**SI TU ESTUVIERAS EN MI LUGAR, QUE MAL LO IBAS A PASAR. EL CASO DE MIGUEL: UN NIÑO VINCULADO AL SÍNDROME DE ASPERGER**  
***IF YOU WERE IN MY PLACE, YOU WOULD HAVE A REALLY HARD TIME. THE CASE OF MIGUEL: A CHILD LINKED TO ASPERGER'S SYNDROME***

*Carmen Andrés Vilorio y Paula Díez Andrés*..... 139

**UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA BASADA EN LA CAPACIDAD REFLEXIVA Y LAS CAPACIDADES PARENTALES**  
***A PROPOSAL FOR A PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION BASED ON REFLECTIVE CAPACITY AND PARENTAL CAPABILITIES***

*Rocío Villameriel Carrión y Araceli García López de Arenosa*..... 153

**SOSPECHA DE DIAGNÓSTICO DE AUTISMO EN NIÑOS: EL GRUPO COMO HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN**  
***AUTISM DIAGNOSTIC SUSPECT IN CHILDREN: THE GROUP AS AN EVALUATION TOOL***

*Natàlia Albiac Mañé, Teresa Rius Santamaria*..... 159

## EL MALESTAR SOCIAL Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD EN LA ADOLESCENCIA

### SOCIAL UNREST AND THE CONSTRUCTION OF IDENTITY IN ADOLESCENCE<sup>22</sup>

*Daniel Cruz Martínez<sup>23</sup>*

#### RESUMEN

El malestar social está presente en muchas de las consultas que se atienden en salud mental infanto-juvenil, lo que genera un debate en torno a cuál es la respuesta asistencial más adecuada. Este malestar social se relaciona con las condiciones de vida de los adolescentes. Desde una perspectiva dinámica ofrecer acompañamiento en estas situaciones ayuda a reducir el sufrimiento psíquico existente y a la resolución de la crisis adolescente. La construcción de la identidad es uno de los aspectos fundamentales de esta crisis. La psicoterapia permite trabajar estos aspectos dentro de la relación terapéutica. Esto lleva a replantearse la importancia del modelo de la psicoterapia como aproximación a estas dificultades.

**Palabras clave:** Malestar social, adolescencia, psicoterapia

#### ABSTRACT

Social unrest is present in many of the consultations that are attended in child and adolescent mental health, which generates a debate about which is the most appropriate care response. Social unrest is related to the living conditions of adolescents. From a dynamic perspective, offering support in these situations helps to reduce the existing mental suffering and to resolve the adolescent crisis. The construction of identity is one of the fundamental aspects of this crisis. Psychotherapy allows working on these aspects within the therapeutic relationship. This leads us to rethink the importance of the psychotherapy model as an approach to these difficulties.

**Keywords:** Social unrest, adolescence, psychotherapy

#### INTRODUCCION

El malestar social tiene un papel destacado en muchas de las consultas que se atienden en salud mental infantil y juvenil. Las consecuencias de la pandemia por la Covid-19 han puesto en primer plano el impacto de las situaciones sociales sobre la salud mental, con el aumento de tentativas autolíticas, en muchos casos sin diagnóstico previo, o sin presencia de un trastorno mental grave, el aumento de trastornos graves de la conducta alimentaria, de absentismo escolar o de cuadros ansioso-depresivos (Imaz et al., 2020; Santomauro et al., 2021; Aumaitre et al., 2021). Esto ha puesto en primer plano la importancia del malestar social como fenómeno más amplio que estrictamente el de los conocidos casos sociales. Esta tendencia ya se venía produciendo anteriormente con el aumento de los trastornos de conducta durante los últimos años y la complejidad de los factores que intervienen en ellos.

<sup>22</sup> Ponencia presentada en el XXIII Congreso Nacional de la SEPYPNA: “Malestar social y repercusiones clínicas – Cómo acompañar a niños y adolescentes”, celebrado en Santiago de Compostela los días 1 y 2 de abril de 2022.

<sup>23</sup> Psicólogo clínico. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. Contacto: [daniel.cruz@sjd.es](mailto:daniel.cruz@sjd.es)

La Real Academia Española define el malestar como “desazón, incomodidad indefinible”. Otras definiciones en la red apuntan a “cualquier situación que altera la tranquilidad o confort de una persona”. El malestar social “guarda una estrecha relación con los recursos, los elementos de control de la vida, con los que cuenta una sociedad para darse a sí misma certidumbre y sentido a sus acciones”, “puede estar provocado por medidas percibidas como injustas, que afectan al conjunto de la población”. Durante la pandemia reciente hemos visto cómo el aumento de la incertidumbre y el estrés crónico asociado afectaban a la salud mental de los adolescentes. Sin embargo, esta incertidumbre y dificultad para dar sentido ya estaba presente de una forma u otra.

Algunas cuestiones que se plantean son: ¿es el malestar social objeto de tratamiento? ¿Cabe tratar desde los centros de salud mental las reacciones subjetivas ante situaciones de estrés si no hay un diagnóstico psiquiátrico confirmado? ¿Los “problemas de la vida” y los malestares subjetivos que provocan quedan fuera de nuestras indicaciones? ¿En realidad las situaciones sociales estresantes solo afectan a los que son genéticamente vulnerables a presentar trastornos del neuro-desarrollo? ¿Es iatrogenia “psicologizar” situaciones que requieren de forma prioritaria otro tipo de intervenciones (Ortiz-Lobo, 2008; Gualtero y Soriano, 2013)?

Estos interrogantes ponen en evidencia diferentes tipos de planteamientos de cómo se entiende y aborda el sufrimiento psíquico. Desde una perspectiva más cercana al modelo médico clásico se oponen de forma clara los malestares subjetivos y las reacciones a situaciones estresantes al diagnóstico confirmado de un trastorno mental, que es lo que debería tratarse. Desde una perspectiva psicodinámica, el conocimiento de las tareas psíquicas a enfrentar durante la adolescencia y su impacto en la futura organización psíquica del joven adulto nos llevan a apostar por ofrecer un acompañamiento en esta franja de edad cuando se detectan situaciones de malestar subjetivo importantes. En cualquier caso, en un abordaje psicoterapéutico, los trastornos mentales se deberían tratar teniendo presente precisamente el malestar subjetivo que crean y cómo responde el sujeto a las diferentes situaciones de estrés que enfrenta. La prevención primaria no consiste únicamente en la detección precoz de los trastornos mentales, sino también en la promoción de la salud mental, en ayudar a desarrollar las potencialidades y a enfrentar los conflictos cotidianos que atraviesan. Así pues, en el centro de nuestra intervención está en primer plano, junto al cuadro psicopatológico, la vivencia subjetiva y la influencia del entorno. Por ello, como veremos, la psicoterapia como modelo de tratamiento adquiere especial relevancia.

Una viñeta clínica nos ayuda a visualizar cómo el malestar social puede condicionar las dificultades que encontramos:

*Una chica de 14 años es derivada desde su instituto porque les preocupa unos dibujos que ha hecho de temática muy depresiva. Acude acompañada por su padre, y refiere sentimientos de tristeza e ideación suicida de dos años de duración. El padre permanece toda la entrevista, excepto cuando él interviene, pendiente de su móvil. Niega la gravedad de lo que sucede, "no quiere matarse, juega con eso en su cabeza", y comenta con tono amenazante que "si no hace su obligación, que son los estudios, voy a tomar medidas, encima de que le pago un repaso escolar, luego viene a pedirme cosas...". A solas la joven refiere haberse autolesionado y tener ideación suicida por defenestración, pero dice que si no lo hace es por sus hermanas pequeñas. Morir sería una forma de reunirse con su abuela materna, fallecida recientemente, que fue quien la cuidaba de pequeña cuando los padres emigraron por trabajo a nuestro país antes de reunirse las hijas con ellos aquí. En casa hay disputas violentas entre los progenitores porque el padre tiene problemas de consumo de alcohol y comete infidelidades por las que a veces duerme fuera de casa. Es la primera vez que habla con alguien de todo lo que le sucede. Más adelante la madre reconocerá la difícil situación existente en el hogar y podrá pedir ayuda para ella misma. Explica que cedía ante los reproches desproporcionados del padre a la hija por los estudios porque pensaba que así evitaría que la hija cayera en adicciones como había sucedido con otros familiares directos de ella. Afortunadamente, las dificultades familiares se moderaron y la paciente experimentó una mejoría.*

Frente a este tipo de situaciones las reacciones de los profesionales muchas veces son del tipo “¿qué voy a hacer yo con este panorama?”, “¿cómo no va a estar mal con todo lo que le ha pasado?”, “¿cómo puedo dar respuesta a todo lo que le pasa?”, “¿dónde le programo ahora visita con la presión asistencial que ya tengo en mi agenda?”. Vemos que estas situaciones pueden generar, junto a la preocupación que suscitan, una reacción de alejamiento, de poner distancia, y por tanto comprometen la vinculación terapéutica. Es algo semejante a lo que ocurre con los

trastornos externalizantes. La dificultad para vincularse del paciente se traslada también a la que debería ser una relación terapéutica. De ahí la necesidad de ser conscientes de esta problemática, y en muchas ocasiones de ser varios en el abordaje de estas situaciones, no solo para abordar las diferentes necesidades del caso, sino también para ayudar al profesional a no perder su propia capacidad de mentalización (Dangerfield, 2021).

El malestar social provoca situaciones de estrés y afecta a las condiciones de vida, todo ello en un periodo de desarrollo, de ahí que se considere una variable de influencia transdiagnóstica por las diversas repercusiones que puede provocar. Para el adolescente estas vivencias pueden condicionar su imagen de sí y la del mundo en el que quiere encontrar su lugar, hechos que debemos tener presentes en nuestra asistencia. El sentimiento de la identidad se construye en esta etapa estando inmerso en cómo percibe el mundo, en las relaciones que mantiene con los otros, siendo muy sensible a la mirada que recibe de su entorno; el profesional que lo atiende puede llegar a ser un interlocutor privilegiado en este proceso.

## LUGAR DEL TRAUMA Y DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Este tipo de situaciones nos lleva a reflexionar sobre el concepto de trauma, cuál es el impacto de las situaciones traumáticas sobre la organización psíquica y qué alteración pueden causar en los procesos del desarrollo. Es habitual que el psiquismo sometido a un impacto traumático quede en estado de hiperalerta, como si estuviese ocupado en defenderse de amenazas invisibles, tratando de reparar las heridas internas sufridas, y por tanto, poco permeable a las solicitudes externas, tan importantes cuando se está en proceso de desarrollo. Al sufrimiento por lo sucedido se une la ruptura biográfica y relacional, y la pérdida de sentido que ello supone.

La definición de trauma remite a la amenaza vivida, a la dificultad para poder enfrentar adecuadamente dicha situación y, por tanto, al nivel de excitación que desborda las capacidades del aparato psíquico, incapaz de descargar o elaborar la excitación (Laplanche y Pontalis, 1983). Los síntomas repetitivos posteriores al traumatismo buscan precisamente ligar esta excitación desbordada. Este factor económico relacionado con el nivel de excitación se reveló de especial importancia en los estudios sobre psicopatología de la primera infancia (Kris, 1985; Mazet y Stoleru, 1990). Aparece la noción de microtraumatismos repetitivos derivados de los desajustes relacionales en las primeras etapas del desarrollo, con un efecto equivalente al del traumatismo al no poder manejar el bebé el exceso de excitación y dejarlo en estado de desamparo. Como nos muestra la psicopatología, esto puede dar lugar a un estado de vulnerabilidad futura ante situaciones de estrés.

La importancia del trauma se acentúa cuando se trata de traumas repetidos, sobre todo si están ligados al entorno familiar del menor, por lo que hablaríamos de traumas relacionales. El estar en desarrollo forma parte de la complejidad de las repercusiones de las experiencias adversas sufridas, que pueden insertarse en el psiquismo más allá de la desaparición de los sucesos. Cuando se habla de la incidencia de los acontecimientos vitales y factores de riesgo en los trastornos adaptativos, estamos haciendo referencia al impacto personal que surge de los elementos externos sobre los internos. El trato cotidiano y por tanto las condiciones de vida existentes pueden devenir así factores de riesgo. El menor expuesto a este impacto de acontecimientos externos, vivirá la situación en función de sus propias fantasías internas. Acontecimientos como por ejemplo separaciones precoces, desavenencias familiares severas o situaciones de carencia material importante, pueden tener una resonancia interna propia en función del estadio evolutivo y de la propia organización de la personalidad, que en algunos casos puede llevar a un desbordamiento pulsional con consecuencias patológicas. La posibilidad de recibir apoyo que encuentre en su entorno será un elemento importante a tener presente (Marcelli, 2007). Nuestro trabajo, además de intentar que estas situaciones externas puedan mejorar, es ayudar a la labor de ligazón de las excitaciones, intentando construir una narrativa aceptable de lo sucedido, y no una únicamente destructiva. Poder ser capaz de compartir su sufrimiento y de encontrar sentido a lo que le ha sucedido, permite hacer más tolerable el sufrimiento.

La transmisión transgeneracional del trauma es también un tema de reflexión. Puede hablarse de la transmisión de la pobreza afectiva, no solo de la pobreza material, así como del impacto de las condiciones de crianza en el

desarrollo del psiquismo. Cuando ha habido sucesos traumáticos sin elaborar adecuadamente en generaciones anteriores, el peso de lo no dicho puede estar muy presente. El trabajo de ligazón señalado anteriormente también se aplica sobre los conflictos de la parentalidad que puedan estar presentes, con la importancia de las interacciones fantasmáticas y las proyecciones parentales sobre el hijo (Cruz y Palacio-Espasa, 2021).

La siguiente viñeta clínica refleja algunas de estas situaciones:

*Se trata de una chica de 15 años derivada desde su hospital de referencia por una tentativa autolítica por sobreingesta medicamentosa. Vive con su abuela y bisabuela paternas, perdió el contacto con su madre antes de los 2 años de edad y no sabe nada de ella; hasta los 12 años de edad no supo que a la que todavía hoy llama “mamá” en realidad es su abuela. Si hay contacto con el padre, quien cambia con frecuencia de parejas, con las que suele mantener relaciones conflictivas que despiertan temor en la joven. La abuela piensa que el haber sido abandonada ella misma por su propio padre la hace ser muy condescendiente con su hijo. En sesión la paciente muestra un cuadro disociativo donde habla con diferentes voces. Más adelante nos explicará las diferentes personalidades asociadas a cada voz, con sus nombres propios (una es la que le dice que se haga daño, otra más neutral es la que le ayuda, y otra que es la más infantil y lúdica). Hasta ahora no había explicado lo que le pasaba ya que en su familia han luchado para salir adelante y hacer eso se hubiese entendido como vulnerabilidad. Se hace un seguimiento en el que se puede hablar de estas cuestiones, hay una mejora del cuadro depresivo y desaparecen los síntomas disociativos.*

## MALESTARES SOCIALES QUE IMPACTAN EN LA CONSTRUCCION DE LA IDENTIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Junto a los factores traumáticos, podemos plantearnos en un sentido más amplio el malestar social y pensar qué aspectos de las condiciones de vida actual tienen repercusión en el psiquismo durante la adolescencia. En esta etapa la formación de la identidad es crucial, implica tanto la imagen de sí mismo, en plena transformación corporal, como la del mundo que le rodea. ¿De qué mundo hablamos?

En primer lugar, los adolescentes están expuestos a las denominadas violencias estructurales, como las dificultades en el acceso al trabajo y la vivienda. Si el paro juvenil y la precariedad laboral son más la norma que la excepción, si tener trabajo no garantiza salir de la pobreza, si la incertidumbre sobre el futuro se incrementa en una sociedad donde ya de por sí los procesos de aceleración son una constante con sus posibles efectos alienantes que socavan la pretendida autonomía reivindicada por la modernidad (Rosa, 2016), ¿cómo puede el adolescente lanzarse al futuro y comprometerse en nuevos vínculos si están instalados en la incertidumbre y la provisionalidad?

La sociedad actual se caracteriza por priorizar lo inmediato, los resultados, el consumo, el individualismo (Han, 2014). La evitación del compromiso prima sobre la construcción de la identidad, se vive en un “presente continuo” de experiencias discontinuas (Bauman, 2007). Esta presión e inestabilidad llega también a los jóvenes. Sin duda ahora se ofrecen mayores niveles de libertad de elección y expresión que antes, pero dejan más expuestas las fragilidades individuales. Los adolescentes pierden la protección narcisista que suponían las prohibiciones impuestas por la autoridad y quedan expuestos a la obligación de hacerlo bien según ideales ilimitados. En un momento de caída de los ideales de la infancia, ¿qué ideales vienen a reemplazarlos? La tiranía de la imagen corporal, el “body-building” y la vigorexia, el enganche a las redes sociales y a los videojuegos, la incitación al consumo, la pornografía como falsa educación sexual, forman parte de su paisaje habitual. Muchos adolescentes están más absortos en sus dispositivos digitales que pendientes de lo que puedan aportarles supuestas figuras de referencia. Una sociedad con un sistema de valores basado en el narcisismo (el éxito, la juventud, lo inmediato, el divertirse obligatoriamente) y el individualismo, puede conllevar un aislamiento de la comunidad y por tanto de los recursos e intercambios que proporciona. La subjetividad se constituye moldeada por el marco cultural imperante. En una sociedad con un ritmo de cambio vertiginoso, con aumento de la precariedad y pérdida de marcos de referencia, con nuevos retos y exigencias, se pierde el sentido de pertenencia. Las perturbaciones narcisistas están presentes a través de las demandas de atención relacionadas con la falta de consistencia de la identidad, la falta de autoestima,

la ausencia de metas y valores claros, la sensación de vacío y futilidad. La construcción de la identidad se vuelve problemática en estas condiciones (Novella, 2018).

Las nuevas tecnologías, imprescindibles hoy en día, incluso aliadas potenciales en nuestras consultas cuando a través de su móvil los adolescentes nos muestran aspectos de sus vidas, también tienen un lado oscuro que pueden contribuir al malestar del adolescente. Algunos datos nos sitúan en esta nueva. El 54 % de los jóvenes ha accedido a contenidos de pornografía antes de los 12 años de edad (Sanjuan, 2020). El 98,5 % de los adolescentes está presente en alguna red social, de ellos más de un 60 % tienen más de un perfil en la misma red social (Andrade, Guadix, Rial y Suárez, 2021). Dos de cada diez adolescentes pueden ser víctima de ciberacoso. La mayoría usan los videojuegos como principal fuente de ocio y entretenimiento, de entre ellos al menos la mitad usan videojuegos no aptos para su edad. Se considera que un tercio de los adolescentes realizan un uso problemático de internet, siendo este uso de las nuevas tecnologías el motivo del 25 % de las discusiones familiares. En la era de la “post-verdad”, donde las noticias “fake” se divulgan a una velocidad seis veces superior a la de las noticias contrastadas (Lazer, Baum, Benkler, y Berinsky, 2018), ¿cómo se va a guiar al adolescente para saber qué es real, que es verdad? Para tener sentido de la realidad es preciso tener un sentido del valor propio y de la autoridad como aquella que desvela las propias potencialidades; ningún algoritmo de las redes sociales puede sustituir este sentido. La tiranía de los “likes” es un espejismo en el que corren el riesgo de quedar atrapados, la hiperconexión a las redes puede aplastar la curiosidad genuina (Ubieto y Pérez, 2018), el “cyberbullying” multiplica de forma exponencial el nivel de acoso al que quedan expuestos. La construcción de la imagen de sí, de los otros y del mundo puede estar inmersa en estas realidades.

Cómo se han desarrollado estos jóvenes en las primeras etapas es también significativo para comprender los malestares actuales. ¿Existe falta de una infancia genuina? La infancia es cada vez más objeto del mercado, hay una sobreexposición a contenidos adultos, los gadgets acaban sustituyendo al jugar, se convierten en canguros digitales. Asimismo, las condiciones laborales tienen impacto en los modos de crianza. El aumento de la inestabilidad laboral, la pérdida de seguridad y reconocimiento, conducen a cierta “corrosión del carácter” (Sennett, 2000). Los adultos pueden estar menos disponibles emocionalmente y les es más difícil ofrecer un futuro esperanzador. Otro fenómeno al que se asiste es el de la dificultad para poner límites a los niños y la falta de tolerancia a la frustración, los denominados “hiperpadres”, la pérdida de la complicidad entre familias y escuela (Ubieto y Pérez, 2018; Millet, 2021). Esta ausencia de normas contribuye a hinchar el narcisismo de los hijos. La clínica nos enseña que cuando hay dificultades a nivel narcisista también las hay a nivel de la identidad, se pierde la ligazón con los propios orígenes y todo ello, unido al malestar no encauzado, puede aumentar la existencia de trastornos de conducta como afirmación de sí mismo.

Desde el campo de las intervenciones profesionales, Sami Timimi habla de la McDonaldización de la infancia para referirse al impacto del neoliberalismo sobre el bienestar de la infancia y cómo desde un modelo biomédico se conceptualiza y tratan los problemas de la infancia como trastornos individuales de base orgánica, con el consiguiente aumento de diagnósticos y de intervenciones farmacológicas, cuando en realidad el aumento del malestar en la infancia tiene relación con cambios en las condiciones de vida de las familias, como el menor tiempo de relación de padres y madres con los hijos, la falta de vida comunitaria y actividad física exterior, la “domesticación” de la infancia con aparatos digitales y objetos de consumo o los cambios en la alimentación. La clínica debe tener presente el entorno, no solo el individuo aislado, y pasar de centrarse en el déficit y el trastorno a hacerlo en el potencial y la resiliencia (Timimi, 2015). Este es el mismo tipo de enfoque que proponen los “Diálogos abiertos” (Seikkula y Arnkil, 2019). Desde la perspectiva cognitivo conductual, los últimos desarrollos en las denominadas terapias contextuales o de tercera generación también ponen el énfasis en la importancia de la relación terapéutica y en la valoración del contexto relacional del individuo. Plantean la importancia de adoptar un modelo diferente al de enfermedad orgánica, valorar más los aspectos dimensionales de la psicopatología, resaltar que la entrevista sigue siendo el método clínico por excelencia, y proponen evaluar la eficacia por los logros personales y no únicamente por la reducción del número de síntomas asociados al trastorno (Pérez, 2014). De hecho, el enfoque comunitario forma parte de las directrices europeas en salud mental (Caldas-Almeida, Mateus y Tomé, 2017).

Cabe preguntarse cómo son atendidas las necesidades de contacto afectivo de los adolescentes y en qué medida la presencia digital inmediata puede substituir en jóvenes vulnerables al acompañamiento personal (Lasa, 2016). Una paradoja actual es que todo parece completamente pautado en las actividades familiares, y se espera de un diagnóstico saber cómo educar al menor; se pierde así mucho de la sabiduría y sentido común ligado a la tradición oral, por eso se habla en estos casos de infantilización de padres, que delegan toda su autoridad en los supuestos expertos.

Así pues, nos encontramos con padres ausentes por estar agotados por su ritmo laboral, absortos también ellos en las nuevas tecnologías, sometidos igualmente al culto a la juventud, el consumo y el individualismo, de forma que al adolescente puede no parecerle tan atractivo ese estatus de adulto como promesa de futuro, máxime cuando a través de las redes aparentemente ya han quedado desvelados desde hace tiempo los secretos que pueden haber ligados al relevo generacional.

## LO QUE NUESTRA ASISTENCIA PUEDE OFRECER AL ADOLESCENTE FRENTE AL MALESTAR SOCIAL

La siguiente viñeta clínica ilustra cuál puede ser nuestro acompañamiento en algunas de estas situaciones:

*Nos piden visita para una chica de 17 años desde su ambulatorio por “conductas de adicción a pornografía”. Acude sola a visita y pronto veremos que este motivo de consulta tiene poco que ver con ella. Explica de forma coherente su historia y los conflictos actuales. Sus padres se separaron cuando ella tenía un mes de vida. La buena relación que mantenían empezó a estropearse durante el embarazo por problemas de consumo de tóxicos del padre. Estos problemas se agravaron hasta el punto de llevarlo a prisión. Ella no lo conoció hasta los 7 años de edad, una vez salió de la prisión y tras pleitear la abuela paterna para poder recuperar el contacto. La paciente supo de niña, a través de sus preguntas insistentes, que no era cierto que estuviese “en el polo norte” como le decían hasta entonces, y se enteró así de la verdadera situación. Cuando lo conoció mantenían buena relación, si bien ella a menudo ejercía un rol de cuidadora. Cuando tiene 12 años de edad el padre fallece por sobredosis en lo que parece haber sido un suicidio. Por otra parte, la relación con su propia madre es muy conflictiva por los castigos desproporcionados que le pone por motivos nimios. Puede dejarla semanas sin móvil, sin ver la televisión, sin usar utensilios para arreglarse el cabello por contestar mal o haber ido a visitar a amistades de poblaciones donde residió anteriormente. Han instalado cámaras en el salón de casa para controlarla cuando ellos no están. Su supuesta adicción a la pornografía en realidad se debe a que al ir a usar un disco duro externo se encontró una grabación sexual de la madre con su actual pareja; “en cuanto lo vi lo cerré, no tengo ningún interés en ver eso”. La madre tuvo una pareja, padre de la hermana menor de la paciente, que tras nacer la hermana comenzó a maltratar física y psicológicamente a la paciente. No se sintió apoyada por la madre, coincidiendo además con un periodo en el que sufría bullying en el colegio. Según nos refirió la madre cuando vino a visita, ella no lo supo en ese momento y por eso no intervino hasta más adelante. La relación con la actual pareja de la madre es difícil también. Se trata de un hombre que en la actualidad no mantiene relación con sus propios hijos y sigue la línea de reproches de la madre hacia la hija. Estos cambios de pareja se han acompañado de cambios de domicilio y población. La paciente había consultado de pequeña, al parecer para ver si tenía problemas de atención tras haber repetido curso el año que falleció su padre. Al acabar la visita ella misma explica cuál es su demanda: “necesito poder hablar con alguien de todo lo sucedido y recuperar a mi madre”. Cuando la madre vino a visita y explicó su visión, entendimos que tiene un miedo irracional a que la hija acabe también mal, como el padre. Ella tuvo conflictos en su familia de origen por los que marchó a vivir fuera con 18 años, y ahora le dice a la paciente que se vaya cuando cumpla en breve la mayoría de edad. Tras esta visita la paciente refiere que la madre pasó unos días muy cariñosa con ella, pero que después volvió a su actitud punitiva y expulsiva habitual, reprochándole incluso el venir a tratamiento. La paciente actualmente trabaja en una panadería cafetería donde es muy bien valorada y tiene pensado marchar a vivir fuera cuando cumpla los 18 años, lo que efectivamente hizo. Aprovecha muy bien las sesiones y esto le permite reconciliarse con su situación y mejorar su autoestima, muy dañada al inicio de conocernos.*

Cuando acude a nosotros un adolescente que ha pasado por diversas situaciones traumáticas, o que está afectado por las condiciones de vida a su alrededor y el malestar que generan, la pregunta de fondo es cómo podemos ayudarlo a sentir que vale la pena vivir, que puede tener un lugar en el mundo, que en definitiva es una de las tareas

en juego en la crisis de adolescencia. Los acompañamos en entender sus conflictos y en cómo van definiendo la visión que tienen de sí mismos y de los otros. El malestar social no necesariamente conduce a un trastorno mental, pero en tanto genera un sufrimiento importante requiere un acompañamiento, tal y como expresa tan claramente la joven de la viñeta clínica anterior.

Si bien muchos adolescentes acuden a nosotros a demanda propia, debemos ser conscientes que para muchos otros de entrada no les es atractivo acudir a un centro de salud mental, pueden tener la percepción de que a su sufrimiento se añade el estigma de ser un “loco” o un “pringado”, o bien las adversidades relacionales sufridas en la infancia les llevan a no confiar en el otro (Dangerfield, 2021). Si el diagnóstico puede ser el principal elemento estigmatizador (Colina, 2019), escucharlos es lo que más puede ayudar a luchar contra el estigma. Es una escucha que recoge su malestar, su síntoma, y que busca ofrecerle más una vinculación que certezas (Leal, 2021a). Se intenta que pueda expresarse libremente, aunque sea de forma negativa de entrada, validar su vivencia, aceptar su propio punto de vista, interesarse por lo que les preocupa, por lo que les importa, por lo que necesitan, por su visión de las cosas; todo ello es lo que les abre a contactar con nosotros. Si se sienten escuchados, nos escucharán. “El adolescente está en construcción; primero es adolescente y después, si acaso, tiene un problema” (Funes, 2018); conocer su situación es tan importante como conocer sus síntomas. Hablamos de una escucha respetuosa, sin invadirles ni imponerles nuestra visión, señalando lo que desde nuestra propia vivencia nos parece relevante para ayudar a comprender la situación. Un acercamiento que nos lleva a no reducir sus problemas al registro de un diagnóstico psiquiátrico, que tampoco debemos desconocer cuando corresponde hacerlo (Lasa, 2016). La confianza epistémica que se genera así es un ingrediente fundamental de la alianza de trabajo, permite que se acoja lo que nos aporta el otro como algo valioso que puede ser incorporado (Bateman y Fonagy, 2016). La alianza terapéutica no es algo que necesariamente venga dado, puede estar favorecida por distintos factores, pero se ha de trabajar de nuevo en cada caso, quizás en cada sesión; debemos ser conscientes que nuestra propia capacidad de mentalización es fluctuante y por tanto se puede perder. El encuentro con el adolescente puede ser decisivo para él y conviene aquí recordar que la calidad de la relación terapéutica tiene un impacto mucho mayor en la evolución que la técnica específica empleada (Timimi, 2015).

Los adolescentes que han padecido adversidades durante su vida pueden poner a prueba la relación para ver si es digna de confianza, pueden intentar sabotearla, pueden aparecer aspectos fragmentados y disociados, quedar atrapados en repeticiones estériles que arrastran toda su individualidad. En esos momentos es cuando más pueden ponernos a distancia. Es importante entender que precisamente ahí está la clave de su sufrimiento. Si de alguna forma podemos reflejar ese dolor desde nuestra comprensión, cabe la posibilidad de que puedan transformarlo y encontrar su propia realidad. Sabemos que compartir y entender el sufrimiento mejora la psicopatología, integrar su realidad es integrar su self (Moro, 2021).

También nos preocupan especialmente los jóvenes desvinculados de un proyecto y de compañía, sin rutina social o en todo caso con actividades carentes de significado para ellos. Se desconectan de sus raíces y referencias simbólicas, condenados así a estar errantes. En estos casos “el retraimiento, el abandono de sí mismo, la falta de impulso vital manifiesta un desarraigo absoluto... como si faltara el sentimiento de existir” (Miller, 2016). En estos casos el aburrimiento remite a un sentimiento de vacío donde la realidad interna y externa han perdido la ligazón (Tió, 2021).

El observador forma parte de lo observado; el adolescente va a captar nuestra autenticidad, es decir, si estamos verdaderamente presentes en el encuentro, intentando comprenderle, abiertos a recoger lo que le sucede ubicándolo en nuestra propia subjetividad, sin imponerle una visión desde fuera que esquite su propio discurso. En un momento en que está formando su identidad, es muy peligroso que entienda un diagnóstico como una etiqueta. Es más, puede ser algo que lo infantilice, en vez de devolverle la capacidad de actuar por sí mismo. Por ello es muy importante creer en ellos, en sus capacidades y potencialidades, tener presente al futuro adulto que puede llegar a ser (Moro, 2021). Estas potencialidades no las vemos como algo estático, sino como la resolución personal de su crisis de adolescencia personal, crisis donde se pone en juego todo lo anteriormente vivido, el denominado “cuarto organizador” de la personalidad (Marcelli, Braconnier y Ajuriaguerra, 1986). Una visión que

está muy alejada de la que ve sus dificultades como daños o déficits frente a los que solo cabe una actitud paliativa, reeducadora.

Buscamos pues encontrar un espacio donde poder pensar y ver las cuestiones que se plantean detrás de sus dificultades. Cuando captan que podemos entender su malestar sin juzgarlos podemos entablar un diálogo genuino, ese equivalente adolescente del juego, que es una forma de construirse a sí mismo y a su mundo. Nos movemos en esa zona límite entre su mundo interno y su mundo externo. Encontrar sentido a lo que sucede en su mundo y a las experiencias que lo han marcado es prioritario; reconocen así lo vivido, ya que lo que no se entiende puede no existir (Green, 1990). Las vivencias traumáticas, que en ocasiones se pueden remontar a las primeras etapas del desarrollo, antes de la diferenciación entre el yo y el mundo externo, están a la espera de encontrar una significación que les permita una representación psíquica. Para ello deben sentir que podemos reflejar y reconocer su sufrimiento, que es lo mismo que reconocerlos a ellos. Crear una narrativa les permite adueñarse de su experiencia. La construcción del sentido es un proceso compartido, el significado es al mismo tiempo construido y descubierto (Tió, 2021). La fragilidad de su identidad los lleva a necesitar del otro, pero a la vez a temer su proximidad; ser conscientes de sus ansiedades para respetar su espacio y obtener reconocimiento de su posición les ayuda a confiar y mostrarse receptivos (Braconnier, 2021). Este tipo de diálogo refleja una reciprocidad que permite la “ilusión” de estar creando lo que es real para él, diálogo que queda interrumpido como tal cuando uno de los dos adopta una actitud dogmática (Winnicott, 1972). Es importante que el adolescente capte que no lo entendemos todo, que necesitamos de su participación activa para comprender sus vivencias, creando así esta participación mutua que consigue hacer del diálogo ese equivalente del juego, un verdadero espacio transicional donde encontrar su propia voz. Como comenta Winnicott, hay que respetar el balance que el adolescente establece entre comunicarse y relacionarse con el otro y guardar un espacio propio privado, ya que su “preservación del aislamiento personal forma parte de la búsqueda de identidad” (Winnicott, 1975). Podemos decir que en el encuentro terapéutico con estos casos nos movemos en el espacio límite entre el mundo interno y externo. Cuando así sucede, el adolescente ha encontrado un interlocutor que le permite crear su propia realidad, proceso necesario para resolver las cuestiones identitarias; “es necesario encontrar al objeto para poder crearlo”. El reconocimiento de este trabajo es agradecido, como me expresó una vez un paciente, que estaba en seguimiento por graves trastornos de conducta y en quien haber sido adoptado tenía un peso muy importante: *“cuando te vi por primera vez pensé que a ver si tendría que romperte los dientes, pero no, confié en ti y tú en mí, te he aportado cosas para que me ayudes y ha ido bien”* (Cruz, 2020).

En la medida de lo posible es necesario trabajar también con el entorno del adolescente. Este forma parte del espacio psíquico alargado (Cahn, 1991, 2001), y durante la reedición del proceso de separación e individuación que es la adolescencia, puede jugar un papel favorecedor del proceso o bien interferirlo (Mahler, 1985). Las nuevas familias tienen una relación más cercana que la familia patriarcal tradicional, con la posibilidad de tener mayor riqueza afectiva, pero también de ser más dependientes y por tanto de existir mayor ambivalencia (Jeammet, 2005). A menudo estas familias también necesitan sentirse comprendidas y no juzgadas, que podamos contenerlas en sus inquietudes y darles un lugar en el proceso del adolescente. De alguna manera es reanimarlas y volver a sentirse partícipes. El trabajo interdisciplinar puede ayudar a sostener algunos de estos aspectos.

## RELEVANCIA DEL MODELO DE LA PSICOTERAPIA

El tipo de intervención señalado deriva de la aplicación del modelo de psicoterapia dinámica a la adolescencia. Las características de este modelo coinciden con las demandas de atención que desde hace tiempo se formulan desde diferentes instituciones y planteamientos. Esto nos lleva a replantear la conveniencia de su aplicación a casos donde el malestar social tiene un peso importante. La definición de salud pasó ya de considerarse la ausencia de enfermedad a la de tener un completo bienestar. Por tanto, el énfasis no recae únicamente en eliminar los síntomas de la enfermedad, sino en potenciar la habilidad para enfrentar los cambios y desafíos. La complejidad de la realidad no puede obviarse en nuestras valoraciones e intervenciones.

Desde el campo de la ética encontramos reflexiones que nos ayudan a pensar la complejidad de estas situaciones

donde el malestar social predomina y nos hacen aportaciones que resignifican la importancia del encuentro terapéutico. Begoña Román (Román, 2021) señala que como ciudadanos no se puede vivir a la intemperie, en el desamparo; se requieren unos mínimos de justicia y convivencia en lo público, y una calidad de vida en lo íntimo. Los jóvenes tienen derecho a disponer de oportunidades -y lo contrario a la pobreza no es la riqueza sino la justicia, y a una calidad de vida que necesariamente implica un ingrediente subjetivo. El desarrollo saludable de la persona requiere del reconocimiento a diferentes niveles. A nivel afectivo por la necesidad de unos cuidados, la aceptación incondicional como sujetos de necesidad y el ocupar un lugar en el linaje de origen, puerta de acceso al mundo simbólico humano. A nivel cívico el reconocimiento pasa por participar en actividades, donde se reconoce su condición de persona. Por último, la esfera de reconocimiento ligada a la solidaridad, a la amistad; la relación con el grupo de iguales libremente escogido por el adolescente es la que le permite el desarrollo de unas capacidades propias, más allá de su esfera familiar. A través de esta “segunda tribu” puede alcanzar un proyecto de vida autónoma. Estas reflexiones tienen su traslación al ámbito de la intervención profesional. El acompañamiento debe realizarse desde la participación activa del sujeto a fin de poder desarrollar sus capacidades, paso necesario para adquirir una plena autonomía. Se trata de ofrecerle un entorno tranquilizador, participativo, donde poder ejercer el derecho a ser agente de su propia vida, de sostener su propio relato, recoger su historia personal y circunstancias, acompañar en lo cotidiano desde la distancia adecuada, “sin empujar ni frenar”, recogiendo sus propias capacidades reconciliadoras que le permitirán construir su respuesta al malestar sufrido. Este tipo de intervención basada en la ética del acompañamiento, a la que los jóvenes tienen derecho, nos remite pues al modelo de la psicoterapia.

Algunas de las características de la psicoterapia dinámica son: favorecer el discurso del paciente, trabajar la alianza terapéutica, acoger su síntoma como depositario de un sentido, no juzgar a la persona, tener presente su vivencia subjetiva, su historia personal y su relación con su entorno, señalar aspectos transferenciales preferentemente cuando aparecen resistencias, permitir que pueda alcanzar sus propias soluciones, en definitiva, permitir que se instaure un proceso terapéutico. El proceso terapéutico requiere darle un tiempo al paciente y al profesional; la reacción precipitada del entorno puede en ocasiones fijar una identidad del adolescente ligada a lo problemático, las respuestas inmediatas pueden ser contraproducentes al bloquear un proceso necesario. De ahí las adaptaciones necesarias de la técnica frente a las nuevas expresiones del malestar. El modelo AMBIT, desde la teoría de la mentalización, sería un ejemplo de estas adaptaciones. Poner las necesidades de los pacientes, y no las de los servicios asistenciales, en el centro de nuestra atención, es un relevante cambio de perspectiva que aporta nuevas modalidades de intervención, como son los equipos de atención domiciliaria y comunitaria, y lleva a reconsiderar la importancia de favorecer la mentalización no solo en los menores y sus familias, sino también en los equipos asistenciales y en el trabajo en red (Dangerfield, 2021). También nos lleva a considerar algunos aspectos de las intervenciones asistenciales, ya que en muchas de las demandas relacionadas con el malestar social es preciso implicar al entorno en la búsqueda de recursos adecuados (Leal, 2021b).

De la misma manera, el modelo de recuperación funcional resalta desde hace tiempo la importancia de centrarse en la persona, y por tanto en los aspectos relacionales, en sus medios de apoyo, su identidad, su participación social, sus estrategias de enfrentamiento; en definitiva, en el interés por las necesidades del paciente antes que en un trabajo centrado exclusivamente en la remisión clínica de los síntomas (María, 2021). La mejoría pasa también por tener un proyecto formativo o laboral, y desarrollar unas capacidades que le permitan el acceso a la autonomía y al reconocimiento. Desde la misma Estrategia de Salud Mental 2022-26 del Servicio Nacional de Salud se señala la importancia de ofrecer una escucha activa y recoger la historia personal.

Ahora que ya se ha aprobado la especialidad de psiquiatría infantil, y esperemos que no tarde en hacerlo la de psicología clínica de la infancia y la adolescencia, quizá es el momento de insistir en el reconocimiento oficial de la psicoterapia como necesidad del sistema público de salud.

## REFERENCIAS

- Andrade, B., Guadix, I., Rial, A. y Suárez, F. (2021). *Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades*. Madrid: UNICEF España.
- Aumaitre, A., Costas, E., Sánchez, M., Taberner, P. y Vall, J. (2021). *Crecer saludable(mente). Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia*. Save the children España. Recuperado de: [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe Crecer saludablemente DIC 2021.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe%20Crecer%20saludablemente%20DIC%202021.pdf)
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad*. Bilbao: Desclee de Brouwer (Orig. 2016).
- Bauman, Z. (2007). *Els reptes de l'educació en la modernitat líquida*. Barcelona: Arcadia (Orig. 2006).
- Braconnier, A. (2021). Clínica de los funcionamientos límites en la adolescencia. En D. Cruz, E. Mollejo y F. González (Coords.). *Adolescencias. Nuevos retos, nuevas transiciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. (pp. 213-220)
- Cahn, R. (1991). *Adolescence et folie. Les déliaisons dangereuses*. Paris, PUF.
- Cahn, R. (2001). *Tratamientos institucionales y utilización terapéutica de la vida cotidiana*. Paris: Elsevier
- Caldas-Almeida, J. M., Mateus, P. y Tomé, G. (Coords.) (2017). *Joint Action on Mental Health and Well-being. Towards community-based and socially inclusive mental health care. Situation analysis and recommendations for action*. Recuperado de: <https://mentalhealthandwellbeing.eu/the-joint-action/>
- Colina, F. (2019). *Foucaultiana*. Madrid: La Revolución Delirante.
- Cruz, D. (2020). Mal al cor. Psicoterapia de un adolescente con trastornos graves de conducta mediante tratamiento basado en la mentalización. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 69, 17-24.
- Cruz, D. y Palacio-Espasa, F. (2021). Conflictos de la parentalidad en la adolescencia. En D. Cruz, E. Mollejo y F. González (Coords.). *Adolescencias. Nuevos retos, nuevas transiciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. (pp. 297-307)
- Dangerfield, M. (2021). Equipo clínico de intervención a domicilio (ECID): una propuesta comunitaria para adolescentes de alto riesgo. En D. Cruz, E. Mollejo y F. González (Coords.). *Adolescencias. Nuevos retos, nuevas transiciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. (pp. 211-340)
- Funes, J. (2018). *Quiéreme cuando menos me lo merezca... porque es cuando más lo necesito*. Barcelona: Columna.
- Green, A. (1990). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu (Orig. 1972).
- Gualtero, R. y Soriano, A. (2013). *El adolescente cautivo. Adolescentes y adultos ante el reto de crecer en la sociedad actual*. Barcelona: Gedisa.
- Han, B. C. (2014). *Psicopolítica*. Barcelona: Herder.
- Houzel, D., Emmanuelli, M. y Moggio, F. (2006). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Akal (Orig. 2000).

- 
- Imaz, C., González, F., Martínez, A., Arango, C., Bellido, G. y Payá, B. (coords) (2020). *Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en la era del COVID-19. Evidencias y Recomendaciones de las Asociaciones Profesionales de Psiquiatría y Psicología Clínica*. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.
- Jeammet, Ph. (2005). *Respuestas a 100 preguntas sobre la adolescencia*. Barcelona: Abisal (Orig. 2002).
- Kreisler, L. (1985). *La desorganización psicosomática en el niño*. Barcelona: Herder (Orig. 1981).
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1983). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor (Orig. 1968).
- Lasa, A. (2016). *Adolescencia y salud mental. Una aproximación desde la relación clínica*. Madrid: Grupo 5.
- Lazer, D., Baum, M., Benkler, Y. y Berinsky, A. (2018). The science of fake news. *Science*, 359(6380), 1094-1096.
- Leal, J. L. (2021a). De la fragilidad y la ternura: sostener y acompañar la infancia y adolescencia. (Reflexiones a propósito de un caso de violencia paterna). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 187-210.
- Leal, J. L. (2021b). Saberes nómadas, salud mental y adolescencias: los cuidados en la comunidad. En D. Cruz, E. Mollejo y F. González (Coords.). *Adolescencias. Nuevos retos, nuevas transiciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. (pp. 145-155)
- Ortiz-Lobo, A. (2008). Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar. *Átopos*, 7, 26-34.
- Mahler, M. (1985). *Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación. Tomo I: Psicosis Infantil*. México: Joaquín Mortiz.
- Marcelli, D. (2007). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson (Orig. 2006).
- Marcelli, D., Braconnier, A. y Ajuriaguerra, J. (1986). *Manual de Psicopatología del Adolescente*. Barcelona: Masson (Orig. 1985).
- María, H. (2021). El modelo de recuperación, un cambio de paradigma en el abordaje de la Salud Mental. *Som Salut Mental*, 360. Recuperado de: <https://www.som360.org/es/monografico/recuperacion-salud-mental/articulo/modelo-recuperacion-cambio-paradigma-abordaje-salud>
- Mazet, P. y Stoleru, S. (1990). *Psicopatología de la primera infancia*. Barcelona: Masson (Orig. 1990).
- Miller, J. A. (2016). *Desarraigados*. Buenos Aires: Paidós (Orig. 2016).
- Millet, E. (2021). ¿Hijos perfectos o hipohijos? Causas y consecuencias de la hiperpaternidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 279-287.
- Moro, M. R., Carballeira, L., Elúa, A. y Radjack, R. (2021). Los adolescentes y el mundo. Un enfoque transcultural. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 151-170.
- Novella, E. (2018). *El discurso psicopatológico de la modernidad. Ensayos de historia de la psiquiatría*. Madrid: Los libros de la catarata.
- Pérez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Román, B. (2021). Aspectos éticos en la relación materno-infantil. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 171-186.

- Rosa, H. (2016). *Alienación y Aceleración: Hacia una teoría crítica de la temporalidad en la modernidad (discusiones)*. Madrid: Katz Barpal (Orig. 2010).
- Sanjuan, C. (2020). *(Des)información sexual: pornografía y adolescencia*. Save the children España. Recuperado de: <https://www.savethechildren.es/informe-desinformacion-sexual-pornografia-y-adolescencia>
- Santomauro, D. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712.
- Seikkula, J. y Arnkil, T. E. (2019). *Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas. Respetando la alteridad en el momento presente*. Barcelona: Herder.
- Sennett, R. (2000). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama (Orig. 1998).
- Timimi, S. (2015). La McDonaldización de la infancia: La Salud Mental Infantil en las culturas neoliberales. *Átopos*, 16, 15-34.
- Tió, J. (2021). Conflicto, emancipación y utopía en la adolescencia. En En D. Cruz, E. Mollejo y F. González (Coords.). *Adolescencias. Nuevos retos, nuevas transiciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. (pp. 113-128)
- Ubieto, J. R. y Pérez, M. (2018). *Nin@s hiper. Infancias hiperativas, hipersexualizadas, hiperconectadas*. Barcelona: NED.
- Winnicott, D. W. (1972). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Granica (Orig. 1971).
- Winnicott, D. W. (1975). *El proceso de maduración en el niño. (Estudios para una teoría del desarrollo emocional)*. Barcelona: Laia (Orig. 1965).