

Adela Abella
Daniel Cruz
Vicent Pi Navarro
Paula Rodrigo Plaza
Amador Tarazona Martorell
M^a Carmen Velasco Azkue
Aloña Goiburu Jauregui
Gaizka Ariz Martínez
Leire Ojanguren Rotaetxe
Alejandro Muriel Hermsilla
Nuria Román Avezuela
María del Valle Martín
Sergio Martín Tarrasón
Cristina Tormo Martín
Ingrid Ximenez de Embun Ferrer
Idaira Izquierdo Hidalgo
Estefanía Rodríguez Rodríguez
Carla Trabucco Risquez
Angelita López
Claudia Noval Canga
Adrian Alonso Sánchez
Gema Medina Ojeda

Nº 73
2º semestre

2023

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

ISSN: 1575-5967

SEΨPNA

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: SEPPYNA – Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

ISSN: 1575-5967

[@] publicaciones@seppyna.com

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

Junta directiva de SEPPYNA

Presidente: Roque Prego Dorca

Vicepresidenta: Paula Laita de Roda

Secretario: Daniel Cruz Martínez

Tesorerera: Sara Terán Sedano

Vicesecretario: Antonio Galán
Rodríguez

Responsable web: Saioa Zarrazquin 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 Zarrazquin 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), M^a 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 Univesidad 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 Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao), Mercè Mabres Fundación Eulàlia Torras (Barcelona), Roger Misés (París) †, Marie Rose Moro Univesidad 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), Eulalia 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 SEPPYNA
- Conferencias y aportaciones libres.

Envío de artículos: publicaciones@seppyna.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 Carballeira 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 Carballeira 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 Acbbili, 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

HABLANDO DE BEBÉS A LOS ADOLESCENTES. UNA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA¹

TALKING ABOUT BABIES TO TEENS. A PREVENTION OF VIOLENCE

Bernard Golse²

(TRADUCCIÓN AL CASTELLANO DE ALBERTO LASA)

RESUMEN

Este artículo explora la conexión entre la infancia y la adolescencia desde una perspectiva psicodinámica, destacando el papel de la teoría del *après-coup* en la construcción psíquica del sujeto. Se argumenta que la manera en que los adolescentes perciben su propia historia infantil influye en su futura parentalidad y en su capacidad para comprender la vida psíquica preverbal. A través de la experiencia en Romilly-sur-Seine, se presenta una iniciativa de prevención temprana que consiste en hablar con adolescentes sobre bebés, con el objetivo de favorecer la elaboración psíquica de su historia infantil y fomentar una mayor sensibilidad hacia la crianza. Se destacan las analogías entre el funcionamiento psíquico de los bebés y los adolescentes, como la intensidad pulsional, la centralidad del cuerpo y la reactivación de procesos primarios. Finalmente, se enfatiza la importancia de generar espacios de reflexión que permitan a los adolescentes reescribir su pasado, promoviendo una mayor conciencia sobre el impacto de su historia en su desarrollo futuro.

Palabras clave: Adolescencia, desarrollo psíquico, teoría del *après-coup*, prevención.

ABSTRACT

This article explores the connection between childhood and adolescence from a psychodynamic perspective, emphasizing the role of *après-coup* theory in the subject's psychic development. It argues that the way adolescents perceive their early history influences their future parenthood and their ability to understand preverbal psychic life. Through the experience in Romilly-sur-Seine, an early prevention initiative is presented, involving discussions with adolescents about babies to foster the psychic elaboration of their childhood and enhance their sensitivity towards caregiving. The article highlights the analogies between infant and adolescent psychic functioning, such as drive intensity, body centrality, and the reactivation of primary processes. Finally, it underscores the importance of creating reflective spaces that enable adolescents to rewrite their past, fostering greater awareness of how their history shapes their future development.

Keywords: Adolescence, psychic development, *après-coup* theory, prevention.

¹ Conferencia de Clausura del 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.

² Paidopsiquiatra-Psicoanalista (Miembro de la Asociación Psicoanalítica de Francia). Jefe del Servicio de Paidopsiquiatría del Hôpital Necker-Enfants Malades (Paris). Profesor de Psiquiatría del niño y del adolescente en la Universidad Ren Descartes (Paris 5).

INTRODUCCIÓN

Gracias Fernando por todos estos recuerdos conmovedores y por tu amable presentación hacia mí...

¡El tiempo pasa pero la vida sigue y sobre todo la amistad también!

Es un gran placer para mí estar aquí y siento un verdadero honor que se me haya confiado la conferencia de clausura de este gran congreso (por lo tanto, gracias a Fernando Gonzalez-Serrano y Alberto Lasa en particular, así como a todo el comité organizador de este XXXIII Congreso Nacional de SEPYPNA), y por supuesto doy una calurosa bienvenida al nuevo presidente de SEPYPNA, Roque Prego.

Gracias también a las dos traductoras que hacen un trabajo maravilloso, muy fluido y muy preciso.

Hablaré hoy como Presidente de la AEPEA (Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente) pero también como Fundador del Instituto de la Infancia Contemporánea.

Como Presidente de la AEPEA:

- La sección española mayoritariamente representada hasta ahora por la SEPYPNA ha estado muy activa desde el nacimiento de la AEPEA y aprovecho para evocar la memoria de Juan Manzano al que tanto se echa de menos hoy.
- El último congreso europeo de AEPEA tuvo lugar en Bilbao en 2018. Esperar 4 años para reunirnos todos nos pareció largo entonces y decidimos organizar un congreso intermedio en Versalles en 2020. Debido a la pandemia, esto tuvo que ser pospuesto para Septiembre de 2021, cuando la sección francesa organizó a distancia un congreso abierto a todos sobre el tema del lugar de los padres en nuestros sistemas de atención.
- El próximo congreso europeo tendrá lugar en París los días 12 y 13 de mayo de 2023, aplazado un año debido al Covid, por lo que es imprescindible traer a colación ahora los temas considerados importantes para las distintas secciones nacionales de la AEPEA con el fin de definir el tema general de este congreso, cuya organización correrá a cargo del Instituto Contemporáneo de la Infancia.

Como Fundador del Instituto de la Infancia Contemporánea (ICE):

El ICE, que fundé en 2021, fue diseñado como un espacio para pensar el cuidado psíquico y el cuidar (el "cuidado" de los autores anglosajones) de bebés, niños y adolescentes, con clara referencia al psicoanálisis, la psicopatología y la pedagogía. con aperturas al mundo de las artes y la cultura para poner en dialéctica la creatividad artística y la creatividad terapéutica.

Por lo tanto, el objetivo es principalmente el de facilitar sinergias entre la educación universitaria nacional e internacional y los diversos cursos de formación con la posibilidad de apoyar la investigación a partir de un fondo de dotación que se establecerá próximamente.

El ICE es, por tanto, portador de una dimensión de militancia y compromiso a favor de una atención psíquica verdaderamente digna de ese nombre.

El tema que llamamos "bebés/adolescentes" subyace en lo que voy a decir ahora. La cuestión de los vínculos entre el funcionamiento psíquico de los adolescentes y el de los bebés es una cuestión que interesa a muchos clínicos, como lo atestigua el éxito continuo de las diversas conferencias denominadas «Bebés/Ados» que hemos organizado en estrecha colaboración, Alain Braconnier, especialista en adolescentes (en nombre de la ISAPP), Manuelle Missonnier (en nombre de la revista "Le Carnet-Psy") y yo, que trabajo mucho con bebés (en nombre del grupo francófono WAIMH).

Por lo tanto, se trata de una temática potente y fundamentalmente dialéctica, en relación con los efectos retroactivos

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 2023; 73

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

-*a posteriori*³ inherentes al desarrollo.

Los bebés no son solo futuros adolescentes, y los adolescentes no son solo ex bebés.

Los bebés no saben que algún día serán adolescentes, y los adolescentes ya no piensan en el bebé que alguna vez fueron, de ahí la importancia de la dinámica dialéctica que conecta estas dos edades de la vida en relación con la teoría del *après-coup*, sobre la cual terminaré mi intervención.

De hecho, lo que me gustaría transmitir y haceros sentir, sobre todo, es que la manera en que los adolescentes entrarán un día en la parentalidad (con los bebés que tendrán), depende en parte de su historia temprana y de sus reelaboraciones posteriores (es decir, de las huellas de los bebés que fueron).

Por eso, hablar con los adolescentes sobre los bebés me parece útil, no sólo para prepararlos mejor para su eventual paternidad futura, sino también para concienciarlos sobre la importancia de la vida psíquica preverbal.

Esto se abre así tanto a una ayuda para el acceso a la paternidad, como también, y quizás, sobre todo, al respeto por la vida psíquica en todas sus formas.

Actualmente, debido al malestar social (tema de este simposio), esta pregunta es todo salvo superflua (+++) y hay aquí, me parece, una forma posible de trabajar en la perspectiva de una prevención de la violencia que se está volviendo hoy, como bien sabemos, un auténtico problema de salud pública (individual y colectiva).

LA EXPERIENCIA DE ROMILLY-SUR-SEINE: ¿PREVENCIÓN TEMPRANA?

En mi carrera profesional, tengo la suerte de haber conocido a una persona llamada Marie Biot que trabaja como profesora en una escuela secundaria en Romilly-sur-Seine (B. Golse y M. Biot⁴).

De hecho, me dio la oportunidad de poner en marcha una cierta forma de prevención que es muy importante para mí.

Me había escuchado, en varias ocasiones, mencionar el interés que habría en venir a hablar con los adolescentes sobre los bebés, porque los adolescentes son muy sensibles a los bebés, ya que son sensibles al bebé que ellos mismos han sido. Entonces, un día, ella me tomó la palabra: “No basta con decirlo, ¿lo has hecho?”, al tiempo que añadía: “Tienes que ir a las clases, tienes que venir y hablarles de los bebés”.

Le dije que aún no había puesto en marcha el realizar este proyecto y ella respondió: “¡Entonces, ven a mi clase!”. Así fue dicho y hecho, aunque yo pensaba que Romilly-sur-Seine estaba a 10 kilómetros de París, cuando en realidad eran 130 kilómetros...

A pesar de todo, acepté el desafío y estoy muy feliz por ello.

³ El término francés “*après coup*”, utilizado muy frecuentemente en el psicoanálisis francófono y equivalente al latino “*a posteriori*”, corresponde a los términos, tomados del alemán y originalmente utilizados por Freud, *nachträglichkeit* (sustantivo) y *nachträglich* (adjetivo y adverbio). Con ellos Freud describe cómo ciertas experiencias, impresiones y huellas mnésicas (recuerdos) se modifican posteriormente en función de nuevas experiencias o al acceder a nuevos grados de desarrollo y adquirir entonces un nuevo sentido y efecto psíquico. En la traducción española del Diccionario de psicoanálisis de Laplanche y Pontalis se traduce como “*retroactivo, retroactividad*” (n. del trad.)

⁴ B. Golse et M. Biot, Sensibiliser les adolescents aux bébés (qu'ils furent et qu'ils auront), Le Carnet-Psy, 2017, 208, 20-37

Así que, desde hace algunos años, me encuentro con estudiantes que finalizan la escuela secundaria, y cada vez que lo hago, voy dos veces, con dos semanas de diferencia.

La primera vez les hablo de adolescentes, de bebés, del bebé que fueron, del bebé que tendrán, y vemos juntos parte de la película de Bernard Martino⁵: *Lóczy, una casa para crecer*, una película que encaja bien en el programa de historia del último año, y hablamos todos juntos, los estudiantes, Marie Biot y yo.

Quince días después, vemos la segunda parte de la película, y en particular el pasaje que muestra a un adolescente adoptado que regresa al lugar de su primera infancia, en el hogar Lóczy, para hablar con la enfermera que lo cuidó sobre el bebé y el niño pequeño que él fue o que cree que fue.

De hecho, les hablo con la idea de que los adolescentes en general son muy sensibles a los bebés y que ayudándoles a repensar los bebés que piensan haber sido, que esperan haber sido o que temen haber sido, tal vez, algún día, les será más fácil acoger a los bebés que ellos mismos tendrán.
¡Son sesiones literalmente mágicas!

Una de las últimas veces, un adolescente me preguntó, ¿cómo era, que efectos tenía para los bebés criarse en una dictadura?

Primero le dije que era realmente una pregunta muy bonita y, a decir verdad, ¡una pregunta que nunca me habían hecho antes que él, ni siquiera en los congresos más sofisticados!

Después de un tiempo de reflexión, le dije entonces que la característica propia de las dictaduras era querer que todos pudieran pensar una sola cosa sobre cada cosa, mientras que la libertad de pensamiento consistía precisamente en poder pensar siempre varias cosas simultáneamente sobre cada cosa... y los estudiantes abren unos ojos inmensos.

El año pasado, uno de ellos me dijo: "le deseo un buen futuro", y este año, como regalo de agradecimiento, la clase me dio un biberón relleno con una treintena de pequeños mensajes para mí...

Tengo la debilidad de pensar que no acogerán a los hijos que tendrán, como si no se hubiera producido este encuentro. En cualquier caso, eso espero, y en esos momentos tuve realmente la sensación de que estaba haciendo prevención.

¿POR QUÉ HABLAR DE BEBÉS A LOS ADOLESCENTES?

Un período de gran receptividad

Actualmente, solo uno de cada dos adolescentes tiene la oportunidad de ver a sus padres cuidar de un bebé más pequeño en nuestras sociedades, en la medida en que la tasa de fecundación es de 2,1 a 2,2 hijos por pareja. Esto tiene consecuencias para la futura paternidad de los adolescentes que están, por ello, muy poco preparados para la inevitable ambivalencia de los adultos hacia los niños, de los adultos en general y por lo tanto de los adultos que serán.

Además, sucede que debido a las analogías que existen entre ciertos aspectos del funcionamiento psíquico de los bebés y los adolescentes, estos últimos son particularmente sensibles a los niños pequeños a los que a veces

⁵ B. Martino (2000), *Lóczy, une maison pour grandir*, Documental, France, 170 min, Production / Diffusion, : Association Pikler-Lóczy de France.

observan con extrema atención.

Al hacerlo, probablemente estén re-trabajando, reelaborando y transformando sus propios recuerdos de infancia más o menos enterrados, y esto sin duda les puede ayudar a acoger mejor a los hijos que algún día puedan tener. Hay pues un hilo conductor que va desde el bebé que han sido (que creen haber sido, que les gustaría haber sido o que temen haber sido) hasta el bebé que tal vez tendrán. (A. Braconnier y B. Golse, 2008⁶).

En nuestra unidad de día, en el hospital Necker-Enfants Malades, acogemos a niños muy pequeños para una observación transdisciplinar.

A veces, a decir verdad, no muy frecuentemente, acogemos en esta unidad a preadolescentes o adolescentes con dificultades, a condición de que no estén demasiado agitados o violentos.

Dicho esto, por muy perturbados que puedan estar (depresivos, suicidas o simplemente disarmónicos), llama la atención ver hasta qué punto los niños muy pequeños que les rodean les fascinan de verdad.

Los adolescentes los miran y los observan con atención sostenida, como si esta confrontación con los bebés de afuera les permitiera reelaborar algo sobre el bebé de adentro, es decir, el bebé que fueron y que dejó huellas profundamente enterradas en su interior, o del bebé que imaginan, con razón o sin ella, que ha sido.

Convergencias del funcionamiento psíquico entre bebés y adolescentes

Poner en perspectiva las modalidades del funcionamiento psíquico de los bebés y de los adolescentes resulta rico en enseñanzas, y en particular a la luz de los logros más recientes de la psiquiatría infantil, pero vuelvo a decir claramente que no se trata de considerar a los adolescentes únicamente como bebés grandes.

En efecto, si la adolescencia es un período natural de reactivación y reviviscencia de los primeros mecanismos psíquicos y de los modos de relaciones de objeto tempranas, lo cierto es que sin duda debemos tener en cuenta los efectos a posteriori (*après coup*) que hacen de estas repeticiones funcionales sean mucho más que simples repeticiones o simples reediciones (podemos evocar aquí, indirectamente, el registro de lo transferencial).

Por lo tanto, mi propósito es solo entender las especificidades del funcionamiento psíquico en la adolescencia a través de lo que hemos aprendido de los bebés, no tanto como una comparación formal, sino más bien para arrojar nueva luz, para aprehender desde un nuevo ángulo ciertas particularidades clínicas (y técnicas) propias de las prácticas vigentes en estos dos períodos de la vida.

1) Analogías clásicas

Desde hace mucho tiempo se conocen algunas analogías del funcionamiento psíquico entre bebés y adolescentes:

- Intensidad pulsional, en la medida en que el sistema pulsional se organiza en el bebé y se reactiva intensamente en los adolescentes
- Predominio del narcisismo sobre la objetividad (psiquismo y pulsionalidad centradas en sí mismo o dirigida hacia otros objetos-personas)
- La agresividad dirigida a verificar la solidez del objeto, según la perspectiva de D.W. Winnicott⁷, que insistía en el papel de la agresividad en cuanto a la diferenciación entre el objeto interno o subjetivo (objeto de los ataques) y el objeto externo u objetivo (que “sobrevive” a esos ataques). Esto explica que la crisis

⁶ A. Braconnier et B. Golse, *Nos Bébés, Nos Ados*, Odile Jacob, Paris, 2008.

⁷ D.W. Winnicott, L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications, 120-131, in: *Jeu et réalité - L'espace potentiel* (D.W. Winnicott (1969), Gallimard, Coll. « Connaissance de l'Inconscient », Paris, 1975 (1ère éd.)

de la adolescencia sea frecuentemente, de hecho, menos destructiva de lo que podría imaginarse intuitivamente

- La cuestión de la bisexualidad psíquica se plantea también en estas dos edades de la vida, ya que está en curso de elaboración en niños muy pequeños y que se ve puesta en cuestión en los adolescentes cuyo acceso a un cuerpo definitivamente sexuado conducirá en ocasiones a un verdadero «breakdown» (“ruptura” depresiva), tan bien descrito por autores como Moses y Eggle Laufer⁸.
- El lugar del cuerpo, finalmente. Es el cuerpo el que toma, o retoma, en los bebés y adolescentes un lugar completamente central. M. Merleau-Ponty⁹) decía, ya en su época, que si el psicoanálisis olvidaba demasiado el cuerpo, acabaría por pagarlo muy caro...

Está caro que tanto los bebés como los adolescentes nos obligan a situar el cuerpo en primer plano de nuestras reflexiones y modelos teórico-clínicos.

2) Las contribuciones de la psiquiatría infantil a la comprensión de los adolescentes

Los desarrollos recientes en psiquiatría infantil han renovado considerablemente nuestra visión de los procesos de crecimiento y maduración psíquica de los niños muy pequeños, pero muchos de los datos así recopilados también pueden enriquecer nuestra comprensión de la dinámica de la adolescencia.

Aquí citaremos sólo algunos ejemplos:

- Identificaciones adhesivas, que permiten pensar el funcionamiento de los grupos de adolescentes en términos de identificaciones primarias más o menos arcaicas y no solamente en términos de identificaciones secundarias de los miembros del grupo con los ideales y aspiraciones del líder
- El futuro de los patrones de apego, sin duda menos fijados de lo que se pensó inicialmente (SK.E. y K. Grossmann¹⁰) y que serán reconstruidos en la adolescencia
- La sintonía afectiva y la comunicación analógica que se reactivan en la adolescencia y que es importante tenerlas en cuenta para comprender bien la dinámica de los primeros encuentros con adolescentes
- El cuerpo: quienes se interesan por la teoría de la "seducción generalizada", propuesta en Francia por J. Laplanche¹¹, saben muy bien que el cuerpo del adolescente puede asumir a veces la función de “significante enigmático”. Para el adolescente mismo, ya no son los cuidados maternos, sino sus propios funcionamientos corporales los que vienen a reactivar en él esta situación de seducción originaria, de la que conocemos su fuerza de atracción, fundada a la vez sobre los afectos de fascinación y de miedo. Asistimos pues en la adolescencia a una interiorización progresiva del enigma.

A estos elementos de reflexión habría que añadir además el paralelismo que se puede trazar entre la posición depresiva del bebé (M. Klein) y la "ruptura depresiva" del adolescente (M. y E. Laufer) con, en los dos casos, una gran importancia de la oscilación entre la posición depresiva y la posición esquizo-paranoide así como el papel del objeto (del otro) y los efectos de este encuentro.

⁸ M. Laufer et M.E. Laufer, *Rupture du développement et traitement psychanalytique à l'adolescence - Études cliniques*, P.U.F., Coll. « Le fil rouge », Paris, 1993 (1ère éd.).

⁹ M. Merleau-Ponty, *Sens et non-sens*, Editions Nagel, Paris, 1966

¹⁰ K.E. et K. Grossmann, Développement de l'attachement et adaptation psychologique du berceau au tombeau, in *Enfance*, 1998, 3, 44-68

¹¹ J. Laplanche, De la théorie de la séduction restreinte à la théorie de la séduction généralisée, *Études Freudiennes*, 1986, 27, 7-25

¹¹ J. Laplanche, *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, P.U.F., Coll. « Bibliothèque de Psychanalyse », Paris, 1987 (1ère éd.)

TEORÍA DEL *APRÈS COUP* (DE LA RETROACTIVIDAD): *IT IS NEVER TOO LATE TO HAVE A HAPPY CHILDHOOD* («NUNCA ES TARDE PARA TENER UNA INFANCIA FELIZ»)

Los adolescentes no son solo bebés mayores, y los bebés no son solo futuros adolescentes, por supuesto. Por el contrario, el bebé que hemos sido, o que creemos haber sido, da cuenta, en parte, de que el adolescente en que nos convertimos, y el adolescente en que nos hemos convertido, puede revisar, transformar y reescribir constantemente sus recuerdos de bebé.

En un escrito sobre el *après-coup*, J. Laplanche¹² (1999) relata una anécdota que, según él, S. Freud apreciaba mucho y que muestra que el pasado ciertamente explica en parte nuestro presente, pero que nuestro presente puede permitirnos repensar, visitar nuestro pasado.

Se trata pues de una lectura bidireccional (del pasado al presente, pero también del presente al pasado) de la llamada teoría del *après coup*.

Es la historia de un hombre que pasea en un parque de Viena a finales del siglo XIX, un hombre del que se nos dice que ama a las mujeres, pero sin que se precise su edad, ¡lo cual abre considerables posibilidades!

Sea como fuere, al doblar una calle, se detiene frente al espectáculo de una mujer joven que amamanta a su bebé, literalmente arrebatado en la imagen, pegado, paralizado, hoy se diría «colado», pero también se podría decir, más psicoanalíticamente, estupefacto¹³.

Y al mismo tiempo que esta imagen fija, surgió en él un pensamiento sumamente nostálgico: "*Si hubiera sabido, cuando era un bebé, que los senos de las mujeres eran tan bonitos, entonces, ciertamente, habría mamado (habría sido?) distinto...*"¹⁴.

* Esta historia resulta ejemplar, porque nos hace sentir que el bebé que fue este hombre, más o menos condiciona el hombre erótico en que se ha convertido, pero al mismo tiempo el hombre amante de las mujeres que es hoy, le permite reescribir, volver a contar (*retrodire*) el bebé que piensa, que le gustaría, o que teme haber sido.

Ahora bien, nos parece que es precisamente el bebé que hemos sido, o el bebé que pensamos (esperamos o tememos) haber sido, el que impacta, que se infiltra e impregna la relación con el bebé de carne y hueso que tenemos, o que algún día tendremos.

Por supuesto, nadie puede cambiar los sucesos de su pasado, pero cada cual puede cambiar la forma en que mira su propia historia.

Reconciliarse con su infancia o con su pasado lo cambia todo para el futuro, y sobre todo para la forma en que cuidaremos de nuestros propios hijos.

Por eso podemos decir, como Tom Robbins¹⁵: "*Nunca es demasiado tarde para tener una infancia feliz*", frase aparentemente irracional e ilógica pero que se refiere a esta posibilidad, cuando todo va bien, de calmar nuestras

¹² J. Laplanche, De la théorie de la séduction restreinte à la théorie de la séduction généralisée, *Études Freudiennes*, 1986, 27, 7-25

¹² J. Laplanche, *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, P.U.F., Coll. « Bibliothèque de Psychanalyse », Paris, 1987 (1ère éd.)

¹² J. Laplanche, Notes sur l'*après-coup*, 57-66, In: *Entre séduction et inspiration: l'homme* (J. Laplanche), P.U.F., Coll. « Quadriges », Paris, 1999 (1ère éd.)

¹³ En el texto original "*medusé*", neologismo que no figura en el diccionario Larousse. En el Petit Littré figura como verbo, "*méduser*": "impresionar causando una estupefacción comparable a la que producía la cabeza de Medusa"

¹⁴ En el original francés de juega con dos palabras muy cercanas "*j'aurais été*" (habría sido) y "*j'aurais tété* (habría mamado)

¹⁵ T. Robbins, *Nature morte avec pivert*, Éditions Gallmeister, Paris, 2017

angustias retrospectivas y tranquilizar nuestros recuerdos de infancia.

Esta es la apuesta que hacemos yendo a hablar de bebés a los adolescentes, porque muchos de estos adolescentes son futuros padres y la forma en que piensen sobre su propia infancia influirá inevitablemente en su manera de ser padres.

* Otra consecuencia de esta visión dialéctica de la teoría del *après-coup* es que la dificultad de nuestra renuncia al poder sobre el niño está intrínsecamente ligada a nuestra capacidad, o nuestra incapacidad, para calmar el miedo del bebé que tememos haber sido.

El adulto, en sus interacciones con el bebé al que cuida, le "cuenta" algo sobre el bebé que él mismo fue, o especialmente sobre el bebé que cree que fue, que espera haber sido o que teme haber sido.

- El bebé que hemos sido, tan activo como profundo en nuestra psique, es de difícil acceso porque está cubierto por una larga serie de represiones y por la amnesia infantil.
- El bebé que esperamos haber sido lleva las cosas del lado de la idealización y, por lo tanto, conlleva poco riesgo para nuestra relación con los niños a nuestro cuidado.
- El que conlleva más riesgos, pero también el más importante a tener en cuenta, es el bebé que tememos haber sido, puesto que si funda algunas de nuestras vocaciones también puede ser una pantalla que oculta lo que viene de los bebés que cuidamos.

CONCLUSIÓN

Es, en todo caso, esta particular receptividad de los adolescentes con respecto a lo que viene de los bebés lo que nos invita, por un lado, a repensar, a visitar la adolescencia a la luz de los nuevos conocimientos sobre el bebé, y por otro lado a imaginar experiencias innovadoras para abrir a los adolescentes a una mejor percepción de los bebés y de su propia infancia.

Por diversas razones, hemos elegido ir al encuentro con alumnos de segundo o primero de secundaria, los de último año nos habían parecido demasiado acaparados por el tema del final del bachillerato, y hemos podido ver por qué este período de escolarización ofrece, efectivamente, una interesante oportunidad educativa para llevar a cabo este tipo de experiencia.

Esta experiencia particular me parece interesante en tres niveles distintos:

- El de una ayuda para la futura parentalidad por un lado.
- El del respeto a la vida psíquica en todas sus formas.
- Por último, el de la prevención de la violencia en sentido amplio por otro lado.

Se trata, por tanto, de una acción puntual pero ejemplar dirigida a objetivos sociales a medio y largo plazo.

PSICOPATOLOGÍA Y ADOLESCENCIA: AFRONTAR LA CRISIS INDIVIDUAL EN TIEMPOS DE CRISIS GLOBAL

PSYCHOPATHOLOGY AND ADOLESCENCE: DEALING WITH THE INDIVIDUAL CRISIS IN TIMES OF GLOBAL CRISIS¹⁶

*Paula Laita de Roda*¹⁷

RESUMEN

La influencia del contexto histórico, social y cultural en el desarrollo psíquico del ser humano es innegable y desde hace años ha sido sometida a estudio y a debate desde numerosas disciplinas. En esta reflexión, se revisan algunas consideraciones relativas a nuestro contexto actual y su influencia, en particular, en la crisis de adolescencia, así como en la psicopatología adolescente. Las características de la sociedad postmoderna, los avances tecnológicos y los cambios sociológicos que todo ello conlleva, así como la confluencia de la crisis sanitaria mundial por la pandemia de COVID-19, determinan en gran medida la forma del sufrimiento psíquico adolescente, y el modo de atenderlo.

Palabras clave: adolescencia, postmodernidad, pandemia, crisis, narcisismo.

ABSTRACT

The influence of the historical, social and cultural context in human psychic development is undoubtful, and it has been studied and discussed for many years, and in different settings. In the present paper, some considerations about our context and its influence are revised, in particular regarding the adolescence crisis, and adolescent psychopathology as well. The postmodern society characteristics, technological development and the sociological changes that they imply, together with the global sanitary crisis due to COVID-19, have a strong influence in the way adolescents show their psychic distress, and in the way we attend it.

Keywords: adolescence, postmodernity, pandemic, crisis, narcissism.

En las siguientes líneas, me propongo hacer un breve repaso a algunos aspectos que, en mi opinión, como en la de los muchos autores que han reflexionado mucho más en profundidad sobre ello, marcan el proceso adolescente en nuestra época, incluyendo en este proceso al propio adolescente, a sus padres y a nosotros mismos, que nos aproximamos a ellos como terapeutas también inmersos en la misma realidad.

En realidad, llevamos ya muchas generaciones preguntándonos cómo los “nuevos tiempos” están cambiando la forma del sufrimiento mental, y de qué forma influye nuestra sociedad en el desarrollo infantil y adolescente, y en nuestra forma de abordarlo; posiblemente, esta misma pregunta se habrá repetido, y se repetirá, de época en época, porque es intrínseca al proceso de desarrollo del conocimiento humano. Más específicamente, en los últimos años nos cuestionamos si lo que vemos en las consultas son nuevos trastornos asociados a la postmodernidad, y, por

¹⁶ 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.

¹⁷ Psiquiatra. Centro de Psiquiatría y Psicoterapia ADI, Madrid. Contacto: paulalaita@yahoo.com

añadidura, a lo traumático de la pandemia y de las circunstancias que nos está tocando vivir; o si, sencillamente, aunque va cambiando de nombre, es la misma angustia manifestándose de forma diferente.

Creo que el sentir general entre los profesionales, y más en la vorágine de la pandemia, es de mayor gravedad, de menor contención, de más complejidad, de desbordamiento del sistema y de las personas, ... Pero también (y no sé si esto es algo general o es tan sólo mi impresión en el día a día de mi trabajo), de una profusión de demandas de ayuda un tanto insulsas, a veces vacías de contenido y sin gravedad estructural subyacente, pero a veces acompañadas de mucho aparato sintomático, que consumen mucho tiempo y recursos.

LA SOCIEDAD POSTMODERNA y LA MEDICALIZACIÓN DEL SUFRIMIENTO

Para entender a los adolescentes que llegan a la consulta hoy, es necesario asumir que su desarrollo, sus fortalezas y sus fragilidades son reflejo de la sociedad en la que crecen. Hay numerosos estudiosos de campos diversos (sociología, filosofía, psicología y psiquiatría, periodismo...) que han profundizado en la descripción de la postmodernidad y sus efectos en la sociedad y en la adolescencia en particular. Revisar exhaustivamente sus observaciones sería inabarcable aquí, así que he intentado resumir algunas de sus reflexiones.

René Pedroza (Pedroza, 2012) resume la postmodernidad como *“una sociedad hedonista, vulgar y narcisista que crea una cultura de la imagen, del simulacro, la instantaneidad y la precariedad; entre sus características están el individualismo, el consumo sin freno, la felicidad light, la búsqueda del éxito, el miedo, la vigilancia y la violencia”*. Se trata, como dice Begoña Román (Román, 2021), de un mundo acelerado, globalizado, digitalizado, que ha cambiado en poco tiempo tan rápido que resulta difícil adaptarse a él.

Enrique Galán (Galán, 2021), citando a R. Frankel, señala que el mundo en el que el adolescente debe madurar es en sí mismo un mundo adolescente: un mundo individualista, consumista, y autoindulgente. Adultos que nos comportamos como adolescentes eternos, atrapados en la compulsión a poseer cada vez más, incapaces de hacernos cargo de las consecuencias de nuestros actos, como si no se pudiera pensar en el futuro. La crianza hoy viene marcada por el exceso de opciones, junto a la falta de consenso en cuanto a las normas educativas, la desaparición progresiva de valores comunes y el debilitamiento de las diferencias intergeneracionales. Los niños crecen sobreestimulados, como si hubiera que estar todo el rato divirtiéndose. Como si fuera malo tener tiempo para parar, para aburrirse, para pensar, y, cuando se enfrentan a esos momentos vacíos, no saben bien qué hacer con ellos. También para Jeammet (Jeammet, 2012), la evolución social actual, con la libertad de expresión que permite, y su cuestionamiento de los límites, pone a prueba los recursos narcisistas del individuo y la fuerza de su yo, y entra así en resonancia con la dinámica de la adolescencia, cuyos efectos intensifica.

Dice Román (Román, 2021) que una sociedad así está menos dotada para afrontar la vida en todas sus dimensiones. Mirando atrás en los dos últimos años de nuestra historia, quizá desde esta premisa, pudiéramos pensar que nuestra sociedad no estaba particularmente preparada para afrontar una pandemia, la guerra y unas cuantas catástrofes naturales y lo que esté por venir, que no resulta muy halagüeño... ¿es esto así? ¿en otras épocas, estas circunstancias se habrían vivido con menor sufrimiento? ¿o con el mismo, pero manifestándose de diferente forma?

Una de las contradicciones más significativas de la corriente de pensamiento actual, y que influye directamente en la patologización de la adolescencia, es quizá la que hay entre la transmisión y la puesta en práctica de algunos de los valores de nuestra sociedad: por un lado, la necesaria defensa sin fisuras de la tolerancia, del respeto a las diferencias, a lo minoritario, a la igualdad entre los géneros... a través de una profusión de eslóganes, acciones educativas y manifestaciones de lo políticamente correcto; por otro, la etiquetación de todo aquello que difiera de la llamada “normalidad”, tanto a nivel de personalidad, estilo de relación, identidad o funcionamiento cognitivo, reflejo de esa intolerancia un tanto pueril a la frustración o al sufrimiento. El sistema imperante acaba alimentando

la confusión y la ambivalencia natural de la adolescencia, y además patologizando todo aquello que no sigue las normas, las estadísticas o las pautas y casi cualquier variación es susceptible de ser diagnosticada de algo.

Por supuesto, en esta cultura del bienestar y la inmediatez, cualquier forma de malestar, físico o emocional acaba asociado a la enfermedad: Todo es susceptible de ser diagnosticado y tratado, a poder ser farmacológicamente y con resultados rápidos (Sánchez, 2017). Estar sano no es ya un medio para ir logrando objetivos y atesorando experiencias en la vida, es un fin en sí mismo: la salud perfecta, un objeto de comercialización que genera enormes beneficios económicos.

Dice Sánchez (Sánchez, 2017) que la obsesión por la salud mental perfecta, que por supuesto, y bien lo sabemos, no existe, se ha convertido en sí misma en uno de los principales factores patógenos. A veces la causa de la ansiedad es precisamente la expectativa de “estar bien”, no como un estado mental derivado de nuestros actos y experiencias, sino como un fin en sí mismo. Es fácil entender entonces que, siendo la adolescencia una etapa naturalmente turbulenta e inestable, acabe patologizándose y diagnosticándose en exceso.

Además, es casi seguro que, ahora que la salud mental es “trending topic” a escala mundial, esta sobreexposición a los datos, la alarma, la profusión de consejos, de opiniones de expertos a las que está sometida la población, estará teniendo un peso significativo en el aumento de demandas de asistencia en nuestras consultas: sí, conocer y tener información nos ayuda a desestigmatizar, a detectar las dificultades más precozmente... pero también, como dice Blech (Blech, 2003) citado por Sánchez (Sánchez, 2012), “el conocimiento de esta realidad genera dudas, la duda inquietud, de ahí a la consulta y de la consulta al diagnóstico y, muy frecuentemente, al tratamiento”.

Esta medicalización del sufrimiento contribuye a que las personas nos distanciamos de nuestros malestares: al cosificarlos como trastornos que se sufren pasivamente, el sujeto deja de percibir su implicación y la agencia personal en su patología. Piensa: «esto me pasa», en vez de «esto me hago» (Sánchez, 2012).

También domina en los medios la noción de darle mucha importancia a lo que sentimos, está de moda hablar de “emociones”, que está muy bien pero que no sirve de nada, como bien sabemos, si no disponemos del vocabulario suficiente para denominarlas, o si no elaboramos el proceso de conectarlas con lo que pensamos o, sobre todo con lo que nos sucede. Por eso cualquier malestar acaba denominándose con un término PSI (“tengo ansiedad, soy bipolar, estoy deprimido, soy anoréxica, tengo la autoestima baja”) ... Si a esto le añadimos la corriente que promueve la aceptación incondicional del self y la meditación indiscriminada y mal entendida, seguimos alimentando irremediabilmente este narcisismo global.

De hecho, casi todos habremos vivido en la consulta cómo a veces, el mero hecho de intentar favorecer la introspección en los pacientes con tendencia al paso al acto, acaba siendo traumático o generando una descompensación, debida a lo deficitario que es su «aparato de pensar pensamientos», como dice Sánchez (Sánchez, 2017b).

En esta misma línea, esta mirada concreta y desubjetivada sobre el malestar implica también a los padres: ser padre es más difícil y solitario cuando la paternidad en general está más cuestionada, cuando los modelos educativos son tan diversos y a veces contradictorios; y además, para los padres parece volverse más difícil mentalizar, indagar acerca del origen del sufrimiento de sus hijos y ponerse en su lugar, cuando la explicación esperada, o la que reciben, es un diagnóstico psiquiátrico, de supuesto origen neurológico o, quizá, genéticamente determinado. Se hace mucho más difícil en estos casos que los padres se impliquen, que se interesen en ser parte del cambio, en asumir la parte que les toque pensar o cambiar en relación con el sufrimiento de sus hijos, constituirse ellos mismos en agentes capaces de escucharlos, de hablar con ellos, atreverse a entenderles, ponerse en su piel, antes de traérselos a las consultas con la idea de que un profesional diagnostique y dé solución al problema. Pienso aquí en algunos ejemplos recientes de mi consulta, padres que demandan que “le ayudes a ir por el buen camino”, “hables con ella y te cuente sus cosas”, “mejores su autoestima”, “a ver si tú puedes saber lo que le pasa por la cabeza”.

En mi opinión, si hipotéticamente pudiéramos evaluar a la sociedad como si fuera un paciente, determinaríamos

la presencia de un patrón de apego ansioso, con todas las estrategias (algunas bastante disfuncionales) puestas en marcha ante una situación de angustia. Creo también que podríamos diagnosticarle una función de mentalización concreta y deficitaria. En estas condiciones, es difícil desarrollar la confianza epistémica (que consiste en el logro de sentir que la información que nos transmite el otro es valiosa y de fiar, porque el que la transmite nos ha demostrado suficientes señales de que es confiable). Sin confianza, difícilmente la información que nos llega va a asentarse: pienso, por ejemplo, en cómo los adolescentes participan en talleres de educación afectivosexual, drogas, acoso, etc. casi anualmente en sus institutos, y compruebas luego con estupor, al indagar con ellos en la consulta, lo poco que en realidad ha llegado a calar toda esa información... Pienso también, en mi misma, y doy por hecho que no soy la única, escuchando y leyendo las noticias en los distintos medios y redes, y desconfiando automáticamente, preguntándome, más allá del sano escepticismo, si esa fuente será de fiar, o si estoy ante un bulo o un intento de adoctrinamiento... Y, si uno mismo está instalado en la desconfianza epistémica, ¿será capaz de transmitir confianza a sus hijos e hijas? ¿o a sus pacientes?

LA PANDEMIA Y SUS CONSECUENCIAS

Hay numerosas publicaciones a escala mundial que describen casi invariablemente el aumento exponencial de alteraciones de salud mental en infancia y adolescencia y el de consultas psiquiátricas y psicológicas.

En España, por ejemplo, recientemente Save the Children ha realizado una encuesta con las mismas preguntas que se suelen incluir en la Encuesta Nacional de Salud (cuya última publicación fue en 2017), a 2000 padres de hijos entre 4 y 14, y ha publicado sus resultados en un informe, “Crecer Saludablemente” en octubre de 2021 (Aumaitre, 2021). Se indaga acerca de los trastornos mentales (como la depresión o la ansiedad) o los trastornos de conducta (trastorno por déficit de atención e hiperactividad, comportamientos destructivos o desafiantes). Señalemos que, en el formato de las encuestas, queda a criterio de los progenitores determinar si la situación de sus hijos e hijas se incluye en estas categorías, aunque el 80% de los casos han sido también diagnosticados por un profesional, en ambas encuestas.

El informe señala que la incidencia de trastornos mentales (depresión, ansiedad, reacciones excesivas de irritabilidad, frustración o enojo) es del 4%, en comparación con el 1,1% que reflejaba la Encuesta Nacional de Salud en 2017, y del 7% en el caso de los trastornos de conducta (TDAH, comportamientos desafiantes y destructivos), cuando el porcentaje fue del 2,5% en 2017.

En ambas encuestas se constata lo que en la clínica (y en innumerables estudios epidemiológicos) se observa casi invariablemente, que es la mayor prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento en niños, niñas y adolescentes en situación social desfavorable: En 2021, la frecuencia de trastornos mentales y del comportamiento es 3 veces mayor en familias que han perdido su empleo (10%) que en las que lo han conservado (3%) tras la crisis por la COVID-19. Además, el informe señala que los niños, niñas y adolescentes que viven en hogares con bajos ingresos tienen una probabilidad 4 veces mayor (13%) de sufrir trastornos mentales y/o de conducta que los que viven en hogares de renta alta (3%).

El 30% de los padres admitía que sus hijos e hijas tenían preocupaciones, en comparación con el 19% en 2017. Quizá esto sea un reflejo también de la mayor sensibilización social acerca de la importancia de atender al estado mental de los niños y adolescentes.

El informe arroja otros datos interesantes, como el hecho de que, aunque la percepción de los padres es de un aumento significativo del malestar en los hijos, el porcentaje de diagnósticos clínicos en realidad ha disminuido con respecto al de 2017: cabe plantearse si esto está en relación con el colapso del sistema de atención sanitaria, que se ha vuelto más lento y menos eficaz en la detección, o si pudiera estar en relación con la forma en que el estado mental de los padres y madres influye a la hora de evaluar el de los hijos: qué se proyecta, qué se considera problemático...

ADOLESCENTES EN LA PANDEMIA

Hace tan sólo unos meses, las vivencias en torno a la pandemia por COVID 19, traumática para muchos y en particular para nuestros niños y adolescentes, ocupaba todo el espacio en nuestro día a día, marcaba nuestra actividad laboral y de ocio, copaba todas las noticias y todas las conversaciones. Hoy, al escribir estas líneas, lamentablemente, la situación de crisis mundial desencadenada por la invasión de Ucrania parece ensombrecerlo todo y, paradójicamente, le da una vuelta de tuerca más al miedo, de forma que la angustia y la incertidumbre en la que nos sumió la COVID parece ahora ya casi algo lejano... La inmediatez afecta incluso a nuestros miedos más primarios.

El impacto vital y emocional que ha supuesto la COVID-19 y las restricciones sociales que ha conllevado (especialmente el confinamiento) ha provocado que la salud mental haya entrado en el debate público como pocas veces antes lo había hecho (Aumaitre, 2021). De forma más o menos súbita, en España estamos asistiendo a un bombardeo informativo casi sin precedentes en torno a la Salud Mental, sobre todo la de niños y adolescentes. Por fin está sobre la mesa del debate político de forma visible, y eso no deja de ser una buena noticia. Es evidente que este interés tiene su origen en el incremento exponencial de la demanda de atención en Salud Mental para esta población, que ha desbordado el sistema, ya de por sí descuidado y sobrecargado.

En estos años, muchos niños y adolescentes se han perdido experiencias equiparables a pequeños ritos de iniciación: fiestas, actividades de ocio y extraescolares, viajes de fin de curso, salidas en grupo, graduaciones, los primeros años de universidad... Han perdido, y sabemos lo fundamental que es esto en el desarrollo, la interacción corporal con el otro. Los periodos de confinamiento los han arrastrado en la dirección contraria a la natural en esta fase, atrapados en casa. Los que han tenido suerte, refugiados en la intimidad de su habitación; los menos afortunados, compartiendo pisos minúsculos con toda su familia. Inmersos en las pantallas, instrumento esencial para mantener la conexión con el exterior, pero también alienante y absorbente.

En España, como en muchos otros lugares, los adolescentes fueron los grandes olvidados durante el confinamiento, y los chivos expiatorios cuando, a partir de la 2ª ola, fueron acusados de ser irresponsables, egoístas y pendencieros porque, al parecer, tenían ganas de salir de fiesta. De nuevo, el mundo adulto proyectó sobre la adolescencia sus propios déficits, olvidando que la tarea fundamental de los jóvenes, la autonomía y la individuación, no puede llevarse a cabo entre 4 paredes.

Los adolescentes más agorafóbicos encontraron alivio en los confinamientos, y ha sido muy difícil sacarlos luego de casa, atrapados en bucles de interdependencia con los padres, desencadenándose problemas de comportamiento, adicción a videojuegos y absentismo escolar. Los más claustrofóbicos han vivido esta etapa como un encarcelamiento, y pueden, al salir, haberse involucrado en actos de riesgo para sí mismos y para los demás.

El retorno a las clases ha sido, y no es casual, el momento de la explosión de la demanda de ayuda. Primero, claro, porque ya era posible salir a pedirla. Pero también porque se han sentido desbordados por la exigencia académica, desubicados tras un año de enseñanza online o semi-presencial, muchos de ellos con lagunas en sus aprendizajes, algunos atrapados en la pereza, adaptándose sobre la marcha a trabajar en modalidad presencial u online en función de las cuarentenas. Esta vuelta a la "normalidad" no ha sido tan satisfactoria como soñábamos durante el encierro. Lo postraumático se desencadena ahora que el estado de alerta se rebaja, y surgen los duelos postpuestos, el agotamiento, las disfunciones familiares agudizadas, las dificultades asociadas al aislamiento y al exceso de pantallas... Y todo ello, con los padres, profesores y terapeutas igualmente desorientados y emocionalmente dañados, por lo que la contención, el cuidado y la disponibilidad están mermados.

Abrir nuevas unidades hospitalarias es buena noticia, y quizá genere corrientes de opinión favorables en los medios de comunicación; pero quizá sería más rentable dedicar el esfuerzo (y sobre todo el presupuesto) a reforzar y reconstruir los lazos sociales, a cuidar y orientar a los profesores y padres, a atender a las desigualdades, a apoyar a la atención primaria con supervisión y formación... Pero esta idea, de puro sentido común, no encaja muy bien

con la otra imperante, “esto va a ser que tiene el chico un trastorno”, que aparentemente nos deja más aliviados (porque nos permite fantasear con que nos ofrezcan un remedio rápido).

LA ADOLESCENCIA EN LA POSTMODERNIDAD

En este contexto de límites líquidos y adultos ausentes que juegan a ser adolescentes, los adolescentes más vulnerables, sin límites suficientes, encuentran en el paso al acto la única manera de retomar un papel activo frente al desbordamiento emocional y a las personas que los suscitan. Jeammet (Jeammet, 2009) explica que la mayor frecuencia de los estados límite, las patologías narcisistas y de los trastornos de comportamiento en adolescentes no reflejan cambios estructurales profundos de la organización psíquica de la adolescencia, sino nuevas formas de expresión de organizaciones psíquicas similares a las del pasado, y congruentes con la evolución social y el comportamiento de los adultos. Se reduce la distancia entre adultos y jóvenes, debilitando la capacidad de los adultos para contener y sostener la diferenciación, y haciendo a los adolescentes cada vez más sensibles a los estados psicológicos de los adultos.

En esta sociedad del culto al rendimiento y a la excelencia en la que el eslogan implícito es “*haz lo que quieras, porque si lo quieres, puedes, pero sé el mejor*”, no es sorprendente ver aparecer una problemática narcisista de dependencia; se desarrolla una clínica de la desobjetualización, la deslibidinización y un funcionamiento cada vez más operatorio, congruente con los valores imperantes, donde lo importante es lo funcional, el rendimiento, las apariencias, el exhibicionismo, y lo superficial en vez de la relación afectiva profunda (Jeammet, 2009).

Explica Jeammet cómo el adolescente pierde la protección que le ofrecía el poder decirse a sí mismo “*si no hago lo que quiero, no es porque no pueda, sino porque está prohibido*”. Pero ¿y si no sabes lo que quieres, o si quieres cosas contradictorias? Era más fácil poder atribuir el origen de esa insatisfacción y esa contradicción a lo exterior (los padres, la sociedad) que a sí mismos. Esto puede suponer una verdadera herida narcisista.

Además, inmersos en este exceso de información, de objetos, de conexión, se genera, dice Teresa Sánchez, una tremenda intolerancia a los espacios vacíos. La hiperconexión tecnológica con los otros nos dificulta el desarrollo de la capacidad de estar solos, tan imprescindible para crear espacios internos de intimidad. “Hiperconectados, pero infracomunicados y deficitariamente escuchados o entendidos” (Sánchez, 2006).

En esta línea, Jeammet (Jeammet 2009), al igual que otros autores, nos describen la psicopatología de la adolescencia desde la dificultad para reconstituir el narcisismo y para tramitar la dependencia (mutua, entre padres e hijos).

Los comportamientos adictivos, una búsqueda de algo que se puede dominar (sustancias, juegos, móvil, comportamientos), para transferir la dependencia de los padres. Para T. Sánchez (Sánchez, 2006), los jóvenes adictos a las pantallas, en vez de vivir en primera persona, observan vivir (a otras personas o a entes virtuales, no importa mucho), o viven para tener algo que narrar, algo que exponer de sí mismos a cualquiera, conocido o no, que quiera verlo y opinar sobre ello. Esta exposición desmedida, en la que la apariencia vale más que lo real, pone su narcisismo en situación de extrema vulnerabilidad, a merced de los “likes”, la ausencia de “likes” o los “haters”. Para los padres, que quedan excluidos de esta “intimidad pública”, todo esto resulta incomprensible.

Los trastornos de conducta, y los síntomas corporales, que adquieren una función diferenciadora: todo lo autodestructivo, lo que genera sufrimiento corporal, se interpone entre el adolescente y sus padres.

Autolesiones: Las cicatrices y heridas también sirven para reforzar una identidad aún frágil e indecisa, por lo que siendo la piel el límite entre el yo y los otros, el “envoltorio psíquico” del yo, la autolesión cutánea delimita el territorio del yo. Algo así como: “me corto, luego existo” o “porque existo, y para que se note, y porque soy dueño de mi yo corporal, me corto”. (Sánchez, 2017b) Además, a veces, más frecuentemente cada vez, las autolesiones, como los problemas de alimentación, les permiten pertenecer a un grupo, el de los “adolescentes-desesperados-con-problemas-de-salud-mental” a los que ahora se les está dando tanta visibilidad...

La inhibición, las dificultades en los estudios, o el absentismo escolar, en ocasiones son reflejo de la exposición del narcisismo a sus propias fallas (Jeammet 2009). La pasividad se convierte en un arma para afirmar sus diferencias y asentar su identidad, generándose una paradoja que muchas veces es muy difícil clarificar en la consulta: la seguridad interna, la autoimagen, depende más del exterior que de sí mismo, pero esa dependencia aumenta a su vez la inseguridad. A veces, para controlar el entorno se desencadena una especie de insatisfacción permanente en forma de caprichos, quejas constantes, y autosabotaje de sus propias capacidades. Paradigmáticos de esta situación son los casos de adolescentes, con rendimientos previos aceptables o incluso buenos, que al llegar a la enseñanza secundaria empiezan a sacar peores notas, a desubicarse en su grupo de iguales, a faltar a clase por diversos síntomas somáticos, y progresivamente abandonan los estudios, desencadenando una vorágine de consultas, intervenciones supuestamente terapéuticas, diagnósticos (depresión, fobia social) y medidas -adaptación de horarios escolares, intervención del programa de Absentismo, educación a domicilio, ingresos...- mientras la familia se amolda a la dinámica rebajando la exigencia al mínimo (en atención al trastorno diagnosticado): horario invertido, comida a la carta, wifi, móvil, Tablet y ordenador con acceso a redes sociales, videojuegos y tiendas online... Un estatus de enfermo crónico del que es realmente difícil escapar (y renunciar a sus prebendas). Como dice Jeammet (Jeammet 2009), a través de la insatisfacción, el adolescente obliga a sus padres a cuidarle, y a la vez escapa de su exigencia. Y salvaguarda su autonomía, porque los implica en un ciclo sin fin de fracaso. Así evita el miedo al abandono y a la vez la ansiedad que le produce la intrusión.

Pasividad y desinterés: las fuentes de la pasividad en la adolescencia son dobles: pasividad del yo frente a las transformaciones de la pubertad en el cuerpo, y pasividad vinculada a las expectativas de los adultos y propias (relaciones afectivas, futuro profesional, estatus social). (Jeammet, 2009) Debido a la sobreestimulación constante, los adolescentes toleran muy mal el aburrimiento, pues no sabe qué hacer con él; si no se tienen sensaciones fuertes, si no hay estímulos nuevos, en seguida puede surgir la desmotivación y la desesperación. Una paciente de mi consulta, con una estructura borderline grave, me decía, en una fase en la que estaba consiguiendo ir a clase a diario y mantenerse relativamente asintomática: *“¿Y esto es estar bien? ¿Para esto tanta terapia y tanto esfuerzo? Estar bien es aburrido, para esto prefiero morirme...”*

Alteración en la constitución de la mente: A medida que avanza esta era digital, muchos estudios van constatando lo que ya se intuía: la excesiva exposición a pantallas, además de desembocar a veces en fenómenos adictivos, conflictos con el grupo, etc., afecta a la capacidad de representación y de simbolización: la inmediatez, la falta de ausencia, hace que se pierda el relato. Como en TikTok (una app de redes sociales que permite grabar, editar y compartir videos cortos (de 15 a 60 segundos) a los que se añaden fondos musicales, efectos de sonido y filtros o efectos visuales), todo se limita a producir sensaciones, no reflexiones, dando como resultado una mentalización concreta, inmadura. Los niños aprenden a través de las pantallas, empobreciéndose a nivel lingüístico y simbólico. En los últimos tiempos, el tema de la Salud Mental se está convirtiendo poco menos que en una tendencia o una moda más: ocupa espacio en los telediarios, en las redes sociales, se hacen campañas publicitarias al respecto, los streamers e influencers del momento “salen del armario PSI” revelando sus experiencias y diagnósticos. Abundan en las redes sociales del momento personas que se presentan como terapeutas o consejeros, links para hacerse autotests diagnósticos de ansiedad, depresión o ideas de suicidio, consejos y retos para autolesionarte o perder peso, ... Por primera vez, requerir la ayuda de un psiquiatra o un psicólogo va dejando de acarrear estigma y vergüenza: para algunos adolescentes es casi una señal de identidad o de estatus en el grupo. Cada vez es más frecuente ver adolescentes que solicitan acudir a un terapeuta por “ansiedad”, “presión” o “malestar”, a veces motivado por avatares de la vida diaria, o convencidas de tener “un TLP” (tras haber leído en la web los criterios diagnósticos de dicho trastorno e identificarse, como no podía ser de otra forma, con la mayoría de los síntomas). La etiqueta “soy depresiva” o “soy suicida” adquiere el valor de identidad transitoria, contra la que es difícil bregar (no sólo por los beneficios secundarios del estatus -absentismo justificado, horarios escolares reducidos, normas más laxas en casa-, sino porque para algunas, renunciar a ser enferma implica renunciar a “ser” y enfrentarse al vacío, la incertidumbre, a la necesidad de esforzarse y enfrentarse a las exigencias del mundo adulto).

PADRES Y TERAPEUTAS EN LA POSTMODERNIDAD

Por tanto, en esta época de inmediatez, hiperactivación y etiquetas, en la que prima la idea de vivir sin sufrimiento alguno (¿quizás porque los recursos psíquicos para lidiar con ello están oxidados?), la intolerancia al dolor mental inicia una escalada de demandas asistenciales que los profesionales de la salud mental nos vemos obligados a atender, cuánto más en esta época de pandemia, generando un efecto iatrogénico al que todos contribuimos, con la exigencia de resolver el síntoma cuanto antes y como sea, sin tiempo para la escucha, para la observación o el diagnóstico cuidadoso de la estructura subyacente. Esta psiquiatrización acaba, lamentablemente, contribuyendo a cristalizar los síntomas.

En el libro de Jorge Tió y Luis Mauri, *Adolescencia y Transgresión* (Tió, 2014), Luis Feduchi decía: *“el error de la época que vivimos es considerar patológica la crisis de adolescencia, que acaba sometida a tratamiento. Pero nuestra función en realidad como adultos es ayudar al adolescente a entrar en crisis, y que él mismo ordene su vida con sus propios recursos, que no se vuelva agorafóbico ni claustrofóbico, que tolere sus tendencias infantiles y las que lo llevan a progresar, que no se refugie en el narcisismo. Pero hay ahora una especie de intolerancia al proceso, cuando en realidad la salud de un adolescente consiste precisamente en estar en crisis”*. Es difícil en este contexto transmitir a los pacientes y a los padres que, a veces, la aparición de síntomas no implica necesariamente la existencia de patología. Que pueden ser reacciones normales a los avatares de la vida y del desarrollo, que son incluso adaptativos, si no se instalan de forma duradera, si no interfieren con las adquisiciones propias de cada edad, si no interfieren con la recomposición del narcisismo.

Pero es nuestro empeño, y nuestra obligación, la de los aquí presentes, defender la subjetividad y la singularidad de cada uno. Hacer como dicen Begoña Román (Román, 2021) o Alberto Lasa (Lasa, 2016): mirar atentamente, respetuosamente las adolescencias, acercarnos cuidadosamente a aquellos que se acercan a comunicarnos su malestar, sin reducir sus problemas a un mero diagnóstico psiquiátrico.

Marie Rose Moro, en una de sus últimas publicaciones en la revista de la AEN, (Moro, 2021) se pregunta cómo es posible que, en un mundo en el que los medios de comunicación globales deberían facilitarnos hablar e intercambiar y aprender, resulta tan difícil hacerlo con los adolescentes, comunicarles nuestro compromiso, nuestros valores.

Los adolescentes son el resultado de su historia humana y de la cultura que les rodea y los construye. Los de esta época, como los de generaciones anteriores, se encargarán de afrontar sus retos y resolver los problemas que les dejamos sus mayores. Necesitan dejarse ver y hacerse oír, preferentemente por adultos sensibles que puedan escuchar su historia con respeto, y que sean capaces de hablarles con sensatez y serenidad (Moro, 2021).

Moro y M^a Cruz Estada (en una reflexión publicada recientemente en formato podcast) (Estada, 2022), coinciden en la necesidad absoluta, y más que nunca ahora, de aportar a los adolescentes un Relato: que los adultos seamos auténticos, que les transmitamos nuestras experiencias, nuestra historia, para que ellos puedan pensar mejor, construir su propio relato con mayor libertad y optimismo, entender y filtrar mejor la avalancha de información que reciben. Quizá al construir el relato los padres puedan caer en la cuenta de que en realidad la época en la que crecieron ellos no fue ni mejor ni peor que la de los hijos. Esa rememoración idealizada de la propia infancia y juventud, recordemos, forma parte de la elaboración de los duelos propios del adulto al afrontar el proceso adolescente, que nos hace conscientes de nuestra propia involución.

Decía Luis Feduchi (Tió, 2014) que los adolescentes de hoy necesitan que les demos 3 cosas: tiempo, pocos fármacos y mucha tolerancia. Él mismo recomendaba distinguir entre tolerancia y transigencia (tolerar es observar, escuchar y dialogar con otras posturas que no compartes, sin tener que transigir, que implicaría ceder en valores o convicciones éticas para tranquilizarte o lograr tus objetivos). La tolerancia y la intransigencia (con determinadas ideas o propuestas que se deben limitar) deben conjuntarse en la función de los padres, y no al revés, intolerancia y transigencia, que es lo que por desgracia ocurre con frecuencia.

Acabo mi reflexión transcribiendo las palabras preciosas de Marie Rose Moro y sus colaboradores en su artículo para la AEN, pues creo que no hay mejor forma de reflejar mi sentir y de aportar cierta esperanza, que tanto necesitan los adolescentes, sus familias y nosotros mismos:

“Me preocupa ver los sueños de nuestros jóvenes destruidos o ridiculizados. En ocasiones también me preocupa que no sean suficientemente combativos, y verlos renunciar ante un esfuerzo que les parece insuperable a fuerza de haberles transmitido que el mundo es injusto y aterrador, sin futuro.

En este mundo, ¿qué lugar queda para nuestros niños y nuestros jóvenes? ¿Qué se les puede prometer a aquellos que nacen hoy, y a los adolescentes que, para convertirse en adultos, tendrían que desear el mundo y querer cambiarlo? ¿Cómo permitir a estos niños construir su propia historia? Tenemos por delante una importante labor con respecto a unos jóvenes de los cuales somos, por el momento, responsables. A veces, al observarlos, reflexionamos sobre nuestra propia juventud: ¿No era la nuestra una vida mejor? ¿No eran más sólidos nuestros ideales? Todo esto no es más que un punto de vista, sin ninguna objetividad: simplemente un relato reconstruido por los ojos de un adulto, y de una época en particular.

Es por lo que hemos de enseñar a nuestros adolescentes a ser libres para construir su propia identidad, en un mundo en el que a veces no les da ganas siquiera de salir de sus propias casas. Ser libres para querer cambiar el mundo, pero sobre todo dotarlos de medios para lograrlo» (Moro, 2021).

REFERENCIAS

- Aumaitre, A., Costas, E., Sánchez, M., Taberner, P. y Vall, J. (KSNET, Knowledge Sharing Network S.L) (2021). Save the Children. Crecer Saludablemente. Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia. https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe_Crecer_saludablemente_DIC_2021.pdf
- Blech, J. (2003) *Los inventores de enfermedades: Cómo nos convierten en pacientes*. Madrid: Destino.
- Estada, M. C. (2022). ¿De qué sufren los adolescentes? *Reverso. Podcast cultural*. <https://youtu.be/EaQ2G6iXuo>
- Galán, E. (2021). Ser adolescente en un mundo pueril. En: Cruz S., Mollejo E., González E. (Coords.), *Adolescencias. Nuevos retos, nuevas transiciones* (pp. 101-112). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Jeammet, P. (2009) El Yo frente a la libertad: evolución social y adolescencia. *Psicopatología y Salud Mental*, 13, 31-39.
- Lasa Zulueta, A. (2016). *Adolescencia y Salud Mental. Una aproximación desde la relación clínica*. Madrid: Ed. Grupo 5.
- Moro M. R., Carballeira Carrera L., Elúa Samaniego A. y Radjackd, R. (2021). Los adolescentes y el mundo. Un enfoque transcultural. *Revista de la Asociación Española Neuropsiquiatría*, 41(139), 151-169.
- Pedroza Flores R. y Villalobos Monroy, G. (2012). La depresión del adolescente en la posmodernidad: entre la práctica educativa eficientista y el narcisismo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(4), 1551-1613.
- Román Maestre, B. (2021) *Adolescencias: una mirada desde la ética*. En D. Cruz, E. Mollejo y F. González (Coords.), *Adolescencias. Nuevos retos, nuevas transiciones* (pp. 57-68). Madrid: Asociación Española De Neuropsiquiatría.
- Sánchez Sánchez, T. (2017a) Cambios en la escucha psicoanalítica de los trastornos ligados a la hipermodernidad. *Aperturas Psicoanalíticas*, 56. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000998&a=Cambios-en-la-escucha-psicoanalitica-de-los->

[trastornos-ligados-a--la-hipermodernidad\]](#)

- Sánchez Sánchez, T. (2017b). Autolesión y Mentalización Viaje a través de las heridas. *Clinica e Investigación Relacional*, 11(2). 337-351.
- Sánchez Sánchez, T. (2012). El Zeitgeist contemporáneo y la tendencia al sobrediagnóstico. *Intersubjetivo. Revista de psicoterapia psicoanalítica y salud*, 12(1 - época II), 125-142.
- Sánchez Sánchez, T. (2006). Juventud postmoderna: ¿transvaloración o deriva? Alertas para urgentes revisiones psicopedagógicas. *Papeles Salmantinos de Educación - Facultad de CC. de la Educación, Universidad Pontificia de Salamanca*, 6, 51-74.
- Tió, J., Mauri L. y Raventós, P. (coords.) (2014). *Adolescencia y Transgresión. La experiencia del equipo de Atención en Salud Mental al Menor (EAM)*. Barcelona: Ed. Octaedro, Colección Psicoterapias.

CONFLICTOS DE LA PARENTALIDAD, NUEVOS CONTEXTOS, ACOMPAÑAMIENTO Y ELABORACIÓN EN UN ESPACIO TERAPEUTICO COMPARTIDO¹⁸

Yolanda Carballeira Rifón¹⁹

RESUMEN

Este artículo trata de la importancia del abordaje de los conflictos de la parentalidad y en los nuevos contextos en los que tenemos que hacer estos abordajes, en las nuevas expresiones de malestar, que nos han sobrepasado pero con las que tenemos que enfrentarnos con otras escuchas y comprensiones, también con una cierta resiliencia, acogiendo y conteniendo un sufrimiento a veces difícil de elaborar.

Asistimos a una época de diversidad familiar, donde no siempre acuden familias tradicionales, por lo que tenemos que ampliar nuestra comprensión, con resiliencia y mirada amplia para poder llegar a la morada del dolor de cada uno de ellos.

A veces no es suficiente tratar al niño en individual, sin tener en cuenta las relaciones del padre y de la madre con sus propios progenitores y como fueron o no elaboradas.

A continuación, presento un caso clínico.

Palabras clave: Parentalidad, nuevos contextos, acoger, resiliencia, diversidad familiar.

SUMMARY

This article addresses the importance of approaches to parenting, and the new contexts in which we have to use these approaches. It also discusses the new expressions of discomfort that have overtaken us, but which we need to manage through listening and understanding, as well as through some resilience, welcoming and containing a suffering sometimes difficult to formulate.

We are witnessing a time of family diversity, where not only traditional families need our support. For this reason, we need to widen our understanding, with resilience and an open mind, to be able to reach the source of pain within each of them.

Sometimes it is not enough to treat a child individually, without taking into consideration the relationship of their mother and father with their own parents, and how they were and weren't constructed.

I now present a clinical case.

Keywords: Parenting, new contexts, embrace, resilience, family diversity

¹⁸ 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.

¹⁹ Psiquiatra psicoterapeuta niños adolescentes y adultos Coordinadora en la USM Infanto-juvenil del Hospital Lucus Augusti de Lugo. Contacto: yolanda.carballeira.rifon@sergas.es

INTRODUCCION

En estos últimos años hemos vivido tanto en nuestras vidas como en nuestras consultas el polimorfismo de las expresiones del malestar psicosomático, nuevas expresiones de malestar que nos han sorprendido y sobrepasado.

En todos los aspectos, tanto clínicos como existenciales, la violencia está presente, la del mundo, la de los sentimientos, la de los conflictos internos, ataques al cuerpo y al pensamiento, dolor, angustia, que modifican el contexto terapéutico y nos llevan a otras escuchas y comprensiones.

Para mí ha sido un reto el acoger y contener, muchas veces sin posibilidad de elaborar, el sufrimiento apoyado en la esperanza de alcanzar, de llegar a un lugar parecido al que conocíamos.

En mi consulta han ido variando los motivos de consulta, menos problemas de límites y de hiperactividad en un contexto vital, ajustándose a un espacio más reducido, impuesto, pero ampliándose el espacio terapéutico, siempre compartido, pero más en el refugio del malestar vivido.

Al mismo tiempo asistimos a una época de diversidad familiar, donde el referente no es siempre el papel diferenciado de padre y madre, a mi consulta acuden familias tradicionales con el papel diferenciado de madre y padre, pero también muchas familias monoparentales, en general madres solas con sus hijos o hijas, abuelas y abuelos u otras personas que ejercen funciones maternas o paternas, a veces ejercen esta función personas cercanas, también acuden parejas de madres o padres homosexuales.

Cada pareja llega a la parentalidad con un bagaje personal previo, embarazos deseados o no deseados, duelos, técnicas de reproducción asistida, las circunstancias que rodean el nacimiento del bebé etc, todo esto va a influir en las relaciones de unos y otros y en el devenir del bebé. Tenemos que ampliar nuestra comprensión para llegar a la morada del dolor, a esa mochila que traen cargada a la consulta nuestros pacientes.

Siempre me he interesado en el niño/niña que fue, que llevan el padre y la madre y en los conflictos de la parentalidad, pues a veces no es suficiente tratar al niño en individual, sin tener en cuenta las relaciones del padre y la madre con sus propios progenitores y como fueron o no elaboradas.

Sin este abordaje de la parentalidad creo que no hubiera podido comprender muchos casos, o los hubiera comprendido de forma más limitada.

En el caso clínico que a continuación voy a presentar hago un abordaje retrospectivo de ciertos conflictos en la parentalidad, sin el cual no hubiera podido comprender los síntomas que presenta el paciente o los hubiera comprendido de otra manera.

CASO CLÍNICO (Nadie nos quiere)

Martin es un niño de que es derivado como un “caso complicado”, tiene 9 años.

Presenta problemas alimentarios, de comportamiento tanto en casa como en el colegio (esconde o tira la comida, corta mantas con tijeras, juega a que se va a cortar, en el colegio se sube a las sillas, pega a los compañeros), inquietud y rendimiento escolar muy irregular.

Impresión general

Martín: Se trata de un niño muy inquieto, irritable, intenta llevar él la conversación, controlador, se justifica con

frecuencia. Muestra aspectos de adulto, parentificado. Expresa el deseo de que sus padres sean felices.

La madre: Muy ansiosa, preocupada, demandante de ayuda “no nos quieren en ninguna parte”, crítica con Martín, muy volcada en el cuidado de su hijo, cocinar comida que le guste, ayudarlo en las tareas escolares y actividades de la vida diaria. Lleva muchos tatuajes, cada uno le trae recuerdos.

El padre: Al principio parece ausente, retraído, impresiona de deprimido.

Elementos anamnésicos fundamentales familiares y escolares

Relatan inicialmente una anamnesis lisa, relatan que Martín selecciona los alimentos desde los 5 años, sin referir algún factor desencadenante.

Martín sólo come ensalada de lechuga con aceitunas, algunos bocados de carne si es pollo, vasos de leche, esto va variando, deja de consumir ciertos alimentos y le gustan otros, la comida le sabe a “caca” o no le sabe a nada, “le huele mal” y cuando su madre está enfadada la comida “le sabe mal”. Si come helados y chucherías sin problema. Dice que su madre siempre está haciendo recetas nuevas y dietas.

La madre relata que su propia madre nunca la quiso, su madre tuvo un primer hijo de otro matrimonio, el primer marido de la madre falleció en un accidente. La abuela materna se vuelve a casar y nace la hermana mayor de la madre de Martín y 2 años después nace ella.

Su madre le reprochó siempre que “no tenía que haber nacido”, haciendo muchas diferencias entre su hermana y ella. Su padre la protegía, falleció cuando ella tenía 16 años, su madre la culpó del fallecimiento de su padre, al ser ella quien lo acompañó al hospital, donde falleció horas después.

Cuando se casó con el padre de Martín, este se enemistó con su propia familia, ya que no la aceptaban. El padre rompió una relación de varios años para casarse con ella y esto no lo aceptaron.

Cuando la madre se quedó embarazada, su hermana y su madre se mostraron muy críticas, le decían “no sé lo que pareces”, “vaya tripa de vergüenza”. Dice que comenzó a comer mucho “de la ansiedad” y que cogió 20 kg durante el embarazo. Cuando nació Martín casi no salía de casa, dice “quería ocuparme bien de ese niño que ellas no querían”, sólo quería ocuparse ella, no le dejaba al padre que la ayudase. Se pregunta si le pudo hacer daño a Martín durante el embarazo todo esto que vivió, que el niño dejó de comer normalmente hacia los 5 años tras un episodio con la abuela materna en un parque, la abuela le dio una bofetada porque estaba en el parque y no había ido a verla. La abuela cuidaba a veces de su nieto y cuando la madre iba a buscarlo, relata que la abuela tiraba los juguetes por la ventana, gritándole e insultándola.

Desde el episodio del parque se enemistaron y no volvieron a tener ninguna relación con la familia materna.

En cuanto al colegio, lo describen en primaria como opositor, movido desde inicio de la escolaridad; cuando consulta presenta problemas de comportamiento, pega a otros niños, se levanta de repente y pega a un niño, se sube a las sillas, muy inquieto siempre, poco constante, inatento, se olvida de los deberes con frecuencia, a veces decaído en clase y después lo notan mucho mejor en el patio. Se queja con frecuencia de dolor abdominal, avisan a su madre si se queja mucho para que vaya a buscarlo.

Rendimiento muy irregular, tanto buenos como malos resultados. Tiene épocas que se duerme en clase.

Cuando su madre lo va a buscar porque se siente mal, han observado que cambia de actitud, se muestra triste y su madre le pregunta que le pasa.

Exploración clínica de Martín

- Inteligencia: Impresiona de buena capacidad.
- Lenguaje: Bueno para su edad, logorreico en algunos momentos, interrumpe, controla, cambia de tema si no le interesa.
- Motricidad: Buena motricidad fina, se levanta de la silla con frecuencia, muy inquieto.
- Test de realidad: Distingue bien entre realidad interna y externa.
- Mecanismos de defensa: Racionalización, intenta justificarse continuamente.
- Relación de objeto: A través de la oposición muestra que tiene el control.
- Identificación y concepción del self: Se siente desvalorizado, “estoy estropeado”, identificación a una imagen materna “estropeada”.

Pautas de trabajo

Consultas terapéuticas madre-hijo: Martín se justifica constantemente “yo la carne la tengo que tomar entretenido para no enterarme”, muy demandante con su madre para que lo ayude en todo, comer, deberes, vestirse, ducharse. Consigue que su madre esté siempre pendiente de él.

La madre está a seguimiento con un psiquiatra, Martín está muy pendiente de ella, “¿estás bien?”, dice “le quitaron la pastilla por mí”, su madre le dijo que “como se porta mejor le quitaron una pastilla” o que “cuando su madre está enfadada la comida le sabe peor”.

Pasan horas con las comidas, Martín consigue comer unos bocados y con la Tablet.

La madre se siente muy culpabilizada por si pudo dañar a su hijo durante el embarazo, si de alguna manera pudo incorporar algo malo, haciendo hincapié en la ansiedad, el aumento de peso, “alimentos malos” que pudieron dañar simbólicamente a su hijo o si, a pesar de haberlo protegido de la abuela materna, esta lo ha podido dañar. Su hijo le confirma que las comidas que le prepara “no son buenas, huelen mal, no saben bien”. Le dice a veces a su madre “estoy estropeado”.

Dice la madre con frecuencia “no nos quieren en ninguna parte”, habla del rechazo de la familia paterna, del rechazo de su madre, han llevado a Martín a varios psicólogos en privado, que dice que no dieron continuidad a las citas.

Me llama la atención como rechazan a varios psicólogos, en mi unidad decidimos en un momento dado que yo realizaría el seguimiento madre, madre-Martín y que la psicóloga que trabaja conmigo realizaría la psicoterapia individual, pero, a pesar del interés que mostró mi compañera, rechazaron el seguimiento, siempre con los argumentos de que perciben falta de interés o citas espaciadas, o no les gusta algo que les han dicho, esto sostenido tanto por la madre como por el niño.

Ambos inmersos en una relación simbiótica en la que de alguna manera me incluyen, he tenido que ir trabajando por etapas con el objetivo de que lleguen a diferenciarse en algún momento, reconociendo y acogiendo lo traumático, que va pasando de madre a hijo, el padre intentando poner orden, en otros momentos excluido y frustrado.

Valorizo a la madre, su dedicación, y le confirmo que ha hecho todo lo que ha podido para cuidar de su hijo lo mejor posible, le interpreto sus fantasías de haber incorporado algo malo que ha podido dañar a su hijo, y que ella piensa que no es buena madre, aunque lo que demuestra es que está “muy” pendiente de su hijo y dedicada al completo.

El síntoma los une, la madre preocupada por Martín, y Martín preocupado por su madre, dice de su madre “está

entre el trabajo y las vacaciones, siempre así y tiene mal el pie, cayó del sofá y cayó mal” o “está triste, a veces llora” o después de haber fallecido su perrita “mamá, ya sabes que no puedes ver pasar al veterinario, que te pones a llorar, es mejor que no compremos otra perrita”.

A Martín le preocupa que sus padres se separen o que le pase algo malo a su madre, dice con frecuencia “si me falta mi madre no sé qué va a ser de mí”.

Le digo a Martín que mantiene a su madre muy ocupada alimentándolo, vistiéndolo, con las tareas escolares etc, y que de esta manera ella no piensa en lo que le pone triste. Martín lo reconoce y me responde “si, no lo hago a propósito”. Valoro la parte positiva, que mamá no esté triste pero también le hablo del tiempo que pasan discutiendo porque no come o no quiere vestirse o no hace las tareas del colegio, y le cuestiono sobre cómo podría hacer de otra manera sin pasarlo tan mal. También le digo que ya hablo yo con su madre de esas cosas tristes así que ya no tiene necesidad de seguir tan pendiente de ella.

Madre e hijo juntos, se muestran críticos respecto al padre, que se mantiene ausente, llega tarde y pasa poco tiempo con ellos, Martín me dice “dile que no juegue tanto a la Play, si no lo soluciono yo, le cojo el disco y ya está”, también se queja de que su padre no los acompaña siempre a las consultas, dice que piensa que a su padre no le interesa venir y que le ha escuchado decir que “no se separa por falta de dinero”.

- *Entrevistas con la madre:*

Sensibilizo a la madre, en entrevistas individuales con la madre, para inicio de una psicoterapia. Proporciono apoyo, valorizo su dedicación. Reconozco y acojo lo traumático. Intento abrir un espacio de pensamiento para comenzar a elaborar las dificultades con su propia madre y las proyecciones sobre Martín.

- *Entrevistas madre-padre:*

Al principio no verbalizan conflicto alguno, aunque el padre se mantiene ausente, no sólo en la vida familiar, también en la consulta, sólo se manifiesta para reprochar a la madre como hace las cosas y que pase tanto tiempo con el niño durante las comidas y actividades de la vida diaria, pero tampoco proponiendo otra opción y poniendo excusas por las que no puede estar presente en la vida familiar.

Cuando le propongo que haga alguna actividad con su hijo, me responde que no va a resultar, mostrando él mismo dificultades para entrar en relación con su hijo.

Al cabo de varias entrevistas la madre comienza a recriminar al padre que no se ocupa de Martín, que a ella no le ayuda. El padre pone excusas de trabajo, que está sobrepasado, que recibe constantemente reproches tanto del niño como de ella, que nunca hablan a solas, todo delante del niño. Ella le dice que cuando están solos él no le responde y que además no expresa ningún afecto hacia ellos.

El padre le dice que ella no está bien, que está deprimida, que le hace todo a Martín y que esto no le ayuda al niño, que él no está de acuerdo con esto, la madre le responde que le hace todo porque si no Martín no haría nada e iría al colegio en pijama, él responde “pues que vaya en pijama”.

La madre llora, le reprocha que todo el tiempo que pasa en casa juega a la play o ve películas, que “la noche de padre e hijo”, que son los viernes, que ella los deja solos para que jueguen a la play, termina jugando cada uno solo o bien se queda dormido el niño, el padre responde “no quiere jugar, que le voy a hacer”.

Les propongo que encuentren momentos para hablar a solas de su relación y de cómo ayudar a Martín y que lo mantengan fuera del conflicto.

A partir de estas entrevistas la relación entre ambos mejora. El padre está más presente y la madre dice que es más cariñoso tanto con ella como con Martín.

El padre propone a la madre que no le preste tanta atención “al final no va a comer”, que él, cuando llegue a casa por la tarde, le dará la merienda y la cena y que será él quien le insista. Les digo que me parece interesante la propuesta del padre.

Durante un tiempo el padre le da la merienda y la cena, se muestra más presente, cambia de trabajo, dice que los horarios no le permiten seguir con estas rutinas, se refugia en su trabajo, me dice “esto es un problema de los dos”, que le dice a la madre que deje al niño hacer las cosas solo, que sea más independiente, que no lo consigue, se siente frustrado.

Hace unos meses la madre me dice que “apareció su madre en su vida”, dice que apareció caminando perdida por su calle, dice “tiene alzheimer y se había perdido... no me conocía al principio, desde entonces vuelve todos los días y yo la llevo a su casa... la he llevado a vacunar... fue directa al niño, le dio un beso, no se acuerda de nada, Martín como si nada”, su marido le dice “ten cuidado, igual no te hace bien y al niño tampoco”, pero dice que a ella le da pena, Martín le pregunta a veces, “¿no vino la abuela, así sales y te distraes”.

Martín me dice “ahora por lo menos sale”, va mejor, coge peso y aunque es selectivo con los alimentos está bien y tiene buen aspecto, yo le digo que ahora siente que se puede diferenciar más de su madre, al estar tan pendiente de la abuela, suspira y pone los ojos en blanco.

No le preocupa mucho el tema de la abuela, lo considera más bien algo que sólo le interesa a su madre. Él está centrado en el curso, hace 1º de la ESO, en los videojuegos y en que tiene que llevar un corsé por problemas en la espalda.

La madre insiste menos en que Martín no come, aunque sigue sacando el tema.

Trabajo más en individual con Martín, en el deseo que va expresando de diferenciarse, también en su ambivalencia y sus temores, acogiendo y legitimando sus estados de ánimo.

REFERENCIAS

Knauer, D., Palacio Espasa, F., Qayoom-Boulvain, K., Hentsch, F., Clinton, P., Trojan, D., Le Scouëzec, I. et coordonné par Nancer, N. (2012). *Manuel de psychoterapie centrée sur la parentalité*. Paris: Puf.

Manzano, J., Palacio Espasa et F., Zilkha, N. (1999). *Les scénarios narcissiques de la parentalité: Clinique de la consultation thérapeutique*. Paris: Puf.

Winnicott, D.W. (1989). *De la pédiatrie a la psychanalyse*. France: Editions Payot.

LA ENFERMEDAD EN EL NIÑO. ASPECTOS TERAPEUTICOS DEL TRABAJO EN GRUPO DE PADRES²⁰

ILLNESS IN THE CHILD. THERAPEUTIC ASPECTS OF PARENT GROUP WORK

Beatriz Sanz Herrero²¹

RESUMEN

Este trabajo plantea la necesidad de acompañamiento de los padres frente al diagnóstico de una enfermedad crónica y en el cuidado de sus hijos. Destaca el valor terapéutico del trabajo en grupo de padres, un lugar donde “pensar juntos” que permite una escucha de sus necesidades, facilita el acercamiento a sus hijos y consolida su función de protección.

Palabras clave: grupo de padres, enfermedad en el niño, interacción emocional.

ABSTRACT

This work raises the need for accompaniment of parents in the face of the diagnosis of a chronic disease and in the care of their children. It highlights the therapeutic value of working in a group of parents, a place to "think together" that allows their needs to be listened to, facilitates the approach to their children and consolidates their protection function.

Keywords: group of parents, illness in the child, emotional interaction.

“Para que un niño sostenga pensamientos tuvo que haber sido pensado por otros, tuvo que haber sido sostenido no sólo por los brazos, sino también por los pensamientos de otros.” Didier Anzieu.

Esta frase encontrada como referencia en un texto de Beatriz Janín “El ADHH y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones”, es el punto de referencia que guía el acompañamiento terapéutico en este grupo de padres.

Se trata de una propuesta de Trabajo en Grupo de padres para la Asociación de Academia Glutárica 1.

La aciduria glutárica tipo I (AG-I) es un desorden metabólico de herencia autosómica recesiva y carácter progresivo debido al déficit de la enzima glutaril-CoA-deshidrogenasa (GCDH).

Inicialmente el diagnóstico de la enfermedad se realizaba tras una descompensación metabólica y se acompañaba de una serie de secuelas neurológicas de diferente grado de gravedad en el niño, generalmente graves.

²⁰ 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.

²¹ Psicóloga Clínica. Centro ADI Psiquiatría, Psicoterapia y Psicopedagogía. Centro CREA Primera Infancia.

Desde el año 2015 se realiza el cribado de esta enfermedad en toda España (desde el 2000 en algunas comunidades más pioneras en esta área como, por ejemplo, Galicia). Se realiza a través del cribado neonatal (prueba del talón) junto a otras enfermedades.

Los Programas de Cribado son estrategias de prevención secundaria, en las etapas tempranas de la enfermedad. Permiten diagnosticar precozmente la enfermedad y tratarla, para disminuir las secuelas y mejorar el pronóstico. En el caso de la Aciduria Glutárica, van a permitir un adecuado control nutricional del niño y la intervención precoz frente al riesgo de una descompensación metabólica.

A la semana o diez días de vida, mediante llamada telefónica, se informa a los padres del hallazgo en la prueba del talón de un resultado anormal que hace sospechar la existencia de una enfermedad rara/metabólica en el niño y la necesidad de ir al hospital para realizar unas exploraciones para confirmarla o descartarla. Dependiendo de los casos, los niños se quedarán ingresados o no, y a todos se le realizan, al menos, pruebas de orina y sangre.

El conocimiento de la enfermedad antes de los síntomas garantiza una mejor evolución; pero conlleva un gran impacto emocional, coloca a los padres en una situación de enorme incertidumbre y una gran responsabilidad. Frente a pequeños síntomas: fiebre, vómitos o diarrea, aparece la amenaza de un cuadro neurológico de mucha gravedad.

En qué consiste la enfermedad:

La GA-1 sucede cuando una enzima llamada "glutaril-CoA deshidrogenasa" falta o no funciona bien. El trabajo de esta enzima es procesar una sustancia llamada glutaril-CoA. El glutaril-CoA se produce cuando se metabolizan los aminoácidos lisina, hidroxilisina y triptófano. No puede eliminarse y esto hace que el ácido glutárico y otras sustancias dañinas se acumulen en la sangre y causen problemas. La lisina y el triptófano se encuentran en todos los alimentos que contienen proteínas.

Tiene una prevalencia de 1/100.000 habitantes. El 80-90% desarrollarán trastornos neurológicos entre los 3 y 36 meses de edad, en forma de crisis encefalopática aguda. Estas se pueden precipitar por episodios de fiebre, cirugía, ayuno (coincidiendo con fiebre o diarrea) prolongado o reacciones febriles a vacunas.

La afectación neurológica condiciona la incapacidad permanente del paciente que se caracteriza por alteraciones en la movilidad, dificultad en la alimentación, problemas respiratorios, macrocefalia y, a veces, convulsiones.

El tratamiento consiste en una dieta restringida en lisina y baja en triptófano, mediante limitación de las proteínas de la alimentación normal y un producto dietético especial. Además, reciben suplementos con L-carnitina. Es imprescindible el tratamiento de emergencia en situaciones de probable crisis, que supone una necesidad inexcusable de ingesta calórica y dieta especial. Existe una relación directa entre el seguimiento del tratamiento y la evolución.

POR QUÉ UN GRUPO DE PADRES

Frente al diagnóstico de una enfermedad crónica es importante fortalecer el papel de los padres y el valor de sus palabras como red de protección frente a la vivencia de fragilidad que puede acompañar la gran necesidad de controles y cuidados médicos.

Partimos de una convicción profunda en la capacidad del psiquismo para elaborar experiencias traumáticas y de la necesidad de dirigirse al niño como sujeto para evitar situaciones de pasividad y desprotección.

Se trata de un trabajo de acompañamiento y cuidado de los padres para fortalecer el ejercicio de su función de

protección en el cuidado de sus hijos; acompañarlos para que puedan cuidar y conocer a su hijo y no sólo se ocupen de la enfermedad. Es importante lograr que estos padres recuperen una “posición de saber” en el encuentro con sus hijos (los padres no son enfermeros). Y destacar la necesidad de un “cuidado compartido”, la importancia de contar con otros y evitar el aislamiento frente al riesgo de la enfermedad.

Los padres con su presencia y acompañamiento emocional van a ayudar al niño a elaborar las situaciones de angustia, les explican lo que les van a hacer, lo que pueden y no pueden comer... tratan de poner orden... Sus palabras sirven como barrera de protección, le prestan su aparato psíquico hasta que él pueda pensar por sí mismo. Le hacen partícipe y le colocan en una posición de sujeto frente a su malestar^{4,5}. A medio plazo, ayudarán a sus hijos a que entiendan mejor su enfermedad, se conozcan y sean capaces de cuidar de sí mismos y lograr un proyecto de vida propio.

En la presentación del grupo y la información que se les envía a los padres se plantea:

“La importancia de Cuidar de uno mismo para cuidar mejor de otros”: *Proporcionar un encuentro para las familias que permita compartir las experiencias del cuidado de sus hijos y aprender unos de otros.*

Importancia de una entrevista inicial con ambos padres para participar en el grupo; con el objetivo de escuchar las peticiones y recoger las necesidades de cada familia individualmente.

Este trabajo se realiza en modalidad online y participan familias (8 familias) de diferentes partes de España. Han pasado algunos meses del confinamiento, pero todavía no están vacunados los padres ni los niños (primeras sesiones octubre 2020). En la mayoría de las familias los dos padres están presentes en las sesiones. Planteamos un grupo cerrado de 8 sesiones con una frecuencia quincenal y con la participación de dos terapeutas.

ANTE EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD

En el caso de un niño enfermo los padres tienen una enorme sobrecarga emocional. La llegada de un bebé con un problema orgánico pone a prueba la estabilidad emocional de los padres y la posibilidad del encuentro emocional con su hijo puede verse amenazada. Nos planteamos cómo ayudarles a cuidar y sostener a este niño, cómo facilitar esa interacción, el niño no es la enfermedad.

El proyecto inicial de la familia queda suspendido, la nueva situación está llena de incertidumbres y renuncias, las prioridades cambian... los planes se trastocan y necesitan todo un proceso de elaboración de duelos y ajuste a la nueva realidad.

Una de las grandes dificultades va a ser gestionar los procesos de separación en el niño. Todas las separaciones crean angustia, es muy difícil facilitar una separación progresiva... Cómo aprender a cuidar a media distancia. Cómo hacer que los niños no se sientan frágiles o limitados, cómo evitar saltos bruscos... desde la sobreprotección a sentirse solos. Cómo lograr que sean capaces de cuidar de sí mismo y se sientan protagonistas de su propia historia.

INDICADORES DE PROTECCIÓN

Pensando en “Cómo acompañar en la Infancia y la Adolescencia” y en aspectos de Promoción de la Salud, quiero señalar algunos elementos protectores de cara al futuro desarrollo del niño y dentro de la dinámica familiar.

EN LA FAMILIA

- **PRESENCIA DEL PADRE:** La importancia de tener un lugar propio, al lado de la madre y en la relación directa con el niño.
- **REDES DE APOYO (Amigos, familia...):** Necesidad de compartir la experiencia y sentirse comprendidos. Recuperar aspectos de sí mismos (hijos, hermanos, profesionales...) que les reconecten con una imagen de capacidad. En el grupo insistimos en que los que mejor pueden cuidar de sus hijos son ellos, con sus dudas, ilusiones... todo lo que han sido hasta ahora.
- **LIMITES ADECUADOS QUE FACILITEN EL DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA:** El adulto al proponer pequeños objetivos que el niño es capaz de lograr, le devuelve una imagen de capacidad y confirma su confianza en él.
- **LA ENFERMEDAD NO LO OCUPA TODO:** La importancia de un tiempo de juego y placer compartido que sirva de apoyo en el niño frente a la exigencia de los cuidados médicos y el tiempo en el hospital.
- **HABLAR AL NIÑO SOBRE LO QUE LE OCURRE:** Es importante que los padres puedan pararse y encontrar sus propias palabras para explicar al niño lo que le sucede. La importancia de dirigirse directamente al niño y traducir el discurso médico.
- **ESCUCHA DE LAS NECESIDADES DE LOS OTROS HIJOS:** Uno de los mayores retos que tiene los padres de un niño con una enfermedad es la capacidad de ilusionarse y disfrutar de los logros de los otros hijos. Encontrar un tiempo para atender y escuchar a los hermanos será uno de los mejores indicadores de la estabilidad familiar.
- **CAPACIDAD DE CUIDAR DE SI MISMO:** Importancia de rebajar la autoexigencia y evitar situaciones de descuido de sus necesidades. La importancia de delegar en otros en algunos momentos y ser capaces de pedir ayuda.
- **PLANES DE FUTURO (AJUSTADOS A LA REALIDAD)**

EN EL NIÑO

- **EL NIÑO COMO SUJETO:** La importancia de dirigirse al niño que hay detrás de la enfermedad. Contar con su participación activa y limitar las situaciones de sometimiento o pasividad.
- **CONTAR CON LA REALIDAD Y ADECUAR RITMOS:** Rutinas de alimentación que permitan el reconocimiento de la sensación de hambre. Ritmos de sueño que posibiliten un adecuado proceso de separación progresiva.
- **LAS RELACIONES DE CONTINUIDAD CON SU GRUPO DE EDAD.**
- **IMPORTANCIA DEL JUEGO** como motor del desarrollo en el niño.
- **RESPUESTA EMOCIONAL:** La importancia de poder expresar el malestar y el enfado de forma directa, contando con que alguien puede escuchar su protesta.

EL TRABAJO EN EL GRUPO DE PADRES

En la primera sesión los padres se presentan, nombran a sus hijos, alguno lo quiere presentar en la cámara... hablan de cómo se organizan, las dificultades con las comidas, los momentos difíciles en el hospital... Estamos en octubre de 2020, después del confinamiento y con la amenaza del Covid, algunos en los últimos meses evitan relacionarse con otros y tienen miedo, otros están más tranquilos.

Una de las madres plantea lo que será el eje de todo el trabajo el grupo. Para mí “Una responsabilidad muy grande para una sola persona...”. “Tengo mucho miedo a no hacerlo bien... puedo tener un error y tener consecuencias fatales...” “Es que es una sensación terrible. Pensar que con un pequeño error puedes hacer mucho mal al niño...”.

En el grupo, los padres empiezan planteando situaciones concretas y poco a poco se atreven a hablar de cómo se sienten. Pueden hablar de sus miedos, las renunciadas que supone la enfermedad... las relaciones con sus familias,

sus trabajos... Acompañadas por otros, las madres empiezan a fiarse un poco más de sí mismas... de sus maridos, de sus propios hijos, y empiezan a aparecer imágenes de más capacidad.

ASPECTOS TERAPÉUTICOS DEL TRABAJO EN GRUPO DE PADRES

I.- NARRACIÓN COMPARTIDA. NOMBRAR LA ENFERMEDAD.

El valor de la Narración y la importancia del relato compartido y acompañado de afectos. Houzel plantea que uno de los elementos del trabajo con los padres es ser “receptáculo del sufrimiento parental” y plantea que una escucha atenta facilita que ellos puedan poner en marcha recursos propios.

La importancia de poder elaborar un relato propio sobre la enfermedad e integrarlo en la historia de vida de las familias. En el grupo los padres se hablan a sí mismos, escuchan lo que cuenta su pareja, cómo han resuelto diferentes situaciones otras familias y se atreven a expresar el malestar sin sentirse juzgados.

Madre de un niño de 3 años: “Al principio yo no dije a la gente que mi hijo tenía una enfermedad grave... cuando me veían tanto en el hospital y me preguntaban... no decía nada. Cuando tenía un año era el día de las Enfermedades Raras y ese día dije lo voy a compartir con el mundo y lo puse en el Facebook, nadie lo sabía... Me costó mucho decirlo a los amigos...”

Madre de un bebé de 2 meses: Yo pensé callarme y decir que tenía un bebé vegano. No sé ahora son las 24 h al día pensándolo, no sé si en algún momento se me olvidara un poco...

LOS PLANES CAMBLAN

Asumir el diagnóstico y los cuidados médicos del niño se acompaña de cambios importantes en los planes que tenía la familia. Se alteran las prioridades y hay renuncias importantes. Se interrumpen los proyectos laborales durante un tiempo.

“Mucha angustia... la verdad preguntándome ¿por qué nos ha tocado?, ¿por qué a mí? Por qué no al niño de al lado... Yo tenía el esquema hecho, perfecto, los trabajos, un buen momento. Tenía un plan... cuándo volver a trabajar... No sé si podré, tendré que esperar 1 o 2 años... Yo tenía una situación ideal”.

Hasta hace poco a partir del diagnóstico de la enfermedad se retiraba la lactancia materna para facilitar el control nutricional del niño; en este momento esa indicación ha cambiado y las madres mantiene el pecho además del suplemento que debe tomar el niño. “Para mí fue muy difícil dejar de darle el pecho, estábamos empezando... y tener que dejarlo, tan de repente”.

“Muy dura la decisión de no tener más hijos, me hubiera gustado que no fuera hijo único, con lo que le gusta estar con amigos... Fue una decisión muy difícil, mucha responsabilidad... empezaban a nacer los hijos de mis amigas... para mí casi como una obligación otro hijo; siempre lo había querido... no podía ni decirlo... cuando tomamos la decisión... en parte un alivio”.

II.- IDENTIFICACIÓN GRUPAL y sentimiento de pertenencia. (No somos los únicos, no estamos solos).

Uno de los elementos importantes que aporta el grupo es la identificación con otros y el sentimiento de pertenencia. En este caso la presencia de ambos padres fortalece el lugar de la pareja y la escucha de padres con hijos un poco

mayores que han pasado por vivencias similares aporta seguridad y ofrece imágenes de futuro.

“Nadie comprende esta enfermedad, el diagnóstico, sólo las personas del grupo... su enfermedad, que tiene que convivir con esto...”. “A veces parece que no me creen, tener que explicarlo tantas veces a la familia y a los amigos...”.

“Siento el ánimo que me mandáis todos... la verdad es que en este momento tener una bebé pequeña ingresada... a veces me parecía imposible que lo que me estaban diciendo fuera verdad”.

III.- RECALIFICACIÓN DE LOS PADRES. (De lo grupal a lo subjetivo).

Los padres comparten las experiencias de ansiedad frente a una descompensación, sus sentimientos de desprotección... la dificultad para tomar decisiones y escuchan cómo hacen otras familias; cada miembro de la pareja desempeña un papel distinto. Es importante cuando los padres sienten que empiezan a poder anticipar las situaciones y tener cierta sensación de control; recuperan la confianza en ellos y pueden “pensar antes que hacer” en el cuidado de sus hijos.

PENSAR ANTES QUE HACER

“Para mí lo más difícil es antes de ir al hospital... empiezo con ansiedad solo de pensarlo. Oírle toser... se me hace un nudo, ya pienso que se va a poner malo... y tomar la decisión... hay que irse”. Su mujer contesta... “yo me lo tomo de otra manera, para mí no es igual... y ¿qué es lo peor que puede pasar?, ¿que tengamos que ingresar? Bueno, ya lo conocemos... yo llego al hospital y estoy tranquila. Ahora llevamos una época mucho más tranquila”.

El padre de una niña de 2 años interviene: “yo intento hacer un plan, si en una hora sigue vomitando nos vamos al hospital... en ese momento mi mujer se pone muy mal, aunque ella sabe mucho más de esto y conoce mejor a la niña, pero yo sé que tengo que hacer algo... Lo difícil es tomar la decisión, el momento que hay que ir y no podemos esperar”.

La madre de un niño de 2 años y medio: “Para mí cada vez es peor, sé que nos van a ayudar ... pero no quiero ir, no puedo ir al hospital ahora... hace mucho tiempo que no ingresamos y no quiero volver a pasar por ahí... Sólo de pensarlo...”.

Coincidiendo con el Covid, durante los ingresos el niño sólo puede estar acompañado por uno de los padres (y no se pueden turnar). La responsabilidad y la vivencia del riesgo es demasiado grande “para una persona sola”.

IV.- ESCUCHAR LAS NECESIDADES DE LOS HIJOS. (El niño como sujeto).

Los niños necesitan que los padres les ayuden a entender lo que les sucede, que los acompañen durante las pruebas y los ingresos. También hablamos de la necesidad de que puedan expresar el malestar y el enfado de forma directa y de que ellos puedan escuchar sus protestas sin desbordarse demasiado.

“Mi hija llora de sólo acercarse al hospital, no sabemos qué hacer... dos veces en la analítica ha perdido el conocimiento (tiene 2 años y medio) la cogieron, la sujetaron... Si se lo contamos antes se pone fatal y cuando ve que estamos llegando no para de llorar...”.

“A veces no sé si al quitarle importancia hacemos bien. Hacemos tonterías y nos reíamos mucho. Ella estaba enfadada... A mí sí me ha dolido”.

“Yo quiero que tengan una infancia tranquila, ya tendrá tiempo de enterarse... Bastante con que estemos nosotros angustiados.”

V.- EL PAPEL DE LOS HERMANOS.

Uno de los mayores retos que tiene los padres de un niño con una enfermedad es la capacidad de ilusionarse y disfrutar de los logros de los otros hijos. Encontrar un tiempo para atender y escuchar a los hermanos será uno de los mejores indicadores de la estabilidad familiar.

Muchas veces comparten el peso de la angustia y sobrecarga de los padres; necesitan mantener un lugar de complicidad al lado de sus hermanos, no son sus cuidadores.

“Esta semana (finales de noviembre de 2020) su hermano ha empezado a ir al colegio. Lo habíamos pensado despacio... Hacía dos semanas que nos pusimos la vacuna de la gripe. Nos enteramos de las medidas del cole... Él lo ha pedido... lo necesitaba... ya como que estaba falto de contacto social. Antes le habíamos preguntado y decía que no... pero ya sí... Se sabe bien las normas... no dar abrazos, no compartir material... Solo llevan mascarilla al entrar y salir...”.

“Yo a mi hija mayor la regaño por todo... Yo creo que hasta me desahogo con ella... chillo por cualquier cosa... cuida de tu hermano, que le dejes... y si pasa algo, pero ¿qué has hecho?... No me gusta cómo me pongo... No lo puedo evitar”.

VI.- IMPORTANCIA DEL PADRE Y LA PAREJA.

En el grupo se plantea la dificultad para la intimidad de la pareja, las discusiones frecuentes (especialmente cuando el niño está malo o hay que hacer el régimen de emergencia), la dificultad para delegar o confiar en el criterio y en la capacidad de cuidado del padre. La presencia de otros padres y otras parejas les confirma su lugar y les ayuda a tener voz propia.

El padre de uno de los bebés comenta: “Hoy me he quedado solo con el niño... no lo calmo igual que ella... que te vayas, yo me quedo... déjame a mí”. Su mujer se ríe: “Cuando he llegado el niño tenía los ojos llorosos, pero... estaba bien”.

“Yo quiero volver a dormir con mi mujer... Llevo 2 años y medio durmiendo con mi hijo, que lo adoro... pero de verdad, lo echo de menos”.

“A mí me pasaba algo parecido. Yo le dejaba hacer la comida, pero todo el rato revisaba... ¿qué has hecho?... con todo... Yo creo que yo también lo controlaba tanto... que le acobardaba un poco”.

“A nosotros nos ha ayudado mucho hablar juntos... Nos ha servido... Cuando estábamos nerviosos... nos buscábamos para hablar”.

VII.- NECESIDADES DE LOS PADRES/ CÓMO NOS HA CAMBIADO LA VIDA.

“A mí me ha cambiado muchas cosas... lo primero dejar de trabajar..., la vida social, antes nos encantaba viajar... no estar con gente, que el otro hijo no pueda ver tanto a sus amigos...”

“Nosotros somos unas personas distintas de las que éramos, no nos reconocemos. De forma de ser, antes nos encantaba estar en los bares, con su hermano íbamos a bares de amigos a escuchar música... Ahora muy asustados... los amigos se han dispersado...”

“Nosotros hemos dejado casi de ver a la familia cercana; sólo vamos de viaje a sitios en los que no nos vamos a encontrarse con nadie.”

VIII.- RELACIÓN CON LA FAMILIA EXTENSA Y AMIGOS / RIESGO DE AISLAMIENTO.

“Es difícil explicarlo... que no lo aceptan... Se lo dices y no les parece bien las decisiones que tomas... Todo el tiempo defendiéndote o explicando. Me cuesta... les cuesta tanto entender...”. “Yo tengo a la familia muy lejos, por un lado, pena porque no están cerca... a veces pienso las discusiones que nos hemos ahorrado...”.

“A veces digo ¿cómo puedo necesitar tanta ayuda... cuándo voy a poder yo sola?”.

“Qué hago con esas madres que hablan de tonterías y se preocupan porque el niño no se acaba la merienda”.

“Para mí los amigos una decepción, no han reaccionado bien... no sé... no sé qué haría yo, pero no están... me hubiera gustado algo más...”. “Yo no sé qué haría si fueran unos amigos los que lo tienen este problema, no sé si yo me quedaría en casa y no llevaría a mi hijo si tiene mocos”.

IX.- PLANES DE FUTURO.

Asumir la enfermedad y sus cuidados implica mantener cierta incertidumbre, no se puede tener todo bajo control. Es importante poder hacer pequeños cambios y algunos planes. Es necesario imaginar a sus hijos jugando, creciendo, con amigos y pudiendo disfrutar.

En el grupo hablamos de las necesidades de los niños y de sus padres... la importancia de no normalizar las situaciones (no ir al colegio, no ver a la familia, no tener relación con otros, que los padres duerman separados) ... Cada familia encontrará el mejor momento y su propia forma de hacer las cosas.

“Nosotros vamos a probar a ver qué tal en el cole... hemos ido al parque, quería que conociera a sus compañeros antes de ir ... se me hacía bastante raro; no sabía... éramos como extraños, todos los padres se conocían... Creo que la que necesita confianza soy yo... me gustaría verle por un agujerito... siempre pienso que algo va a ir mal... hasta que no lleve 15 días y no se haya puesto malo”.

“Mi marido ahora ha decidido que nos vamos un fin de semana a la playa... ya ves tú... a Estepona... la hermanita quiere ir... Siempre un poco de miedo a hacer planes y luego no poder realizarlos ... intento no hacerme expectativas...”.

Otra familia: “Nuestro primer viaje fue a los 3 años y pico, fuimos a un hotel... lo buscamos con un hospital cerca, a la playa... lo pasamos bien...”.

Otra mamá: Yo estoy pensando en que al año que viene la llevaré a la guardería... me hace ilusión.

Marie Rose Moro plantea la importancia de “Proteger el desarrollo del bebé y su teoría de la vida”. La necesidad de transmitir al bebé que la vida merece la pena ser vivida. La convicción de que este niño puede disfrutar de su mundo y su relación con los otros.

Partimos del papel del vínculo entre los padres y el bebé como motor fundamental de su desarrollo psíquico y su construcción como persona. Es importante que los padres tengan ganas de estar con su bebé. La importancia de contar con momentos de encuentro lúdico y placer compartido (caricias, canciones, juegos...) en el cuidado del bebé.

Quiero compartir una Viñeta Clínica.

La madre de uno de los bebés que tenía 2 meses al inicio del grupo plantea la posibilidad de una atención individual. Voy a rescatar un momento concreto del tratamiento posterior:

DORMIDO EN BRAZOS: “Me he dado cuenta de que nunca duermo al niño en brazos... le doy el pecho, se queda tranquilo, pero no se queda dormido encima de mí. Ayer por primera vez... después de 8 meses estaba tranquilo, en brazos y se ha quedado dormido. Mi marido me ha llamado a la puerta ¿Se ha dormido ya el niño? Y le he dicho... No... todavía no....”.

Mariela Michelena¹⁶ en su libro “Un año para toda la vida” nos dice: La madre no sólo canta para su bebé, canta para sus adentros, canta para ella, porque el bebé deja de llorar y la mamá sigue cantando. Esa canción de cuna los embruja y sosiega a los dos.

TRABAJO TERAPÉUTICO

Los avances en medicina abren enormes expectativas en el cuidado de las enfermedades y nos obligan a plantearnos nuevos retos en nuestra práctica clínica. Pensando en Promoción de la Salud y la importancia del acompañamiento en la infancia y la adolescencia, es necesario detenernos en la atención a la enfermedad crónica en el niño.

El proceso de duelo por la enfermedad de un hijo es una experiencia individual y se acompaña de una enorme sensación de soledad. Alba Payás nos plantea que la dimensión relacional del duelo (expresada como la necesidad de compartirlo) es tan importante como la dimensión subjetiva y señala que el duelo es una experiencia que sólo se puede curar dentro de otras relaciones.

El trabajo en grupo y la presencia y escucha de los terapeutas, facilita la posibilidad de “pensar con otros” y actúa como una red de protección. Plantea un acercamiento a la dimensión subjetiva de la enfermedad, permite poner el foco en otros aspectos del desarrollo del niño y reafirmar el papel de los padres en la escucha y el cuidado de sus hijos.

Siguiendo a Eulalia Torras de Beá: el aspecto más esencial del abordaje terapéutico, su función central es la de promover el Pensamiento y facilitar la simbolización.

El acompañamiento terapéutico posibilita un acercamiento individual a la vivencia de la enfermedad en el niño y su familia, que necesariamente conlleva el duelo que hay que realizar por el cuerpo sano y supone el reconocimiento de las limitaciones.

Las familias poco a poco irán elaborando un proyecto propio, estableciendo planes de futuro (proyectos laborales, relación con amigos, espacio para la pareja...) ajustados a la propia realidad y contando con algunas limitaciones; pero conectando con los aspectos más vitales del niño, de ellos mismos y de toda la familia en su conjunto.

Quiero agradecer la confianza de la Asociación de Acidemia Glutárica y destacar el compromiso de los padres y la capacidad de cuidar unos de otros.

Termino con una frase tomada de Daws: “Los padres son “los guardianes del sueño de sus hijos”, pero,

paradójicamente cumplen mejor con esta tarea cuando ellos mismos están durmiendo. Los padres que duermen y sueñan con sus hijos los dejan a su vez libertad para que ellos tengan sus propios sueños”.

REFERENCIAS

- Alonso Gómez, R., Morer Bamba, B., Castro García, G. y Ortega López-Alvarado, P. (2016). La interconsulta hospitalaria en Salud Mental Infanto-Juvenil: Un modelo internacional. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 62, 27-32.
- Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Boy, N, Mühlhausen, C., Maier, E. M., Heringer, J., Assmann, B., Burgard, P., Dixon, M. et al. (2017). Proposed recommendations for diagnosing and managing individuals with glutaric aciduria type I: second revision. *Journal of Inherited Metabolic Diseases*, 40(1), 75-101.
- Guerra, V. (2002). Intervenciones terapéuticas en la triada padre-madre-hijo. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 96, 125-141.
- Houzel, D. (1993). El tratamiento muy precoz del autismo y de las psicosis infantiles por medio de una aplicación de la observación de bebés. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 15-16, 73-96.
- Janin, B. (2006). El ADHD y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones. *Cuestiones de Infancia*, 11, 15-33.
- Kreisler, L., Fain, M. y Soulé, M. (1990). *El niño y su cuerpo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lartigue Becerra, T., Maldonado-Durán, M. y Ávila Rosas, H. (1998). *La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo*. México: Plaza y Valdés.
- Lebovici, S., Diatkine, R. y Soulé, M. (1989). *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Michelena, M. (2002). *Un año para toda la vida: el secreto mundo emocional de la madre y su bebé*. Madrid: Temas de hoy, Planeta.
- Moro, M. R. (2010). Parentalidad y diversidad cultural. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 49, 27-28.
- Moro, M. R. (2020). Conversatorios de Psicología Perinatal: Vínculo Mamá-bebé en crisis. 24 de junio 2020. <https://www.psicologiaperinatal.com.ar/webinars>.
- Sanz Herrero, B., González González, F. y Pedrón Giner, C. (2016). Sostener la cuchara. La alimentación en niños con soporte artificial. Trabajo en grupo de padres. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 62, 105-108.
- Schejtman, C., Duhalde, C., Silver, R., Vernengo, M. P., Wainer, M. y Huerin, V. (2009). Los inicios del juego en la primera infancia y su relación con la regulación afectiva diádica y la autorregulación de los infantes. *Anuario de Investigaciones*, 16, 241-252.
- Stern, D. (1997). *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós.

-
- Tarragó Riverola, M. R. (2003). Intervenciones psicoterapéuticas en un servicio de neonatología. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 35/36, 169-181.
- Tarragó-Riverola, R. y Mañosa-Mas, M. (2014). Aplicaciones Clínicas en el tratamiento de niños prematuros. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 57, 35-41.
- Torras de Bea, E. y Montaner i Galo, A. (2011). *Elementos psicoterapéuticos. De la primera entrevista al alta*. Barcelona: Octaedro.
- Zero to Three. (2021). *DC: 0-5™: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. (Version 2.0). Washington, DC: Author (Original work published 2016).

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

SOCIAL UNREST AND THE CONSTRUCTION OF IDENTITY IN ADOLESCENCE²²

Daniel Cruz Martínez²³

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.

²² 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.

²³ Psicólogo clínico. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. Contacto: 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 sollicitaciones 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 (Kreisler, 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).

LA ESCUELA DEL BIENESTAR COMUN²⁴

THE SCHOOL OF COMMON WELFARE

*Manuel Armas Castro²⁵, Laura G. Armas Barbazán²⁶
y Ramón Area Carracedo²⁷*

RESUMEN

La pandemia no ha hecho más que mostrar la punta del iceberg de los problemas de salud mental. Debemos escuchar las manifestaciones de malestar de los jóvenes, como la ansiedad, la depresión, las autolesiones, las conductas de riesgo suicida; exigiendo que actuemos. Nuestra propuesta de prevención e intervención ecosistémica ante problemas como el riesgo suicida en el ámbito educativo, implica los tres niveles de orientación en la escuela: tutoría, departamento de orientación y equipo de orientación externo, coordinados con los servicios socio-sanitarios. Estos tiempos de incertidumbre demandan más que nunca que la educación inclusiva actúe como protectora de la salud mental, y a partir de la elaboración del sufrimiento psíquico, coloque el bienestar común como finalidad del currículo y la escuela como un lugar de encuentro de la red socio-comunitaria para aprender a amar y recrear el bien común.

Palabras clave: escuela, bienestar común, riesgo suicida.

ABSTRACT

The pandemic has only shown the tip of the iceberg of mental health problems. We must listen to the discomfort manifestations of young people, such as anxiety, depression, self-harm, suicide risk behaviours; demanding our intervention. Our proposal for prevention and ecosystem intervention in the face of problems such as suicide risk in the educational field, involves the three levels of guidance in the school: tutoring, guidance department and external guidance team, coordinated with the socio-sanitary services. These times of uncertainty demand more than ever that inclusive education acts as a mental health protective, and from the elaboration of psychic suffering, common well being is placed as the purpose of the curriculum and the school as a meeting place for the socio-community intervention to learn to love and recreate the common good.

Keywords: school, common welfare, suicide risk.

«La fuerza de la educación no estriba en recuperarla para un ideal estándar de normalidad, sino en potenciarla, defenderla, amarla. Ésa es una buena definición de la educación: amar la torcedura de la vida. La torcedura de la vida exige la excepción, la desviación, la divergencia, la herejía. Reinventar lo que hemos recibido del Otro de manera singular, sintomática, generando un estilo propio, realizando la vocación de deseo, hacer de nuestra vida una vida torcida» (Recalcati, 2016, pp.162-163).

«La epidemia no solo es la del coronavirus, sino la del miedo que se ha cernido sobre el mundo» (Lévy, 2020, p.10).

²⁴ 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.

²⁵ Especialista en Trastornos de Conducta y Coordinador del EOE de A Coruña. manuelarmascastro@hotmail.com

²⁶ Graduada en Pedagogía. Asociación Autismo BATA. geni.ab@hotmail.com

²⁷ Psiquiatra del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. moncho.area.carracedo@gmail.com

La crisis sanitaria del covid-19 ha mostrado al mundo que somos muy vulnerables y frágiles, que navegamos en un océano de incertidumbres, que el saber es provisional, que necesitamos urgentemente elaborar un pensamiento complejo y trabajar interdisciplinar y solidariamente. Sólo como sociedad en su conjunto somos capaces de dar respuesta a problemas y situaciones de emergencia mundial. El planeta es demasiado pequeño e interdependiente. O nos salvamos todos o nos hundimos todos.

La pandemia no ha hecho más que mostrar la punta del iceberg de los problemas de salud mental. Debemos escuchar a los jóvenes de todo el mundo, que cada vez alzan más la voz y exigen que se actúe (UNICEF, 2021). La prevalencia de los problemas de salud mental de los jóvenes en Europa es del 16,3%, siendo la ansiedad y la depresión los trastornos que constituyen más de la mitad de los casos. España es el país europeo con mayor número de niños y adolescentes con problemas de salud mental, el 20,8% sufre algún tipo de trastorno. Durante el confinamiento, el suicidio fue la primera causa de mortalidad de los jóvenes en España. La aparición de trastornos mentales en los niños se han triplicado, según Save the Children (2021).

Las escuelas pueden ser entornos saludables e inclusivos en los que los niños aprendan a reforzar su bienestar, pero también pueden exponer a los jóvenes a determinados riesgos como el acoso y la presión excesiva de los exámenes. Se trata de minimizar los factores de riesgo y maximizar los factores de protección de la salud mental (UNICEF, 2021).

ESCUELA INCLUSIVA Y SALUD MENTAL POSITIVA.

Se pregunta Tonucci en el título de su libro (2020): “¿puede un virus cambiar la escuela? Si el virus no marcha, vamos a acabar aprendiendo demasiado”.

Pasada la fase de choque de la pandemia por covid-19, observamos en las escuelas un aumento, muy significativo, en el alumnado de malestares como la fatiga emocional, ansiedad, estrés, depresión, pero sobre todo de autolesiones y conductas de riesgo suicida, todo ello favorecido por el uso abusivo de las redes sociales, incrementado en tiempos de pandemia.

La salud mental positiva, podemos entenderla como el estado de bienestar con uno mismo, con su entorno y con aportar algo positivo al bien común.

Tal vez los tiempos demandan más que nunca que la escuela actúe como protectora de la salud mental, y a partir de la elaboración del sufrimiento psíquico, coloque como eje transversal de todo su trabajo el bienestar del alumnado, del profesorado y comunidad educativa. Se trata de abrir las puertas de la escuela a lo esencial de la vida, redescubrirla como lugar de encuentro saludable e inclusivo, en donde los alumnos se sientan escuchados activamente, comprendidos y acompañados en el proceso de construirse como personas, aun en tiempos de incertidumbre (Armas Barbazán, Armas Castro y Area Carracedo, 2021).

La pandemia ha traído al consciente aquellos conflictos existenciales que acostumbraban a permanecer en lo negado. Así, la muerte y la soledad han aparecido repentinamente, en medio de un paisaje escolar presidido por la competitividad y lo curricular. Pero al tiempo ha colocado a la sanidad y la educación en el bien común; no para negar la enfermedad y la muerte, sino para regresar a lo humano en cuanto a una trama relacional.

Desde este punto de vista, la educación y la escuela tendrían como finalidad el desarrollo de cada persona y del conjunto de la sociedad. Que cada sujeto se desarrolle de una manera óptima nos hará progresar a todos, caminando hacia una sociedad más justa, solidaria y sostenible.

Una escuela del bienestar solo puede ser una escuela de lo común, en donde se eduque para desencadenar la conciencia crítica, la preocupación por el otro y la responsabilidad compartida. En el horizonte de la escuela debe

poder divisarse un mundo justo, inclusivo y democrático. “Sólo el sabio mantiene el todo constantemente en su mente, jamás olvida el mundo, piensa y actúa en relación al cosmos” (Groethuysen, citado por Morín, 2017, p.83). No basta con concebir la educación como la exaltación del principio de rendimiento, que transforma la vida en una competición perpetua que engorda un mercado al que se han incorporado los seres humanos en general y la infancia y adolescencia en particular.

La educación debe ser sinónimo de bienestar, salud mental positiva, vida buena, equidad y justicia social; el común en el que se instaure el deseo de que nadie se queda fuera. Hacer de lo común el principio de la transformación social y educativa, implica formar ciudadanos críticos y solidarios, que trabajen de forma comunitaria y con fe en el futuro (Vázquez Recio, 2018).

LA DISRUPCION Y EL CONFLICTO COMO OPORTUNIDAD

Tenemos una valoración global positiva de la evolución del nivel de inclusión y convivencia en los centros educativos. Nuestra propuesta intenta ayudar a que la escuela sea una organización que aprende a priorizar el bienestar común, para atender la diversidad. A veces la disrupción y los conflictos en la escuela pueden verse como una amenaza para el aprendizaje y la inclusión. Foucault (2000) en su análisis histórico sobre el poder, señaló en el origen de instituciones como la escuela, el paso de la punición medieval a la disciplina ilustrada. Siempre deberíamos estar atentos cuando el significante que articula la escuela es la disrupción, cuando la problemática que se expresa o la queja que se formula es una conducta, pues nos retrotrae a la escuela como institución encargada de la regulación y la corrección de los sujetos.

Tenemos que ser críticos y hacer visible la invisible violencia sistémica que inconscientemente puede ejercerse sobre los alumnos y que no les permite desarrollar sus potencialidades para llegar a ser lo que pueden ser. Esta violencia insidiosa forma parte de los objetivos y funcionamiento del sistema y se manifiesta en cualquier práctica o procedimiento institucional que produzca un efecto adverso en los individuos o grupos al imponerles una sobrecarga psicológica, mental, cultural, o física. La violencia sistémica se manifiesta en el conjunto de prácticas o procedimientos que incapacitan el aprendizaje de los alumnos, causándoles así un daño (Ross y Watkinson, 1999).

El dilema está en elegir entre flexibilizar el sistema para responder a la diversidad del alumnado o adaptar, incluso medicar, a los alumnos para que nada cambie en el sistema. Por eso la primera respuesta a los problemas de conducta en un centro educativo siempre debe ser sistémica y curricular, estableciendo una relación significativa con el alumno. Además, cuando aparecen conductas disruptivas, problemáticas o inadecuadas al contexto escolar, que quiebran el proceso de enseñanza-aprendizaje, siempre deberíamos tener una mirada compleja, que englobe el sistema escolar, familiar, social y sanitario. Debemos aspirar a llenar de sentido la conducta y además, debemos obligarnos a contemplar la disrupción como una oportunidad para aprender sobre la propia organización.

Así cuando nos encontramos con alumnado con TDAH debemos mantener esta visión global y diseñar una intervención multidisciplinar en la que se integren progresivamente y según el nivel de afectación, las actuaciones psicopedagógicas, los apoyos necesarios en el aula inclusiva, situación próxima del alumno al profesor, la flexibilización de la metodología y criterios de evaluación, el apoyo psicológico individual y familiar, la unificación de criterios entre el equipo docente y la familia con reuniones frecuentes y el uso de la agenda escolar, la tutoría entre iguales, el apoyo externo y de asociaciones, la valoración de salud mental y la coordinación de los servicios educativos y sociosanitarios. Debemos incluir también la formación específica del profesorado y familias sobre cómo acompañar al alumnado con TDAH. Al final la atención a la diversidad puede ser una fuente de enriquecimiento y formación de la comunidad educativa, que aprende a adaptar el currículo y los recursos para acoger a todas las personas, teniendo en cuenta sus diferentes capacidades y necesidades.

La escuela inclusiva no aprende únicamente de la diversidad, sino también de los conflictos. Las dos situaciones, diversidad y conflicto deben conducir hacia un regreso al alumno (como sujeto) y al mundo (como comunidad).

Es a través de esta forma de entender lo individual y universal, como la escuela se libera de su encomienda disciplinaria y puede entregarse a una tarea verdaderamente educadora. Existen dos pasos concretos que, de alguna manera, simbolizan este camino. Por un lado, centrar el currículum en el proyecto vital solidario del alumno. Por otro, convocar la red de apoyo comunitario. Estos dos elementos son los que articulan las dos caras de la verdadera inclusión, aquella que encuadra la escuela en la biografía y en el orden mundial. La inclusión va más allá de la integración, referida a los déficits y busca el desarrollo de las capacidades y fortalezas de todo el alumnado. La inclusión es un proyecto escolar, social, local y mundial.

Veamos un caso práctico. Cuando el Departamento de Orientación de un centro educativo solicita la intervención del especialista en conducta del Equipo de Orientación Específico (en adelante EOE), para colaborar en la evaluación de un grupo de alumnos de Formación Profesional Básica que no respetan las normas de convivencia. Observamos que el problema no es sólo de los alumnos, sino del sistema. Las correcciones y sanciones individuales no son eficaces, por lo que se hace necesaria una intervención ecosistémica, que favorezca la inclusión y la atención a la diversidad, con medidas como:

- Adaptar el currículo al nivel de competencia del alumno. Trabajar por ámbitos, con proyectos interdisciplinares y cooperativamente.
- Consensuar con el alumnado normas de convivencia positiva en el aula, implicándolos en su elaboración y aplicación.
- Compartir docencia con dos profesores en el aula, que mejora la atención al alumnado y el comportamiento.
- Desdoblar el grupo o cambiar de grupo a algunos alumnos.
- Trabajar transversalmente la gestión de emociones, habilidades sociales, resolución pacífica de conflictos y técnicas de estudio.
- Nombrar a profesores de referencia, con empatía con el alumnado para escuchar, comprende y hacer de puente entre el alumno, los profesores y familia.
- Ofrecer distintas alternativas curriculares y profesionales a los alumnos.
- Sugerir el apoyo de los servicios de salud mental y servicios sociales para el alumnado que pueda necesitarlo.
- Formar al profesorado, alumnado y familias sobre el respeto a la diversidad y la mediación en conflictos.
- Acompañar al alumnado en la elaboración de un proyecto vital solidario, desarrollando sus capacidades e intereses profesionales.
- Organizar charlas informativas/formativas sobre ciberacoso, dentro del Plan Director para la convivencia y mejora de la seguridad en los centros escolares y su entorno, con la colaboración con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
- Solicitar la colaboración de la UMAD (Unidad Municipal de Atención a Drogodependencias) para llevar a cabo actuaciones grupales e individuales sobre adicciones.
- Organizar reuniones de seguimiento interdisciplinar de estas medidas.
- Diseñar un programa de prevención integral, implicando a la red de servicios sociocomunitarios.

LA RED SOCIOCOMUNITARIA EN EL ECOSISTEMA ESCOLAR

Desde el ámbito educativo, es imprescindible abordar el sufrimiento desde un modelo sociocomunitario, que nos permita superar el enfoque individual, centrado en la patología, y mirar al ecosistema escolar de forma interdisciplinar, coordinado con las instituciones sanitarias y sociales, para proteger la salud mental de la comunidad educativa.

El sistema escolar precisa del sistema sanitario, los servicios sociales y los apoyos externos para así configurar una red de apoyo interinstitucional que le permita hacer una prevención y una intervención con vocación global. La misión de los servicios de orientación educativa es, en último término, convocar a las redes de apoyo para que las distintas intervenciones puedan actuar de forma integrada, abordando la complejidad. Se trata de observar el ecosistema en el que está el alumnado, y en lugar de etiquetar y estigmatizar, generar los cambios en los distintos

niveles para que el alumnado se sienta escuchado, protegido y atendido, otorgándole al establecimiento de nuevas relaciones significativas el papel principal en el abordaje de las dificultades.

La orientación educativa debe incorporar a la evaluación una manera de mirar los problemas que sea, en sí misma, terapéutica, tanto para el alumnado como para el centro. Son principalmente las técnicas cualitativas las que contribuyen a una forma distinta de explorar el sufrimiento, alejando del marco implícito la estigmatización, la negación de la subjetividad del niño y el excesivo énfasis en las conductas.

Por ello, se le debe conceder mayor importancia a la observación dentro del aula, al análisis de trabajos escolares, la revisión de pruebas de evaluación y los partes de incidencias, la entrevista con el equipo docente y directivo, la entrevista con el alumno y su familia, el diálogo con los profesionales de los servicios sociosanitarios y apoyos externos. Esto nos permitirá realizar propuestas de intervención con el alumno, pero también con el profesorado, los apoyos, las adaptaciones del currículo y la flexibilización del sistema de evaluación. Esta evaluación ecosistémica transforma la demanda individual en sistémica y se desarrolla en el escenario del centro educativo, no sólo con el alumno.

La visita al centro educativo del especialista en trastornos de conducta del EOE, comienza con la reunión del profesor tutor, orientador y director para definir la consulta, y termina, después de aplicar las técnicas cualitativas de evaluación, con la reunión de todo el equipo docente y directivo para complementar la información, sintetizar las conclusiones de la evaluación y unificar los criterios de intervención entre el profesorado, la familia y los servicios sociosanitarios. Al final, el bienestar del alumno debe ser el eje en torno al que se flexibiliza todo el currículo para acompañarlo en la elaboración de su proyecto vital. El profesorado realiza un aprendizaje interdisciplinar que le permite comprender al alumnado globalmente, superando la visión parcial de su disciplina.

El resultado final debe reflejarse, más que en un informe clínico o psicopedagógico del alumno, en una síntesis de los acuerdos y compromisos coordinados de intervención por parte de la red de profesionales que intentan ayudar al alumno.

La mayor parte de las intervenciones globales eficaces emergen cuando se toma la decisión de convocar y hacer visible la red sociocomunitaria. Alguien tiene que asumir este liderazgo compartido, entendido como el arte de persuadir para colaborar en la construcción del bien común. El resultado, además, siempre incluye la optimización de recursos y una mayor atención y acompañamiento de las personas más vulnerables, además de una sincera satisfacción profesional.

Recuerdo con especial gratitud las reuniones de coordinación entre el EOE de A Coruña y las USM-IX del CHUAC de A Coruña y el CHUS de Santiago de Compostela, (coordinadas por las Dras. María Esther Díaz y María Dolores Domínguez, respectivamente). Además de conocerse los equipos y analizar los casos de mayor complejidad, diseñamos actuaciones conjuntas de prevención, así como la elaboración de modelos de intercambio de información entre sanidad y educación, que posteriormente se generalizaron a toda la comunidad autónoma en distintos protocolos.

Otra experiencia muy satisfactoria del trabajo interdisciplinar fue la colaboración en la elaboración de protocolos de intervención entre sanidad y educación. Especial mención merecen el Protocolo de consenso sobre TDAH en la infancia y adolescencia en los ámbitos educativo y sanitario (2014) y el Protocolo de prevención, detección e intervención del riesgo suicida en el ámbito educativo (2017). La coordinación de intervenciones entre sanidad y educación es muy necesaria para actuar de forma integrada, siempre que se hagan desde una perspectiva complementaria, sin que se psiquiatrice la escuela, se apliquen test psicométricos masivos, ni los profesores hagan valoraciones clínicas o/y farmacológicas.

Para terminar, recuerdo aquella experiencia de trabajo en red interdisciplinar que se llevó a cabo en Galicia en los años 90 en el marco de la Comisión Interinstitucional de Atención al Menor, que integraba las actuaciones de las

distintas administraciones de Educación, Sanidad, Justicia, Interior y Política Social, para abordar casos muy complejos de forma interinstitucional. En Xaviña-Camariñas, una familia se había aislado del entorno, y mantenía a dos niñas sin escolarizar desde hacía algunos años. Se hicieron varias intervenciones profesionales sin éxito. Al final, las fuerzas de seguridad apartaron a las niñas del núcleo familiar, por orden judicial. Las llevaron al CHUS para reconocimiento médico y psicológico, atendiendo también a los familiares que necesitaban asistencia médica. Se arreglaron los papeles para que los adultos pudieran cobrar sus pensiones, se adecentó la vivienda y se negoció para que pudieran comprar las tierras que fueran la causa del conflicto. Ante la alternativa de ingresar a las niñas en un centro de Menores, se acordó que volvieran a su casa, siempre que se escolarizaran en el colegio más próximo y una educadora familiar visitara todos los días el domicilio para organizar los aspectos y rutinas saludables de un hogar. En lugar de institucionalizar a las menores y cambiarlas de ecosistema, se consiguió transformar el sistema familiar tóxico en saludable para que pudieran desarrollarse adecuadamente las niñas y su familia. Hoy las dos niñas son ya adultas, madres de familia, que trabajan en la comarca, con un buen nivel de integración social. Sólo con un trabajo en red interinstitucional coordinado se pudo transformar el ecosistema para favorecer un desarrollo saludable de las personas en su contexto.

PREVENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Las conductas de riesgo suicida en el ámbito educativo deben abordarse desde un enfoque multicausal y una mirada interdisciplinar, en la que se impliquen de forma coordinada la red de servicios de orientación educativa, salud mental, servicios sociales y de apoyos externos. Se trata de trabajar en red los sistemas escolar, familiar, social y sanitario, para que actúen de forma complementaria como factores de protección y no supongan un factor de riesgo más al realizar intervenciones desconectadas.

Hoy el malestar se trata por medio de la distribución social e institucional: a cada uno su cuota y a la red el global de la misma. Todos trabajamos en red porque todos nos ocupamos de una parte de ese malestar. El reto está en conocer de qué parte se ocupa el otro y establecer las líneas de fuerza y conexiones entre todas las intervenciones (Ubieto, 2009, pp. 40-41).

Ningún instrumento de medición es más preciso que el saber de un clínico experto y ninguna psicometría va a ser más rigurosa que el conocimiento que un buen profesor tiene de su alumno. Identificar el malestar con pruebas psicométricas es una simplificación y un sin sentido cuando estamos inmersos en una relación humana, en el lazo longitudinal que une a un profesor, un alumno, una escuela y una comunidad. Tal vez sea la angustia que nos provoca situarnos delante de lo subjetivo, así como un deseo de seguridad en la manera de ayudar y calmar, lo que conduzca a esa preferencia por lo objetivo, como si el niño y su malestar debieran remitirse a un manual de instrucciones.

Sabemos que las variables que guardan una mayor relación con el acto suicida son el sufrimiento psicológico y la desesperanza. La escuela puede, sin poner test psicométricos de por medio, identificar estas dos variables y, seguramente, contribuir a atenuarlas.

En general, el mejor programa de intervención para la prevención del suicidio y el sufrimiento suele ser la construcción de una relación sana, metabolizadora y contenedora de los afectos más dolorosos. En la clínica es la alianza terapéutica. En la escuela debemos siempre considerar la relación significativa con un profesor de referencia, escogido por el alumno, para escucharle, comprenderle e integrar la actuación del equipo docente. Aún en los episodios de mayor sufrimiento, suele ser un buen consejo reflexionar sobre el vínculo, recordando que el trato es también el tratamiento.

Los programas estandarizados siempre serán menos contenedores y proporcionarán un alivio menor a las personas. En la escuela estamos delante de subjetividades en construcción que deben aprender a transitar por las dificultades. A veces parece que olvidamos que las enseñanzas de la vida se aprenden en la vida, y que la propia escuela forma

parte de la vida. En demasiadas ocasiones no existe una frontera precisa entre lo patológico y el malestar. Sin embargo, parece que nuestro tiempo tiende a remitir al registro de los expertos aquellas dificultades propias de los procesos de maduración y crecimiento. No parece inocuo introducir en la escuela profesionales de la salud mental de manera indiscriminada; sobre todo cuando, implícitamente, parecen responder a una encomienda de enseñar a vivir a través de programas, cribados, pruebas y sesiones terapéuticas, sin implicar al profesorado y al margen de la dinámica del Centro. Conviene recordar que la introducción de esta clase de herramientas y la implantación de programas de cribado rutinarios en los centros educativos no han demostrado eficacia de forma definitiva.

El entorno educativo es un espacio privilegiado para la prevención, detección e intervención de las diferentes conductas de riesgo. La escuela juega un papel clave en la prevención y detección temprana, para lo que se necesita una formación especializada del personal docente. La prevención del riesgo suicida en el ámbito educativo debe implicar los tres niveles de orientación educativa, actuando de forma coordinada: prevención primaria, desarrollada en la tutoría; prevención secundaria, en el departamento de orientación; y prevención terciaria con el EOE externo al centro educativo, en coordinación con los servicios sociosanitarios.

La prevención primaria se realiza con todo el alumnado de la tutoría y tiene que centrarse en crear un clima inclusivo en el aula que favorezca el desarrollo global del alumno. “El ser humano es a la vez físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico. Esta unidad compleja está desintegrada en la educación, a través de las disciplinas” (Morín, 2017, p.21). A la tutoría le corresponde recuperar esa mirada integrada del alumno. Para ello tendremos que hacer una evaluación inicial en lo curricular, pero también en lo emocional, conociendo los factores protectores y de riesgo, para unificar criterios de actuación del equipo docente. En esta evaluación inicial, que pueden realizar el tutor acompañado por el orientador, debe contemplarse el análisis del expediente escolar e informes previos, la entrevista con el alumno y la familia, la reunión con el equipo docente, la evaluación del clima del aula y su relación con el grupo de iguales. En caso de detectar factores de riesgo, se le comunicará a la familia y valorarán la oportunidad de solicitar la evaluación psicopedagógica por parte del orientador/a del centro.

El orientador diseñará la prevención secundaria a través de la evaluación psicopedagógica. Se unificarán los criterios de actuación a seguir por todo el equipo docente, tomando como referencia, entre otras, las siguientes pautas:

- Proponer una modalidad de escolarización inclusiva, en centro educativo ordinario con los apoyos y recursos necesarios.
- Valorar la derivación al EOE y a salud mental, a través del pediatra, con la conformidad de la familia.
- Nombrar a un profesor de referencia, elegido por el alumno, para escucharlo y acompañarlo, actuando de puente entre el alumnado, profesorado y familia.
- Flexibilizar y adaptar la metodología y los criterios de evaluación para conseguir el éxito académico.
- Crear un clima de convivencia positiva en el aula, que actúe como prevención del posible acoso escolar.
- Organizar el apoyo del grupo de iguales, superando la “estigmatización”.
- Realizar una supervisión continua del alumno por parte del profesorado, tanto en el aula, como en los desplazamientos, recreos, aseos, entradas y salidas del Centro, etc... para garantizar su seguridad.
- Limitar el acceso a posibles medios lesivos: medicación, ventanas...
- Controlar el uso abusivo del móvil y las redes sociales.
- Acompañar en la elaboración de un relato personal y proyectos vitales motivadores.
- Trabajar en la tutoría las estrategias para la resiliencia y el bienestar emocional, prestando especial atención a factores de riesgo relacionados con la violencia sistémica como pueden ser la inadecuada exigencia curricular, el posible acoso escolar, los malos tratos, el abuso sexual o problemas relacionados con la identidad de género.
- Contemplar la necesidad de un apoyo sociosanitario al sistema familiar.
- Unificar criterios de actuación entre los sistemas familiar, escolar y sociosanitario. Realizar un seguimiento interdisciplinar.

La prevención terciaria, desarrollada por el EOE, pasa a detallarse a continuación, a través del análisis de casos prácticos. La demanda inicial explícita suele tener un carácter clínico e individual, centrada en el diagnóstico del

alumno, pero necesitamos clarificar también las otras demandas implícitas que hacen referencia a la modalidad de escolarización del alumno; cómo actuar el orientador, los profesores, los compañeros, la familia y cómo coordinarse con el Servicio de salud mental. Cada centro educativo es distinto, pero todos pueden tener los recursos necesarios para atender la diversidad. Tenemos que intentar cambiar el sistema para ayudar al alumno y no que el alumno tenga que cambiar de sistema para continuar con su desarrollo personal. Cuando ofrecemos al alumno una alternativa curricular personalizada, que responda a sus capacidades e intereses profesionales, desaparece el fracaso y abandono escolar y mejora su rendimiento, la conducta y bienestar personal a un nivel que difícilmente puede conseguirse solo con el tratamiento psicofarmacológico.

DEL MALESTAR INDIVIDUAL AL BIENESTAR COMÚN

Las solicitudes de intervención que nos llegan al EOE, suelen hacer referencia a señales de alerta como: cartas de despedida, autolesiones, sobreingesta medicamentosa, intentos de saltar al vacío, mensajes en las redes sociales o la manifestación verbal o escrita a los compañeros o profesores sobre su intención de desaparecer. Otras veces es la familia la que hace llegar al Centro las conductas de riesgo en el ámbito familiar, o el psiquiatra o psicólogo clínico que nos llaman para complementar información e intervención en el ámbito educativo, con la conformidad de la familia. Entendemos que muchas veces, con estas conductas, lo que está pidiendo el alumno es ayuda profesional, que alguien los acompañe en el transitar de ese intenso malestar y sufrimiento al bienestar. Vamos a mencionar algunos de los casos más frecuentes.

Así empezaban las cartas encontradas por compañeros de dos alumnos de 2º de ESO, que hoy afortunadamente están evolucionando bien en Ciclos de FP y Bachillerato, aunque uno de ellos tuvo que cambiar de centro para sentirse más comprendido y acogido.

La carta de un alumno con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), síndrome ansioso-depresivo y repitiendo curso: “Hola. Para cuando leas esto, yo estaré muerto o desaparecido. Quiero contar que antes de que me pasara todo esto, yo era feliz. Ahora estoy triste y destrozado y mi familia y mis profesores no me ayudan. En mi primera evaluación me quedaron siete. No saben lo que estoy tragando cada día, voy a acabar explotando. Cuando mi madre murió, se me acabó el mundo. Pido perdón a mi madre por hacerla sufrir. Mis profesores piensan que les engaño o me río en su cara, no es cierto, solo que no me entraban las cosas en la cabeza”.

La carta de otro alumno con Trastorno del Espectro del Autismo (en adelante TEA), Grado I (Síndrome de Asperger): “Yo tenía un futuro bastante bueno, pero tenía un problema que me impedía ser mejor todavía, que no mucha gente ha querido o sabido entender, solía ponerme nervioso, mis sentimientos eran inestables y no podía controlarme... Al grano, he decidido poner fin a mi vida, en un futuro cercano, debido a que no me veo capaz de seguir asimilando los retos de cada día. Así lo prefiero, a afrontar situaciones límite y soportar a personas que no me han querido entender... Papá, mamá, perdón por desistir”.

Estamos observando un incremento muy significativo de las demandas relacionadas con la sospecha de TDAH y TEA, ya en Educación Infantil y Primaria, así como, desde la pandemia, un aumento desbordante de las conductas de autolesiones y riesgo suicida, sobre todo en adolescentes de Educación Secundaria.

Vamos a acercarnos algo más al sufrimiento del alumnado con TEA.

Es preciso tener presente que las personas con TEA están expuestas y sometidas a continuas demandas sociales y académicas. Las limitaciones que presentan, en diferentes grados, en áreas como la comunicación y la competencia social; el enorme esfuerzo diario que realizan para adaptarse y comprender nuevas situaciones, cambios, imprevistos, e interactuar con su grupo de iguales sin “cometer errores sociales”, desencadena en ocasiones sentimientos de incompreensión, agotamiento emocional, aislamiento y soledad.

El estrés, la ansiedad y la depresión suelen estar presentes en un elevado número de personas con TEA a lo largo de su ciclo vital. Diferentes estudios sugieren que las personas con TEA tienen un mayor riesgo de presentar problemas de salud mental como cuadros clínicos de ansiedad y depresión (Lai y Baron-Cohen, 2015), considerándose la depresión la afección de salud mental más común en ellas y teniendo más posibilidades de desarrollarla que la población general. En relación al suicidio, el elevado grado de vulnerabilidad y desesperanza al que están expuestos muchos adolescentes con TEA, así como “la presencia de depresión, hostigamiento, comorbilidades del neurodesarrollo como el TDAH y psiquiátricas como la ansiedad, son factores de riesgo y su identificación y tratamiento son fundamentales” (Ruggieri, 2020, p.5).

El diagnóstico de problemas de salud mental en las personas en el espectro del autismo presenta una complejidad añadida, pudiendo no cumplir de manera estricta con los criterios establecidos en los manuales diagnósticos de referencia y pudiendo realizar una interpretación de algunos cambios en comportamientos de las personas como manifestaciones que forman parte de su condición y no como reconocimiento de trastornos mentales concretos (Sevilla Muñoz, 2022).

Además, esta dificultad y complejidad en la identificación de síntomas, en ocasiones no se manifiesta únicamente por parte de los profesionales de Salud Mental, sino también por parte de la propia persona, debido a las dificultades que pueden encontrar a la hora de percibir, identificar, comprender y comunicar pensamientos, sentimientos y estados de malestar propios.

Cuando el centro educativo solicita la intervención del EOE, nos desplazamos al colegio y tratamos de valorar la gravedad de la situación en una reunión inicial con el profesor tutor, orientador y director, en coordinación con la familia, y analizar la posible derivación al servicio de salud mental, a través del pediatra o médico de familia, para clarificar el diagnóstico y realizar la intervención psicofarmacológica y/o psicoterapéutica necesarias. Continuamos la evaluación con la observación en el aula y las entrevistas con el alumno, la familia, los profesores de apoyo y los servicios sociosanitarios. Terminamos la intervención con una reunión con todo el equipo docente, a veces con el Claustro, el equipo directivo y orientador para complementar la información, sintetizar las conclusiones y unificar los criterios de actuación interdisciplinar en coordinación con los servicios sociosanitarios. En esta reunión final es cuando se observa que los profesores pueden priorizar el bienestar global del alumnado por encima del rendimiento académico en su disciplina y comprometerse a flexibilizar los criterios de evaluación para favorecer el éxito escolar y poder elaborar un proyecto vital con salida profesional, así como coordinarse con el profesor de referencia, elegido por el alumno, y los servicios de apoyo externos. Al terminar la entrevista con el alumno, después de consensuar las propuestas de intervención con él, solemos preguntarle si volvería a intentar hacerse daño y por qué, la respuesta suele ser “no, porque ahora hay mucha gente que quiere ayudarme”. Deberíamos generalizar esta perspectiva del bienestar común con todo el alumnado y no solamente con aquellos que nos avisan de su malestar o sufrimiento.

A veces nos dicen que el alumno está ingresado en la unidad de salud mental y no es necesario que vayamos por el centro hasta que le den el alta hospitalaria. Nuestra misión es complementar esa visión clínica e individual con una mirada sistémica, visitando el Centro, ya antes de que el alumno se reincorpore, para que cuando lo haga, porque así lo aconseja el informe médico, la escuela esté más preparada para acogerlo, actuando como factor protector y no de riesgo.

Cuando en un centro educativo están abiertos varios protocolos de riesgo suicida, no debemos quedarnos sólo con una atención individual, sino que nos debería hacer pensar en la necesidad urgente de poner en marcha planes de prevención interinstitucionales contextualizados al ecosistema, implicando a la red de los servicios educativos, sanitarios y sociales para buscar el bienestar común.

Un factor de riesgo importante que puede presentarse en los centros educativos es el acoso escolar. Es necesario intervenir sobre todos los elementos que interaccionan en este proceso de intimidación: el grupo de iguales para que muestren una actitud de contención y rechazo ante el acoso, el grupo de presuntos acosadores para valorar sus

dificultades conductuales y mejorar sus habilidades sociales. Pero sobre todo debemos ayudar a la presunta víctima, para protegerla y que pueda reconstruirse a nivel personal y social. Si después de aplicar las medidas educativas, al final alguien tiene que cambiar de centro, será el acosador y no la víctima, como por desgracia ocurre cuando llegamos tarde. Debemos demostrar tolerancia cero con el acoso entre iguales (*bullying*) y el acoso psicológico en el trabajo (*mobbing*), que pueden afectar a la salud mental de las personas. Las organizaciones que aprenden, favorecen el desarrollo personal y profesional de sus miembros, protegiéndolos de las personas y grupos tóxicos.

Recuerdo el caso de una alumna de 4º de ESO, que repetía curso, perdió el contacto con su grupo de amigas y sufrió acoso por parte de alumnos de su nueva clase. Se llevaron a cabo las intervenciones de tipo educativo por parte del centro, sin un buen resultado. La alumna hizo una sobreingesta medicamentosa y tuvo que ingresar en el Hospital. En el parte de alta se decía que la alumna se mostraba crítica con su conducta, estaba mejor y animada con proyectos, no mostraba ideación suicida y se establecía tratamiento psicofarmacológico; pero se hacía constar que, ante la reincorporación al centro, con la presencia de los acosadores, probablemente recaería. El EOE hace su intervención y emite un informe aconsejando el traslado a otro centro de los agresores. Se realiza de forma inmediata y la alumna se reincorpora progresivamente al Instituto. Se cambia de ubicación el aula, para favorecer la proximidad a sus amigas, se unifican los criterios de intervención con todo el equipo docente y la familia. Todo empieza a ir mejor. La madre, que no podía dejarla sola ni un momento, por miedo a que cometiera de nuevo un intento autolítico, permitió que fuera a la excursión de fin de curso y dos años más tarde a estudiar a la Universidad a otra comunidad autónoma.

A veces se cierran los Protocolos de Acoso en los centros educativos concluyendo que no se puede constatar una actitud de intimidación continuada en el tiempo, sino más bien un incidente de agresión aislado. Sin embargo, la presunta víctima sigue sintiéndose acosada y con miedo a asistir al centro educativo. Debemos volver a valorar la situación de forma interdisciplinar y poner en marcha todas las medidas de protección de la víctima y no forzarla a acudir al centro educativo hasta que se encuentre segura, acogida y acompañada.

La mejor intervención ante el acoso escolar es la prevención, que debe desarrollarse a nivel de aula y de centro educativo mediante el trabajo cooperativo y no competitivo, el consenso de normas de convivencia, creando un clima de confianza y convivencia positiva en el aula, aplicando un estilo educativo familiar y escolar basado en favorecer la autoestima, la autonomía y la solución pacífica de conflictos. Se trata de transformar el silencio cómplice del grupo de espectadores pasivos, en conductas proactivas de tolerancia cero con la intimidación, comprometiéndose a luchar por el bienestar común del aula y centro educativo (Armas Castro y Sánchez Mata, 2015).

Los espacios y tiempos informales, como los recreos, deben ser también recursos educativos, organizando “patios dinámicos” y no tiempos en los que los alumnos con más dificultades de comunicación e interacción, pueden sufrir acoso y pasar el peor momento del día y de sus vidas, como refleja muy acertadamente la película “Un pequeño mundo” de Laura Wandel, estrenada en este año 2022. Necesitamos formar a los profesores, padres y compañeros para saber detectar, comunicar y actuar ante el menor signo de posible acoso escolar.

ACOMPañAR EN EL PROCESO DE DUELO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

El duelo es el proceso por el que somos capaces de reconstruirnos a nosotros mismos y nuestro mundo, sin la persona perdida. Describimos a continuación un caso práctico de intervención desde el ámbito educativo.

Una mañana de clase, empiezan a aparecer en las móviles noticias sobre la presunta muerte violenta de un alumno de un centro de Educación Primaria. La orientadora en estado de shock llama al especialista del EOE, pidiendo asesoramiento. Cuando llegamos al Centro, nos reunimos con la profesora tutora, la orientadora, la jefa de estudios

y director. Incapaces de creerse lo que acababa de pasar, llorando, inmersos en su proceso de duelo. En dos horas había que transmitir a los compañeros del alumno, de conformidad con la familia, lo que sucediera. Antes necesitábamos elaborar nuestro propio proceso de duelo para poder comunicar la noticia a los profesores y a los compañeros del alumno con un relato adaptado y algo de serenidad. Nos acompañamos en el transitar urgente por las etapas de shock, negación, culpabilidad, protesta, desesperanza, aceptación y reorganización. Los profesionales externos deben hacer una intervención indirecta, asesorando a los profesores, y no directa con el alumnado.

En cuanto recuperamos algo la calma, empezamos a decidir cómo acompañar a los alumnos de su clase en el proceso de duelo: a qué hora se lo comunicaríamos, quién lo haría: la profesora tutora, más próxima afectivamente y con empatía con el grupo (acompañada de la orientadora o jefa de estudios y director), con un relato que diga la verdad, centrado en lo fundamental y no en detalles escabrosos, adaptado a la edad, sin culpabilidad y relacionado con la violencia machista, de la que llevaban hablando una semana. Era importante que en el relato los compañeros se sintieran a salvo y que la persona que lo transmitiese, lo hiciera con serenidad, dentro de su nivel de profunda afectación. Establecimos pautas para: favorecer la comunicación y la expresión de pensamientos, emociones y dudas de los compañeros, facilitar tiempo para el duelo, evitar formulismos, interpretar la conducta de duelo como normal, ver las diferencias individuales en el proceso, ofrecer apoyo continuado y observar estilos de afrontamiento para prevenir complicaciones. Prestar especial atención a la superación de la culpabilidad, que puede prolongar el duelo.

En el recreo nos reunimos con el Claustro de Profesores para comunicar la noticia, entregar una pequeña guía para que todos la transmitieran en su aula siguiendo las mismas pautas, dejando libertad a cada tutor para escuchar y acompañar a sus alumnos en la manifestación de sus dudas y afectos, recogiendo todas las ideas que aportaran para elaborar el duelo en el aula.

Nos pusimos en contacto con la familia del alumno para transmitirle nuestro dolor, acompañarla en los momentos de duelo familiar y social, pedirle permiso para llevar a cabo las actuaciones en el centro educativo y autorización para informar a la comunidad educativa, en la forma que lo viera más procedente.

A través de la plataforma digital del centro educativo, informamos a todas las familias, respetando minuciosamente el derecho a la intimidad, aportando pautas para elaborar con sus hijos el proceso de duelo, adjuntando una pequeña guía de duelo en el ámbito familiar (hablar sobre los sentimientos, permitir que lloren, animar a que expresen lo que sienten, ser cariñosos, volver a las rutinas). Se envió posteriormente una comunicación del equipo directivo al alumnado y familias, agradeciendo las muestras de madurez, apoyo, acompañamiento y solidaridad en todo el proceso de duelo.

Dimos orientaciones para que el profesorado hiciera una observación sistemática, especialmente del alumnado más vulnerable, por estar sufriendo conflictos familiares, y ver si necesitaban ayuda psicológica individualizada, para informar a las familias y poder derivarlos al servicio de salud mental.

La pauta general es retomar la nueva realidad con normalidad, poco a poco, en cuanto sea posible. Los niños tienen capacidad para elaborar y superar los procesos de duelo, siempre que tengan los apoyos educativo, familiar y social adecuados. En general no se aconseja suspender las clases, pero sí alguna actividad cultural o complementaria que pudiera estar programada.

Acordamos que al día siguiente se haría una despedida de todo el Centro, con unas palabras del Director y guardando un minuto de silencio.

En el aula se utilizó la mesa vacía para hacerle pequeños dibujos y poesías de despedida. Cuando los compañeros pudieron empezar a recolocar emocionalmente al amigo, recordando todo lo positivo de su vida, empezaron a ver posible la reorganización del aula y se hizo una nueva distribución del espacio y mesas de la clase, sin la mesa del compañero. Sabremos que estamos superando el proceso de duelo cuando podamos recordar sin sufrimiento y

volver a las rutinas diarias con nuevos proyectos y afectos.

Intercambiamos información con el Grupo de Intervención Psicológica en Catástrofes y Emergencias (GIPCE) del Colegio Oficial de Psicología de Galicia para coordinar nuestras intervenciones y prestar apoyo profesional individualizado a las personas y grupos que pudieran necesitarlo.

Más tarde, los profesores acordaron organizar para todo el centro, contenidos y actividades tratando sobre la muerte como parte de la vida, favoreciendo los valores de solidaridad y acompañamiento y aprendiendo a reconocer la importancia de la salud mental para el bienestar común. Cuando hablamos de la muerte, también podemos estar enseñando a vivir, a amar la vida y luchar por el bien común.

LA ESCUELA DEL BIENESTAR COMUN. AMAR AL QUE ESTA APRENDIENDO EN LA INCERTIDUMBRE

Para concluir, decía Cyrulnik (2020) que después de una catástrofe siempre hay una revolución y que el dolor es inevitable, el sufrimiento es opcional. Después de la pandemia del covid-19, corremos el peligro de volver a las aulas como si aquí no hubiera pasado nada, con una amnesia que huye de cualquier cambio aun en tiempos de incertidumbre.

El incremento preocupante del sufrimiento de los jóvenes, manifestado sobre todo en las autolesiones y amenazas de suicidio del alumnado, nos está pidiendo a gritos que construyamos una nueva cultura, sociedad, economía y política del bien común, en la que todos puedan desarrollar en plenitud sus capacidades, contribuyendo a alcanzar un mundo más libre, justo, sostenible, en paz y solidaridad.

«Los sueños son proyectos por los que se lucha. Aceptar el sueño de un mundo mejor y adberirse a él es aceptar entrar en el proceso de crearlo. No importa en qué sociedad estemos ni a qué sociedad pertenezcamos; urge luchar con esperanza y denuedo» (Freire, 2001, pp. 65, 145-146).

Para luchar por esta utopía de un mundo del bien común, es urgente recrear una nueva educación y escuela del bienestar común, protectora de la salud mental positiva, que se levante sobre los cuatro pilares que simbolizan el arte de amar al que está aprendiendo en la incertidumbre:

- El bienestar personal y el bien común como finalidad del currículo.
- La escuela como lugar de encuentro, de relaciones significativas, de construcción de pensamiento crítico y un proyecto vital solidario.
- El profesor como maestro del arte de escuchar, comprender, acompañar y ayudar al que está aprendiendo a amarse a sí mismo, a los otros, a la sabiduría y al bien común.
- La necesidad del trabajo en red interdisciplinar e interinstitucional para atender la diversidad e inclusión, buscando el bienestar común.

Es frecuente que cuando le preguntamos a un alumno con “problemas de conducta” por qué tiene conductas disruptivas con un profesor y con otro se porta bien, después de darle muchas vueltas, acaba manifestando que “hago esto porque esta profesora me quiere y los otros no”. El mejor regalo que podemos recibir cuando terminamos la entrevista con el alumno, es que nos recuerde que el trato también es el tratamiento con un sencillo “gracias por ayudarme”. Tenemos la sensación de que llegamos al fondo de la cuestión, a lo que nos dice la conducta, más allá de los síntomas y la clasificación de los trastornos del DSM-5 y del CIE 10.

Lo que da sentido a la vida y a la educación es amar. Olvidamos con frecuencia la importancia del afecto. En educación no hay efectividad sin afectividad. Educar es contagiar la pasión por la vida, el amor y la sabiduría.

En clase se genera confianza cuando la palabra del docente es digna de respeto y sólo se vuelve tal si se apasiona por lo que enseña. La característica más profunda del estilo docente se manifiesta en la voz. El maestro es aquel que sabe cómo desplazar la transferencia amorosa movilizada por el discípulo de su persona hacia el objeto de su saber. Toda enseñanza que lo sea de verdad impulsa el amor, es profundamente erótica, es capaz de generar ese arrebató que llamamos “transferencia” (Recalcati, 2016).

El peor virus que amenaza nuestras vidas es el miedo, que causa sufrimiento y lo destruye todo. El mejor antivirus del miedo es el amor que hace de la vida una obra de arte única. Necesitamos reinventar una nueva escuela del bienestar común que nos capacite para liberar el arte de amar con sabiduría recreadora del bien común local y universal. Este es un viaje de aprendizaje sin límites, que dura toda la vida.

REFERENCIAS

- Armas Barbazán, C. M., Armas Castro, M. y Area Carracedo, R. (2021). *Despois da pandemia, a escola do ben común. Unha mirada sociocomunitaria*. *Revista Galega de Educación*, 81, 14-18.
- Armas Castro, M. y Sánchez Mata, L. (2015). Escuelas saludables e inclusivas ante el acoso escolar. *Revista Convives*, 9, 36-42.
- Consellería de Cultura, Educación e Universidade (2017). *Protocolo de prevención, detección e intervención do risco suicida no ámbito educativo*. Xunta de Galicia.
- Consellería de Cultura, Educación e Universidade (2014). *Protocolo de consenso sobre TDAH en la infancia y adolescencia, en los ámbitos educativo y sanitario*. Xunta de Galicia.
- Cyrułnik, B. (2018, diciembre 10). Resiliencia: el dolor es inevitable el sufrimiento es opcional. *Aprendemos juntos*. BBVA. [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=IugzPwpsyY>
- Foucault, M. (2000). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.
- Freire, P. (2001). *Pedagogía de la indignación*. Madrid: Morata.
- Lai, M. C., & Baron-Cohen, S. (2015). Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), 1013-1027. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00277-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00277-1)
- Lévy, B.-H. (2020). *Este virus que nos vuelve locos*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- Morin, E. (2017). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Barcelona: Paidós.
- Recalcati, M. (2016). *La hora de clase. Por una erótica de la enseñanza*. Barcelona: Anagrama.
- Ross, J. y Watkinson, A. M. (1999). *La violencia en el sistema educativo. Del daño que las escuelas causan a los niños*. Madrid: La Muralla.
- Ruggieri, V. (2020). Autismo, depresión y riesgo de suicidio. *Medicina*, 80, 12-16. <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v80s2/v80s2a04.pdf>
- Save the Children. (2021). *Crece saludable(mente). Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y adolescencia*. https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-2/Informe_Crece_saludablemente_DIC_2021.pdf

- Sevilla Muñiz, R. (2022). *El proceso de evaluación en salud mental. La atención al bienestar emocional y a la salud mental en la vida adulta de las personas en el espectro del autismo*. AETAPI.
- Tonucci, F. (2020). *¿Puede un virus cambiar la escuela?* Barcelona: Graó.
- Ubieto, J. R. (2009). *El trabajo en red. Usos posibles en Educación, Salud Mental y Servicios Sociales*. Barcelona: Gedisa.
- UNICEF. (2021). *Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021>
- Vázquez Recio, R. (Coord.). (2018). *Reconocimiento y bien común en educación*. Madrid: Morata.
- Wandel, L. (Directora). (2021). *Un pequeño mundo* [Película]. Stéphane Lhoest.

SER MADRE EN TIEMPOS FEMINISTAS

MOTHERHOOD IN FEMINIST TIMES

Ana Elúa Samaniego²⁸, Laura Carballeira Carrera²⁹, Diana Cobo Alonso³⁰, Celia Valdivieso Burón³¹, Carmen María Deza García³²

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es realizar una reflexión de aquellas mujeres que identificándose con los movimientos feministas afrontan la maternidad. Proceso que viven con ansiedad, incomodidad, contradicción y desconcierto, donde reaparece el dilema mujer-madre.

Palabras clave: mujer, madre, feminismo

ABSTRACT

The aim of this paper is to reflect on those women that, whilst identifying themselves with the feminist movement, face motherhood. They go through this process with anxiety, discomfort, contradiction and confusion, when the woman-mother dilemma reappears.

Keywords: woman, mother, feminist

“No quiero ser como mi madre”, “mi yo feminista no me lo permite”, “nunca pensé que volver al trabajo iba a ser tan difícil”, “me siento engañada”. Éstas son algunas de las verbalizaciones de mujeres que han sido atendidas en las consultas de Salud Mental bajo demandas de ansiedad, tristeza, culpa, cansancio, siendo el acontecimiento estresor más próximo durante el último año la maternidad de su primer hijo. Hijo que nace desde una elección personal en su proyecto vital, sin ser una maternidad no deseada ni imprevista. Siendo madres heterosexuales, blancas y de clase media. Maternidad que lejos de haber supuesto una satisfacción, ha girado alrededor de la contradicción y la duda, sobre todo en aquello a lo tocante a su identidad, y más concretamente, en su identidad como mujer.

Como nos señala Stern et al., la maternidad implica un nacimiento psicológico de una nueva identidad, “el sentido de ser una madre”. Proceso que conlleva una organización completa de la actividad mental “que existirá durante su futuro e influirá muy probablemente en su vida anterior”, (Stern et al., 1999). Varios son los cambios por los que tramitará durante varios meses con el inicio del embarazo y el nacimiento del nuevo bebé. El propio Stern nos

²⁸ Psicóloga Clínica, Equipo de Salud Mental. Hospital Universitario de Burgos

anaesamaniego@gmail.com

²⁹ Psicóloga Clínica. Hospital de Día Infanto-Juvenil “Pradera de San Isidro”, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

laura.carballeira@salud.madrid.org

³⁰ Psicóloga Clínica, Equipo de Salud Mental. Hospital Universitario de Burgos.

³¹ Psiquiatra, Valladolid

³² Psiquiatra, Equipo de Salud Mental. Hospital Universitario de Burgos

señala cuales son los cambios psíquicos y relacionales que incidirán en la manera de verse la mujer a sí misma con el inicio de la maternidad. Uno de ellos es el cambio de hija a madre, lo que supondrá una mezcla de emociones, con sus ambivalencias, formándose otro triángulo relacional entre la madre, el hijo y la abuela. Una revisión de su historia infantil como hija será fundamental en la búsqueda de modelos de maternidad que le ayuden a configurar su nuevo rol como madre. Otro de los cambios a los que deberá hacer frente es su relación con otras mujeres, comenzando por un interés hacia su propia madre y sus experiencias en el maternaje, ampliándose al resto de mujeres que también son madres. A su vez, se modificará la manera de percibir a su pareja, más centrada en cómo ejercerá la paternidad, quedando relegado a segundo plano todo aquello relacionado con el ámbito erótico y sexual.

En esta transformación identitaria tomará conciencia de la responsabilidad que supone el traer un hijo al mundo y mantener su supervivencia durante los primeros meses, es como si la historia de humanidad en cuanto al mantenimiento de la especie recayera sobre ella. Responsabilidad a la que se añade el ayudarle a crecer y desarrollarse como un nuevo ser humano que forma parte de una sociedad. Todo ello supondrá angustia y preocupación a lo largo de la maternidad, sólo cuando observe que el bebé vive, crece y evoluciona podrá ir consiguiendo seguridad y confianza en su nueva identidad.

Como en cualquier proceso de construcción identitaria, se buscará afirmación y validación de la misma en el exterior, siendo fundamental el apoyo de la familia y de las amistades, y desde ahí poder construir un espacio con otras mujeres que tengan experiencia en el cuidado de los demás. Espacio en el que pueda verbalizar sus miedos, dudas e intercambiar información, sin sentirse cuestionada. Donde ir creando una narrativa de su experiencia personal de la maternidad que configure su sentido de ser madre, Stern lo denomina “matriz de apoyo”. Otra de las vivencias que tendrá un papel decisivo en su nueva identidad es encontrar su nuevo lugar en la sociedad tras dar a luz a su hijo. Lugar que estará atravesado por las funciones que se le asignan al ser madre (nutricia, cuidadora, transmisora de unos valores) y sus expectativas y deseos personales como madre y mujer. Apareciendo sentimientos encontrados entre lo que ella espera de sí misma y lo que sociedad espera de ella, sobre todo cuando empieza a plantearse retomar roles aplazados durante los primeros meses del bebé, como es el de trabajadora, esposa y mujer entre otros.

La identidad como madre o la noción de ser madre, además de las experiencias del sujeto con su entorno desde la infancia, hay que inscribirlas en el momento cultural e histórico en el que se inicia la propia maternidad, lo que conlleva significados, creencias, mandatos en permanente evolución, a veces contradictorios entre sí. Con el auge de los movimientos feministas como transformación social- teoría crítica y paradigma de saber-, se dibuja un nuevo escenario para la nueva madre. Movimientos que intentando enterrar o cuestionar viejos modelos de maternidad se confrontan con una realidad que lejos de haberse transformado realmente le devuelve antiguos dilemas que persisten en el imaginario social. Dilemas que precipitan sentimientos de desorientación en la nueva madre, que vive con desconcierto, ansiedad y estados emocionales egodistónicos. Como señalan Rocío Paricio y Cristina Polo, las mujeres actuales se intentan desenvolver entre modelos transicionales o contemporáneos de familia, pero fueron socializadas en el modelo tradicional de género, que aunque intenten rechazar conscientemente operan inconscientemente en su configuración de como la mujer es el sostén del bienestar y de los cuidados familiares: “Las mujeres de nuestra sociedad sufren conflictos entre sus deseos genésicos y el rechazo a los mismos, la doble carga laboral y familiar, la postergación o renuncia a tener hijos, la exigencia laboral durante el embarazo, la obligatoriedad de la rápida incorporación tras el parto” (Paricio y Polo, 2020).

La maternidad como significante ha estado investida históricamente por lo que representa la mujer en la sociedad, lo femenino se equipara a procreación y crianza. Su función social principal es “ser buena madre”, ejercida en la privacidad, pero en constante vigilancia para que cumpla el papel para el que fue criada. A este respecto, Rich nos propone conceptualizar la maternidad de dos maneras, como institución o como experiencia subjetiva. La autora llama “institución de maternidad”, a la maternidad bajo el patriarcado, al conjunto de suposiciones, normas, reglamentos y controles que secuestra la experiencia, la ordena y domestica de acuerdo a un poder ajeno, cosificando a la madre hasta la despersonalización de su ser como mujer. La maternidad como institución la contrapone con la experiencia real, directa, subjetiva y transformadora de la maternidad como válida por sí misma.

Produciéndose una disociación entre quien quería ser y quien está obligada a ser. La libre elección de la mujer, tan proclamada como un derecho ya adquirido, queda cuestionada en su vivencia de la maternidad.

La mujer de hoy, identificándose con ideales feministas de igualdad, respeto y justicia como valores que han de imperar en sociedad, en su proyecto de la maternidad pronto se ve confrontada a varios dilemas, que lejos de tener una resolución clara y apaciguadora, inicia un proceso emocionalmente intenso y tenso. La perspectiva de género permite abrir un espacio diferente de escucha, resignificación, validación, de deconstrucción de los discursos sobre la maternidad impuestos, y resignificarla de maneras diversas y de esta forma modificarla. Ese espacio intersubjetivo de reflexión y de co-construcción empieza a actuar como un proceso dinámico en constante transformación, con el objetivo de devolver al espacio público y político la maternidad tras haber estado tantos años secuestrada a la soledad del hogar. El compartir las experiencias privadas, sobre todo aquellas dolorosas, salir del silencio, puede capacitar a las mujeres a crear una descripción colectiva del mundo que les pertenezca a ellas, apropiándose de su sufrimiento desde lo común. Como parte de un proceso de cuidado de sí misma y de las demás, en el que la interdependencia frente a la independencia imposible opera como una palanca de cambio personal y relacional con el mundo.

En este trabajo se analizarán tres dilemas, entre otros, con los que muchas mujeres lidiarán con la maternidad: ausencia de madre con la que identificarse, la idealización de la maternidad o mandato de “ser buena madre” y, la disyuntiva mujer-madre y mujer-trabajadora.

Es de sobra conocido, desde posicionamientos psicodinámicos, como en el proyecto de la parentalidad se reactivarán elementos de su propia infancia, sobre todo en relación al progenitor del mismo sexo. Vivencias de la infancia que motivarán emociones positivas ante aspectos de cuidado, protección y ternura, pero también habrá reproches y reivindicaciones hacia ese progenitor por no haber estado a la altura. En el caso de las mujeres, aquellas sobre las que se realiza esta reflexión, en sus biografías destacan una madre cariñosa, atenta a sus necesidades y sacrificadas. Es en este sacrificio donde no quieren sentirse identificadas. Cuando verbalizan “no quiero ser como mi madre”, no se refieren a heridas de la infancia por un abandono emocional de la madre. Lo gritan desde su intención de desmarcarse de la función materna como tarea exclusiva de la mujer en su entorno social actual. Quieren vivir la maternidad lejos de estereotipos tradicionales que impliquen una única manera de ser buena madre y que conceptualice la maternidad como único fin de su feminidad. Lo cual supone un desafío al no encontrar referentes en su entorno que les sirva de modelo para ser madre desde una perspectiva más igualitaria o feminista. A este respecto, la autora Victoria Sau, nos habla del *vacío de la maternidad*, “son las hijas sin Madre cuya voz es un verdadero clamor contra esa mujer a la que denominan así, pero en la que detectan mera apariencia y engaño, conducta que es dramática caricatura de lo que debiera ser y no es. Son quejas, protestas, reproches, desgarradores lamentos de mujeres-hija que saben que algo no está bien pero que no han caído en la cuenta de que la madre no es la Madre sino una función del Padre. Aparecen como seres desesperados, dando manotazos en el vacío, avanzando a tientas en la oscuridad de la ignorancia de que no hay Maternidad”, (Sau, 1995). Es desde este lugar, donde la nueva madre muestra desconcierto en su nueva identidad, sentimientos ambivalentes hacia su primer objeto de identificación. Si bien, el odio y la rabia no es tanto hacia esa madre de su experiencia real que recuerda, sino hacia lo que representa como “institución de maternidad”. Escenario que gravita entre el reconocimiento de su madre como víctima de su tiempo y la búsqueda de una nueva forma de vivir su maternidad, lleno de dudas e inseguridades. Habitar su identidad materna al margen de lo normativo conlleva incomodidad tanto en sí misma como los demás con ella, sintiéndose cuestionada y vigilada constantemente. En muchos casos el sufrimiento de la madre queda censurado y privatizado al espacio del hogar, ante la vergüenza y la culpa que le genera el no encontrar un equilibrio entre lo que ella espera de sí misma como madre y las expectativas sociales sobre su maternidad. Lo que más pesa a estas mujeres que quieren salir de lo establecido, y así lo expresan en sus narrativas, son los sentimientos negativos hacia su propia madre, ya que en muchas ocasiones será uno de sus apoyos principales en las tareas maternas. Rich advierte, “muchas hijas guardan rencor hacia sus madres por haber aceptado con demasiada pasividad lo que sea”, sienten ira por la debilidad o la falta de lucha de su propia madre frente a lo establecido. El encontrar una reconciliación con su madre en cuanto mujer, será uno de aspectos a tener en cuenta en el acompañamiento de estas mujeres, como dice Sau, “Sólo se puede amar verdaderamente a la madre

si antes se la ha odiado. Porque la odiada es la impostora, mientras que la amada es la huérfana que hay en ella, la otra hija mayor, tan hija como la hija misma. Ella hizo de madre como pudo”. Continúa: “Ese es el estadio en el que se inicia la reconciliación y todas sus consecuencias por venir. Entre tanto las mujeres se hacen madres de sí mismas, pero no como víctimas sino porque ese es el punto de partida hacia la nueva Maternidad”, rescatando el coraje, la confianza y la ternura. Siendo conscientes de las dinámicas sobre las que gravita la maternidad y que escapan a las decisiones personales, reconociendo a la mujer que se vislumbra tras su madre.

Varios posicionamientos feministas han reivindicado la maternidad como fuente de conocimiento, placer y poder de lo femenino, como retornar a un ideal del matriarcado frente al patriarcado. Donde la procreación es el poder real frente al hombre, en el que persiste la dialéctica del amo y del esclavo en la búsqueda de reconocimiento social, como una lucha sin fin. Así, la experiencia de la maternidad puede quedar sujeta a los valores que imperan en la sociedad actual de competitividad, individualismo y evitación del sufrimiento, lo que conlleva contradicciones con la experiencia subjetiva e íntima de la misma. En esa reivindicación, que algunas autoras feministas adjetivan de simplista, de la maternidad como poder, puede aparecer una idealización de la misma. Maternidad que lejos de ser transformadora y trasgresora, alimenta la idea de la mujer como la última responsable de la armonía familiar y del bienestar de los hijos, así como de la humanidad. “Ser buena madre” vuelve a resurgir bajo mandatos internos y externos, que posicionan a la mujer en la culpa al sentir que no logra autorrealizarse en este proyecto elegido como mujer. Proyecto que lejos de ser una vivencia placentera, le envuelve en sentimientos encontrados de amor-odio hacia sí misma y su hijo. En ese ser madre, como cuidadora y proveedora de protección, con el avance de las ciencias, se le exige estar informadas sobre lo que los profesionales dicen o dictan sobre la crianza, e ir adecuando tales informaciones entre lo que es su experiencia cotidiana y lo que heredó como hija, lo que puede producir una confusión identitaria en ese ser madre. De nuevo se ve en la encrucijada entre nuevos y viejos modelos que le impide sentirse segura y confiada en su nueva identidad. En esta ocasión, se puede llegar a sentir cuestionada doblemente, por su entorno más inmediato que depositan expectativas como madre, y a su vez, desde su ideología feminista como mujer por otras mujeres. En ese “ser buena madre” se deja entrever el mito de la maternidad como un aspecto de la mujer natural e instintivo, lo que invisibiliza e invalida el esfuerzo que requiere la crianza, así la angustia, la rabia, la tristeza quedan reprobadas y censuradas. Esa madre idealizada dibuja a una mujer con una capacidad natural de amar, de estar conectada y empatizar con los demás, todo aquello se aleje de esto será visto como “mala madre”. Lo que supone una exigencia y responsabilidad imposible de sostener. A veces se siente desacreditada o imposibilitada en pedir ayuda a su pareja, viviéndolo como fracaso de su maternidad vivida. Entendiendo que debe mantener un *status quo* entre la mujer dedicada a la crianza y los cuidados, y el hombre a trabajos productivos con un reporte económico, como buscando una integración imposible entre el matriarcado y el patriarcado, como espacios de poder escindidos, pero en constante lucha. No es raro que algunas madres impidan a la pareja realizar tareas de cuidado, a pesar de que después les recriminen su poca implicación en la crianza. Tal escisión en cuanto a mujer y hombre obstaculiza una verdadera transformación de la sociedad, en el que la maternidad es un bien común que ha de asumirse tanto individualmente como colectivamente. En algunos casos a pesar de que el padre muestra un compromiso y corresponsabilidad en el cuidado del hijo, persiste una especie de gratitud y consideración hacia él, siendo la propia mujer la que desvaloriza e invisibiliza su función como madre y el esfuerzo que requiere, confirmando en sí misma esa falsa naturalidad instintiva de la mujer para la maternidad. En la elección de ser madre durante un tiempo en exclusividad, la mujer también se ve confrontada con su identificación de yo feminista, al limitarse el empoderamiento y la liberación de la mujer a un proyecto o éxito profesional. En estas mujeres que optan por una maternidad exclusiva aparece un sentimiento de extrañeza consigo mismas, además de cierto rechazo de reinterpretar de alguna manera el binomio madre-mujer tradicional. Dilema que en ocasiones no se atreven a verbalizar a sus amistades femeninas por miedo a que le confirmen que es una traidora al movimiento feminista. Olvidando que el devenir feminista es un proceso de transformación dinámico, lleno de incoherencias o ambivalencias que nacen de las experiencias individuales de las mujeres, lo que implica una comprensión y validación de la subjetividad como mujer. Validación que le permita vivir su femineidad con creatividad, como superación, y no como un proceso de conversión con una única salida para la mujer, sobre todo en el momento actual donde los discursos feministas se diversifican, se contradicen y se cuestionan constantemente. “Es esencial proponerse utopías, pero no menos que intentar nuevas formas de vida, dejar lugar a las experimentaciones serias y respetar los esfuerzos, aunque fracasen”, (Rich, 1986).

Es en la disyuntiva de mujer-madre y mujer-trabajadora donde algunas madres se ven presas al intentar compaginar ambas funciones, muchas veces por factores externos como las falsas promesas políticas de conciliación familiar. No es infrecuente presenciar como mujeres que eran muy estimadas en sus ámbitos laborales, se les empieza a cuestionar cuando comienzan su proyecto maternal. Cuando proponen o solicitan una reducción de jornada, cambios de turnos, en muchas ocasiones son rechazados o se les exige realizar el mismo trabajo en menos horas, lo que presiona a muchas de ellas a renunciar a su trabajo por lo insostenible de la situación, viviéndose como una insatisfacción y fracaso personal. Situación que vuelve a vislumbrar la falsa elección de la mujer en un sistema que le quiere relegar a ser madre como único destino viable para ser mujer. Pero en aquellas mujeres que sostienen ambas identidades, la de madre y trabajadora, no están libres de sufrimiento, como nos señala Stern: “En la actualidad, las madres están bastante familiarizadas con las dificultades de equilibrar el trabajo y la familia, pero muy a menudo olvidan el hecho de que los compromisos en los que se ven obligadas a vivir no son realmente culpa suya, sino más bien las consecuencias de las costumbres sociales. Además de las dificultades de programación del cuidado del niño, de su transporte, y del tiempo que pasan fuera del trabajo cuando la familia necesita más atención, muchas madres acarrear con una culpa extra sobre las decisiones que han tomado”. (Stern et al., 1999). La madre ante cualquier dificultad de sus hijos se sentirá cuestionada como responsable de la crianza, de no haber aportado un cuidado, afecto y estimulación suficiente ante su ausencia por haberse dedicado a su carrera profesional. El ser mala madre vuelve a aparecer como pregunta en algunas consultas, además de la crisis identitaria que conlleva asumir dos roles que se viven como contradictorios y excluyentes. La paradoja “madre o mujer”, como si tuviera que elegir entre una u otra, vuelve a aparecer, tomando conciencia como concepciones antiguas y heredadas se imponen frente otras nuevas alternativas que hagan posible “tanto madre como mujer”. Alternativas que trasciendan de la pura adquisición de funciones y capacidades para los distintos roles, que en muchos casos implica una sobrecarga y exigencia de tareas que oprimen a la mujer en vez de encontrar una verdadera satisfacción en sus proyectos vitales.

La búsqueda de nuevas alternativas a su posicionamiento como mujer y madre frente a la sociedad, invita a primero, a construir una narrativa personal en la que sentirse reflejada. Poner nombre y comprender sus sufrimientos, deconstruir los roles de género, denunciar la desigualdad a la que están expuestas y reivindicar su semejanza con otras mujeres, así como su diferencia. Construir esa narrativa en un espacio intersubjetivo en el que pueda comprender como muchas de sus vivencias como mujer lejos de ser una elección personal están sujetas a los mandatos de un sistema patriarcal. Espacio intersubjetivo que no se ha de limitar al ámbito privado de la psicoterapia, sino construirlo con su entorno, con otras mujeres, crear esa matriz de apoyo de madres que recomendaba Stern. Abrir un espacio para tramitar, elaborar, verbalizar sus malestares, dudas, cuestionamientos, sin ser juzgada. Matriz de apoyo donde se sientan cuidadas, escuchadas y validadas. Donde ser madre quede desplazado por ser mujer, en cuanto que existen tantas formas de conceptualizar la maternidad como mujeres la experimentan, con sus aciertos y errores. Ser conscientes de la institución maternidad y retornar a la maternidad como experiencia única. En palabras de Rich, “Destruir la institución no significa abolir la maternidad, sino propiciar la creación y el mantenimiento de la vida en el mismo terreno de la decisión, la lucha, la sorpresa, la imaginación y la inteligencia consciente, como cualquier otra dificultad, pero como tarea libremente elegida”, (Rich, 1986).

REFERENCIAS

- Benedicto, C. (2018). Malestares de género y socialización: el feminismo como grieta. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 28 (134), 607-625
- Carmona, M. (2017). Paradigmas en estadiillo: epistemologías para una ¿post?psiquiatría. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 37 (132), 509-528
- Nanzer, N. (2015). *La depresión postparto. Salir del silencio*. Barcelona: Editorial Octaedro
- Molina, M.E., (2006). Transformaciones histórico-culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. *Psykebe*, 15 (2), 93-103.
- Paricio, R., Polo, C. (2020). Maternidad e identidad materna: deconstrucción terapéutica de narrativas. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 40 (138), 33-54.
- Sau, V. (2004). *El vacío de la maternidad. Madre no hay más que una*. Barcelona: Icaria editorial
- Stern, D.N., Bruschiweiler-Stern, N. y Freeland, A. (1999). *El nacimiento de una madre. Cómo la experiencia de la maternidad te hará cambiar para siempre*. Barcelona: Editorial Paidós
- Rich, A. (2019). *Nacemos de mujer: La maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Winnicott, D.W. (1998). *Los bebés y sus madres*. Barcelona: Editorial Paidós

**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 RESIDENCIAL³³**

**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 Rivera³⁴, Carlos Justo Martínez³⁵, Eduardo
Barriocanal Gil³⁶, Sara García Al Achbili, Sara González de Pablos*

RESUMEN

Se analiza el papel de los educadores que trabajan en el Proyecto Sirio. Proponemos desde el principio el concepto de *Educador Terapéutico (ET)*, en contraposición con el de educador de los centros de protección no específicos.

En este grupo de trabajo sobre la tarea se planteó como objetivo general abordar los aspectos personales del ET que influyen en el desempeño de su trabajo. Para ello se asumieron una serie de objetivos específicos a trabajar (reconocer la no neutralidad, la identidad profesional, el trabajo en equipo, la contratransferencia, ...).

A lo largo de todos estos años, en el grupo Balint se han trabajado múltiples temáticas que se pueden agrupar en 5 grandes bloques: la identidad profesional del ET, las relaciones con lo institucional, el equipo, el trabajo con los chicos/as, el trabajo con las familias.

Palabras clave: Hogar/Comunidad Terapéutica; niños/adolescentes; Trastorno Mental Grave; educador terapéutico; grupo Balint.

ABSTRACT

The role of educators working in *Proyecto Sirio* is analysed. We proposed from the beginning the concept of *Therapeutic Educator (TE)* contrasting with educators from non-specific child protection centres.

In this group, it has been posed as the main objective to approach personal features from the TE that affect their professional performance. In this regard, it has been assumed specific objectives (recognising no neutrality,

³³ Trabajo presentado en las Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes SEPYPNA

³⁴ Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia, Director del Proyecto Sirio. E-mail sirio-teodorouria@nuevofuturo.org

³⁵ Psicoterapeuta de niños, adolescentes y familias. Subdirector del Proyecto Sirio. E-mail sirio-carlosjusto@nuevofuturo.org

³⁶ Psicólogo General Sanitario. Director Grupo Balint en Proyecto Sirio. E-mail: barriocanal.g@gmail.com

professional identity, teamwork, countertransference, etc.).

Through all these years, in Balint Group multiple subjects have been addressed. They can be classified in 5 main areas: ET's professional identity, institutional relationships, the team, working with the teenagers and working with their families.

Keywords: Therapeutic Home/TC; children and teenagers; serious mental disorder; Therapeutic Educator; Balint Group.

El **Proyecto Sirio**, Residencia Terapéutica (Centro Específico) para niños y adolescentes que tienen alguna medida de protección (Guarda o Tutela) y que presentan graves problemas de salud mental, que sigue el modelo de Comunidad Terapéutica empezó su andadura en 1.998, como pionero en España, en la atención a niños y adolescentes con TMG, a través de un recurso residencial específico, concertado con la Consejería de Servicios Sociales.

El **Grupo Balint** que se presenta surgió de la necesidad de crear un espacio de reflexión, apoyo, formación continuada, supervisión, etc... para los profesionales que trabajan de una manera muy intensa e intensiva con niños y adolescentes con patología mental grave.

El tipo de recurso en el que se da esta relación profesional, el modelo de trabajo (Comunidad Terapéutica), la patología de los chicos/as (que incluye también la situación familiar), los objetivos de trabajo que se plantean (aportar una experiencia emocional correctora, una oportunidad de revinculación que permita trabajar hacia la consecución de una suficiente reparación psíquica e integración sociofamiliar), exigen del profesional una implicación personal grande, así como un particular interjuego de transferencias y contratransferencias que requieren de un trabajo específico a nivel de equipo.

Para poder lograr que los niños y adolescentes, con un trastorno del vínculo precoz, pueda revincular y desde ahí reparar sus heridas psíquicas, es necesario que el tipo de relación que le propone el ET sea genuina. Esto no se puede conseguir sólo a partir de un conocimiento teórico de teorías y técnicas psicológicas, que también son necesarias. Se precisa poner en juego a la persona misma. Es por ello por lo que se hace necesario trabajar sobre los aspectos personales del profesional que influyen positiva o negativamente en este tipo de trabajo, sin olvidar que en el sentido opuesto también hay influencia, es decir, la implicación personal que exige este trabajo va a tener un efecto en aspectos personales del terapeuta. Ser consciente de todo esto y poder trabajarlo grupalmente va a mejorar la calidad del trabajo que se hace con los chicos y va a minimizar en lo posible el coste personal que a veces tiene en el profesional. De esta forma se favorece una contención, tanto al chico como al profesional y al equipo, generando una doble envoltura protectora del **vínculo** reparador.

Muchas de las situaciones y reflexiones que se presentan, son también válidas para otros contextos terapéuticos, especialmente para los Hospitales de Día-CET que siguen, con otros encuadres, el mismo modelo de Comunidad Terapéutica, en donde *el trabajo en equipo* cobra una importancia mayúscula. Y en general, en alguna medida, para todos los profesionales que trabajan con niños y adolescentes con TMG, desde los diversos recursos asistenciales que hay.

Las reflexiones y conclusiones que se elaboran en un trabajo grupal de estas características necesariamente van a tener el sesgo de la mirada del que las recoge, es decir, del coordinador del grupo. En este sentido, es importante señalar que cuando se puso en marcha este grupo, en enero del 2009, el coordinador llevaba 7 años trabajando como psiquiatra-coordinador de la Unidad de Niños en un Hospital de Día-CET, dirigido en esos momentos por el Dr. Esteban Acosta y supervisado por la Dra. Marta Peral, siguiendo el modelo de comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar del Dr. García Badaracco.

HISTORIA DE LOS GRUPOS BALINT

La motivación que llevó a Michael Balint a crear y desarrollar los grupos Balint fue su utopía médica: “enseñar a los médicos a escuchar a sus enfermos”.

Estos grupos tienen una finalidad implícita: el cambio de personalidad del médico en su trabajo, en “la zona de su Yo profesional”, por lo que de alguna manera este grupo cumple una función psicoterapéutica.

Balint habla de “instaurar en estos grupos un espíritu comparable al de un equipo de investigación”.

El líder debe crear un equipo de formación-investigación lo más igualitario posible entre médicos y psicoanalista, manteniendo un intercambio democrático, en el que debe estar preparado para aprender algo de su grupo.

En el libro *Técnicas psicoterapéuticas en medicina* (1961) Balint señala: “El saber puede adquirirse en los libros o en las conferencias; el saber hacer se obtiene con la práctica y, en cuanto a la psicoterapia, siempre al precio de una modificación limitada, pero considerable, de la personalidad”. “Para ser eficaz, el médico no sólo debe poseer conocimientos, sino también un saber hacer, si para ayudar al otro su personalidad es el único instrumento, ésta además debe ser lo bastante libre y flexible y estar bien integrada”. Para lograr esto, Balint propone sus grupos.

En el informe del Defensor del Pueblo que se publica en el 2009, después de investigar la situación de estos centros de menores en España, se señalan las siguientes recomendaciones respecto al personal: “que se promueva la formación especializada y continuada de los profesionales de los centros que atienden a menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social y se fomente el intercambio de experiencias de buenas prácticas; que estos profesionales dispongan de actuaciones y programas de soporte y refuerzo que les ayuden a afrontar las situaciones de tensión emocional derivadas del desarrollo de su labor; que se facilite formación específica para realizar posibles contenciones para que realicen sus funciones con pleno respeto a los derechos de los menores”.

En este mismo informe también señalan como conclusiones en relación con el personal: “La implicación y entrega del personal que trabaja en estos centros, cuya tarea merece el debido reconocimiento social, es primordial para el éxito de una intervención pedagógica con los menores”. “En nuestras visitas hemos podido constatar la importancia que los menores dan a su relación con todo el personal. Por ello, se aprecian resultados mucho más favorables en aquellos centros que tienen un equipo estable y bien coordinado que se implica afectivamente con los niños y adolescentes y constituye un referente para ellos”. “En muchos casos, el personal se encuentra desmotivado por un trabajo muy estresante, con escaso soporte y formación continua, con horarios variables, una exigencia de disponibilidad total, un salario no especialmente motivador, y un proyecto cuya gratificación se percibe a medio/largo plazo. Eso da lugar a numerosas bajas temporales y ceses voluntarios, con la consiguiente rotación continua de la plantilla”.

ENCUADRE

En enero del 2009 iniciamos la andadura del Grupo Balint con los Educadores Terapéuticos (ET) de los cuatro turnos (mañana, tarde, noche y fines de semana) y de los dos Hogares del Proyecto Sirio. Se planteó como un grupo abierto, voluntario, de una hora y cuarto de duración, semanal, realizado en horario de tarde en uno de los Hogares y coordinado por el psiquiatra-psicoterapeuta desde una perspectiva de orientación psicoanalítica.

El objetivo general es: trabajar sobre los aspectos personales del educador que influyen, y en ocasiones pueden interferir, en el desempeño de su trabajo.

Para lograr este objetivo general se plantearon los siguientes *objetivos específicos*:

- Lograr que el educador reconozca la no neutralidad en su desempeño profesional, que siempre está involucrado

afectivamente en el proceso educativo-terapéutico y que al ser parte de la complejidad de la trama es parte de los obstáculos que se presentan en su tarea.

- Facilitar al educador una mirada más amplia acerca de la situación educativo-terapéutica, que entendemos como la interrelación entre el educador, el paciente, la tarea, la institución, la familia, el contexto socio-cultural, etc., y su relación con los escollos que surgen en el proceso educativo-terapéutico.
- Permitir la reflexión sobre la vocación puesta en juego en el ejercicio profesional.
- Trabajar sobre la identidad profesional.
- Favorecer el acercamiento de la brecha que existe entre el saber teórico acerca de lo psicológico (“el saber”) y su aplicación práctica en el trabajo diario (“el saber hacer”).
- Crear un espacio para la contención, el análisis y la reflexión sobre los conflictos (con sus angustias asociadas) que surgen en el desempeño profesional de la tarea diaria. Es decir, trabajar de alguna manera la contratransferencia. Esto hace que el grupo pueda tener una función de prevención del Burnout y de la mala praxis.
- Trabajar la reparación y reconstrucción de posibles experiencias movilizadoras, favoreciendo el aumento de la resiliencia del educador terapéutico.
- Aprender sobre el trabajo en equipo. Cómo potenciarlo en beneficio del trabajo con los menores y también de los propios educadores, cómo abordar las crisis, etc...

La metodología de trabajo es la siguiente:

- Primero se presentan los ET nuevos a través de una breve reseña biográfica: edad, convivencia (sólo, pareja, con padres, si es de Madrid o viene de fuera...), formación académica, experiencias profesionales previas, tiempo de trabajo en el Proyecto Sirio, motivación para trabajar aquí.
- El coordinador hace una breve introducción respecto al tipo de trabajo del grupo, los objetivos, la dinámica grupal, etc.
- Uno de los educadores relata una situación de su práctica profesional (con el paciente, con su familia, con el medio escolar-laboral, con la institución...) que le haya supuesto una dificultad o un conflicto, y se aplica la técnica de análisis de método de casos.
- El coordinador favorece la discusión grupal para la comprensión del caso y señala los emergentes.
- Se realiza el diagnóstico situacional, y se intenta diseñar estrategias para resolver lo que el grupo ha evaluado como la situación problema específico.
- Finalmente, los educadores reciben aportes teóricos y técnicos del coordinador.

LOS PARTICIPANTES

En estos más de 10 años han participado alrededor de 100 ET diferentes, con una gran variabilidad respecto al tiempo que llevan trabajando en el proyecto (ET recién llegados junto a otros que llevan más de 10 años en el Proyecto Sirio), a la formación académica y experiencia laboral previa, a la motivación para trabajar en el Proyecto Sirio, etc.

La media de asistencia, con fluctuaciones a lo largo del año, ha estado en un rango de entre 1 y 8 asistentes, siendo 3 el número más habitual. Los datos sobre la asistencia señalan, de alguna manera, el grado de implicación personal, de motivación por la formación continuada, por pensar en la tarea, de conciencia respecto a las influencias mutuas que se dan entre lo personal y lo profesional en este tipo de trabajo, el grado de facilidad o dificultad para poner en común con otros compañeros situaciones que pueden reflejar nuestras carencias o limitaciones, nuestros errores, etc...

Desgraciadamente, se da la gran paradoja de que los ET que más necesitaría trabajar en un grupo de estas características son los que más resistencias tienen para ello. ¿Cómo obligar a trabajar algo que sólo se puede trabajar desde una implicación personal que supone por tanto una voluntariedad? ¿Cuáles pueden ser estas resistencias y

por qué? ¿El temor a enfrentarse al vacío, a lo que no se sabe, a las angustias personales que nos invocan los niños por nuestra propia historia?, ¿sentirse expuesto ante el profesional, ante los compañeros del equipo y ante la dirección? ¿sentirse mirado, observado?...

Han formado parte de este Grupo Balint educadores sociales, trabajadores sociales, maestros (de educación especial, de música, de educación física,..), terapeutas ocupacionales, sociólogos, antropólogos, pedagogos, enfermeros (de UVI, de salud mental,..) psicólogos de orientación psicoanalítica, de orientación cognitivo-conductual y de orientación sistémica, licenciados en Historia, en Periodismo, en Ciencias Políticas, en Veterinaria experto en equinoterapia, con master en criminología, en violencia de género, en musicoterapia, con experiencias laborales previas en centros de reforma, como maestros en cárceles, como acompañante terapéutico de pacientes agudos, aficionado a la magia, al teatro, etc. Esta variedad de formación y experiencias laborales previas, junto a la variedad en sus aspectos personales, dan una idea de la riqueza de las reflexiones, centradas lógicamente en la tarea que nos ocupa, que se pueden hacer en una dinámica de grupo de estas características.

La primera reflexión que se les pide al llegar al grupo hace referencia a su motivación para trabajar en el Proyecto Sirio.

Aunque las respuestas son muy variables, parece que basculan entre dos polos que sería, por un lado el deseo de darse a los niños (acompañar, enseñar, servir de modelos,...), con una vocación más de educador, y por otro el de tener la oportunidad de trabajar con niños y adolescentes con problemas de salud mental en un medio de estas características para coger experiencia o poner en práctica las teorías psicopatológicas que han estudiado en los libros, en este polo estarían los ET que tienen más vocación de terapeutas que de educadores. Es importante que, en la motivación para trabajar en el Proyecto Sirio como ET, haya un equilibrio entre ambos polos.

En las motivaciones hay aspectos más altruistas del ET (“ayudar a que los niños estén lo mejor posible para poder disfrutar de su infancia”, “aportar educación en valores, en saber estar, ser un modelo de referencia”), y otros más narcisistas (“crecer como persona en el trabajo con los chicos”, “me siento muy útil”, “los niños y nosotros vamos cambiando y madurando juntos”, “sentirse útil, realización personal más que profesional”).

LOS TEMAS TRABAJADOS

Las temáticas que se han trabajado a lo largo de estos años se pueden agrupar en 5 grandes bloques, que se van repitiendo con cierta periodicidad y cada vez con diferentes matices, en función de los ET que asisten a las sesiones el día en que trabajan esos temas y de las circunstancias coyunturales del momento en el que van surgiendo.

LA IDENTIDAD PROFESIONAL DEL EDUCADOR

Desarrollar y potenciar una buena identidad profesional va a tener un efecto preventivo sobre la aparición del burnout, y va a permitir mantener la motivación por el trabajo bien hecho a pesar de las críticas, que muchas veces se hacen desde otras instituciones, desde la sociedad en general, y desde los medios de comunicación en particular. Para ello, se les propone el concepto de educador terapéutico (ET). Al trabajar con niños y adolescentes con TMG, en un modelo de Comunidad Terapéutica en el que, al igual que sucede en el HD-CET, todo lo que ocurre es terapéutico, se le da una mirada, un sentido y una finalidad terapéuticos, también las actividades educativas.

Una de las reflexiones del grupo, que nos ha ayudado a pensar sobre esta identidad profesional fue sobre qué es lo que esperan estos niños de esta figura: que aporte una atención continua y coherente, que dé y genere confianza, que sea una figura de referencia, una figura con la que poder hacer un nuevo vínculo, que permita al niño ser y sentirse escuchado, que sea incondicional como una familia, que no se vaya y que este siempre ahí, que le dé a los

chicos la contención (externa) cuando ellos no la tienen internamente, una contención emocional y física. Además de estas necesidades-demandas, también tienen, como tiene cualquier niño, una demanda de amor, pero en estos casos teñida por la desconfianza y el miedo al abandono, fruto de las carencias y heridas emocionales previas.

Pensamos cuál debería ser el *perfil* (personal y profesional) y *las funciones del ET*:

- Capacidad para escuchar y entender al niño más allá del comportamiento explícito y poderle ofrecer al niño un sentido, así como una función correctora de *revêrie* que está en muchos casos dañada. Capacidad para acompañar, contener (emocional y físicamente cuando es necesario) y poner límites. Que sirva de modelo, como una figura de identificación para el chico, como una madre/padre suficientemente bueno y que pueda hacer también un modelaje. Capaz de crear una nueva y genuina vinculación basada en la confianza. El chico siempre va a desear que este vínculo trascienda de lo profesional a lo personal.
- Actitudes y aptitudes para poder trabajar en equipo: humildad frente a soberbia, confianza, capacidad de aprendizaje, abierto a las críticas.
- Una de las funciones del ET, que formaría parte de la labor de acompañamiento terapéutico, del trabajo en la comunidad, es la de salir a buscar al chico cuando hace una salida sin permiso (SSP). Esta tarea hace que el ET se sienta muy bien al tener un papel activo, útil, en la búsqueda, que a veces se convierte en una aventura no exenta de riesgos.
- Los aspectos personales: físicos, emocionales y la capacidad de vinculación del ET van a tener algún efecto en el desempeño de su tarea con los menores. La firmeza del límite, que es lo que va a hacer que sea eficaz, viene de la seguridad del que lo pone, de ser consecuente y de ser justo.
- El ET debe estar buscando siempre un equilibrio entre los aspectos personales y los profesionales que pone en juego en la interacción con los niños y adolescentes.
- Evitar vivir de una manera demasiado personal los posibles ataques que el chico puede hacerle en momentos de agitación o frustración, desarrollando al máximo la capacidad de contención propia.

En el trabajo del ET es esencial tomar conciencia, analizar y trabajar la *contratransferencia* que le va a generar la interacción con el chico/a y su familia. Esto le va a permitir tener una fuente de información más, tanto sobre el menor como sobre sí mismo. A la vez podrá evitar actuar directamente (sin haberlos trabajado previamente) estos sentimientos, pues ello supondría una mala praxis y el riesgo de hacer (de generar) iatrogenia. Las reflexiones que el grupo hizo en relación con este punto han sido muy variadas. La *identificación proyectiva* que utilizan como mecanismo de defensa los pacientes graves hacen que te sientas invadido mentalmente por sus emociones y que te lo lleves en la cabeza a tu casa, siendo más difícil desconectar que en otros trabajos. También por esa invasión puede generarse un bloqueo del pensamiento.

En la interacción diaria entre el ET y el chico/a se da una relación transferencial intensa debido al vínculo afectivo que existe con el menor, a diferencia de lo que ocurre en la interacción del educador con menores en un centro de reforma donde la relación es más distante y normativa. En esta relación el ET debe dar tiempo a que el chico le invista de autoridad, es el tiempo necesario para que confíe y se vincule emocionalmente con él.

Es un trabajo que va a hacer que uno necesariamente trabaje su capacidad de paciencia, de poner límites firmes y tiernos, de afrontamiento directo de conflictos, de empatía, de relativizar los problemas cotidianos, etc.

Las relaciones con lo institucional

La Dirección debe organizar, estructurar, contener y acompañar las intervenciones del personal para que se cubran las necesidades de los niños y adolescentes, sin olvidar que una de las variables que más influyen en la capacidad de cuidado que tienen los ET es su propia salud/bienestar personal. El trabajo del ET requiere de un alto grado de compromiso profesional y también personal, que debe ser propiciado desde la dirección a través de actuaciones encaminadas a “cuidar al cuidador”. En ocasiones, la institución se ve obligada a hacer demandas extra a los ET, como quedarse más tiempo fuera de su turno, hacer horas extra (reforzando el turno siguiente), cambio de

vacaciones, etc. Estas demandas se llevarán mejor o peor en función de la implicación personal en el Proyecto y de cómo afecten a la conciliación con la vida familiar.

Se reflexiona sobre la importancia de coordinarse y colaborar con otros recursos externos necesarios para afrontar situaciones que sobrepasan las capacidades de abordaje y contención de nuestros Hogares: Unidades de hospitalización de agudos, los agentes tutores, el Grume, los Servicios Sociales, el sistema judicial, las instituciones educativas, etc.

Las normas del Hogar pueden chocar, en algunas ocasiones, con las que impone la sociedad actual que nos rodea y de la que formamos parte, con el riesgo de convertirnos en una isla-burbuja fuera de la realidad, que iría en contra del trabajo de reinserción en la comunidad que pretendemos. Los ET, a veces, pueden tener la sensación de estar trabajando a contracorriente.

El equipo

El Equipo, al seguir el modelo de Comunidad Terapéutica, lo constituye todo el personal que forma parte de la plantilla del centro. A su vez está formado por subequipos como son: equipo directivo, equipo de psicoterapeutas, equipo de ET (con los turnos de mañana, tarde, noche y fin de semana), también la cocinera y limpiadores son figuras de referencia muy importantes dentro de la Comunidad Terapéutica. Las funciones e intervenciones de todos ellos deben estar coordinadas para que sean coherentes y complementarias. Esto va a requerir un trabajo constante y mantenido de comunicación y de análisis entre todas las partes del equipo. Este trabajo no siempre va a ser fácil, especialmente en situaciones de crisis o conflictos, ya que exige tiempo, espacio y capacidad de autocrítica. El Grupo Balint, por su encuadre, debe ser un lugar privilegiado para abordar estos temas.

El chico/a, debido a su psicopatología, siempre va a poner a prueba la coherencia y cohesión del Equipo. Siempre hay que intentar evitar que haya fisuras o escisiones en las intervenciones de los diferentes miembros del equipo o entre los diferentes turnos. El equipo debe servir como filtro que amortigüe las transferencias masivas que con frecuencia hace el chico hacia un ET y, en el sentido opuesto, también las contratransferencias del ET hacia el chico.

Para lograr un buen trabajo en equipo, el coordinador-responsable del turno debe fomentar la creatividad, la iniciativa individual a partir de una filosofía de trabajo común. Algunas de las cualidades que debería tener el coordinador serían: la disponibilidad y apoyo para los miembros del turno, la capacidad de priorizar el trabajo en equipo al favorecer la confianza en cada miembro, no ser personalista, confiar y delegar en los demás, tener cierta capacidad de liderazgo, ser explícito a la hora de plantear las cosas, tener mano izquierda para no despertar la paranoia o la herida narcisista al señalar errores, evitando que el otro se sienta juzgado, poder hacer autocrítica y recibir de manera constructiva las críticas de los demás, transmitir confianza, seguridad y serenidad, sin defensas rígidas, etc.

Uno de los temas más importantes en relación con el trabajo en equipo es el de cómo abordar las crisis del equipo. Estas pueden generar riesgos de escisión en las intervenciones de cada miembro del equipo o entre los diferentes turnos. No hay que olvidar tampoco que toda crisis, además de los efectos negativos que puede conllevar, también puede ser entendida como una oportunidad de cambio y crecimiento. Es necesario abordar de manera clara y explícita las situaciones que generan desconfianza entre los compañeros del equipo, ya que éstas van a aumentar las actitudes paranoides, las escisiones y las proyecciones. Es fácil, en estas situaciones, que los ET se sientan más fiscalizados a partir de posibles errores previos, adoptando actitudes defensivas. Todo ello va a generar sentimientos de tensión por la desconfianza, en ocasiones pena, a veces desmotivación, etc., que van a influir negativamente en el trabajo con los chicos/as.

Las cualidades personales necesarias para lograr un buen trabajo en equipo: la flexibilidad, la tolerancia, la capacidad de comunicación y transparencia, la capacidad de recibir y hacer críticas constructivas, la capacidad de confiar y generar confianza, las ganas de seguir aprendiendo, la humildad, el poder reconocer que no se sabe todo asumiendo

las limitaciones, el poder trabajar sobre el cuestionamiento de la valía profesional, etc. Por el contrario, serían incompatibles para el trabajo en equipo cualidades como: excesiva ansiedad paranoide, un funcionamiento muy narcisista, una comunicación confusa, etc.

El equipo y el hacer un buen trabajo en equipo no sólo es importante para lograr una mayor eficacia en el trabajo con los niños y adolescentes. También va a tener un efecto positivo tanto en la prevención del burnout o desgaste profesional, que con frecuencia se puede dar en un trabajo de estas características, como en la calidad de la intervención terapéutica.

El trabajo con los niños y adolescentes

Los dos temas que más ocupan y preocupan a los ET son: por un lado, la necesidad de trabajar a través de la generación de un vínculo afectivo reparador con el chico, y por otro lado el manejo de la agresividad con la que llegan muchos de los menores y la necesidad de tener que utilizar diversas estrategias de contención, en muchas ocasiones, la contención física y emocional como herramienta terapéutica.

Contención emocional

La contención emocional es sostener las emociones de los niños a través del acompañamiento y ofreciendo vías adecuadas para la expresión de los sentimientos. El Hogar/CT es entendido como un lugar de expresión, de explosión de conflicto emocional, donde se dan desencadenantes “espoletas” de hechos y también entendido como un lugar que genera seguridad; entendiendo la contención como un proceso inhibitorio, sano y normal. Contención = Ego sano = visión objetiva de la realidad, importante tanto para el sujeto contenido como para el posible contenedor, ya que permite no pasar a la subjetividad y descontrol emocional.

La contención emocional es necesaria porque mejora el autoconocimiento: me contengo, poseo y conozco el sentimiento, tengo control sobre él, soy responsable (locus de atribución interna). Cuando no hay inhibición, aparece el miedo, la sensación de descontrol, la angustia, no soy responsable (locus de atribución externa).

Contención física.

Cuando es necesario el uso de la contención física, se debe establecer entre el educador que realiza la contención y el chico un diálogo tónico que aporte al educador la información corporal y tensional del chico para una intervención adecuada a la situación.

Tipos de contención física.

- Inmovilización: medida de sujeción física contingente a una situación de grave descontrol que implica riesgo para el chico, sus compañeros, educadores o medio físico. Supone un límite físico externo de seguridad.
- Uso siempre bajo protocolo, y tras constatar la imposibilidad de cambio de la situación de riesgo con medidas alternativas.
- Sujeción: medida de sujeción física contingente a una situación de leve descontrol que pueda implicar riesgo para el chico, sus compañeros, educadores o medio físico. Supone un límite físico externo de seguridad.
- Abrazo Terapéutico: medida de sujeción física destinada a prevenir una inminente y posible situación de descontrol que pueda implicar riesgo para el chico, sus compañeros, educadores o medio físico. Supone un límite físico externo de seguridad.

Es necesario dar siempre una justificación terapéutica al uso de las medidas de contención física y de la sala de reflexión. Para ello, hay que tomarse el tiempo que sea necesario, una vez que ha cedido la agitación o el comportamiento que llevó a tener que realizar cualquiera de estas medidas, para poder trabajar con el chico y

ofrecer un sentido a lo que ha sucedido, ya que es el momento en el que el chico puede estar más receptivo para interiorizarlo. Los menores, ante estas medidas, suelen tener un sentimiento de injusticia y de abuso de poder, especialmente cuando tienen antecedentes de maltrato o de abuso sexual. El niño transporta en su vínculo los traumas vividos dentro de su entorno familiar y los despliega en el vínculo con el ET, muchas veces en forma de descontroles que no pudieron ser tramitados en su momento y que pueden ahora ser una nueva oportunidad de recibir la contención que no tuvieron.

Hay que tener en cuenta toda una serie de aspectos que conlleva esta medida: el componente agresivo; la vivencia de abuso de poder; la función terapéutica (sentirse contenido ante el angustiante sentimiento de descontrol interno, sentirse protegido y contenido frente al deseo de hacer o hacerse daño, sentirse acompañado en una situación tan angustiante como es una agitación psicomotriz en la que se siente sólo frente a sus impulsos agresivos, recibir una envoltura protectora frente a su descarga etc.). El ET puede sentir preocupación por el posible efecto iatrogénico de estas medidas, por las posibles lesiones físicas o por el deterioro en el vínculo afectivo, sobre todo cuando éste es aún un poco confuso-ambivalente-incipiente.

El tema de las agresiones físicas del niño al ET, como era de esperar, ha sido objeto de trabajo en el Balint. Es importante identificar sus causas y sus significados en la relación. Pueden ser por un descontrol impulsivo, por una disociación, por una interpretación paranoide (defensa frente a sentirse atacado), por una actuación sádica (perfil psicopático), etc. Se analiza lo que esta agresión puede generar en el ET (la contratransferencia): miedo, inseguridad, rabia, rechazo, pena, etc., y cómo estos sentimientos pueden influir en el trabajo con este chico. En el niño que ha agredido también se generan sentimientos que van a influir en el vínculo, como son la culpa, el haber defraudado la confianza y las expectativas del ET, miedo a ser rechazado/abandonado, lo que a su vez le puede llevar a mantener más tiempo esa actitud agresiva, miedo a la capacidad destructiva de sus impulsos agresivos, devaluación de su autoimagen, etc. Es importante saber que el chico podrá trabajar su agresividad en la medida en la que pueda encauzar e integrar esos impulsos/pulsiones agresivas a partir de una interacción/relación que favorezca sus pulsiones afectivas/amorosas y potencie sus capacidades creativas a través de actividades deportivas, la pintura, la música, etc.

Para los ET es más difícil actuar cuando el chico tiende a autolesionarse que cuando saca la rabia con conductas dirigidas a los demás. Les resulta más fácil proteger al grupo de la agresividad de un chico, conteniéndola y parándole, que a él mismo cuando dirige esa agresividad hacia sí mismo. Se reflexiona sobre los recursos que debe tener un ET para ayudar a un chico con riesgo/amenaza de autolesionarse: estar ahí, sentir y transmitirle tú tranquilidad/seguridad, negociar con él, aportarle contención emocional y física, no juzgar ni culpar, no sobreproteger, validar emocionalmente; en cada niño va a ser diferente, dependiendo también del vínculo que tenga ese ET con ese niño en ese momento determinado. Frente a la ideación-deseos de muerte que tienen a veces muchos de estos chicos/as, el ET tiene que creer en el chico, debe poner su pulsión de vida y hasta su aparato psíquico, a modo de Yo auxiliar, al servicio del menor para que éste pueda interiorizarla y hacerla suya.

La agresividad verbal hacia el ET, aunque no es tan visual al no poner en juego el cuerpo físico, también implica agresión y va a tener un efecto en el ET y en el vínculo.

Las salidas sin permiso (SSP) y cómo son vividas por los ET también ha sido un tema frecuentemente trabajado en el Grupo Balint. Se viven siempre con un sentimiento de responsabilidad. A veces con culpabilidad por no haber hecho todo lo posible, debido a una contratransferencia negativa que se puede dar sobre todo en el caso de chicos con perfil psicopático, para trabajar en lograr una suficiente vinculación del chico al Hogar que evitase esa SSP. Sentimiento de impotencia por no poder darle la seguridad que aporta el recurso frente a las inseguridades o riesgos de fuera. Hay que asumir las limitaciones y los riesgos que conlleva el que seamos un recurso abierto, que trabaja y que está en la comunidad (con chicos escolarizados, que van a actividades extraescolares, hay que ir trabajando la confianza para que vayan ganando autonomía, etc.). Por ello es importante poder seleccionar el perfil de niños y adolescentes que se van a beneficiar más de este modelo de tratamiento.

La dificultad para trabajar en la creación del vínculo, que se debe basar en el establecimiento de una confianza y la creación de lo que no estuvo apuntalado en sus vínculos primarios, con niños y adolescentes en los que son tan frecuentes las mentiras y las actitudes manipuladoras. Para trabajar el vínculo es necesario conocer el funcionamiento relacional del paciente, que estará en relación con su psicopatología de base, con su personalidad (estilo de apego), y con la patología familiar y el lugar que ocupó el niño.

Es necesario lograr un equilibrio entre la necesidad de conseguir un vínculo afectivo genuino (cuanto más genuino sea mayor potencialidad de generar un cambio va a tener), que requiere de un acercamiento sincero, no basado ni en la pena ni en la omnipotencia altruista, manteniendo la suficiente distancia profesional como para poder ser objetivo y para evitar llevarte los problemas a casa.

El vínculo que se crea entre el ET y el chico debe orientarse siempre hacia la autonomía (favorecida a partir de una relación en la que debe primar la confianza en sus capacidades para tomar decisiones responsables de acuerdo con su edad y momento evolutivo), evitando vínculos que generen dependencia, una autonomía que acompañe y contenga las vivencias de abandono que se pueden reactivar. Para poder trabajar desde esta confianza hacia el chico, el ET debe luchar muchas veces contra actitudes derrotistas-pesimistas respecto a la capacidad de generar cambios, curación, reparaciones en chicos tan dañados.

En el Grupo Balint se han analizado los aspectos de los chicos que van a dificultar la creación de un vínculo sincero: la frialdad afectiva, el funcionamiento en pseudoself, la actitud negadora defensiva (no asumen nada, no necesita a nadie), la relación de objeto parcial, la actitud manipuladora buscando siempre el beneficio secundario, los aspectos narcisistas, la ansiedad paranoide que vive al otro de manera persecutoria, etc. Para poder trabajar todos estos aspectos con motivación y con expectativas de éxito, es necesario que se entiendan como síntomas de su psicopatología de base, a partir de considerar al niño o adolescente como un paciente y no como alguien con rasgos caracterológicos imposibles de modificar y con una intencionalidad-voluntariedad en sus disconductas.

Hay que ayudarles a que asuman su realidad familiar, evitando las idealizaciones o las demonizaciones-desvalorizaciones que tanto daño les pueden hacer. El rechazo absoluto de los progenitores conlleva implícitamente un rechazo de sus orígenes y por tanto de sí mismos, lo cual hace imposible la construcción de una identidad coherente y consistente, que debe estar conectada con su historia transgeneracional.

Uno de los objetivos principales que se trabaja con los niños y adolescentes es lograr que cada vez se sientan más libres, más responsables, y con menos miedos. Cuando en el grupo hay un chico especialmente agresivo o sádico, hay que ayudar (hablando de ello, transmitiéndoles seguridad y sentimiento de protección) al resto para que no se sometan por miedo a él. El conocimiento que el ET tiene del niño le va a permitir valorar el margen de riesgo que se debe correr a la hora de darle autonomía y confianza, anticipando en lo posible las reacciones de riesgo que este puede tener (SSP, auto-heteroagresividad, consumo de tóxicos, etc.).

Otro de los objetivos es que vayan consiguiendo mayor tolerancia a la frustración y mayor aceptación de los límites. Por ello, una de las funciones del ET es la puesta de límites, que deben ser claros, firmes y coherentes. En ocasiones, la actitud retadora del chico puede tener que ver con una puesta de límites poco clara y poco firme. Los límites dan al chico una contención y seguridad que va a posibilitar la creación de un vínculo más seguro y sano. La ausencia de límites claros, firmes y coherentes da lugar a vínculos confusos, invasivos, desorganizados, ambivalentes. En el trabajo del ET, se necesita compatibilizar la función materna con la función paterna, la necesidad de poner límites firmes y claros con la necesidad de establecer un vínculo afectivo-cálido. Los límites contenedores (firmes y claros, no autoritarios) van a darle la seguridad/confianza necesaria para poder establecer un vínculo sano (no un vínculo dependiente o agresivo o sadomasoquista, o desorganizado, etc.). Esta nueva forma de vivir en una relación segura y distinta, constituye para el chico una experiencia emocional correctiva, quien puede reexponerse, en circunstancias más favorables y contenedoras, a situaciones emocionales que no pudo resolver en el pasado con sus primeras figuras de cuidado. Para reparar estas influencias traumáticas de experiencias anteriores, el ET adopta una actitud diferente de la asumida por los cuidadores hacia el niño en la situación conflictiva original, dando al

chico una nueva oportunidad vivencial reparadora (de sus reacciones emocionales, cogniciones, percepciones e interpretaciones sobre los demás, sí mismos, de la realidad, etc).

Una herramienta de trabajo que tienen los ET, además de los límites, la contención, la escucha, el acompañamiento, etc., es la de poner consecuencias ante las disconductas. Éstas le van a permitir asumir la responsabilidad de sus actos (favoreciendo una actitud proactiva en su cambio) y la de reparación-reflexión (que va a mejorar su autoimagen, reparando al otro y reparándose a sí mismo).

Es necesario abordar con los chicos/as constantemente el tema de la sexualidad y estar muy atentos ante la posibilidad de que tengan contactos sexuales entre ellos. La mayoría de los chicos son adolescentes que tienen un mal manejo de sus pulsiones e impulsos. En ocasiones, la hipersexualidad puede ser una olla a presión en el Hogar. En muchos de ellos hay antecedentes de abusos sexuales. Tienen una construcción de la identidad en general y de la sexualidad en particular muy deficiente, por lo que este es un tema que debe ser abordado de manera transversal.

Cuando se plantea dar el alta a un chico hay que tener en cuenta que va a necesitar un tiempo en el Hogar suficiente pero no excesivo, para poder elaborar el duelo. Este proceso en muchas ocasiones lleva al menor, en un intento de negar los sentimientos depresivos-dolorosos por la marcha, a desvalorizar todo lo que se le ha dado desde el Hogar. A veces solo después de un tiempo fuera del Hogar va a poder reconocer todo lo bueno que se llevó de su paso por el mismo. Es muy importante que la salida/despida del Hogar sea lo suficientemente buena como para poder mantener un positivo contacto/seguimiento postalta, que le ayude a afrontar posibles recaídas sin caer en el sentimiento de haber fracasado por carecer de recursos propios para funcionar sin estar en el Hogar.

Este proceso de alta lo viven los E.T. desde su mundo personal y desde el grupo Balint hay que favorecer la gestión sana del mismo. Antes mencionaba los sentimientos depresivos - dolorosos del niño, pero ¿qué hay de la capacidad del E.T. de acceder a “la posición depresiva”, es decir, tiene que tener la capacidad de acceder a esa posición depresiva y gestionar la relación con el niño que se va sin que aparezca el temor en el niño de destruirle con su abandono. Dejando al niño que sea esta vez él quien juega el papel del que se va. Se abre una nueva etapa en el vínculo, la elaboración de la despedida. En este periodo surgirán “fantasmas y dolores antiguos” que sólo podrá aportar al niño si el E.T. tiene la calma suficiente en un proceso de duelo. Socialmente se evita este proceso, pero en un recurso como el nuestro no podemos dejar de atenderlo como una fase más. Siempre será más fáciles las despedidas programadas, si contamos con un tiempo determinado. Siempre es menos el desgaste si se acerca a la despedida ideal incluso puede ser un aporte de libido para el E.T. si la vive como un éxito. Otra modalidad de despedida que ocurren en los Hogares son las de los E.T. que por numerosos motivos pueden decidir ser ellos los que salen del Hogar y es necesario darles un espacio - tiempo para minimizar el impacto y favoreciendo desde la institución condiciones favorables.

Los fracasos terapéuticos son una posibilidad que se hace realidad en más ocasiones de las deseadas por todos. Es un tema sobre el que hemos reflexionado en el Balint, analizando las posibles causas, haciendo una autocrítica constructiva, asumiendo nuestra parte de responsabilidad en esa evolución negativa, pero también sin olvidar nuestras propias limitaciones, sin caer en la idealización ni la omnipotencia, reconociendo los sentimientos que estos fracasos generan en el ET, etc.

Hay muchas variables que influyen en la evolución final del niño y adolescente. El trabajo realizado con él durante el periodo que está en el Hogar, con ser muy importante, no siempre va a ser definitivo/decisivo. La influencia familiar, tanto por la genética como por la impronta de las primeras relaciones de objeto, siempre va a estar ahí con mucho peso. Al chico se le dan una serie de oportunidades (experiencia emocional correctora, vivencias de re-vinculación y de reinserción social, trabajo familiar, etc.), se le refuerza en sus recursos propios (autoestima, mecanismos de defensa más maduros, construcción de una identidad más sana, mayores recursos yoicos, etc.), pero al final es solamente él quien puede vivir su vida y por tanto tomar sus propias decisiones de cómo quiere vivirla. Atendiendo a todas estas variables, los objetivos terapéuticos que se marquen con cada caso deben ser lo más ambiciosos posibles, pero también lo suficientemente realistas y sin caer en la omnipotencia a la que nos puede

llevar a veces el furor curandis. Sin dejarse llevar por una actitud derrotista, que llevaría a tirar la toalla demasiado pronto, llegado el momento es necesario asumir la frustración del fracaso. Negar un fracaso o sobrevalorar las posibilidades terapéuticas del Hogar va a impedir hacer autocrítica y valorar otras alternativas (cambio a otro centro con modelo de trabajo diferente, etc.).

El fracaso terapéutico mayor y que más tememos todos los que trabajamos en estos ámbitos, es el posible suicidio de un paciente. Este suceso va a generar, además de la lógica pena y tristeza, también unos sentimientos de fracaso, de un trabajo inacabado, de una responsabilidad institucional, etc. Es necesario hacer un trabajo de elaboración para poder integrar un hecho tan trágico como este dentro de la biografía profesional. A día de hoy no se han producido ningún suicidio durante la estancia de los chicos en el Hogar/CT, pero sí se ha dado el suicidio de dos de nuestros chicos cuando ya no vivían en nuestros Hogares; echo que afectó y tuvo un gran impacto en nuestro equipo.

Para poder cambiar el rol con el que viene el chico/a (agresivo, loco, dependiente, suicida, etc.), es necesario asumir unos riesgos que hay que correr, para devolverle una imagen diferente, a partir de tener unas expectativas distintas. Para ello es necesario apoyarse en decisiones basadas en deliberaciones del equipo y apoyadas por la dirección.

El trabajo con las familias

La familia es imprescindible, por un lado, para lograr que el niño o adolescente acepte nuestra ayuda y se movilice hacia un cambio y por otro lado para lograr que el cambio que ha hecho el chico en el Hogar se pueda generalizar y mantener tras su vuelta a casa.

Es frecuente el sentimiento de impotencia que tienen los ET cuando las familias boicotean el trabajo del Hogar, a veces apoyando las SSP, no poniendo límites en las salidas familiares, en algunas ocasiones consumiendo drogas con el chico delante, etc. Esta interferencia de los padres con el trabajo del Hogar a veces es, paradójicamente, mayor en los casos de Guarda, a pesar de que se trata de una medida voluntaria solicitada por ellos. Esto puede tener que ver con diversas variables: unas expectativas desajustadas, la dificultad para hacer cambios ellos, la herida narcisista en su función paterna que supone el tener que ceder la guarda del hijo para pedir ayuda por no ser capaces por sí solos de resolver los conflictos familiares, etc.

Los objetivos de este trabajo familiar serán: lograr una alianza con los padres para que las intervenciones con el niño o adolescente sean complementarias y coherentes entre ambos; que los padres ayuden, dándole una imagen positiva del centro, a que el hijo se vincule y acepte la ayuda ofrecida desde el mismo; evitar situaciones en las que el niño pueda sentirse en conflicto de lealtades por tener que hacerse cargo de secretos familiares que impiden lograr una confianza suficiente hacia el Hogar; ayudar a que se produzcan cambios en las dinámicas familiares patológicas previas, rescatar recursos positivos y potencialidades paternas y maternas, etc.

Es fundamental que se evite, en lo posible, que los padres se sientan desplazados, sustituidos, ninguneados, ya que ello agravaría la herida narcisista que supone tener a un hijo en un medio residencial de protección. Negar o rechazar completamente a los padres implicaría negar o rechazar una parte sustancial de sí mismos (toda la herencia genética y la transmisión transgeneracional) con el consiguiente efecto negativo en la construcción de la identidad. Es frecuente que los padres sientan celos del vínculo que el hijo empieza a construir con el ET. Para minimizarlo, el ET debe intentar rescatar siempre la autoridad que les otorga a los padres el vínculo biológico con el hijo.

El ET tiene un papel importante en la ayuda y el apoyo a los padres que necesitan cambiar cosas en las dinámicas familiares patológicas. Un papel de observación de estas dinámicas durante las visitas; de escucha, presencialmente o por teléfono, de las quejas de los padres cuando traen al hijo al Hogar después de una salida de FS; incluso un papel de modelaje y acompañante terapéutico cuando acompaña al chico hasta su domicilio familiar, especialmente importante en el momento de la reincorporación al medio familiar.

VIVENCIAS DE LOS PARTICIPANTES

“Soy profesional (educador terapéutico) con los chicos/as en la medida que conozco y trabajo aquello que pienso y siento en mi intervención diaria”.

“En el Balint, mis compañeros y psiquiatra son un espejo regenerador, son el relleno del hueco que a veces nos hace sufrir, son la luz de los pliegues que producen mis miedos, son los pilares que apuntalan mi personalidad, reconstruyéndola más uniforme y moldeable”.

“Me ha ayudado a ser más comunicativa, transparente, poder recibir críticas e incluso reconocer que una situación te supera para poder pedir o recibir ayuda de los compañeros, hacerme sentir valorada, cuidada y apoyada con un recurso como es el Grupo Balint”.

“El grupo Balint, ofrecido desde la institución como forma de cuidar al cuidador, ayuda a que podamos realizar nuestra labor de forma más profesional y humana, ya que es continente de los que trabajamos como continentes con los chicos. Disponer del grupo de manera constante lo hace valioso. Ayuda a hacer equipo.”

REFERENCIAS

- Acosta Lorenzo, E. (1993). Hospital de día en Psiquiatría. Ponencia en el Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría. Bilbao.
- Acosta Lorenzo, E. (1997). Hospital de Día Psiquiátrico para adolescentes. Ponencia en el VII Congreso de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Puerto de la Cruz, Tenerife.
- Alexander, F. y French, T. (1965). El principio de la experiencia emocional correctiva. *Terapéutica psicoanalítica* (Capítulo IV). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Barudy J. y Dantagnan M. (2006). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Editorial Gedisa, S.A.
- Benedetti C., Beker E., Andrés H. (1999). El grupo Balint en la formación de formadores. *Claves en psicoanálisis y medicina. Hacia la interdisciplina* (15-16).
- Buiza C., Uría T., et al. (2014). El Hospital de Día-Centro Educativo terapéutico Pradera de San Isidro. Un dispositivo para el tratamiento intensivo de trastornos mentales graves en niños y adolescentes. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 16 (61).
- Bion, W. (1980). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Casado Frankel T. y Herrero Sotillo ME. (2013). *Las lágrimas del cambio. Trastorno del vínculo: acompañamiento terapéutico y revinculación*. Editorial Triacastela.
- Defensor del Pueblo (2009). Informes, Estudios y Documentos: *Centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social*.
- Dozza, L. (12 de noviembre de 2011). Trabajo leído en Buenos Aires en el VI Congreso Internacional, VII Congreso Iberoamericano, VIII Congreso Argentino de Acompañamiento Terapéutico. “*Clinica de lo cotidiano en acompañamiento terapéutico. Integraciones conceptuales, hacia una profesionalización de nuestra práctica*”.

-
- García Badaracco, JE. (1992). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Editorial Tecnipublicaciones.
- Herrero Sotillo, ME. (2009). El trastorno de la vinculación en niños y adolescentes y los estados predelirantes. Congreso Interpsiquis. Disponible en www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/4962
- Laplanche J. y Pontalis JB. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Paidós.
- Melillo A. (2005, marzo-abril). El pensamiento de Boris Cyrulnik. *Perspectivas sistémicas* (85).
- Moreau-Ricaud, M. (2000). Historia razonada de los grupos Balint. En Síntesis (Ed.), *Michael Balint: El nuevo comienzo de la Escuela de Budapest* (Cap 8).
- Niño Laina, M. (2013). *Acompañamiento terapéutico en el Hospital Rodríguez Lafora*. Sesión clínica presentada en Hospital de Día Pradera de San Isidro.
- Proyecto Sirio (Revisado marzo 2021). Proyecto Terapéutico-Educativo. *Filosofía, método y directrices generales*. <https://proyectosirio.es/filosofia-valores-proyecto-sirio.html>
- Real Academia Española. (2005). *Diccionario de la lengua española*. (23ª ed.).
- Rossi, G. (2005). El Acompañamiento Terapéutico y los dispositivos alternativos de atención en Salud Mental. *Revista Uaricha de la Escuela de Psicología de la Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo*, 2 (6).
- Rossi, G. (2004). Bases de Acompañamiento Terapéutico: la locura es soledad. Sección Psicología del *Diario*, Página 12.
- Rossi G. (2007). *Acompañamiento Terapéutico: lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Saiz J. y Chévez A. (2009). La intervención socio-comunitaria en sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: modelos teóricos y consideraciones prácticas. *Intervención Psicosocial* (18), 75-88.
- Vaillant, M. (2004). Reciclaje de la violencia y capacidad de resiliencia: la hipótesis transicional en la reparación, en Cyrulnik B., Tomkiewicz S. y Guénard T. (2004). *El realismo de la esperanza. Testimonios de experiencias profesionales en torno a la resiliencia*. Editorial Gedisa.

ADOLESCENTES Y ADOLESCENCIAS. ¿TRANSICIÓN O DESTINO?³⁷

ADOLESCENTS AND ADOLESCENCE: TRANSITION OR DESTINY?

Ricardo Fandiño Pascual³⁸ y Vanessa Rodríguez Pousada³⁹

RESUMEN

La adolescencia entendida desde la caracterización propia del síndrome de la adolescencia normal, definido por Aberastuty y Knobel (1971), parece haberse disociado de la edad adolescente en la hipermodernidad. En un progresivo desplazamiento hacia la centralidad sociocultural se ha hecho extensiva a la infancia y la adultez estableciéndose como una nueva normalidad social. Este hecho deja al adolescente contemporáneo con grandes dificultades en sus procesos de maduración, autonomía y emancipación. Acompañar hoy a los adolescentes supone un reto profesional que pone en cuestión nuestros constructos teóricos y prácticas terapéuticas. En este artículo intentamos aproximarnos al adolescente contemporáneo con curiosidad y esperanza desde una perspectiva clínica y psicosocial.

Palabras clave: Adolescencia, adolescentes, identidad, maduración, acompañamiento

ABSTRACT

Adolescence understood from the characterization of the syndrome of normal adolescence, defined by Aberastuty and Knobel (1971), seems to have been dissociated from the adolescent age in hypermodernity. In a progressive shift towards sociocultural centrality, it has been extended to childhood and adulthood, establishing itself as a new social normality. This fact leaves the contemporary adolescent with great difficulties in his processes of maturation, autonomy and emancipation. Accompanying adolescents today is a professional challenge that calls into question our theoretical constructs and therapeutic practices. In this article we try to approach the contemporary adolescent with curiosity and hope from a clinical and psychosocial perspective.

Keywords: Adolescence, adolescents, identity, maturation, accompaniment

HACER FRENTE A LA INTERMINABILIDAD

*“Yo sigo igual, para mí el tiempo no pasa
Yo sigo igual, todo esto no me arrastra
Yo sigo igual, para mí el tiempo no pasa
Yo sigo igual, todo esto no me arrastra”*

³⁷ 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.

³⁸ Doctor y Psicólogo Clínico: aseia.ricardofandino@gmail.com

³⁹ Psicóloga Sanitaria: aseia.vanessapousada@gmail.com

BAD GYAL

Aristóteles (2014) en la “Retórica” es quién establece las tres franjas de edad; infancia, adultez y vejez. Tiempo después se va desarrollando la idea de la adolescencia como una edad intermedia entre la infancia y la vida adulta, tomando creciente protagonismo desde medios burgueses durante el S.XVIII, cristalizando lentamente con el correr del S.XIX a través de la instauración de la escuela obligatoria, y llegando a emanciparse en los años sesenta del S.XX. A partir de los años 90 del siglo pasado y debido a cambios en la configuración social, la adolescencia se entroniza y de forma progresiva pasa a ocupar un lugar central en las sociedades contemporáneas occidentales, convirtiéndose en una larga etapa, que genera una gran deseabilidad social, tanto para adultos como para niños, y que se extiende de manera indefinida tomando tiempos que otrora correspondían a la infancia y adultez.

Del idealizado “Forever Young” de Bob Dylan hemos pasado progresivamente al circular y cerrado sobre sí mismo “Yo sigo igual” de Bad Gyal. Mientras la poesía dylaniana reivindica la belleza de la juventud, tal vez en el mismo sentido en que Oscar Wilde hablaba de la perfección de lo inmaduro, de la vida siempre inconclusa, abierta al asombro, las palabras de Bad Gyal estarían haciendo referencia a lo que Franco “Bifo” Berardi (2017) describe como la interminabilidad, la infinita extinción asintótica de todo.

Berardi habla de la lenta cancelación del futuro, de la ruptura del ideal del desarrollo siempre progresivo. Cada vez más el paso del tiempo no parece acercar al adolescente a la adquisición de la madurez, a abrirles la puerta de un mundo adulto cualitativamente diferente y esencialmente superior.

Estamos en una etapa de tránsito. Se podría postular que vivimos a los dos lados de una grieta temporal tal y como define el crítico cultural Mark Fisher (2018). A un lado de la grieta estamos aquellos para los que la vida sigue siendo un proceso de construcción y crecimiento. Al otro lado aquellos para los que pasado, presente y futuro son una realidad simultánea accesible virtualmente. Bienvenidos al multiverso. La utopía cyberpunk y la emergencia de la realidad trans generan una ruptura de las lógicas física y biológica acercándonos a un mundo de universos paralelos y simultáneos donde el ideal de la autoconstrucción de la identidad pareciera no tener límites. Michel Serres (2014) lo describe ya como un nuevo ser humano que no tiene el mismo cuerpo, ni la misma forma de comunicarse, ni vive en el mismo espacio, ni tiene la misma esperanza de vida, ni teme la misma muerte.

Este es el contexto en el que la esencia de la adolescencia está cambiando y nos pone frente a un nuevo reto. Se ha establecido de este modo una nueva normalidad que desafía nuestros constructos teóricos y nuestra experiencia.

ADOLESCENTES, DESESPERANZA Y FUTURO

¿Qué es una guerra para vosotras?

Cuando dos personas mayores no pueden solucionar sus conflictos como adultos, pacíficamente, y enfrentan a dos países distintos a los que han metido ciertas ideas en su cabeza"

María, adolescente ucraniana, 15 años

Para Remo Bodei (2016) el aserto de Aristóteles según el cual los más jóvenes miran al futuro con esperanza, no deja de ser hoy una trágica ironía

Los mensajes que giran alrededor de la idea de que los adolescentes hoy no tienen futuro, o de que “van a vivir peor que nosotros”, se repiten de manera masiva desde hace más de una década y se recrudecen a raíz de la pandemia por la covid-19 y del actual escenario de crisis sistémica. Esta situación coincide con una creciente preocupación por la salud mental de la población más joven. El suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años. Durkheim (2012) establece las bases sociales del suicidio distinguiendo entre suicidios egoístas, altruistas, anómicos y fatalistas. El suicidio anómico sería el que se da en sociedades cuyas instituciones y

cuyos lazos de convivencia se hallan en situación de desintegración. Para Merton (2002) la anomia es una disociación entre los objetivos culturales y el acceso a los medios necesarios para llegar a esos objetivos y parece evidente que en el contexto sociocultural en el que nos encontramos la relación entre los medios y los fines está debilitada.

El desarrollo actual de un imaginario colectivo acerca del futuro está marcado por varios elementos:

- La conciencia de la existencia de un cambio climático
- El desarrollo de la inteligencia artificial que supondrá la progresiva automatización de diversos puestos de trabajo.
- La emergencia de internet como espacio de conocimiento y relación predominante.
- Las migraciones masivas por razones de guerra, climáticas o de búsqueda de prosperidad.
- Las crecientes dificultades para mantener sistemas de protección social para colectivos vulnerables dentro de la lógica del sistema económico de mercado.

Ante esta situación encontramos diferentes formas de afrontar el futuro. Entre otras destacamos:

- a) **Retrotópicas.** Para Bauman (2017) las retrotopías son mundos ideales ubicados en un pasado perdido que se ha resistido a morir como utopía. Generan una vivencia melancólica en el recuerdo de un pasado más o menos cercano que funciona como un ideal a recuperar.
- b) **De decrecimiento.** Favorables a la disminución controlada de la producción de bienes de consumo. Y de regulación económica.
- c) **Transhumanistas.** Que pretenden la transformación de la condición humana mediante el desarrollo de avances tecnológicos disponibles de forma generalizada, que mejoren las capacidades humanas, tanto a nivel físico como psicológico.
- d) **Ecología profunda.** Intento de superación del antropocentrismo desarrollando una filosofía ecológica que considera a la humanidad parte de un entorno con el que debe convivir tal y como plantean Arne Naess (2008) o Donna Haraway (2019)

Se plantea así una tensión para el adolescente contemporáneo entre la tendencia natural a situarse en el presente como forma de vivir y experimentar la inmediatez en la búsqueda de un lugar en el mundo desde donde generar una identidad, y la necesidad de afrontamiento de un futuro particularmente incierto.

La predominancia de las perspectivas retrotópicas del futuro en los discursos sociales adultos generan en el adolescente una suerte de “nostalgia del futuro” que favorecen diferentes problemáticas de salud mental de base melancólica. Las propuestas de las teorías de decrecimiento y de la ecología profunda requerirían de una visión compleja y de revisión de la relación del sujeto con su entorno y su cultura. Por una parte, puede entenderse la adolescencia, por su propio carácter crítico, como una oportunidad para llevar a cabo esta revisión. Por otra, siendo una edad fuertemente presionada hacia el consumo y la representación social, es difícil desarrollar opciones personales relacionadas con el decrecimiento y cierto ascetismo derivados de la conciencia ecológica profunda, siendo además esta, de comprensión compleja. Apostar por la comunidad y el frugalismo resulta contracorriente frente a las tendencias individualistas y de turboconsumo aceleradas durante los últimos años. En cuanto al transhumanismo, se podría entender al adolescente contemporáneo, como sujeto que ya trasciende los límites del paradigma de análisis bio-psico-social, para constituirse en una suerte de cyborg que vive con capacidades aumentadas. Pero esta realidad está lejos de percibirse como parte de la solución del futuro, y sí es conceptualizada con frecuencia como parte del problema.

CRISIS ADOLESCENTE Y ADOLESCENTES EN CRISIS

*La droga no me quita la ansiedad
 Ni tu gata mata mi curiosidad
 No sé apreciar to' el cariño que me dan
 'Toy demasiado subido, yo no creo en la gravedad
 (...)
 Me estoy cayendo pa' arriba
 Mami dame la bendición
 Que aunque no consiga nada
 Mami tuve mucha ambición
 La calle está mala
 Necesita medicación
 Yo no le temía a nada
 Pero ahora le temo a perderlo to'*

YUNG BEEF

Pareciera existir un consenso generalizado acerca de que en las sociedades occidentales se está produciendo una mayor problematización de la adolescencia, con lo cual supuestamente también aumentaría el número de jóvenes a los que se puede situar dentro del ámbito de la psicopatología. Se podría discutir si se trata de un incremento de adolescentes situados más allá del “síndrome de normalidad”, o si lo que se ha incrementado es la dificultad de los adultos para hacer frente a las nuevas y fluctuantes manifestaciones comportamentales y caracteriales de este grupo etario.

Ya en 2004 Moral y Ovejero hablan de una retroalimentación entre la crisis social de un mundo en cambio y la crisis adolescente caracterizada por diferentes factores:

- a) La adolescencia pierde su condición de etapa transitoria para convertirse en una juventud social prolongada.
- b) Los cambios sucedidos en el mundo laboral dificultan la plena inserción sociolaboral de los jóvenes interfiriendo en su proceso de autonomía.
- c) Vivimos en una civilización del ocio
- d) La emergencia de un mundo digitalizado donde la realidad opera también en un continuo espacio-tiempo virtual.
- e) El deterioro de las grandes verdades de la modernidad como referentes: la ciencia, el progreso, la razón, sintomatizadas en la creciente preocupación generada por el cambio climático.
- f) La saturación del yo descrita por Gergen (1992).
- g) El peso de los imaginarios urbanos como movimientos de identificación.

La conflictividad en la adolescencia se da en todos los estratos sociales, afectando en diferente grado, pero con intensidad, a medios rurales o urbanos, a diversos grupos de pertenencia y a todos los niveles socio-económicos. Alain Badiou (2017) hace referencia a una menor diferenciación interna a nivel de clase social entre los jóvenes.

...Prácticamente nada ha cambiado en el paisaje excepto los estudiantes. Los veo desde mi ventana: solitarios, mirando las pantallas de su smartphone, apurándose nerviosamente para no llegar tarde a clase, volviendo con caras tristes a los costosos cuartos que les alquilan sus familias. Siento su melancolía, siento su agresividad latente en su depresión. Sé que esa agresividad puede brotar y expresarse bajo el estandarte del fascismo. No del viejo fascismo que explotó de energía futurista, sino del nuevo fascismo que resulta de la implosión del deseo, del intento de mantener bajo control el pánico y de la rabia depresiva de la impotencia. (Berardi, 2021 p.1).

LA NUEVA NORMALIDAD

*“Estase acabando o día, e agora é cando estou tranquilo
agora é cando o vexo claro, o tempo foi feito pa gastalo
e así gasto eu o meu tempo, facendo bromas con todo
porque as veces que o tomei en serio, non me gustou moito*

*E igual que me río de todo o que vexo, un día voume rir ó acordarme desto
desta pena que a veces teño, esta pena que a veces teño
que non me deixa estar triste nin me deixa estar contento
esta pena que a veces teño, esta pena que a veces teño”*

GRANDE AMORE

Actualmente, cuando hablamos de una normalidad adolescente nos aproximamos a una forma de entender la adolescencia como la nueva norma social. Desde esta perspectiva sería la adolescencia el lugar donde se establecerían la centralidad la vida. Serían por lo tanto los adolescentes, los que podrían ser calificados de normales, aquellos que establecen la referencia. Se establece una diferencia entre el adolescente, como grupo etario, y la adolescencia como forma de estar en el mundo.

Es cierto que la adolescencia siempre fue identificada como un periodo caracterizado por la desmesura, la transgresión o la rebeldía. Así lo definían también Arminda Aberastury y Mauricio Knobel (1971) cuando hablaban del “síndrome normal de la adolescencia”.

La normalidad se entendería como capacidad para lograr la satisfacción básica del sujeto haciendo uso de los recursos existentes a su alcance. En el caso del adolescente se podría hablar de una “patología normal”, entendiéndose esta paradoja como una forma de integrar sus desviaciones en el contexto de la realidad humana que les rodea. Desde el punto de vista de los adultos la personalidad adolescente aparecería como una configuración semipatológica, pero desde un punto de vista evolutivo resulta congruente. Podría entenderse que la clave estaría en que la personalidad adolescente es una estructuración fluida, de la que si hacemos una lectura en un momento puntual puede tener los rasgos propios de un trastorno de personalidad, y si la analizamos en el tiempo resultará cambiante dentro de un proceso de maduración. Esa estructuración fluida tendería a un progresivo cierre con la entrada en la adultez, dando lugar a una configuración madura y flexible.

En los últimos años se observa una cada vez más fuerte idealización de la adolescencia como grupo social, al que los niños quieren pertenecer cuanto antes, y en el que los adultos querrían permanecer cuanto más tiempo mejor. El adolescente es un gran consumidor en una sociedad de consumo, y sus gustos e intereses determinan el interés colectivo. La provisionalidad y la fugacidad son un estándar social, así como la sobrevaloración de lo agradable, superficial, rápido y divertido.

La infancia parece estar progresivamente colonizada por conductas y actitudes correspondientes a la adolescencia. Destacan una temprana erotización y el enorme peso que lo social tiene frente a lo familiar ya en la etapa de latencia. De ahí que las dinámicas de exclusión como el acoso escolar tengan una presencia cada vez más temprana. Es frecuente encontrarlos, por tanto, con adolescentes pre-puberales que no han llegado a consolidar suficientemente una percepción de sí que les permita hacer frente al reto de ser ellos mismos en un mundo de iguales. Encontramos así a niños que necesitando todavía el juego como espacio transicional donde proyectar sus deseos y ansiedades, deben de enfrentarse a la carnalidad y la rivalidad adolescente. Frente a esta dificultad pueden reaccionar, dependiendo de la configuración y funcionalidad de sus defensas, con una temprana tendencia al acting-out, con perplejidad, o con intensas vivencias regresivas.

La adolescencia ocupando el espacio de la infancia y la adultez rompe el reloj biológico y la cronología social, estableciendo un extenso periodo vital de fluidez donde se alimenta la fantasía de que todo es (aun y siempre) posible.

HORIZONTALIDAD, DIFERENCIA, DIMENSIONALIDAD Y CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD

*“No tengo wifi
Para buscar
¿Por qué la fibra óptica me está yendo mal?
No tengo wifi
Ni una señal
No puedo entrar en Pornotube ni trabajar”
PUTOCHINOMARICON*

En las últimas décadas son grandes los cambios que se han dado en la estructura y funcionalidad de las familias. Venimos de un modelo en que el padre era un hombre que realizaba función paterna, entendida como aquella relacionada con la autoridad, que introduce la norma y los límites y facilita de este modo la inscripción del hijo o hija en el mundo social. Por otra parte, la madre se correspondía con una mujer que hacía función materna, es decir, se dedicaba a proveer a los hijos e hijas del afecto y cuidados necesarios dada su condición de personas dependientes de un adulto. Podemos decir que este modelo, si bien pervive en nuestro imaginario colectivo, ha dejado de ser predominante. En primer lugar, porque la familia "normal" está marcada por la diversidad y por ser fluctuante en el tiempo. Un/a niño/a muy frecuentemente tendrá diversas figuras que realicen función paterna y función materna a lo largo de su desarrollo, y estas ya no están claramente asociadas a un hombre o una mujer. En segundo lugar, porque, afortunadamente, la idea de la igualdad entre hombres y mujeres ha ido calando socialmente, aunque nos quede mucho por hacer al respecto.

En este proceso de cambio, una parte de la función que cumplía la familia, y la jerarquía que la sostenía, ha sido desplazada a las redes sociales virtuales, con sus dispositivos horizontales y en conexión permanente. Ellas suponen un apoyo a los sujetos hipermodernos, huérfanos de referencias, y muestran sus fragilidades al situar a la imagen como elemento central y aunar lo virtual en detrimento de la presencia.

Se produce una progresiva rotura de los binarismos –hombre frente a mujer, padre frente a madre, adulto frente a niño, real frente a virtual, poderoso frente a sometido– que nos situaban claramente ante la mirada del otro, apareciendo la diversidad en toda su complejidad. La tradicional organización simbólica se diluye y lo que antes era claro ahora pasa a establecerse en un «ser fluctuante», que ya no es inamovible y que en su dilución da paso a una continua reorganización simbólica hipermoderna

El músico y performer Chenta Tsai (2019) conocido como Putochinomarción publicó el ensayo “Arroz Tres Delicias: sexo, raza y Género”. Putochinomarción toma elementos de exclusión para definir su propia identidad, de modo que se construye a si mismo de manera consciente como una identidad no normativa. Elige la diferencia para reclamar la igualdad. Chenta Tsai reivindica la humanización de las redes sociales, presentándose como un disidente que las utiliza descolonizar y descontextualizar espacios digitales. Nos lo dice también Le Bretón “En la red yo soy el que digo que soy”.

Es verdad que las redes sociales permiten (trans)itar por la diversidad identitaria, (trans)gredir la norma y (trans)formar los espacios, convirtiéndose en contextos que favorecen la adolescencia. También lo es que invitan a un continuo espacio-temporal donde lo virtual es infinito, y por lo tanto no tiene salida ni resolución, quedando así el sujeto atrapado en un eterno juego de espejos.

Las redes sociales se diferencian de anteriores máquinas de comunicar en que sirven para establecer relaciones sociales, y lo hacen de una forma en la que el sujeto se siente a la vez muy visibilizado y muy poco expuesto. Hay una clara analogía entre las relaciones sociales de internet y el modelo predominante de las relaciones sociales en la adolescencia; la fluidez, la indefinición, la confusión, la ausencia de anclajes duraderos. Es en este sentido en el que se puede entender que las redes sociales son generadoras de relaciones adolescentes. Se trata de un nuevo espacio comunicacional en la que los guiamos más por imágenes que por palabras y en el que se favorece la inmediatez y el pensamiento hipervincular que va saltando de contenido en contenido sin solución de continuidad. La hiperestimulación sensorial característica del multitasking convierte la dispersión de la atención en una ventaja. Lo que resulta un hándicap para aprender en un aula se puede convertir en virtud cuando se deben realizar cinco tareas diferentes y simultáneas en un ordenador. Muchas casas tienen más pantallas que medios gráficos, estando acompañados por ellas todo el día e incluso toda la noche, aumentando el tiempo que los adolescentes pasan en casa conectados en detrimento del tiempo que pasan en la calle. La continua conectividad y estimulación genera una psicopatología de la vida cotidiana que ya no está en relación con la represión sino con la hiperexcitación (Berardi, 2019).

Sucede también que la confrontación generacional, característica y necesaria en la adolescencia, aparece diluida, al constituirse la adultez como una adolescencia prolongada o adultescencia, caracterizada por un gran interés en el ocio, el consumo y la apariencia juvenil. En este contexto cada vez parece más difícil que el adulto, ya desde el mundo familiar, ya desde el mundo social, pueda introducir en la relación con el niño y el adolescente la idea de límite; de como el conseguir un placer dentro del orden sociocultural pasa también, inevitablemente, por el reconocimiento de las necesidades y deseos de los otros. Nos encontramos con curiosas inversiones. Más allá de las consideraciones ideológicas subyacentes, en un supuesto debate virtual entre Greta Thunberg vs. Donald Trump ella parecería representar la normalidad sensata frente al impulsivo antisistema.

DEL YO IDEAL AL IDEAL DEL YO EN TIEMPOS DEL BLOCKCHAIN

*Chica yo no te entiendo
No sé si estas mintiendo
No te sigo queriendo
Bitch! I love my nintendo
Esta mierda es un juego
Yo me siento en el juego
Miro y no me muevo
Pero sigo primero!
Bitch! I love my nintendo
ROJUU*

La forma de comunicarse a través de las redes sociales masifica un modo comunicacional en ausencia del cuerpo que nos sitúa ante un otro recreado en un imaginario, con un elevado condicionamiento de nuestras propias proyecciones. En las redes sociales la relación se produce además entre identidades construidas a tal efecto. Así, en este espacio en el que un yo supuesto se dirige a otro yo supuesto, los límites aparecen demasiado difusos. Para David Le Breton (2016) las redes sociales, los mundos virtuales y los videojuegos, permiten multiplicar las personalidades pudiendo liberarse del cuerpo sexualizado, extraño y amenazador con el que los adolescentes tienen que vivir en su proceso de cambio puberal

La influencia de internet en el desarrollo de la identidad del adolescente cobra fuerza en un contexto en el que hay un consenso generalizado sobre el debilitamiento de los referentes adultos. La visualización de videos en la plataforma youtube es uno de los hábitos más frecuentes entre los adolescentes contemporáneos. Entre esos videos se encuentran aquellos en los que un “youtuber” transmite mensajes a la comunidad online, atiende a sus mensajes y ofrece recomendaciones. Algunos de los escenarios de identidad tratados por estos youtubers son el género, la

sexualidad y lo vocacional. Estamos hablando de referentes comunicacionales que cifran sus seguidores por millones y que publican videos en los que cuentan su historia personal y comparten su visión del mundo. Podemos ver como con frecuencia son los propios usuarios quienes solicitan a sus youtubers favoritos que se posicionen acerca de cuestiones como la identidad de género o la orientación sexual. Se convierten así los youtubers en auténticos líderes de opinión y referentes de la adolescencia.

La relación virtual favorece este proceso de desencarnamiento. El prójimo es siempre necesario para poder ser alguien, pero la proporción que de su presencia se necesita para crear nuestro target o identidad virtual puede en buena parte sustituirse por nuestra capacidad para representar en las pantallas. Es por ello que, en la construcción de la identidad, la emergencia de lo virtual, introduce elementos diferenciales. Según explica Lacan (1998) en su Seminario de 1953-1954. El yo ideal es fuente de una proyección imaginaria mientras que el ideal del yo sería una introyección simbólica. En el ideal del yo convergen el narcisismo, las identificaciones parentales y los ideales culturales predominantes en cada época. El yo ideal, por su parte se corresponde con un narcisismo primario vuelto siempre sobre sí mismo. El modo relacional de las redes sociales se sostiene sobre algoritmos, que favorecen el encuentro con el reflejo de aquellos aspectos del sujeto que este considera como los más valiosos de sí. La permanente búsqueda autorreferencial y la posibilidad de eliminar con un click la imperfección, la crítica o la ausencia, hipertrofian el yo ideal. Particularmente en la adolescencia, cuando la construcción de la identidad está comprometida, las redes sociales aparecen como autopistas de cuatro carriles para el falso self, frente a los pedregosos y tortuosos caminos del ideal del yo.

No debemos tampoco olvidar que el proceso de cambio de paradigma en el que nos encontramos no ha terminado, lo cual nos obliga a estar muy atentos a la evolución. El adolescente en occidente es ya, a nivel de la construcción de su identidad, un cyborg que ha vivido la infancia y la adolescencia siendo un organismo cibernético. La tecnología tiene ya la capacidad de crear por sí misma una nueva realidad que influye en nuestro mundo emocional.

CARACTERES PARA UN NUEVO MUNDO

Eh, yo soy muy mía, yo me transformo
Una mariposa, yo me transformo
Makeup de drag queen, yo me transformo
Lluvia de estrella', yo me transformo
Pasá' de vuelta', yo me transformo
Como Sex Siren, yo me transformo
Me contradigo, yo me transformo
Soy to'a' las cosa', yo me transformo
 ROSALÍA

Los adolescentes contemporáneos parecieran vivir en un escenario postapocalíptico en el que ellos representan la nueva normalidad social. Atrapados en una edad que en otro tiempo era de tránsito, la salida de la adolescencia se ha convertido en una nueva Ítaca. Las caracteropatías en la adolescencia desafían hoy la lógica del continuo normalidad-patología, para abrir un interrogante sobre la construcción de la identidad donde el binarismo ha estallado en mil pedazos y el cuerpo ha sido desplazado como lugar de la experiencia por un mundo virtual. El trabajo con el adolescente contemporáneo se presenta así, como un gran desafío y un enigma por resolver.

Siguiendo a Badiou (2017) los adolescentes se encuentran en el umbral de un nuevo mundo más allá de la tradición milenaria. Es posible que ya hayan traspasado ese umbral y nosotros solo podamos observarlos desde la otra orilla de una grieta temporal, entre la fascinación y el miedo.

Según nos explica Eric Raymond (2001) en su manifiesto *¿Cómo convertirse en un hacker?*, los hackers son los constructores de internet, mientras los que entendemos como piratas informáticos son los denominados crackers.

La mitología hacker dice que la palabra hack viene del ruido que se produce al ensamblar piezas, mientras la crack es el que se produce al romper piezas. El adolescente contemporáneo es el hacker que puede transformar la realidad y al igual que los constructores de internet, evolucionar la propia condición humana. Dice Laura Llevadot (2022) en su ensayo “Mi herida existía antes que yo” “Quizás haya que empezar a reivindicar la no identidad, la monstruosidad, la duda, la herida, la falta, el no saber, frente a un mercado, un derecho y un discurso médico que nos quiere íntegros, unívocos y acabados”. Jóvenes hackers de nuestro nuevo mundo. En su canción Vaca profana, Caetano Veloso escribe "de cerca nadie es normal" y Mark E. Smith líder de The Fall también lo afirma cuando dice "No hace falta que seas raro para ser raro". Parafraseando a Mark Fisher (2018); ver el mundo, y a nuestros pacientes adolescentes, tal y como son hoy en día, puede llevarnos a lugares muy extraños donde lo raro es lo normal.

La adolescencia se ha convertido en valor de consumo, referencia, objetivo comercial y objetivo de vida. En palabras de Jerónimo Bellido “La adolescencia ha llegado para quedarse” y Martín Caparrós (2019) lo suscribe cuando afirma:

“Es raro, pero esa rareza es puro prejuicio y nadie podría afirmar que es mejor convertirse –como solíamos- en un señor o una señora, cambiar de estilo, de vidas: caer en aquella trampa tan acrobática de “sentar la cabeza”. Ellos ya son así; los que debemos cambiar somos los viejos” (p.8)

Volviendo a Berardi (2019) el futuro se decide en la esfera psíquica, lingüística y tecnológica y el espacio en el que se podrá determinar una transformación es el de la creación y de la invención. Nosotros consideraríamos que solo los propios adolescentes contemporáneos pueden llegar a entender por completo el proceso posthumano (que no transhumano) en el que se encuentran inmersos, y que únicamente desde ese punto de vista podrán transformarlo desde una perspectiva ética.

Con todo ello seguimos considerando que en el desarrollo de una adolescencia es necesario la implicación del adulto, que testimonie la posibilidad de un futuro e introduzca la noción de límite volviendo una y otra vez a la perspectiva moral del Edipo freudiano donde no todo es posible. ¿Pero qué adulto? Para volver a la adultez, sin caer en el riesgo de un retorno nostálgico al poder absoluto patriarcal, tenemos que recuperar un padre real, corporal, responsable de su proyecto de vida, de lo que hace y de lo que no hace, de sus aciertos y sus errores, que asume un lugar activo en su relación la propia historia vital. Es en palabras de Recalcati (2015):

“un padre, que sabe encarnar en su propia existencia singular, la pasión del deseo, y precisamente porque la sabe encarnar, también puede transmitirla” (p.56)

REFERENCIAS

Aberasturi, A., & Knobel, M. (1971). *La adolescencia normal*. Buenos Aires: Paidós.

Aristóteles. (2014). *Retórica*. Madrid: Alianza Editorial.

Badiou, A. (2017). *La verdadera vida: Un mensaje a los jóvenes*. Barcelona: Malpaso Ediciones.

Bauman, Z. (2017). *Retrotopía*. Barcelona: Paidós.

Berardi, F. (2017). *Fenomenología del fin*. Buenos Aires: Caja Negra.

Berardi, F. (2019, febrero 20). El problema es cómo la pantalla se ha apoderado del cerebro. *El País*. https://elpais.com/cultura/2019/02/18/actualidad/1550504419_263711.html

-
- Berardi, F. (2021, mayo 17). Hay una crisis de la mente crítica. *Página 12*.
<https://www.pagina12.com.ar/341983-hay-una-tesis-de-la-mente-critica>
- Bodei, R. (2016). *Generaciones. Edad de la vida, edad de las cosas*. Barcelona: Herder Editorial.
- Caparrós, M. (2019, noviembre 3). La juventud chiclosa. *El País*.
- Durkheim, E. (2012). *El suicidio*. Madrid: Akal.
- Fisher, M. (2018). *Los fantasmas de mi vida*. Buenos Aires: Caja Negra.
- Gergen, K. J. (1992). *El yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Haraway, D. (2019). *Seguir con el problema. Generar parentesco en el Chthuluceno*. Bilbao: Consonni.
- Lacan, J. (1998). *Seminario 1. Los escritos técnicos de Freud 1953-1954*. Buenos Aires: Paidós.
- Le Breton, D. (2016). *Desaparecer de sí*. Madrid: Ediciones Siruela.
- Llevadot, L. (2022). *Mi bebida existía antes que yo*. Barcelona: Tusquets.
- Merton, R. K. (2002). *Teoría y estructura sociales*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España.
- Moral, M.^a de la V., & Ovejero, A. (2004). Jóvenes, globalización y postmodernidad: crisis de la adolescencia social en una sociedad adolescente en crisis. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 37-44.
- Naess, A. (2008). *Ecology, community and lifestyle paperback: Outline of an ecosophy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Raymond, E. (2001). *Cómo convertirse en hacker* (M. Vidal, Trad.).
<http://biblioweb.sindominio.net/telematica/hacker-como.html>
- Recalcati, M. (2021). *¿Qué queda del padre?: La paternidad en la época hipermoderna*. Buenos Aires: Xoroi Edicions.
- Serres, M. (2015). *Pulgarcita*. Barcelona: Gedisa.
- Tsai, Ch. (2019). *Arroz tres delicias. Sexo, raza y género*. Barcelona: Plan B.

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-Pérez⁴⁰ y María Dolores Domínguez-Santos⁴¹

RESUMEN

La puesta en marcha de un programa de Hospital de Día de Salud Mental para niños y adolescentes puede ser una tarea compleja. Se intenta describir las diferentes modalidades de programas existentes centrándose en la estructura, los recursos humanos, la organización, las intervenciones terapéuticas y los indicadores de calidad. Existe evidencia suficiente para continuar la implementación de programas de Hospital de Día de salud mental para niños y adolescentes. Sigue siendo preciso el desarrollo de directrices clínicas específicas y nuevos estudios para evaluar la efectividad siguiendo estándares similares.

Palabras clave: Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, Hospital de Día, Evaluación, Efectividad, Hospitalización Parcial

ABSTRACT

Starting-up a mental health Day Hospital program for children and adolescents remains a complex task. We attempt to describe the existing programs focusing on structure, human resources, organization, therapeutic interventions, and quality-of-care. There is sufficient evidence to continue the implementation of mental health Day Hospital programs for children and adolescents. Developing specific clinical guidelines and designing new studies to evaluate effectiveness following similar standards could be some of the right steps to provide the best treatment possible.

Keywords: Child and Adolescent Psychiatry, Day Hospital, Evaluation, Effectiveness, Partial Hospitalization

INTRODUCCIÓN

Existe un acuerdo general sobre los Hospitales de Día como programa de tratamiento eficaz para diferentes patologías psiquiátricas en niños y adolescentes (Tumuluru, 2020). Los estudios de efectividad frente a los estudios de eficacia tienen la ventaja de poder reconocer situaciones de la práctica clínica real, la terapia no es siempre de una duración fija, puede ser ecléctica, muchas veces se consideran agrupaciones sindrómicas en lugar de diagnósticos puros y el enfoque de la psicoterapia intenta en muchas ocasiones mejorar el funcionamiento global antes que buscar la desaparición de un síntoma específico (Granello et al., 2000). De ahí la importancia de realizar estudios que tengan una aplicación a la práctica real, de tal forma que incluyan información relevante sobre aspectos estructurales y organizativos, algo que a su vez podría ser útil para el diseño de nuevos programas de tratamiento.

⁴⁰ Psiquiatra. Servicio Murciano de Salud. CSMIJ Cartagena, Cartagena. España. federico.cardelle@carm.es

⁴¹ Psiquiatra. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidade de Santiago de Compostela. España. mado.dominguez@usc.es

Cuando un clínico se encuentra con la tarea de poner en marcha un Hospital de Día para niños y adolescentes, se encuentra con una falta de guías, datos dispersos y escasa precisión sobre el modelo a seguir en la práctica real, dada la diversidad existente. Esto no invalida el hecho de que la diversidad de enfoques terapéuticos puede considerarse un valor en sí mismo, pero la realidad que se encuentra el profesional es que el diseño y la implementación de estos programas aún no están estandarizados y sitúan al profesional en una zona de incertidumbre (Tumuluru & Sorter, 2020). Esperamos que estas líneas a modo de panorámica puedan ayudar en este sentido a nivel clínico.

ESTRUCTURA

Las recomendaciones incluyen aulas, sala de terapia grupal, sala de reuniones comunitarias, sala de descanso, sala de espera, consultas para terapia individual, consultas para personal educativo, sala de medicamentos, baños, área de cocina-comida, instalaciones recreativas, uso flexible del espacio y la necesidad de vehículos para el transporte de pacientes y padres, como pueden ser una o más furgonetas para actividades recreativas en la comunidad y acceso a hogares (Ghuman & Sarles, 1998), una sala común grande y polivalente, sala adjunta para la contención emocional, taller, sala de logopedia. (Villero Luque et al., 2016). Un conjunto con un espacio suficientemente grande, que se ha estimado en aproximadamente 100 metros (Jiménez Pascual, 2001). La distribución podría tener la forma de un teatro, herradura o semicírculo como adecuado para compartir experiencias, ejercicios de juego de roles y realizar exposiciones, ya que favorecen el intercambio de opiniones y la adopción de acuerdos en un contexto grupal y mantienen la opción de que se puedan hacer reflexiones independientes. El entorno es menos distante que con otras opciones, manteniendo una distancia física corta con un contacto visual más directo, se trata esta de una adaptación técnica al diseño del aula propuesto en los manuales propuesta desde un modelo de tratamiento ambulatorio intensivo (Delgado, 2009). En cuanto a los recursos materiales, debe haber material de diagnóstico clínico y médico, pruebas y otro material psicológico, para enfermería y terapia ocupacional, así como los necesarios para las actividades de interacción social y administración (INSALUD, 2000), manteniendo material suficiente para el juego, así como de carácter psicopedagógico (Jiménez Pascual, 2001).

RECURSOS HUMANOS

Una amplia variedad de profesionales que deben estar representados en los Hospitales de Día, como son psiquiatras de niños y adolescentes, trabajadores sociales, psicólogos, logopedas, terapeutas ocupacionales, terapeutas familiares y psicoterapeutas (Masters et al., 2002). Se ha considerado a nivel de necesidades de personal a los programas de hospitalización parcial como equiparables a las unidades de hospitalización, excepto que no hay necesidad de turnos de enfermería de 24 horas, con una estimación de paciente-personal de tres a uno, y no más de seis pacientes asignados al mismo miembro del equipo. Los intentos de trabajar con muy poco personal pueden ser una fuente de estrés, agotamiento y deterioro institucional.

Desde Estados Unidos se planteaba que el personal necesario para trabajar con veinte niños más veinte adolescentes a tiempo completo y estancia media de cuatro semanas sería de un psicólogo clínico / administrador de programas con capacitación y experiencia en servicios de salud mental para niños y adolescentes, cuatro clínicos (trabajadores sociales y / o psicólogos, cada uno como administrador de casos y terapeuta primario para una agenda asignada de diez pacientes), un psiquiatra de niños y adolescentes, dos maestros de educación especial, dos enfermeras, seis asistentes / auxiliares de salud mental (*counselors* que interactúan diariamente con los pacientes), más medio auxiliar de abuso de sustancias; comentaban que otro personal podría ser compartido, como terapeutas ocupacionales que generalmente proporcionaban una o dos horas por semana. (Ghuman & Sarles, 1998). En España, los asistentes de Hospital de Día de la adolescencia suelen ser educadores sociales o terapeutas ocupacionales. Un programa con estancias medias más cortas requeriría más personal y tiempo adicional para realizar evaluaciones y el trabajo asociado con las admisiones y las altas.

Todo el equipo debería tener la formación necesaria para reconocer las reacciones transferenciales y así ser capaz de responder a ellas adecuadamente (Graell et al., 2010). Se ha escrito sobre el impacto emocional que puede sufrir cualquier profesional en contacto con pacientes en psiquiatría (Hinshelwood, 2004), y se ha descrito específicamente que el contacto directo y permanente con niños y adolescentes con trastorno mental grave puede llegar a ser muy exigente a nivel personal, por lo que se recomienda un cuidado especial del personal de servicio tanto en sus aspectos formativos como en su posible *burnout* (Morandé, 1998).

ORGANIZACIÓN

Durante las primeras consultas una opción razonable es priorizar el apego con el nuevo entorno y su personal, no iniciando dinámicas de grupo que puedan causar angustia excesiva y puedan provocar abandono (Villero Luque et al., 2016). En un entorno donde muchos profesionales trabajan con pocos pacientes se ha recomendado un trabajo jerárquico, coordinado, bien estructurado y dirigido, ya que muchos pacientes tienen dificultades en su propia estructuración personal y el recurso debe ser capaz de ayudarles (Morandé, 1998). A su vez, el equipo terapéutico debería ser flexible al escuchar las demandas de los pacientes y las familias. Algunos ejemplos al respecto son la experiencia de crear un taller de una manera imaginativa como respuesta a un conflicto institucional (Solana Azurmendi, 2010), así como ante el incumplimiento de la misma regla -uso de un reproductor de música- la actitud del equipo no sería necesariamente la misma según las circunstancias -comportamiento provocativo versus respuesta a un repunte en distorsiones perceptivas- (Chamorro Salvat et al., 2011).

Para el caso de niños y adolescentes en edad escolar el tiempo de permanencia diaria depende de si la integración educativa es posible o no (Jiménez Pascual, 2001). Los niños integrados en sus escuelas correspondientes asisten a tiempo parcial, en los casos de tratamiento integrado con educación permanecen durante el horario escolar en el Hospital de Día. Se considera que los Hospitales de Día para niños suelen contar con profesores especializados en su equipo, que también son aconsejables para Hospitales de Día para adolescentes de larga duración (Morandé, 1998).

Presentamos a continuación ejemplos reales tomados de la práctica clínica. Un Hospital de Día tenía una hora y media dedicada diariamente a la educación especial y tres horas a actividades psicoterapéuticas (Grizenko et al., 1993). Otro programa ofrecía cinco días a la semana durante seis horas al día, tratamiento intensivo de veinte días, manteniendo tres horas de intervención grupal, dos horas y media de trabajo escolar y al menos una hora a la semana de psicoterapia individual (Granello et al., 2000), aunque también mencionaban que algunos pacientes asistían menos horas. Un tratamiento multimodal estructurado ofrecía cinco horas y media al día, cuatro días a la semana, incluidas dos horas que se dedicaban al apoyo académico con una reducción gradual al final del programa de esos cuatro días a la semana para la transición a la escuela (Thatte et al., 2013). Otro programa día incluía días laborales de diez a dos de la tarde incluyendo almuerzo (Alcamí Pertejo, 2005). Algunos de ellos sólo interrumpen el tratamiento grupal quince días en verano, manteniendo los enfoques individuales y familiares (Laita de Roda, 2016). Otros siguen un modelo francés, conceptualizado como Hospital de Día a tiempo parcial a través de módulos de tratamiento grupal que permiten mantener la integración con el entorno escolar y optimizar la capacidad y los recursos asistenciales del Hospital de Día, con un horario entre las 11:30 y las 14 horas (Villero Luque et al., 2016). Otros son constituidos en grupos de acuerdo con rangos de edad y atendiendo a cada uno de ellos un día a la semana (Barrera Piñero & Gómez García, 2016), en ocasiones el personal realiza tanto asistencia ambulatoria como en Hospital de Día. El número de pacientes varía habitualmente entre 10 y 40 plazas.

Se ha señalado la importancia de ofrecer a los pacientes suficiente espacio y tiempo para permitir un vínculo psicoterapéutico (Cruz Martínez et al., 2019). Cuando el Hospital de Día se especializa en trastornos emocionales graves en la infancia o en adolescentes con rasgos desadaptativos de la personalidad altamente deteriorados, dados los objetivos de reestructuración y socialización, teóricamente podrían ser necesarios uno o dos años de terapia intensiva (Morandé, 1998). La duración de tratamiento real varía entre programas, desde los veinte días para un programa de tratamiento intensivo (Granello et al., 2000), a una estancia media de entre 12 y 14 semanas (Thatte et al., 2013), hasta una duración de la intervención estimada en 115 días (Kiser et al., 1996).

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

El programa debe incluir actividades de acuerdo con los déficits existentes en el momento de la admisión, con un orden de prioridades individualizada para cada paciente. Los criterios de alta son el cumplimiento de los objetivos previstos en el programa terapéutico, el incumplimiento de las expectativas a alcanzar o cuando se estima que otros dispositivos pueden aportar una solución más adecuada a un caso concreto (Pedreira Massa, 2001), siempre es necesario realizar una labor de alta con el paciente y la familia. Un programa que permita un tratamiento intensivo debe facilitar el establecimiento y consolidación de una mejor alianza terapéutica. El enfoque basado en un programa terapéutico individualizado (PTI) puede resultar útil para organizar el tratamiento en casos complejos evitando la deriva terapéutica, mediante una evaluación y seguimiento completo con pacientes y familias. Los objetivos deben ser comprensibles -como las propias palabras del niño/adolescente-, posibles, medibles y diferentes de las hipótesis del personal. El PTI se realiza de forma multidisciplinar en el momento de la admisión y es revisado semanalmente por todo el equipo comprobando el cumplimiento de los objetivos y realizando propuestas de mejora (Jiménez Pascual, 2001). Sería pues un proceso dinámico, interactivo e integral en el cuidado del menor (Puntí Vidal, 2010). Cada paciente debe tener un PTI con un eje de trabajo transversal con las tareas diferenciadas de los profesionales en busca de un objetivo común. Algunos modelos de PTI están publicados y por ello pueden servir de referencia (Villero Luque et al., 2016) (Díaz-Sibaja et al., 2007). Para la intervención terapéutica dentro de un equipo multidisciplinar se cuenta con las múltiples posibilidades de identificación en el Hospital de Día en la adolescencia (Chamorro Salvat et al., 2011).

La terapia grupal en adolescentes podría ayudar a reducir la autoexigencia percibida y trabaja en la comprensión de los conflictos activos, facilitar la introspección y compartir experiencias con la sensación de seguridad y aceptación por parte del grupo (Sánchez del Hoy et al., 2006). La fuerza de la intervención se basa en las intensas identificaciones presentes, la cultura de ayuda mutua, los sentimientos de pertenencia, complicidad, comprensión y la posibilidad de compartir experiencias difíciles en un contexto distinto (Delgado, 2009). Implican menores costes tanto en tiempo como en profesionales, un aspecto clave en contextos como el de salud pública donde hay presión sobre los recursos (Sánchez del Hoy et al., 2006). Las psicoterapias grupales de niños y adolescentes suelen constituirse en torno a problemas específicos, su etapa de desarrollo permite compartir objetivos y las técnicas de forma que puedan ser aplicables a todo el grupo (Cheng & Myers, 2011).

Hay evidencia de varias modalidades de psicoterapia grupal durante muchos años. Un metaanálisis clásico sobre la intervención de terapia grupal encontró que el tratamiento grupal fue significativamente más efectivo que los grupos en lista de espera o placebo, con resultados como los de adultos (Hoag & Burlingame, 1997), donde pacientes con diversos diagnósticos se beneficiaron de la intervención. Algunas de las intervenciones psicoterapéuticas específicas en los niños son la psicoterapia psicodinámica, la psicoterapia de apoyo, la psicoterapia cognitivo-conductual, la psicoterapia interpersonal y las intervenciones sistémicas familiares. La eficacia de los grupos terapéuticos en un contexto clínico es relevante ya que los sujetos incluidos suelen presentar mayor patología frente a muestras subclínicas.

El uso de la terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes con trastornos de tipo externalizante, como el programa de afrontamiento que incluye conciencia emocional, toma de distancia, manejo de la ira, resolución de problemas sociales y demarcación de objetivos, ha sido objeto de estudios de efectividad (Lochman et al., 2011). La integración de estrategias cognitivas y conductuales en un programa basado en terapia grupal y familiar se ha utilizado durante años, observando técnicas cognitivas específicas en combinación con intervenciones conductuales útiles para problemas de conducta en el entorno del Hospital de Día (Cole & Kelly, 1991).

La implicación de los padres en el tratamiento se ha definido clásicamente como la variable más importante como predictor de buen pronóstico (Grizenko, 1997), mientras que el funcionamiento familiar antes del ingreso ha demostrado ser un predictor de mejoría durante el tratamiento. Un trabajo destacó tres estudios sobre el grado de implicación familiar con la evolución de los trastornos mentales en adolescentes encontrando dicha correlación en todos los casos (Weir & Bidwell, 2000). Dos estudios adicionales encontraron que las alianzas con el niño y con los padres eran independientes entre sí, y primero fue un predictor fundamental de mejora en la salud durante el

ingreso (Green et al., 2001) (Green et al., 2007). Un análisis de reingresos hospitalarios en el norte de California evaluó el impacto de incluir la terapia familiar en el marco de los servicios de tratamiento ambulatorio intensivo informo que para que dicha intervención sea favorable debe ser consistente, oportuna y efectiva para reducir las recaídas (Sampathi et al., 2020) La importancia de trabajar con las familias queda fuera de toda duda.

La terapia institucional se ha propuesto como un tratamiento integrado con el uso de diversas técnicas psicoterapéuticas para establecer el vínculo y la comprensión de la dinámica emocional con miras a mejorar sus capacidades y mejorar su organización psíquica. Como principios están el abordaje integral del niño y del entorno, la formación psicoterapéutica integrativa, la multidisciplinariedad y la participación, el diseño de un plan de trabajo individualizado, y el trabajo con grupos heterogéneos con respecto al diagnóstico (Villero Luque et al., 2016). La teoría de Bion y Foulkes del grupo como-un-todo (*group-as-a-whole*) supone que el grupo en su conjunto es mayor que la suma de sus partes, de forma que para alcanzar la mayor expresión terapéutica tanto las interpretaciones del comportamiento como las intervenciones deben dirigirse al nivel grupal (Martin et al., 2017). También se han propuesto modelos específicos en Hospital de Día para grupos de pacientes que comparten diagnóstico, como por ejemplo el Programa Social-TEA para adolescentes basado en *Social Cognition and Interaction Training for Autism* (SCIT-A). Se trata de un grupo semanal que está manualizado, constituido por ocho pacientes que realizan un psicólogo clínico y un terapeuta ocupacional durante un plazo de seis meses (Alcamí Pertejo et al., 2022).

Dentro de la terapia conductual aplicada al Hospital de Día para niños y adolescentes, el tratamiento contextual buscará aumentar la capacidad del paciente para tolerar la frustración, ajustarse a normas y reglas, aprender a organizarse, desarrollar la motivación a través de la consecución de objetivos, aprender nuevas formas de interactuar como sea posible y valorarlas positivamente. El tratamiento conductual buscará como prioridad provocar un cambio en la forma en que la persona funciona y generalizar las mejoras aprendidas a los otros contextos significativos de la vida del paciente (Font & Vidal, 2010). Las técnicas de manejo conductual, la imposición de límites, el tiempo de espera en una habitación silenciosa y la restricción si es necesario, ayudan a proporcionar una estructura y seguridad óptimas para el entorno (Ghuman & Sarles, 1998). Las diferentes fases para el manejo del comportamiento en el contexto de un grupo son secuencialmente: la intervención de líderes, un cambio estructural o de procedimiento, interpretación verbal, límite verbal y, en ocasiones poco frecuentes y "sólo si todo lo anterior falla", el límite físico (Martin et al., 2017), con la necesidad por parte del personal de disponer de los recursos humanos, la formación y el conocimiento para realizar dichas técnicas con seguridad.

Considerada terapia cognitivo-conductual de tercera generación, el enfoque teórico de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) se basa en tres pilares: ciencias del comportamiento, filosofía dialéctica y práctica Zen. Concepto original de Linehan y luego revisado para la población adolescente de América del Norte por Miller, la DBT fue desarrollado originalmente para pacientes con trastornos bipolares y desregulación emocional. Los estudios con adultos han indicado que se asocia con una mejora en los comportamientos problemáticos, incluida la ideación y el comportamiento suicida, la autolesión no suicida, el agotamiento y la hospitalización. Los intentos de aplicar este modelo a la población adolescente consideraron que puede ser beneficioso para pacientes con una amplia gama de dificultades de regulación emocional, particularmente para aquellos con desregulación emocional que conduce a excesos de comportamiento, y los resultados de estudios abiertos y experimentales con adolescentes se han considerado buenos (MacPherson et al., 2013). Teniendo en cuenta el predominio de la impulsividad en sus pacientes, se propuso un programa ambulatorio intensivo como alternativa al programa de Hospital de Día a tiempo completo como un programa manual para adolescentes con inestabilidad emocional severa (Delgado, 2009). Esta adaptación de la DBT incluye recomendaciones sobre asistencia, mantenimiento de terapia individual, ausencia de intoxicantes, respeto a la privacidad, solicitud de ayuda, confidencialidad, puntualidad y relaciones fuera del grupo, incluido el tema de las redes sociales y considera el abandono cuatro ausencias injustificadas. Recomiendan simplificar el idioma y adaptar el contenido y los símbolos a la edad y la cultura del grupo y del país (cambio de nombre de los módulos, hoja de habilidades, uso de acrónimos). La DBT aplicada a los trastornos alimentarios en el Hospital de Día mostró mejoría (Brown et al., 2020) especialmente para la Bulimia Nerviosa, con la limitación de que se trataba de pacientes de edad adulta. Un ensayo clínico aleatorizado (ECA) sobre el uso de DBT en adolescentes con comportamiento suicida y autolesión repetitiva mostró que esta podría ser una

intervención efectiva para reducir la autolesión, la ideación suicida y la depresión en adolescentes con comportamiento repetitivo autolesivo (Mehlum et al., 2014), el seguimiento de un año informó resultados positivos (Mehlum et al., 2016).. La DBT tuvo una mayor reducción en los síntomas de internalización y externalización en comparación con el tratamiento habitual y la terapia conductual cognitiva (TCC) grupal tanto en la hospitalización parcial como en los regímenes de tiempo completo, lo que indica que estos tratamientos basados en la evidencia podrían adaptarse para tratar a niños y adolescentes a corto plazo en entornos terapéuticos agudos (Hatziergati et al., 2016). Se publicó otro ECA sobre DBT para preadolescentes con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, aplicando como en la terapia individual de adultos, habilidades sociales, llamadas telefónicas, trabajo en equipo y adicionalmente entrenamiento de padres (32 sesiones semanales de 90 minutos de duración), mostrando resultados eficacia a nivel preliminar en varios dominios (Perepletchikova et al., 2017). Los resultados de una revisión retrospectiva de pacientes en edad adolescente tratados con TDC en hospitalización a tiempo completo versus un tratamiento histórico del grupo control como habitual con 801 adolescentes apoyaron el uso de DBT en este perfil (Tebbett-Mock et al., 2020).

Dentro de la orientación dinámica orientada hacia el Hospital de Día para niños y adolescentes, García Badaracco propuso una comunidad terapéutica basada en conceptos psicoanalíticos, mientras que Yalom había realizado un análisis de las interacciones interpersonales que tienen lugar dentro del grupo terapéutico interpretándolas como una proyección de aquéllos fuera del grupo, abriendo así la posibilidad de un cambio (Chamorro Salvat et al., 2011). Bateman y Fonagy propusieron la terapia basada en la mentalización (MBT) para pacientes con síntomas de trastorno límite de la personalidad (Bateman & Fonagy, 1999) (Bateman & Fonagy, 2001), siendo su aplicabilidad y eficacia evaluadas en un entorno de hospitalización parcial. Se realizó un ECA sobre MBT versus tratamiento habitual para adolescentes con respecto a las conductas autolesivas -programa manual de un año de duración-, indicando que podría ser una intervención efectiva para reducir dichas conductas (Rossouw & Fonagy, 2012). Su aplicación en grupos de adolescentes y sus familias en Hospital de Día se basa en que la comunidad terapéutica proporciona un ambiente de vinculación seguro propicio para la mentalización y el desarrollo de la confianza epistémica (Laita de Roda, 2016). Se realizó una evaluación a través de ECA sobre un programa para tratar de reducir los intentos de suicidio en adolescentes basado en las intervenciones con el mayor grado de evidencia para reducir los comportamientos autolesivos: psicoterapia en forma de DBT y MBT. Se refieren a Mehlum y Rossouw-Fonagy dentro del término más amplio de "comportamientos autolesivos", y el ECA de Esposito-Smythers con TCC integrada para conductas suicidas juveniles y abuso de sustancias que muestra evidencia de reducción de los intentos de suicidio. Su programa DBT centrado en la familia (SAFETY) informó sobre la eficacia en la reducción de los intentos de suicidio entre los jóvenes que presentan episodios de intentos de suicidio o conductas autolesivas (Asarnow et al., 2017). Otros enfoques han sido la Terapia Focalizada en la Transferencia (TFT) de Otto Kernberg y adaptada a la población adolescente por Paulina Kernberg, y el modelo de psicoterapia breve de Cramer y Palacio sobre la conexión temática entre los conflictos de la infancia de la madre, el conflicto actual y la interacción con el niño (Alcamí Pertejo, 2005).

También se ha propuesto un grupo plurifamiliar dentro de las instalaciones del Hospital de Día (Sempere Pérez, 2005), siendo definidos su funcionamiento y aplicabilidad a la población joven (Ochs et al., 2016). El grupo multifamiliar basado en Badaracco en el Hospital de Día se ha descrito también para niños (Uría Rivera et al., 2016). Dentro del ámbito del Hospital de Día, se han propuesto clásicamente grupos psicoeducativos como el de Falloon o grupos operativos/grupos de resolución de problemas (Pedreira Massa, 2001). Otros autores describen un comedor familiar terapéutico (Barrera Piñero & Gómez García, 2016). Al trabajar semanalmente con las familias de niños muy pequeños, compartir el grupo entre los padres ayudó a reducir las experiencias persecutorias y favoreció el cambio en el marco de un grupo abierto que comenzó hablando de cada niño en particular (Alcamí Pertejo, 2005). Los grupos multifamiliares pueden incluir a un adolescente y a sus padres, algunas situaciones que se pueden dar son la participación excesiva de adultos, que el adolescente vea su intimidad expuesta, y experimentar el estar juntos como una forma de dependencia o regresión. Una alternativa es un grupo separado de adolescentes y padres, o simplemente enseñar las habilidades a los adolescentes (Delgado, 2009).

INDICADORES DE CALIDAD

Los sistemas de control de calidad ofrecerían la posibilidad de dar una respuesta útil a cada unidad, con una estimación de la efectividad de estos tratamientos para luego poder incluirlos en los planes de salud mental. Estos sistemas aplicados al Hospital de Día ofrecen una retroalimentación útil, haciendo una estimación realista de la potencia de estos tratamientos y elaborando planes de salud mental que los incluyan (Kallert et al., 2004). Desde el Hospital Clinic de Barcelona se comunicó el programa de indicadores de calidad en atención ambulatoria y hospitalización parcial iniciado en 2009 como un proceso de *benchmarking*, dirigido a promover la mejora basada en comparaciones externas de desempeño, respecto a los indicadores de calidad del Hospital de Día según la estructura del recurso, el proceso y los resultados obtenidos y agrupados en dimensiones que incluyen el cuidado de la persona y la familia, los aspectos relacionales y éticos del cuidado, la coordinación y la continuidad de cuidados (Calvo & Lázaro García, 2018). Además del tipo cuantitativo, también se han considerado otros indicadores de calidad, como la elaboración de una guía operativa interna con un esquema estructural y la definición de objetivos terapéuticos, la inclusión en los sistemas de registro de al menos un médico de referencia, el diagnóstico multiaxial, la preparación de planes de tratamiento individuales y pruebas complementarias, los criterios de funcionamiento del dispositivo (al menos un cuestionario de satisfacción del usuario y la familia), actividades de educación sanitaria e indicadores de evolución clínica (Villero Luque et al., 2016).

En 2016 se publica en Serbia un estudio naturalístico en un Hospital de Día para adolescentes y adultos jóvenes, con un equipo multidisciplinar y terapia estructurada tipo *milieu*, de orientación dinámica basada en Yalom y Leszcz, en una muestra con predominio de trastornos depresivos. Utilizaron para evaluar la satisfacción con el tratamiento un SATISPSY modificado (*Satisfaction with Psychiatry Care Questionnaire-22*), para comprender 18 preguntas (alfa Cronbach 0,844), obteniendo un valor promedio en el percentil 89.5. La satisfacción no estuvo asociada con el sexo o la edad (18.9 ± 2.5), mientras que entre las variables clínicas sí estuvo inversamente asociada con el *Cuestionario de Salud del Paciente* (PHQ-9), esto es, con la disminución de los síntomas depresivos al final de la intervención. Sus autores afirmaron que era primer estudio de adolescentes que utilizaba el autoinforme SATISPSY-22 adaptado para jóvenes y en el entorno propio del Hospital de Día (Brdic et al., 2016).

Un estudio original sobre el cuestionario multiperspectiva de 18 ítems sobre la calidad de la relación padre-hijo (*Zusammenfassung Die Eltern-Kind-Beziehung*) en el Hospital de Día de Münster para preescolares lo definió como un instrumento válido, confiable y fácil de administrar desde diferentes perspectivas en entornos clínicos (Müller & Achtergarde, 2018).

La escala HoNOSCA (*Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents*) (Gowers et al., 1999), disponible en castellano y catalán, evalúa 13 dimensiones desde el punto de vista del paciente, la familia y el clínico. Los evaluadores encontraron mayores diferencias entre las tres puntuaciones al ingreso, siendo más homogéneas al alta, indican que esta escala permite medir las variables de resultado de salud mental de niños y adolescentes en Hospital de Día y creen que también podría ser útil para medir la gravedad y la mejoría de pacientes con diferentes diagnósticos y toma de decisiones basadas en entornos de Hospital de Día (Ballesteros-Urpí et al., 2020). Tres años antes ya se había referido a la utilidad de esta escala en su estudio del impacto de los determinantes sociales en psicopatología en adolescentes en Hospitales de Día (Ollé Llopis et al., 2017).

Y para finalizar, más ampliamente, se ha considerado que cualquier evaluación de resultados clínicos puede ser útil para avanzar en la dirección de la calidad asistencial en un programa de hospitalización parcial (Tumuluru, 2018).

CONCLUSIONES

La alta especificidad de los Hospitales de Día para niños y adolescentes afecta a las revisiones, necesariamente limitante en términos de evidencia científica. El grado de desarrollo de los recursos de hospitalización parcial es desigual en diferentes países e incluso a lo largo del estado español. Esto, además de las consideraciones asistenciales, implica un número relativamente bajo de publicaciones a lo largo de los años. Los programas de tipo Hospital de Día se definen necesariamente en su abordaje terapéutico por un número limitado de plazas, dificultades para obtener un grupo control aleatorizado por cuestiones éticas, y heterogeneidad en cuanto a número de horas, tipo de intervención, perfil de pacientes incluidos... La calidad de los estudios publicados es baja: carencia de metaanálisis y escasez de ECA, principalmente se trata de estudios no multicéntricos, prospectivos, retrospectivos o descriptivos disponibles. De todos modos, hay evidencia suficiente para continuar la implementación de los programas de Hospital de Día para niños y adolescentes.

Debemos destacar la importancia de desarrollar guías clínicas específicas sobre el Hospital de Día para niños y adolescentes. Las medidas normalizadas ofrecerían la opción de cuantificar con mayor precisión las intervenciones propuestas. La dificultad para realizar estudios experimentales no debe impedir una evaluación adicional de las diferentes opciones de tratamiento, como el espectro de programas ambulatorios intensivos, programas a tiempo parcial o completo. Se necesitan nuevos estudios para evaluar la efectividad de los Hospitales de Día para niños y adolescentes que sigan estándares similares, lo que resulta en que los pacientes reciban el mejor tratamiento posible. Esperamos haber contribuido de alguna manera al clínico que se enfrenta a la compleja tarea de poner en marcha un nuevo programa de Hospital de Día.

REFERENCIAS

- Alcamí Pertejo, M. (2005). El tratamiento de la psicosis en hospitales de día. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Del Adolescente*, 39/40, 5–30.
- Alcamí Pertejo, M., Fernández Gómez, N., González Viéitez, G., Sastre Gonzalo, R., Martínez Maraña, Y., Rodríguez Peláez, C., & Broco Barredo, M. (2022). Intervención en pacientes con Trastorno del Espectro del Autismo en dispositivos intermedios. In D. Cruz & MD. Gómez García (Eds.), *Grupo de Hospitales de Día y Recursos Intermedios. Temas a debate N°1*. (SEPYRNA, Vol. 1, pp. 31–56).
- Asarnow, J. R., Hughes, J. L., Babeva, K. N., & Sugar, C. A. (2017). Cognitive-Behavioral Family Treatment for Suicide Attempt Prevention: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(6), 506–514. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.015>
- Ballesteros-Urpí, A., Torralbas-Ortega, J., Muro, P., & Pardo-Hernandez, H. (2020). Measure of clinical improvement in children and adolescents with psychiatric disorders: an evaluation of multiple perspectives with HoNOSCA. *Medwave*, 20(01), e7762–e7762. <https://doi.org/10.5867/medwave.2020.01.7762>
- Barrera Piñero, J., & Gómez García, M. D. (2016). Intervenciones psicoterapéuticas con familias. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Adolescente*, 61, 65–72.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563–1569. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 158(1), 36–42.

<https://doi.org/10.1176/appi.aip.158.1.36>

- Bradic, Z., Kosutic, Z., Mitkovic Voncina, M., Jahovic, S., Todorovic, D., Mandic Maravic, V., Peulic, A., Rakovic Dobroslavic, I., Milosavljevic, M., Aleksic, M., & Lecic Tosevski, D. (2016). Multicomponent Treatment in a Day Hospital for Adolescents: A Case of Good Practice. *Psychiatric Services*, 67(9), 943–945. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600089>
- Brown, T. A., Cusack, A., Berner, L. A., Anderson, L. K., Nakamura, T., Gomez, L., Trim, J., Chen, J. Y., & Kaye, W. H. (2020). Emotion Regulation Difficulties During and After Partial Hospitalization Treatment Across Eating Disorders. *Behavior Therapy*, 51(3), 401–412. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.002>
- Calvo, R., & Lázaro García, L. (2018). Indicadores de calidad asistencial en atención ambulatoria y hospitalización parcial. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 2(EC), 90–90.
- Chamorro Salvat, A., Murgui Mañes, E., Subirà Granados, C., & March, L. (2011). Elementos de ayuda a la mentalización y focalización psicoterapéutica en dispositivos de Hospitalización Parcial para adolescentes. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Del Adolescente*, 51/52, 147–156.
- Cheng, K., & Myers, K. M. (2011). *Child and adolescent psychiatry. The Essentials*. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.
- Cole, D. E., & Kelly, M. M. (1991). Integration of cognitive and behavioral treatment strategies in a group family-oriented partial hospitalization program for adolescents, children, and their families. *International Journal of Partial Hospitalization*, 7(2), 119–128.
- Cruz Martínez, D., Trafach Ricart, G., & Claret Rovira, J. (2019). Incidencia de los factores sociofamiliares en la psicopatología de adolescentes atendidos en Hospital de Día. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Del Adolescente*, 66, 73–86.
- Delgado, C. (2009). *ATRAPA. Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia. Adaptación de la terapia dialéctico-conductual para el tratamiento ambulatorio intensivo de la inestabilidad emocional grave y el trastorno de la personalidad límite en la adolescencia*. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Fundación Alicia Kolowitz. AEPNYA. Centro Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).
- Díaz-Sibaja, M. A., Trujillo, A., & Peris-Mencheta, L. (2007). Hospital de Día infanto-juvenil: Programas de Tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Psicología Del Niño y Del Adolescente*, 7(1), 80–99.
- Font, E., & Vidal, A. (2010). Implementación de estrategias conductuales (tratamiento contextual) en un Hospital de Día de Niños y Adolescentes. *Revista de Psiquiatría Infanto - Juvenil*, 2(EC).
- Ghuman, H., & Sarles, R. (1998). *Handbook of Child and adolescent outpatient, day treatment and community psychiatry* (ISBN 0-87630-874-4). Brunner / Mazel. Taylor & Francis Group.
- Gowers, S. G., Harrington, R. C., Whitton, A., Lelliott, P., Beevor, A., Wing, J., & Jezzard, R. (1999). Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children. *British Journal of Psychiatry*, 174(5), 413–416. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.5.413>
- Graell, M., Villaseñor, A., & Morandé Lavín, G. (2010). Hospital de Día para niños/as de 6-13 años. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 2(EC).
- Granello, D. H., Granello, P. F., & Lee, F. (2000). Measuring treatment outcome in a child and adolescent partial

- hospitalization program. *Administration and Policy in Mental Health*, 27(6), 409–422. <https://doi.org/10.1023/a:1021342309585>
- Green, J., Jacobs, B., Beecham, J., Dunn, G., Kroll, L., Tobias, C., & Briskman, J. (2007). Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry--a prospective study of health gain and costs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48(12), 1259–1267. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01802.x>
- Green, J., Kroll, L., Imrie, D., Frances, F. M., Begum, K., Harrison, L., & Anson, R. (2001). Health gain and outcome predictors during inpatient and related day treatment in child and adolescent psychiatry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(3), 325–332. <https://doi.org/10.1097/00004583-200103000-00012>
- Grizenko, N. (1997). Outcome of multimodal day treatment for children with severe behavior problems: a five-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 989–997. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00022>
- Grizenko, N., Papineau, D., & Sayegh, L. (1993). Effectiveness of a multimodal day treatment program for children with disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(1), 127–134. <https://doi.org/10.1097/00004583-199301000-00019>
- Hatziergati, D., Spaniard, A., Crumby, A., Fristad, M. A., Landa, Y., Pelcovitz, M., & Perepletchikova, F. (2016). Adaptations of evidence-based psychological treatments in inpatient, partial hospitalization, and residential settings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(10S), S205–S206.
- Hinshelwood, R. D. (2004). *Suffering Insanity: psychoanalytic essays on psychosis*. Routledge.
- Hoag, M. J., & Burlingame, G. M. (1997). Evaluating the effectiveness of child and adolescent group treatment: a meta-analytic review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(3), 234–246. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2603_2
- INSALUD. (2000). *Guía de gestión del hospital de día psiquiátrico*. Coordinación general: Moral Iglesias, L. Subdirectora General de Atención Especializada. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INSALUD).
- Jiménez Pascual, A. (2001). Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes. Jiménez Pascual AM. Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes. Grupo de trabajo de la AEN.. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 77, 115–124.
- Kallert, T. W., Glöckner, M., Priebe, S., Briscoe, J., Rymaszewska, J., Adamowski, T., Nawka, P., Reguliova, H., Raboch, J., Howardova, A., & Schützwohl, M. (2004). A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(10), 777–788. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0813-x>
- Kiser, L. J., Millsap, P. A., Hickerson, S., Heston, J. D., Nunn, W., Pruitt, D. B., & Rohr, M. (1996). Results of treatment one year later: child and adolescent partial hospitalization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(1), 81–90. <https://doi.org/10.1097/00004583-199601000-00016>
- Laita de Roda, P. (2016). Técnicas terapéuticas basadas en la mentalización en grupos de adolescentes y sus familias en el contexto de Hospital de Día . *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Adolescente*, 61, 35–42.
- Lochman, J. E., Powell, N. P., Boxmeyer, C. L., & Jimenez-Camargo, L. (2011). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2),

305–318. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.005>

- MacPherson, H. A., Cheavens, J. S., & Fristad, M. A. (2013). Dialectical behavior therapy for adolescents: theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(1), 59–80. <https://doi.org/10.1007/s10567-012-0126-7>
- Martin, A., Bloch, M. H., & Volkmar, F. R. (2017). *Levin Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive Textbook* (5th ed.). Lippincott Williams and Wilkins.
- Masters, K. J., Bellonci, C., Bernet, W., Arnold, V., Beitchman, J., Benson, R. S., Bukstein, O., Kinlan, J., McClellan, J., Rue, D., Shaw, J. A., Stock, S., & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2002). Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(2 Suppl), 4S-25S. <https://doi.org/10.1097/00004583-200202001-00002>
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295–300. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.005>
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., Larsson, B. S., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>
- Morandé, G. (1998). Las unidades de día en Psiquiatría Infantil. In J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente: Vol. II* (2nd ed., pp. 1525–1534). Servicio Publicaciones Universidad de Sevilla.
- Müller, J. M., & Achtergarde, S. (2018). Der Multiperspektivische Fragebogen zur Eltern-Kind-Beziehung (MEK). *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 67(5), 481–498. <https://doi.org/10.13109/prkk.2018.67.5.481>
- Ochs, M., Hermans, B. E., & Lingnau-Carduck, A. (2016). [Multi-Family-Groups in Youth Welfare]. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 65(5), 354–370. <https://doi.org/10.13109/prkk.2016.65.5.354>
- Ollé Llopis, I., Dote Vaca, M., Tejedor-García, M., & Cruz-Martínez, D. (2017). Impacto de los determinantes sociales en la psicopatología de adolescentes ingresados en Hospital de Día comunitario. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Del Adolescente*, 2, 125–129.
- Pedreira Massa, J. L. (2001). Los hospitales de día en la atención de los trastornos mentales de la adolescencia: orientación terapéutica. *Revista de Psiquiatría y Psicología Del Niño y Del Adolescente*, 2(1), 68–92.
- Perepletchikova, F., Nathanson, D., Axelrod, S. R., Merrill, C., Walker, A., Grossman, M., Rebata, J., Scahill, L., Kaufman, J., Flye, B., Mauer, E., & Walkup, J. (2017). Randomized Clinical Trial of Dialectical Behavior Therapy for Preadolescent Children With Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Feasibility and Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(10), 832–840. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.07.789>
- Puntí Vidal, J. (2010). Intervención Multidisciplinar en un Hospital de Día de Adolescentes. *Revista de Psiquiatría Infanto - Juvenil*, 2(EC).
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized

- controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304-1313.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>
- Sampathi, B., Harris, B. H., & Rana, M. (2020). Causes for repeated psychiatric hospitalizations in youth: an extended quality improvement analysis for factors reducing recidivism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(10), S193–S193.
- Sánchez del Hoy, P., Sanz Rodríguez, L. J., Baro Santamarta, C., & García de la Pedrosa, M. G. (2006). Una experiencia de grupos terapéuticos con adolescentes y jóvenes en un centro de salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 17(98), 217–229.
- Sempere Pérez, J. (2005). El grupo multifamiliar en un hospital de día para adolescentes. *Revista de Psicopatología y Salud Mental Del Niño y Del Adolescente*, 5, 93–101.
- Solana Azurmendi, B. (2010). Atención integral a los trastornos mentales graves en la infancia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Del Adolescente*, 50, 181–196.
- Tebbett-Mock, A. A., Saito, E., McGee, M., Woloszyn, P., & Venuti, M. (2020). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy Versus Treatment as Usual for Acute-Care Inpatient Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(1), 149–156. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.01.020>
- Thatte, S., Makinen, J. A., Nguyen, H. N. T., Hill, E. M., & Flament, M. F. (2013). Partial Hospitalization for Youth With Psychiatric Disorders. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 201(5), 429–434. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31828e1141>
- Tumuluru, R. (2018). Outcome measures driving delivery of care in an acute partial hospital program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 10S(S80), 57–57.
- Tumuluru, R. (2020). What is a partial hospital program? Results of a national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(S10), S27–S27.
- Tumuluru, R., & Sorter, M. T. (2020). Creating a unicorn: Developing a perfect partial hospitalization program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59, 10S, S26. , 59(10S), S25–S25.
- Uría Rivera, T., Ahijado Guzmán, Z., Serrano Coello de Portugal, A., Mira Pérez, J., & Rubio Plana, A. (2016). El grupo multifamiliar en el Hospital de Día de niños. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Del Adolescente*, 62, 109–115.
- Villero Luque, S., Fuertes Beneítez, P., León Allué, L., Rodríguez Pérez, E., Sánchez-Carpintero Abad, A., & Jiménez Pascual, A. (2016). Evaluación del Hospital de Día Infanto-Juvenil. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Adolescente*, 61, 17–33.
- Weir, R. P., & Bidwell, S. R. (2000). Therapeutic day programs in the treatment of adolescents with mental illness. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(2), 264–270. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00722.x>

CONDUCTA SUICIDA, PANDEMIA Y MALESTAR EMOCIONAL EN LA ADOLESCENCIA. NUEVOS RETOS Y RETOS DE SIEMPRE⁴²

SUICIDAL BEHAVIOR, PANDEMIC AND EMOTIONAL DISTRESS IN ADOLESCENCE. NEW CHALLENGES AND OLD CHALLENGES

Villar Cabeza, F.⁴³, Navarro Marfisis, M. C.⁴⁴, Amores Colom, A.⁴⁵ y Vila Grifoll, M.

RESUMEN

En España la muerte por suicidio en jóvenes de 15-19 años se sitúa entre la primera o segunda causa de muerte en esta franja de edad. A finales de 2020 irrumpió la denominada “pandemia de salud mental”, con un incremento de trastornos de la conducta alimentaria, afectivos y también, con un claro aumento de las tentativas y muertes por suicidio, especialmente en mujeres jóvenes. Muchos han atribuido este malestar diferido a las restricciones temporales asociadas a la pandemia, pero a pesar del fin de estas medidas, muchos jóvenes siguen mostrando un importante malestar. El acceso a pantallas en menores de 16 años incrementó y se generalizó durante la pandemia COVID-19. La evidencia científica alerta de los riesgos que entraña esta exposición digital, así como su relación con el malestar y la conducta suicida. En este artículo discutimos el ajuste de esta evidencia a la realidad asistencial y ofrecemos recomendaciones generales.

Palabras clave: Adolescencia, conducta suicida, pandemia, digitalización.

ABSTRACT

In Spain, death by suicide in 15 to 19 years old is the first or second leading cause of mortality in this age group. At the end of 2020, it started something we describe as the “mental health pandemic”, with an increase in eating disorders, anxiety and depression and also, suicidal behaviour and death by suicide, mainly in young women. Many relate this phenomenon to temporary restrictions imposed during the COVID-19 pandemic, but after these measures were lifted, many adolescents still continue to show significant emotional distress. The early access to screen exposure in under 16’s increased and widespread during the COVID-19 pandemic. Screen exposure in youth has increased during the pandemic, and now its damaging effects arise. In this paper we discuss this evidence in our clinical practice, as well as offer some general recommendations related to all these questions.

Keywords: Adolescence, suicidal behavior, pandemic, digitalization.

⁴²Children and Adolescent Mental Health Research Group. Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Spain.

Child and Adolescent Psychiatry and Psychology Department. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, Spain. francisco.villar@sjd.es

⁴³ Child and Adolescent Psychiatry and Psychology Department. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, Spain.

⁴⁴ Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat (Spain)

⁴⁵ Children and Adolescent Mental Health Research Group. Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Spain. Child and Adolescent Psychiatry and Psychology Department. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, Spain.

INTRODUCCION

Conducta suicida y adolescencia

La conducta suicida está conformada por una gradación de comportamientos que van desde la ideación de muerte, las amenazas, los gestos, las tentativas autolíticas y por último la muerte por suicidio (Villar, 2022). La Organización Mundial de la Salud (OMS, WHO en sus siglas en inglés) ofrece los datos de suicidio pre-pandemia mostrando que, hasta 2019, 700.000 personas mueren al año por esta causa en todo el mundo (WHO, 2021). A nivel mundial, el suicidio representa la cuarta causa de muerte en personas de entre 15 y 19 años. Le preceden los accidentes de tráfico, la tuberculosis y la violencia interpersonal (WHO, 2021). Las dos últimas, en el caso de España son poco prevalentes. Así, en España, la muerte por suicidio en esta franja de edad se sitúa como primera o segunda causa de mortalidad junto con las muertes por accidentes de tráfico, según el año de referencia (INE, 2023).

En relación a la conducta suicida sin resultado mortal, los datos pre-pandemia ya mostraban que la adolescencia es un período de especial vulnerabilidad para estos comportamientos, en parte debido a los cambios evolutivos propios de esta etapa. Por lo general, en la adolescencia se observa una disminución de la satisfacción con la vida y un aumento del estrés y de la depresión, síntomas que se han relacionado con el comportamiento suicida en diversas investigaciones (Anderson & Smith, 2003; Goldbeck et al., 2007; Morales-Vives & Dueñas, 2018). Además, una mayor impulsividad y la tendencia a subestimar los riesgos, así como la importancia de los aspectos relacionales como la necesidad de pertenencia, también pueden ser factores asociados a la conducta suicida en esta población (Burzstein & Apter, 2009; King & Merchant, 2008). En esta línea, las estadísticas pre-pandemia señalan que hasta un 8% de los adolescentes ha realizado un intento de suicidio a lo largo de su vida (Evans et al., 2005). En una muestra española de adolescentes de entre 14 y 19 años se encontró que, aproximadamente, el 4% había intentado suicidarse y el 6,9% de estos jóvenes reportaron un nivel de ideación suicida que podría considerarse alto (Fonseca-Pedrero et al., 2018). Los resultados eran similares a los encontrados en otra muestra española, con prevalencias de ideación suicida del 7% en hombres y del 8% en mujeres adolescentes de entre 14-16 años, y de intentos de suicidio del 2% en hombres y del 4,2% en mujeres (Bousoño et al., 2017). En muestras europeas se reportan prevalencias mayores, como en el estudio multicéntrico *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE) que reveló una presencia de hasta un 21,2% de ideación suicida en hombres y de un 35,4% en mujeres (Wasserman et al., 2015). Conocer la realidad actual e identificar la presencia de conducta suicida en jóvenes y sus factores relacionados, es fundamental para la prevención de la muerte por suicidio, sabemos que la ideación precede a las tentativas de suicidio, y hay amplia evidencia de que éstas, son el principal factor predictor de nuevas tentativas de suicidio (Mirkovic et al., 2020) y de la muerte por suicidio (WHO, 2021).

Malestar emocional y pandemia

Entre la segunda y la tercera ola de infecciones producidas por la COVID-19, irrumpió de forma estrepitosa a partir de Octubre 2020, una segunda pandemia que en España se ha denominado la pandemia de salud mental, la cual ha tenido efectos significativos sobre todo en la población joven, con un incremento importante de los trastornos de ansiedad y de depresión. Así, se estima que la pandemia por COVID-19 provocó en 2020 y a nivel mundial, un aumento del 27,6% de los casos de trastorno depresivo mayor y un aumento del 25,6% de los casos de trastornos de ansiedad (Santomauro et al. 2021).

Este incremento del malestar en los jóvenes, también se reflejó en un aumento del número de pacientes atendidos en el servicio de urgencias de psiquiatría del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (en adelante, HSJD) (ver Figura 1), donde el incremento se puede atribuir, casi exclusivamente, a las mujeres. La Figura 1 muestra la evolución de la asistencia a urgencias en la pre-pandemia, similar entre hombres y mujeres, ambos disminuyen su afluencia durante el confinamiento total (marzo-mayo de 2020), y se da un incremento posterior del número de urgencias psiquiátricas explicado principalmente por un incremento de la casuística en las mujeres.

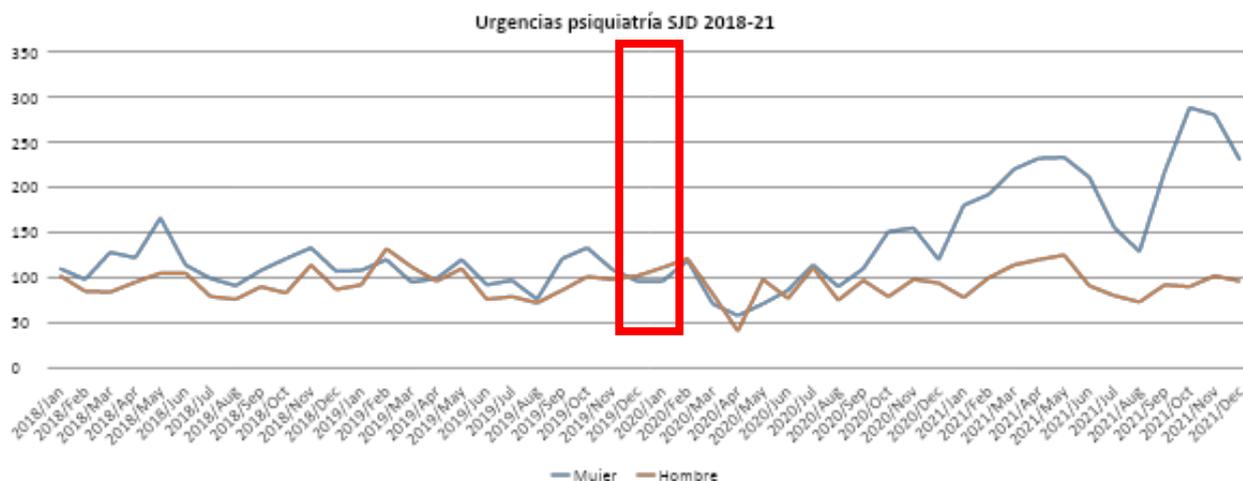


Figura 1. Evolución mensual del número de urgencias psiquiátricas totales atendidas en el HSJD desde 2018 hasta 2021, en mujeres y en hombres [Monthly numbers of the total psychiatric emergencies attended in the Hospital Sant Joan de Déu Barcelona from 2018 to 2021, in women and men].

En relación a la conducta suicida, en un estudio en el que se analizó la situación de 21 países, se observó un mantenimiento o incluso una disminución de la conducta suicida durante los meses de confinamiento (Pirkis et al. 2021). Exactamente la misma tendencia se encontró en Cataluña, en una comparativa de la activación del Código de Riesgo Suicida con la media de los dos años pre-pandemia (ver Figura 2). Los mismos resultados se reflejaron en el número de urgencias por conducta suicida de adolescentes atendidos en el HSJD de Barcelona, con una disminución durante los meses de marzo a mayo de 2020, respecto a los años previos. Asimismo, tal y como vemos en las Figuras 2 y 3, se evidencia un importante crecimiento de estas urgencias desde Noviembre del 2020 y durante todo el año 2021, que se ha mantenido durante el año 2022.

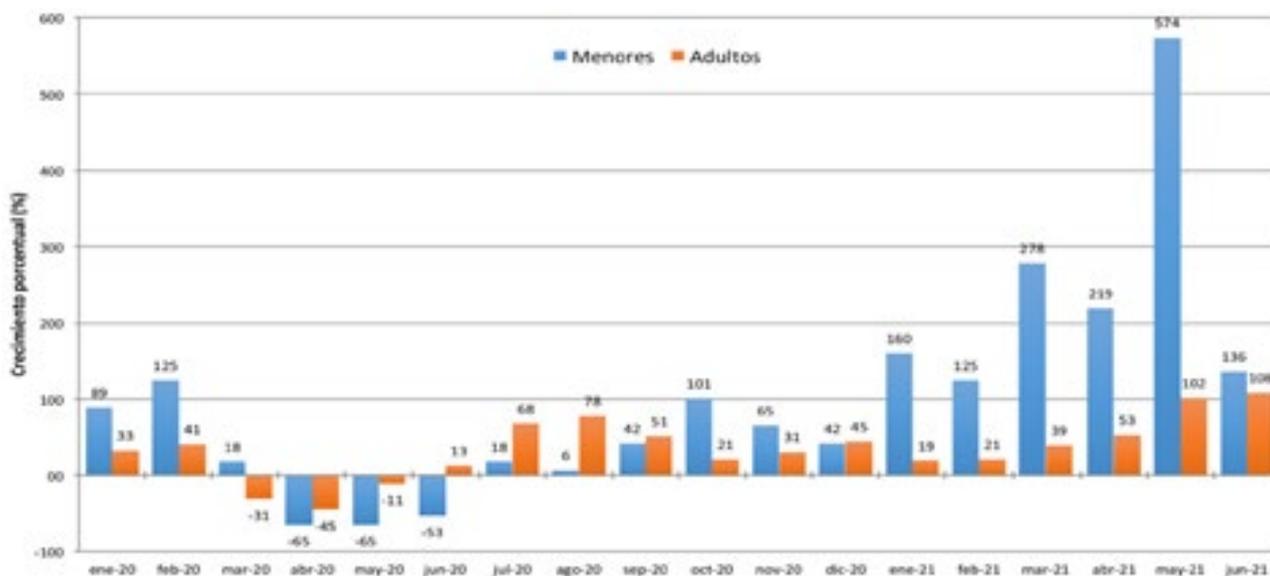


Figura 2. Crecimiento porcentual de la incidencia mensual de los episodios registrados en el Código Riesgo Suicidio en relación con la media del periodo 2018-2019 [Monthly incidence's percentage growth of the Risk Suicide Code episodes recorded, in relation to the average for the period 2018-2019] (Tabla obtenida de Jeronimo et al., 2021).

En la Figura 2, no solo se refleja la disminución de la conducta suicida durante los meses de confinamiento total, sino también el notable incremento en los meses posteriores y una mayor afectación en los adolescentes que en la

población adulta. Estos datos también coinciden con los obtenidos en estudios internacionales de China (Zheng et al., 2021) y Japón (Tanaka & Okamoto, 2021), que mostraron que los mayores aumentos en los suicidios registrados desde julio a octubre del 2020 se produjeron en niños, adolescentes y jóvenes menores de 20 años.

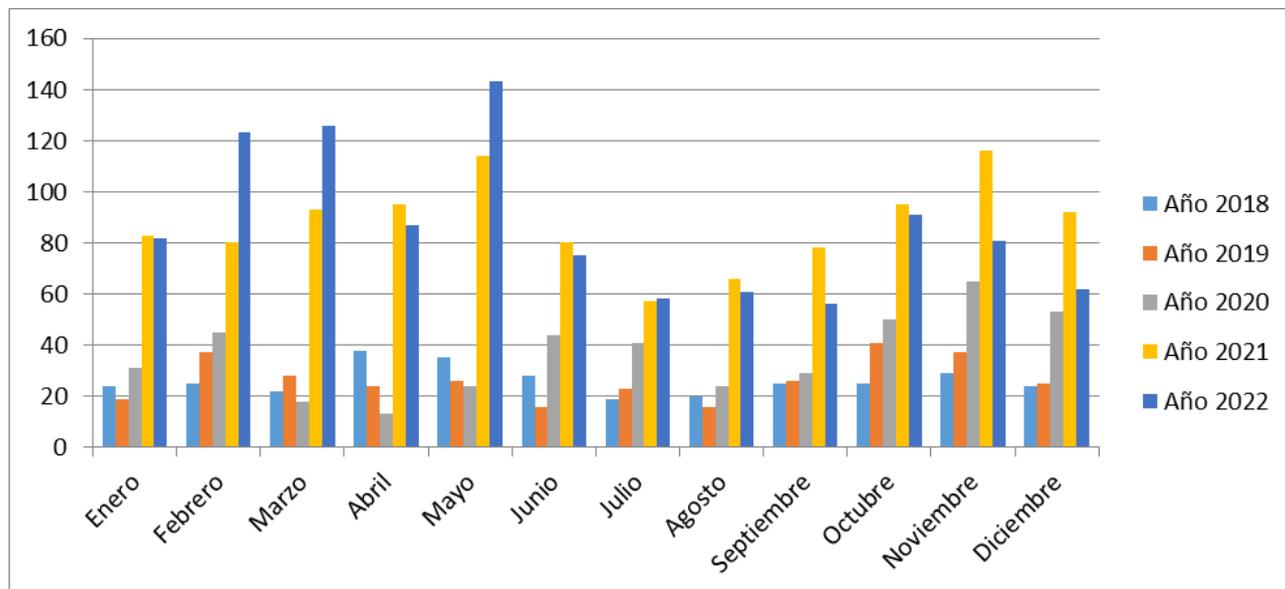


Figura 3. Evolución mensual del número de casos atendidos en urgencias de psiquiatría del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona por conducta suicida desde el año 2018 hasta 2022 [Monthly numbers of suicidal behaviour cases seen in the psychiatric emergency service of the Hospital Sant Joan de Déu Barcelona from 2018 to 2022].

Tanto los datos ofrecidos por el Código de Riesgo Suicida de Cataluña (Figura 2) como los presentados de la atención en urgencias del HSJD de Barcelona (Figura 3), muestran un importante incremento de la conducta suicida en población adolescente unos meses después del inicio de la pandemia. Durante los meses posteriores al confinamiento total, los Hospitales de Día de salud mental y los Centros de Salud Mental infanto juvenil comunitarios (CSMIJs), estaban sometidos a limitaciones de funcionamiento, lo que se tradujo en una menor frecuencia de visitas o en modalidades de atención con menor capacidad de contención de situaciones de crisis, como es la asistencia telemática. Esa limitación también influyó en el incremento de las urgencias de salud mental, donde se tuvo que ofrecer atención a casos que normalmente se contienen adecuadamente en los servicios de salud mental comunitarios. Esto podría generar cierta distorsión en la interpretación de los datos, sin embargo, el extremo de la conducta suicida que necesariamente precisa de intervención en urgencias hospitalarias son las tentativas autolíticas. Cuando analizamos la evolución únicamente de las tentativas autolíticas atendidas en el servicio de urgencias del HSJD de Barcelona (Figura 4), se siguen reflejando los dos hallazgos descritos anteriormente, a saber, un incremento notable de las tentativas de suicidio en el año 2021, y que este incremento obedece principalmente al incremento cercano al 200% que observamos solo en las mujeres. Por el contrario, en los hombres se observa una leve disminución en 2020, con una vuelta a la línea basal de los años previos.

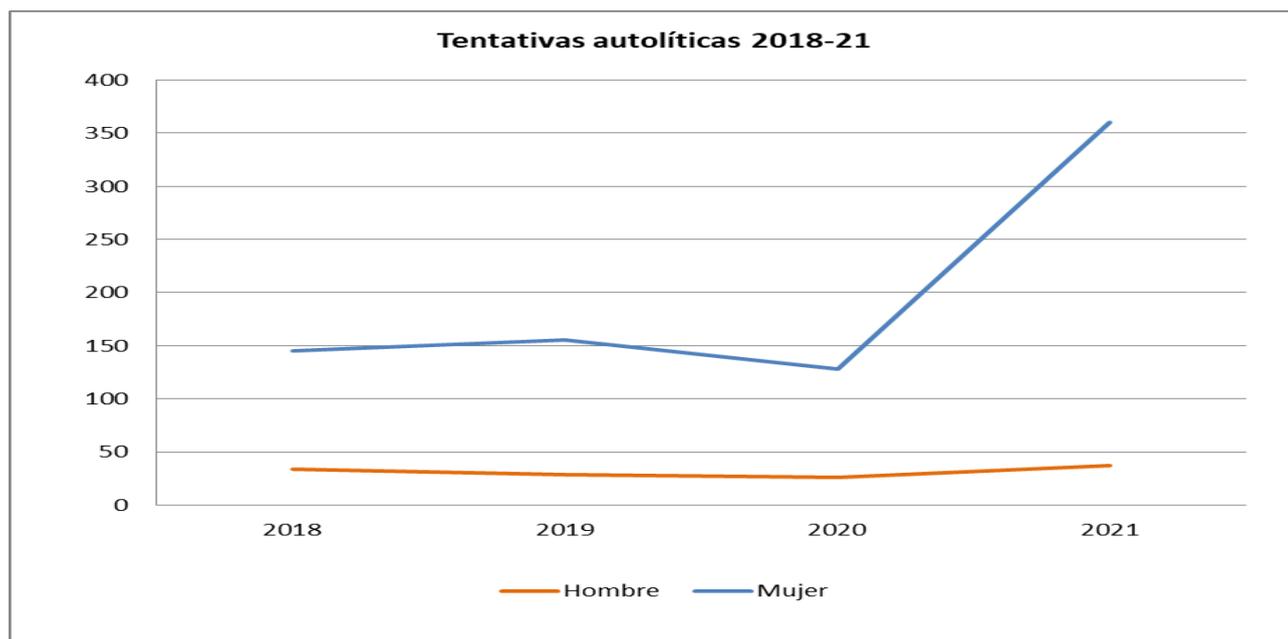


Figura 4. Evolución anual del número de tentativas autolíticas totales desde 2018 hasta 2021, en hombres y en mujeres [Annual change of the total suicidal attempts from 2018 to 2021, in men and women].

Sabemos que la conducta suicida, y dentro de ésta las tentativas autolíticas, son predictores de la muerte por suicidio y de otros problemas de salud mental (Borschmann & Kinner, 2019; Nock et al., 2008; WHO, 2021; 2014). Considerando los datos, podría inferirse que esto se tradujera en un leve incremento de la mortalidad por suicidio en esta franja de edad. Decimos leve, porque la mayor parte de los fallecimientos por suicidio (98%) se observan en la edad adulta (INE, 2023). Los adolescentes que se suicidan y los que realizan tentativas autolíticas conforman dos poblaciones superpuestas (Haukka et al., 2008). La conducta suicida parece ser un periodo de preparación previo a la muerte por suicidio, a través del cual la persona incrementa su capacidad de suicidio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Así, la conducta suicida que observamos en la adolescencia generalmente se acaba traduciendo en muertes más allá de ésta, en la edad adulta.

En las Figuras 5 y 6 observamos la tendencia de los últimos años. Es muy interesante observar el hecho de que, por debajo de los 15 años, todavía no se manifiesta la realidad que observamos a partir de ese momento de forma muy clara, que es una mayor mortalidad por suicidio en los hombres que en las mujeres. Varios estudios muestran que, en la mayoría de los países, los intentos de suicidio son entre dos y tres veces más frecuentes en mujeres, aunque tres de cada cuatro muertes por suicidio ocurren en hombres (Freeman et al., 2017; INE, 2022; Miranda-Mendizabal et al., 2019; WHO, 2014). Así, por debajo de los 15 años y dependiendo del año de referencia, podemos encontrar algo inédito en cualquier otra etapa evolutiva en nuestro entorno sociocultural, esto es, un mayor número de fallecimientos por suicidio en mujeres que en hombres. En la Figura 5 observamos un incremento de la muerte por suicidio en menores de 15 años en 2021, lo que ya veníamos observando desde 2019, pero que se incrementó respecto a 2020 en un 56%. Observamos que el incremento de 2021 fue especialmente marcado en los hombres, aunque también presente en las mujeres, que también mostraron su máximo histórico.



Figura 5. Evolución anual del número de muertes por suicidio entre los 9 y los 14 años desde 2000 hasta 2021, en hombres y en mujeres, según datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2022) [Annual change of the number of suicide deaths in 9 to 14 years old from 2000 to 2021, in men and women, according to data from the National Statistics Institute (INE, 2022)].

Más interesante es el gráfico de la Figura 6, donde puede verse un incremento de la mortalidad total por suicidio en jóvenes de 15 a 19 años en 2021 respecto a 2020. Diferenciando la evolución en ambos sexos, podemos observar que en esta franja de edad el incremento parece debido a los fallecimientos de mujeres, pues en el caso de los hombres mantuvieron la tendencia a la reducción de las muertes observadas desde 2018. Tanto es así, que prácticamente se han igualado las muertes por suicidio en hombres y mujeres en esa franja de edad, algo inédito hasta entonces.

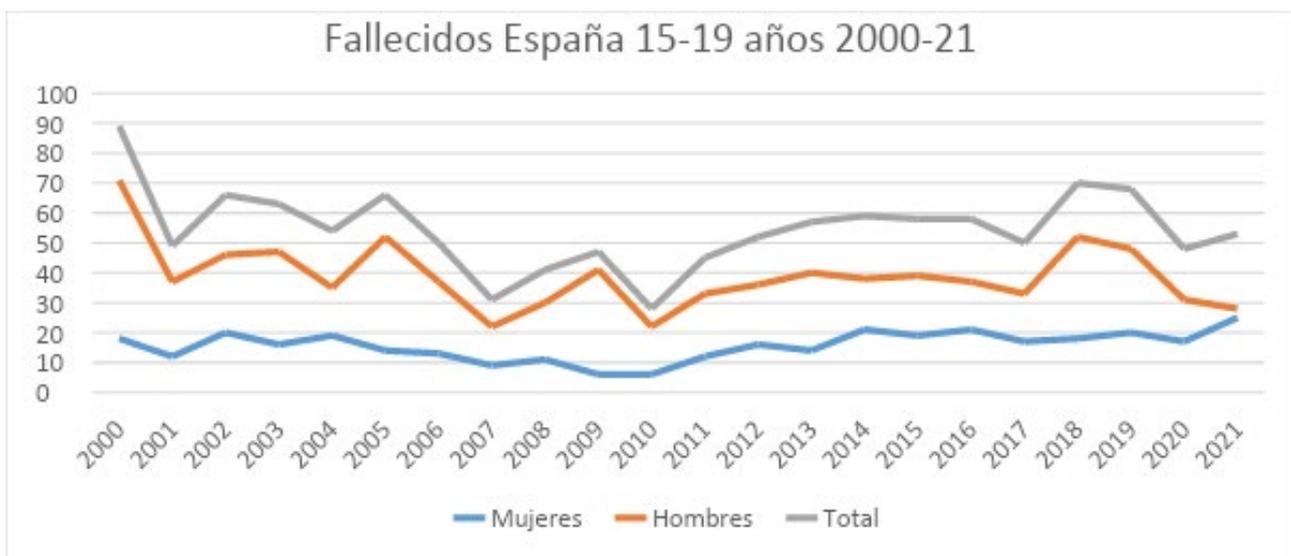


Figura 6. Evolución anual del número de muertes por suicidio entre los 15 y los 19 años desde 2000 hasta 2021, en hombres y en mujeres, según datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2022). [Annual changes in the number of suicide deaths in 15 to 19 years old from 2000 to 2021, in men and women, according to data from the National Statistics Institute (INE, 2022)].

La pandemia ha significado un incremento de la conducta suicida en nuestros jóvenes, con mayor afectación en las mujeres que en los hombres. Estos datos coinciden con los resultados presentados en 2022 en el informe de la OMS, donde se reflejan más problemas de salud mental en población joven, y más en las mujeres que en los hombres (WHO, 2022). También coinciden con los resultados del informe *Youth Risk Behavior Survey Data Summary*

↻ *Trends Report*, elaborado por el *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (2023), en el que se observa la misma tendencia, un importante incremento de la conducta suicida especialmente en el caso de las mujeres.

En las mujeres, los mayores incrementos se observan en las expresiones más leves de la conducta suicida, así, la evolución desde 2011 refleja un aumento de sentimientos persistentes de tristeza y desesperanza de 21 puntos porcentuales (del 36 al 57%). En el caso de mujeres que consideran seriamente realizar una tentativa, el incremento es de 11 puntos porcentuales (del 19 al 30%). En caso de planificación suicida, un incremento de 9 puntos (del 15 al 24%). Por último, en caso de las tentativas autolíticas, un incremento de 3 puntos (del 10 al 13%). En el caso de los hombres, los incrementos han sido respectivamente de 8 puntos en sentimientos de tristeza y desesperanza (del 21 al 29%), y de un punto porcentual en todas las otras (CDC, 2023).

Los datos son preocupantes, según el informe la mayoría de las mujeres adolescentes de Estados Unidos presentaron sentimientos persistentes de tristeza y desesperanza en 2021, casi una de cada 3 se plantearon seriamente atentar contra su vida, una de cada 4 lo estaba planificando y una de cada 10 lo había intentado (CDC, 2023).

Uso de pantallas y malestar emocional

Los efectos perjudiciales de la exposición a pantallas en niños y adolescentes en la salud psicofísica, el desarrollo y los hábitos de vida saludables, están ampliamente documentados ya desde la pre pandemia COVID-19 (Desmurget, 2020). También su relación con la depresión y la conducta suicida. Dos grupos de investigación han protagonizado un rico debate científico. Por un lado, Twenge y colaboradores (2018), en colaboración con el CDC (*Centers for Disease Control*), estudiaron una muestra de más de medio millón de estudiantes estadounidenses de secundaria (grados 9, 10, 11 y 12) de forma longitudinal (cada dos años desde 1991 hasta 2015). En el estudio evidenciaron una asociación entre el uso de pantallas y un incremento en la incidencia y severidad de trastornos depresivos y la ocurrencia de conductas suicidas a partir de 2010. Esta asociación se ha explicado a través de dos vías de acción diferenciadas, la primera por los riesgos asociados al propio uso (entre ellas la exposición a violencia) y, la segunda, porque dicho uso competía con otro tipo de actividades que habían demostrado correlación inversa con la sintomatología depresiva, como son las actividades al aire libre y la participación en actividades comunitarias. También encontraron efectos más marcados en el caso de las mujeres (Twenge et al., 2018). Resultados similares se observaron en una cohorte inglesa de más de 10.900 adolescentes de 14 años con los objetivos de: 1) evaluar la relación entre redes sociales y aparición de síntomas depresivos, discriminando entre hombres y mujeres y; 2) elaborar un constructo sólido capaz de explicar las asociaciones observadas entre el acoso online, la falta de sueño, la autoestima y la autopercepción corporal. Los resultados fueron concluyentes: existe una asociación entre el uso de redes sociales y síntomas depresivos, y esta relación es mucho más fuerte entre las mujeres (Kelly et al., 2018). Adicionalmente, el análisis factorial determinó la magnitud de dichas relaciones: el acoso online, una baja cantidad y calidad del sueño, una baja autoestima y pobre autopercepción corporal, permiten explicar la aparición de síntomas depresivos tanto en mujeres como en hombres (Kelly et al., 2018). Estos estudios aportan información relativa al número de horas de exposición, encontrando en todos mayores consecuencias a mayor exposición. Por el contrario, Orben & Przybylski en 2019 presentaron un estudio en el que analizaron tres grandes bases de datos de Estados Unidos y del Reino Unido utilizadas para los estudios anteriormente mencionados: *Youth Risk and Behaviour Survey* (YRBS), *Monitoring the Future* (MTF) y *Millennium Cohort Study* (MCS). El análisis estadístico se realizó con una herramienta relativamente nueva entonces: *The specification curve analysis* (SCA). Según Orben y Przybylski (2019) la correlación entre el uso de pantallas y el malestar adolescente, aunque estadísticamente significativa, era tan baja que no justificaría un cambio en las políticas públicas de acceso a las pantallas, contradiciendo las conclusiones de Kelly (2018) y Twenge (2018). Como respuesta ante tales afirmaciones, Twenge et al (2020) señalaron hasta seis errores de apreciación de Orben y Przybylski (2019) entre ellos no diferenciar chicas de chicos. Sus conclusiones también fueron contundentes: *"The three datasets analysed by Orben and Przybylski actually contain a warning for parents: heavy use of social media is consistently associated with negative mental health outcomes, at non-trivial levels, especially for girls"* (Twenge et al., 2020). Así, los autores apremian a reaccionar, y a no descartar estas asociaciones, especialmente dado el rápido aumento de las tasas de ansiedad, depresión, autolesión y suicidio que actualmente

afectan a las niñas en los Estados Unidos y otros países, para los que nadie ha encontrado una explicación alternativa plausible (Twenge et al., 2020).

La emisión de la serie de Netflix “*Thirteen reasons Why*” en 2017, lamentablemente, nos ofreció otra oportunidad de acumular evidencia empírica a favor de otro de los riesgos del uso de pantallas en la conducta suicida, como es el efecto contagio. La emisión de la serie se relacionó con un incremento de la conducta suicida en jóvenes (Niederkröthaler et al., 2019).

Son muchas las causas que se han atribuido al incremento del malestar provocado por la pandemia, con un empeoramiento de elementos relacionados con el suicidio, a saber: salud mental, estresores financieros, violencia doméstica, uso de alcohol, aislamiento, confusión, soledad, duelo, pérdida de acceso a recursos de apoyo social o religioso, acceso a medios letales y a una exposición irresponsable de la información (Gunnell et al., 2020; Reger et al., 2020; Rocha et al., 2021). Actualmente, las restricciones implantadas durante la pandemia por COVID-19 ya han cesado. Así, los menores han recuperado la presencialidad en el colegio, se han quitado las limitaciones en la interacción como el uso de la mascarilla o la formación de grupos burbuja, y se han recuperado las actividades y los espacios de socialización. Sin embargo, y a pesar de todo ello, muchos jóvenes siguen mostrando signos de un importante malestar (CDC, 2023; Gaceta Médica, 2022; Unicef, 2021). Además, son las mujeres las que parecen estar padeciendo de una forma más significativa las consecuencias (CDC, 2023). En las urgencias de psiquiatría se ha detectado un claro incremento de dos problemáticas que afectan en mayor medida a las mujeres, como son la conducta suicida sin resultado mortal (Jerónimo et al., 2021) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Del Castillo et al. 2021). Ambas problemáticas están muy afectadas por las influencias sociales y muy relacionadas, precisamente, con la exposición a pantallas (Niederkröthaler et al., 2019; Thai et al., 2023; Vall-Roqué et al., 2021). El uso de las pantallas ya estaba presente pre-pandemia y la tendencia al incremento de este uso ya era una realidad. Desde 2019 casi todos los estudiantes de 15 años en los países de la OCDE tienen acceso a Internet (95%, en promedio) (OECD, 2019a). En España se produjo un aumento significativo de algo más de 30 puntos desde 2006 a 2015, en el porcentaje de estudiantes de 15 años que tenían acceso a Internet, pasando del 66% al 96% (INEE, 2017). Los estudiantes españoles en 2015 emplearon de promedio 167 minutos/día (dos horas y 47 minutos) en Internet, lo que supone un incremento medio de 60 minutos respecto a la información recogida en PISA 2012 (INEE, 2017). En PISA 2018 ya llegan a las 3 horas conectados (fuera de su centro escolar) en días lectivos y a 3,5 horas durante los fines de semana (OECD, 2019b).

Durante la pandemia de la COVID-19 millones de menores se debieron confinar en sus hogares y, por ende, en sus pantallas (Unicef, 2021). Internet se erigió como principal fuente de ocio, socialización, aprendizaje y actualización de la información (Rodríguez y Estrada, 2021). Se ha reportado un incremento general en el uso de tecnologías digitales durante la pandemia COVID-19 (Serra et al., 2021), especialmente de las plataformas de redes sociales, con aplicaciones como TikTok, Pinterest, Reddit, Facebook, Snapchat, Instagram, LinkedIn y Twitter, con un incremento de usuarios activos que van del 8 al 38% (Statist, 2021). En un estudio de Statista (2020), los adolescentes informaron mantenerse conectados con otros durante la pandemia COVID-19 a través de mensajes de texto (83%), llamadas (72%), redes sociales y chats de vídeo (66%), aplicaciones de mensajes instantáneos (48%) y, en menor medida, correo electrónico (37%) (Marciano et al., 2022). En este contexto, en una muestra de 1860 adolescentes de 12 a 18 años, Salzano et al. (2021) informaron que los participantes pasaban más de seis horas al día frente a las pantallas con fines educativos y de cuatro a seis horas al día realizando actividades recreativas.

La situación de confinamiento llevó a realizar un consumo masivo de dispositivos digitales, instaurando una nueva realidad de uso de pantallas en los hogares, que actualmente todavía permanece a pesar del fin del confinamiento (Michavila y Abad, 2022). Lo que en un primer momento parecía ser un factor protector para el bienestar mental, actuando como potenciador para las conexiones sociales y reduciendo los sentimientos de soledad y aislamiento, más tarde dejó ver los efectos perjudiciales de este uso (Hudimova et al., 2021). En primer lugar, durante el confinamiento las plataformas de redes sociales proporcionaron una sobrecarga de información relacionada con la COVID-19, donde un tercio de las actualizaciones se clasificaron como erróneas y con frecuencia tenían una valencia negativa (Tsao et al., 2021), lo que añadió preocupación, miedo y tensión adicional a la situación (Marciano

et al., 2022). Además, refieren que la exposición a la información aumentó los niveles de ansiedad y depresión entre los jóvenes (Tsao et al., 2021). Además, el aumento del uso de redes sociales durante la pandemia se asoció con un aumento de depresión, ansiedad (Ellis et al., 2020), problemas de salud mental en general y una autoestima más baja, especialmente en niñas (Magson et al., 2020). Además, las chicas informaron haber tenido más experiencias percibidas como negativas en redes sociales que los chicos (Magis-Weinberg, 2021). Asimismo, Vall-Roqué et al. (2021) encontraron relaciones significativas entre la frecuencia de uso de la plataforma Instagram y la insatisfacción corporal, el impulso por la delgadez y la baja autoestima en las adolescentes y mujeres jóvenes, generando un impacto significativo en el riesgo y los síntomas de trastornos alimentarios. Ciertamente, estos efectos también se observan en la edad adulta. Así, en mayores de 18 años se evidenció que el uso comparativo de las redes sociales era el mejor predictor de estrés emocional (González-Nuevo et al., 2022). Además, estos efectos parecen confirmarse por su reversibilidad, así, en un estudio experimental con un grupo control de jóvenes de entre 17 y 25 años, se observó que la reducción del uso de redes sociales en *smartphone*, producía una mejora significativa de la satisfacción con la apariencia y peso en jóvenes vulnerables (Thai et al., 2023).

Según Siste et al. (2021), la prevalencia de adicción a Internet entre los adolescentes fue más alta que entre los adultos durante la pandemia. Una posible explicación es que la inmadurez de la corteza prefrontal da como resultado una insuficiente ejecución e inhibición del control cognitivo en los adolescentes, predisponiéndolos a desarrollar adicción a las pantallas. Además, Internet proporciona una gratificación instantánea, ayudando así de manera ilusoria a los adolescentes a mitigar su sentimiento de soledad y estado de ánimo negativo, convirtiendo Internet en una forma de evasión (Király et al., 2020).

Estas nuevas formas de comunicación producidas durante la pandemia han supuesto cambios en la interacción social entre los adolescentes, que son especialmente relevantes para explicar el aumento de conductas suicidas y los resultados relacionados con éstas. De esta forma, ya antes de la pandemia algunas investigaciones sugerían que la comunicación digital, en particular las redes sociales, dan a los jóvenes la impresión de estar más conectados, sintiéndose en realidad más solos y desconectados, incrementando los sentimientos de soledad (Song et al., 2014), también relacionando su uso con mayor malestar, depresión y otras formas de expresión del malestar (Kelly et al., 2018; Twenge et al., 2018). Los marcos teóricos más actuales de la conducta suicida, como son la Teoría Interpersonal del suicidio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010) y la Teoría de los Tres Pasos (3ST); (Klonsky & May, 2015), explican como esta desconexión con el entorno y este sufrimiento producido por los sentimientos de soledad y tristeza, incrementan el riesgo de suicidio.

DISCUSIÓN

El 15 de diciembre de 2022, el Parlamento Europeo, el Consejo y la Comisión proclaman solemnemente la Declaración conjunta sobre los Derechos y Principios Digitales para la Década Digital (European Commission, 2023). Un documento de estas características debe estar orientado a generar consensos, y en esa búsqueda, muchos aspectos quedan poco definidos. Así, la mayor crítica al documento tiene que ver con la falta de un apartado específico para las necesidades o la realidad específica de la infancia. En apartados como el capítulo V, al que haremos referencia más abajo, se habla de: Protección y empoderamiento de los niños y jóvenes en el entorno digital (European Commission, 2023). La juventud y la infancia son dos etapas del desarrollo que deberían reconocerse como diferenciadas, especialmente cuando hablamos del impacto de las Tecnología de la Información y de la Comunicación (en adelante, TIC).

El desarrollo de los niños se consolida y se potencia a través del movimiento y las sensaciones, de la interacción que fundamenta los vínculos, del juego, de la imaginación, y posteriormente de la lectura, la escritura y las matemáticas. Todas ellas actividades que potencian las funciones ejecutivas: la atención, la percepción, la concentración, la planificación y la gestión emocional. Funciones ejecutivas que nos permitirán afrontar cualquier tipo de retos que se nos presenten en un futuro. Para que estos procesos se consoliden, se tienen que dar en un marco de hábitos saludables, no sólo de sueño, sino también de alimentación. Así, en los primeros años de vida

nos encontramos con todos los periodos sensibles de aprendizaje, y por tanto son años que el niño necesita dedicarlos exclusivamente a todas estas actividades. El uso de pantallas durante la primera infancia interfiere en estos procesos, y está relacionado con un deterioro de la salud visual, con alteraciones del sueño, a la vez que es un promotor de sobrepeso y obesidad generado por el sedentarismo y la promoción de malos hábitos alimentarios. Así mismo, está relacionado con un deterioro de las funciones ejecutivas (atención, percepción, lectoescritura, creatividad), herramientas intrínsecas y fundamentales del ser humano con las que enfrentamos los retos presentes y los futuros (Desmurget, 2020).

La OCDE alerta en la misma dirección para la adolescencia, en que la falta de autocontrol combinada con la curiosidad de los adolescentes usuarios de las TIC puede conducir a un uso excesivo e incluso a problemas de adicción, lo que podría tener graves efectos adversos, tanto físicos, como sociales, psicológicos y cognitivos (OECD, 2015; 2019a). Durante la adolescencia, se han encontrado efectos adversos del uso de pantallas incluso con exposiciones breves, en un estudio reciente se observaron alteraciones atencionales identificables en adolescentes sanos a partir de los 20 minutos diarios de exposición a la pantalla del móvil, a diferencia de sus iguales con menor exposición (Poujol et al., 2022). El uso de pantallas desde la preadolescencia está relacionado con un incremento del malestar emocional, que se traduce en un incremento de patologías y/o formas de expresión de dicho malestar, como son la ansiedad, la depresión, los trastornos de la conducta alimentaria y la conducta suicida (Del Castillo et al., 2021; Jerónimo et al., 2021; Kelly et al., 2018; Niederkrotenthaler et al., 2019; Tsao et al., 2021; Twenge et al., 2018; Vall-Roqué et al., 2021). Una relación que, aunque presente, no es concluyente según un amplio estudio (Orben & Przybylski, 2019).

Otros estudios encuentran relación entre la digitalización y algún efecto positivo. En esta línea, encontramos el trabajo de Yélamos-Guerra y colaboradores de la Universidad de Málaga, del que la prensa se ha hecho eco recientemente. El objetivo de esta investigación es demostrar los beneficios educativos del uso del Tik-Tok en niños y adolescentes (Yélamos-Guerra et al., 2022). No obstante, la muestra de estudio está compuesta por sujetos mayores de edad (>18 años), y el diseño del estudio no parece estar orientado a valorar beneficios pedagógicos del uso de la plataforma Tik-Tok, pues entre otras cosas, no hay mediciones de adquisición de conocimientos, ni un grupo control de comparación, sino que se administra únicamente de forma transversal una encuesta de satisfacción.

En la misma línea, analizando la metodología de investigación del estudio de Espuny y colaboradores en 2011, observamos que éste valora la aceptación, expectativas y actitudes respecto al uso de las redes sociales en el ámbito educativo, no los efectos pedagógicos de su implantación. Esto se refleja en afirmaciones como las que presentan en las conclusiones de su trabajo: “(...) las expectativas que los propios estudiantes tienen acerca del rendimiento académico de las redes sociales son sorprendentemente bajas” (Espuny et al. 2011). Otro estudio citado para resaltar las bondades de las redes sociales en la educación es el presentado por Yang en 2020, que hace una aproximación en el aprendizaje de idiomas, concretamente del inglés. Los objetivos del estudio son investigar la percepción de los estudiantes de secundaria sobre el uso de Tik Tok para el aprendizaje del inglés dentro y fuera del aula de EFL (*English as a Foreign Language*), y lo hacen a través del cuestionario presentado en la Tabla 1. El mismo Yang resalta en las limitaciones del estudio los siguientes aspectos: “(...) el tamaño de la muestra es insuficiente. (...) esta investigación carece de instrumentos para verificar los efectos del uso de Tik Tok en la mejora del aprendizaje de inglés de los estudiantes” (Yang, 2020). Sin instrumentos para valorar la mejora del aprendizaje no podemos concluir que sí los tiene, por lo que parece un error citar este artículo como un artículo que aporta evidencia de la mejora de Tik Tok en el aprendizaje.

Question 1: What is your grade?

Question 2: Which language skill do you want to improve by using Tik Tok for English learning?

Question 3: Which type of English teaching videos do you prefer when learning English on Tik Tok?

Question 4: What do you think are the benefits of using Tik Tok for English learning?

Question 5: What do you think are the defects of using Tik Tok for English learning?

Question 6: Compared to Tik Tok, what do you think are the advantages of using in-class English textbooks to learn English?
Question 7: Compared to Tik Tok, what do you think are the disadvantages of using in-class English textbooks to learn English?
Question 8: Do you agree with introducing Tik Tok into EFL classroom?
Question 9: The reason why you agree or disagree with introducing Tik Tok into EFL classroom
Question 10: Would you like to learn English on Tik Tok beyond the classroom?

Tabla 1. Cuestionario utilizado del que se extraen los resultados que fundamentan las conclusiones en el estudio con título “*Secondary-school students’ perspectives of utilizing Tik Tok for English learning in and beyond the EFL classroom*” (Yang, 2020) [Questionnaire used in the study: “*Secondary-school students’ perspectives of utilizing Tik Tok for English learning in and beyond the EFL classroom*”(Yang, 2020)].

Yélamos-Guerra y colaboradores también hacen referencia a la brecha existente entre *digital natives* y *technophobes*, que le atribuyen a Ucar y Goksel: “Esta brecha a menudo lleva a los instructores a enfocarse en el uso de formas de enseñanza más tradicionales, como lecciones basadas en libros de texto que no dejan espacio para la creatividad y colocan a los estudiantes en una posición pasiva donde no se espera una voz activa de ellos. Los docentes, sin embargo, deben superar esta objeción para involucrarse con plataformas educativas más allá de las tradicionales, e integrar las redes sociales en sus enseñanzas para cambiar el enfoque de perspectivas obsoletas a la educación actual (Ucar & Goksel, 2020)”. Pero de los resultados del estudio no se puede extraer tal aseveración, ya que se emplea una metodología de cuestionarios de satisfacción subjetiva a través de cinco preguntas (ver Tabla 2).

How do you assess the contribution of your instructor’s posts on Facebook (messages, announcements, notes, etc.)?
How did the posts of your instructor (messages, announcements, notes, etc.) contribute to the learning process and success of the lesson during the learning process?
How effective are your instructor’s posts (messages, announcements, notes, etc.) when you are motivated?
How effective are your instructor’s posts (messages, announcements, notes, etc.) when you are distracted?
When you evaluate your learning process, how do you see your current situation at the beginning and at the end of the semester?

Tabla 2. Cuestionario utilizado del que se extraen los resultados que fundamentan las conclusiones en el estudio titulado “*Enhancing online EFL learners’ motivation and engagement through supplementary activities on Facebook*” (Ucar & Goksel, 2020). [Questionnaire used in the study: “*Enhancing online EFL learners’ motivation and engagement through supplementary activities on Facebook*”(Ucar & Goksel, 2020)].

Ante una aproximación crítica al estudio de Yélamos et al., (2022), se hace difícil encontrar objeciones cuando hace referencia a Finn y Zinner, que ponen el foco en la desvinculación de los alumnos, aquellos que evitan participar en el aula y que no desarrollan un sentido de pertenencia a la comunidad educativa, y cómo este proceso termina en que los estudiantes abandonen la escuela (Finn & Zimmer, 2012). También parece impecable citar la propuesta de Macfarlane y Tomlinson, que valora como fundamental promover estrategias atractivas encaminadas a que los estudiantes se sientan más apegados no solo a los contenidos que aprenden, sino al propio proceso de aprendizaje; apuntando que tales estrategias deben ir más allá de potenciar la participación en el aula y la asistencia obligatoria, mejorando también la creatividad y el talento de los estudiantes cuando sea posible (Macfarlane & Tomlinson, 2017). Lo que es cuestionable, incluso tras los resultados presentados por Yélamo (Yélamos-Guerra et al., 2022), es que las redes sociales como *Facebook* o *TikTok*, sean una herramienta útil para conseguir estos objetivos. Más que eso, y a la luz de las evidencias sobre sus potenciales perjuicios que hemos presentado a lo largo del presente trabajo, parecería una temeridad alentar a incorporar supuestas innovaciones antes de contar con evidencia sólida de sus beneficios y que estos superen los riesgos. Esto no es una discrepancia con un grupo de investigación, la propia *Organisation for Economic Cooperation and Development* (En adelante, OECD), reconoce que existen tanto oportunidades como riesgos, sin importar si los estudiantes usan las TIC para jugar, acceder a las redes sociales,

navegar por Internet para entretenerse o buscar información (OECD, 2019a). Inquieta esa oposición de oportunidades vs riesgos, no solo porque no están determinados los unos y los otros, sino porque una decisión tan importante debería contraponer perjuicios vs beneficios, y mantener una posición de prudencia, no de equidistancia, en el interín. Es decir, no implantar medidas hacia la digitalización hasta que los beneficios se hayan mostrado superiores a los perjuicios, del mismo modo que se exigiría en el ámbito de la salud.

Las pantallas y el mundo digital, en la mayoría de los casos, no se han diseñado con el objetivo de potenciar el sano desarrollo, ni como herramientas pedagógicas. Las pantallas se han diseñado, en buena parte, para mantener un canal directo y abierto de acceso a las personas, tanto niños como adultos, un canal abierto de continua información que nutre el *big data*, y con la que comercializan las *big tech*. Para conseguirlo, no se han ahorrado recursos: el diseño atractivo, la inmediatez y la facilidad de acceso, son solo algunos elementos que se combinan con los premios, a modo de incentivos, por continuar en las diferentes plataformas o aplicaciones. Incluso más elaborados son los algoritmos, diseñados para mantenernos pegados a la pantalla con un torrente infinito e inagotable de contenidos que “nos interesan”, o que acabarán haciéndolo, porque “las personas a quienes les interesa esto, también les gusta esto otro”. Eso podría no ser preocupante, pero dado que compiten con el tiempo disponible para dedicar a todas aquellas actividades que sí mejoran el sano desarrollo, en el mejor de los casos interfieren en dichos procesos, en el peor directamente los dañan.

Podemos pensar que no conocemos a nuestro hijo adolescente, que no conocemos sus gustos y sus intereses, quizás ni él mismo los tiene muy definidos, pero hay “alguien” que sí lo conoce perfectamente: el algoritmo de *Tik Tok*. No solo lo conoce, sino que lo sugiere, lo modifica, lo influencia y le impide evolucionar, nutriéndolo de forma infinita de “lo que le interesa”, cerrando puertas a alternativas como, por ejemplo, “lo que le conviene saber o aprender”. Cuando este potencial se pretende poner al servicio de la motivación para el estudio, de hacer los aprendizajes más atractivos, existe el riesgo de que estos dispositivos, precisamente por su atractivo, acaben potenciando uno de los mayores enemigos del aprendizaje: la distracción (OECD, 2019a), y como un competidor imbatible, luchando por ocupar otro elemento esencial para el aprendizaje: el tiempo. La industria de las *Big Tech* (FAANG, GAFAM, MAAN,..) es una devoradora insaciable de tiempo, de horas de vida. Así, Byung-Chul Han advierte: “Justamente la progresiva digitalización de la sociedad facilita, amplía y acelera de forma considerable la explotación comercial de la vida humana. Somete a una explotación económica ámbitos vitales a los que hasta ahora el comercio no tenía acceso” (Han, 2022 p.39).

Demasiados ingenieros, demasiados diseñadores, demasiados psicólogos expertos en el comportamiento humano, toda una industria, o muchas industrias. No, los recursos cognitivos y emocionales de un niño no son suficientes para combatir contra todo eso, ni armándose con la supuesta “alfabetización digital”. Muchos adultos reconocen su fracaso ante tanta excelencia profesional, mantienen una atención dividida con microinterrupciones durante una velada en un restaurante con amigos para consultar aplicaciones, viven con inquietud y nerviosismo la respuesta a sus publicaciones, o se sienten afectados por la comparativa de “vidas ideales” con las que les bombardean a diario. Pero estos adultos, aunque pueden ver mermada su calidad de vida o su satisfacción con ella, podrán poner remedio porque al fin y al cabo ya han culminado su proceso de desarrollo.

Es obligatoria una mención a la exposición a la violencia. La seguridad y la protección de los estudiantes también podrían estar en riesgo al estar expuestos al ciberacoso o a contenido inapropiado (por ejemplo, violento o pornográfico) (OCDE, 2015). La evidencia posterior apoya esa alerta de la OCDE de 2015, y sugiere que cuanto más tiempo se emplee en las redes sociales mayor es el riesgo de sufrir acoso (Athanasiou et al., 2018). Comportamientos indeseables como el *bullying* o las conductas sexuales inadecuadas, se han visto incrementados y han superado los muros de los colegios, pero también de las poblaciones, utilizando los dispositivos móviles y las redes sociales como vías facilitadoras de esta violencia entre los niños y los adolescentes. Esta puerta abierta directa a nuestros menores que supone la digitalización, abierta para favorecer y potenciar el consumo, no solo permite la violencia entre los propios menores, sino que también es cruzada con impunidad por adultos, permitiendo el acceso a nuestros hijos a pederastas. Se hace muy difícil plantear una educación en valores teniendo que competir con todos los contenidos que se vierten en el mundo digital.

La propia Declaración sobre los Derechos y Principios Digitales para la Década Digital, en el capítulo V (seguridad, protección y empoderamiento), apartado 21. c) se compromete a “proteger a todos los niños y todos los jóvenes frente a los contenidos dañinos e ilegales, la explotación, la manipulación y el abuso en línea, y evitar que el espacio digital se utilice para cometer o facilitar delitos (European Commission, 2023). Este compromiso a futuro, evidencia nuestros errores estratégicos del pasado y del presente. Así, ese compromiso acredita dos cosas: 1) que nuestros menores hoy en día están expuestos a los peligros citados, y; 2) que, sin previa deliberación ética, en lugar de generar un escenario seguro al que invitar a nuestros menores a entrar, generamos un espacio inseguro al que los “forzamos a entrar”, con el compromiso de que en un futuro sea un espacio seguro, pero en ese camino desbordando los sistemas de salud en general, y de salud mental en particular.

Acabamos con una propuesta de respuesta a la cita clásica de Claxton (1990): “la mayoría de los conocimientos escolares no equipan a la gente para sobrevivir en un mundo de explosión de la información y de la tecnología informativa”. La respuesta es, ni falta que hace. Focalizarse en el mundo que creemos que será parece un error, porque no estamos diseñando un puente o un sistema de carreteras, ni un ordenador, ni un programa informático que pueda quedar desfasado. Tenemos que conseguir la adaptación de las personas exclusivamente al medio natural, minimizando los posibles daños en éste, pero si hablamos de medios artificiales o creados, son éstos los que tienen que diseñarse para minimizar los daños en las personas. Así, en el mundo digital, tal y como señala la Declaración conjunta sobre los derechos y principios digitales para la Década Digital, es la persona la que está en el centro y es la digitalización la que debería ponerse al servicio de la salud de las personas, no sacrificar a las personas para mantener la salud de la industria digital (European Commission, 2023).

CONCLUSIONES

Los efectos de la pandemia por COVID-19 a medio y largo plazo, han generado un incremento del malestar entre los jóvenes y adolescentes que, entre otros aspectos, se ha traducido en un incremento de la conducta suicida e incluso de la muerte por suicidio en estas edades. También han aumentado otras formas de expresión del malestar como son la ansiedad, la depresión y los trastornos de la conducta alimentaria.

La reversión de las restricciones instauradas como formas de contención del virus durante la pandemia -confinamiento, distanciamiento social, aislamiento-, no se ha traducido todavía en una disminución del sufrimiento y de la insatisfacción de nuestros menores, sino más bien al contrario. Una de las consecuencias del confinamiento que se ha mantenido ha sido la exposición prematura a pantallas, que no solo se ha mantenido, sino que incluso se ha incrementado desde entonces, llegando a límites nunca antes vistos. Dicho uso podría ser una variable clave en el incremento del malestar en nuestros jóvenes, actuando a través de tres vías distintas, a saber: 1) deteriorando el desarrollo de las habilidades personales de afrontamiento, 2) interfiriendo en los hábitos saludables y en las actividades relacionadas con el bienestar, y 3) incrementando escenarios adicionales de exposición a situaciones inadecuadas, esto es: presión generada por la irreal positividad, ideales de vida inalcanzables, promotores de valores como la excesiva delgadez y la violencia, no solo en la visualización sino también experimentada en propia persona (*ciberbullying* y acoso sexual de diferentes tipos).

No podemos concluir que las pantallas y la digitalización sean la causa única del malestar de nuestros adolescentes y jóvenes. No son la causa única de la obesidad infantil, ni de las pérdidas visuales, ni del insomnio, ni de los problemas de aprendizaje, ni de los problemas de socialización, ni de la ansiedad y la depresión, ni del TCA, ni del suicidio, ni del fracaso escolar, ni de la conflictiva con los padres, ni de las diferentes formas de violencia en las que se ven involucrados nuestros jóvenes, como víctimas o acosadores. Pero sí parecen contribuir negativamente en todas y cada una de estas afectaciones, no solo agravando los cuadros, sino también incrementando la prevalencia de muchas de estas problemáticas. Es decir, sin el mundo digital, muchos niños y adolescentes no padecerán estas problemáticas, y entre los que las padecieran, muchos presentarían cuadros de menor intensidad y serían más asumibles por los sistemas de salud. Los efectos de la exposición prematura a las pantallas desbordan los recursos cognitivos y emocionales de nuestros niños y adolescentes y, por extensión, a los servicios sanitarios que les ofrecen cobertura.

Durante los primeros años de vida, tanto en casa como en la escuela, hay que acompañar a los niños en su desarrollo como personas. A unos niños que neurobiológicamente no han cambiado en los últimos cientos de años. De modo que el objetivo sigue siendo el mismo de siempre, conocer cómo se desarrollan y se adquieren las herramientas que permiten a esa persona una mejor relación con el entorno, porque si lo conseguimos, no importará el futuro que tengan que afrontar, ya que tendrán los recursos necesarios para hacerlo.

RECOMENDACIONES

Implementar programas en escuelas orientados a mejorar las habilidades y los recursos de afrontamiento de los menores (WHO, 2021). Preferiblemente programas con validación empírica como el YAM (*Youth Aware of Mental Health*) (Wasserman, 2015).

Fomentar la sensación de pertenencia y la vinculación al ámbito educativo, entendida como la sensación de sentirse unido a las personas del colegio; así como favorecer la supervisión de los padres o adultos de la familia, entendida como conocer dónde van los adolescentes y con quien están. Ambos factores protectores para el tránsito a la vida adulta para todo tipo de conductas problemáticas (CDC, 2023).

En relación a las pantallas, se recomienda la protección del desarrollo saludable de los menores, entendiendo que éste se consigue evitando la exposición a elementos o agentes que lo perjudiquen. Como orientación, recogemos las siete recomendaciones que propone Michel Desmurget (2020) en su exhaustiva obra:

1. Hasta los seis años nada de pantallas.
2. A partir de los seis, un máximo de 30 minutos totales al día.
3. Nunca pantallas en la habitación.
4. Nada de contenidos inapropiados (violencia, sexo, consumo sustancias, etc.).
5. Nunca uso de pantallas por la mañana antes de ir al colegio.
6. Nunca uso de pantallas por las noches antes de acostarse.
7. Nunca multitarea, es decir, cena con pantalla, deberes con pantalla, conversación con pantalla.

Y añadimos dos más:

8. Si no es evitable, ofrecer móvil básico (no *smartphone*) una vez finalizada la educación primaria.
9. Proteger al menor de la exposición a los riesgos que entrañan las pantallas y especialmente los dispositivos móviles tipo *smartphone* hasta, al menos, los 16 años de edad. Cerrando así la ventana de acceso a nuestros hijos hasta que no hayan asumido un mínimo nivel de maduración.

Las innovaciones en el marco de la educación, igual que en el ámbito de la salud, tendrían que haberse demostrado eficaces previo a su implantación y generalización. Hay situaciones en salud, como cuando la persona sufre y nada parece ayudar, que pueden justificar el ensayo de un tratamiento experimental. Pero esto nunca aplica en el ámbito de la población general, ni en su desarrollo normativo. Se recomienda identificar el origen y la intencionalidad del argumentario, contrastando las ideas que se pretenden evocar, comparándola con la evidencia científica, antes de hacer difusión de dicho argumentario en ámbitos de referencia, por ejemplo, por parte de referentes de salud, de educación, o incluso del ámbito de la política.

Recomendaciones:

1. Evitar el término “generación digital”, el cerebro es el mismo que el de hace siglos.
2. Evitar poner al niño como sujeto cuando hablamos de acceso. No se le priva al niño el acceso a un determinado mundo (digital), sino que se priva a ese mundo el acceso a nuestros hijos. Los protegemos hasta que estén preparados para iniciar el aprendizaje para manejarse bien en él, como hicimos con otro instrumento que

cambió el mundo, el automóvil.

3. Evitar hablar de uso excesivo o uso inadecuado en la infancia, reservarlos para la edad adulta. Obviamente, cuanta más exposición más problemas, pero son términos que llevan a confusión. Dadas las evidencias científicas en menores de 16 años, no parece haber un uso adecuado ya que no hay beneficios que compensen los numerosos y potenciales riesgos.
4. Evitar usar expresiones del tipo: “preparar al niño para un determinado futuro (digital)”, son más apropiadas expresiones del tipo: “cuidar el desarrollo del niño y su inteligencia para que estén preparados para adaptarse a cualquier tipo de mundo futuro”.
5. Evitar expresiones que fomenten la competición disfuncional, especialmente cuando para ello se generan escenarios de desesperanza, como, por ejemplo: “un futuro incierto del que nada sabemos, en que muchos trabajos no existirán, solo unos pocos se salvarán”.
6. Desvincular la educación de un único objetivo finalista, especialmente del rendimiento infinito. La educación no está hecha para hacer “superhumanos que super trabajen y super rindan”. La educación, como el conocimiento, tiene valor en sí misma.
7. El único objetivo de la educación no debería ser construir trabajadores eficientes, sino fortalecer las redes de la comunidad. Acompañando al niño en desarrollo, es decir, fortaleciendo cada una de las hebras que conforman la comunidad, para que los niños aprendan a saberse parte de su conjunto.

EL ROL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y LA EDUCACION. ¿MEROS ESPECTADORES?

En nuestro rol como profesionales de la salud y la educación, sabemos que no todo son las pantallas, pero también que hay mucho en ellas que antes no estaba, y lo que había, ha empeorado con su implantación. El impacto de las pantallas en el desarrollo y la salud de nuestros jóvenes no es la única causa de los problemas en estos ámbitos. Las pantallas no han inventado la realidad de la conducta suicida, tampoco han inventado la depresión ni la ansiedad, tampoco los trastornos de la conducta alimentaria, tampoco el fracaso escolar ni los problemas de aprendizaje. Tampoco han inventado ningún tipo de violencia (física, psicológica o sexual). Todos estos son retos de siempre, pero estos retos, ahora, con la influencia de las pantallas, se han convertido en inabarcables. Las pantallas no son únicamente un potenciador de estos problemas, no solo afectan a personas vulnerables, sino que son, en sí mismas, un generador de muchos de estos problemas. Es decir, niños y adolescentes que deberían tener a *priori*, un desarrollo no patológico, pueden acabar teniéndolo por la influencia de las pantallas.

A los profesionales de primera línea de salud y de educación, nos hacen testigos involuntarios de las consecuencias de la digitalización en nuestros menores, de la ausencia de un exhaustivo debate ético previo, en el cual, hasta el momento, lo que se aprecia es una pobre consideración del principio de la no maleficencia (y no porque se esté favoreciendo el de la beneficencia). Con la mayor parte de la evidencia científica confirmando nuestra impresión en la práctica clínica diaria, también somos testigos de cómo se hace eco de algunos estudios con resultados de escasa solidez, que encuentran algún beneficio. Eso sí, la falta de evidencia de los beneficios encuentra sobrada compensación en la variedad e importante difusión de los relatos que hacen muy difícil la implantación de medidas de protección en la infancia y la adolescencia. Así, argumentos como que “son una generación digital”, o que “en un mundo cambiante no podemos tener la escuela de siempre”, favorecen una actitud de cuidado negligente por parte de los adultos, poniendo en riesgo a nuestros menores. Hemos asumido que, si un niño no tiene acceso a redes sociales durante la infancia, será un analfabeto digital y quedará excluido de la sociedad. Bajo esa premisa, sin evidencias empíricas sólidas que la sustenten, invitamos a los cuidadores principales, padres y maestros, a que, con la mejor intención, incorporen las pantallas, de manera que el mundo digital consiga un privilegiado acceso a nuestros menores. Una paradoja pues, el acceso a pantallas no solo no favorece la alfabetización digital, sino que parece asociarse más al incremento de analfabetos reales. En el informe PISA 2015 se alertaba de que tanto el uso excesivo como escaso de Internet, puede producir rendimientos académicos más bajos, un nivel de satisfacción inferior y tasas más altas de absentismo (INEE, 2017). Cuando el peso de la evidencia ya no permite eludir el debate, se vuelve a buscar una fisura con propuestas de estrategias alternativas a la protección como es la “alfabetización digital”, todo para mantener esa puerta abierta de acceso a nuestros menores.

REFERENCIAS

- Anderson, R. N., & Smith, B. L. (2003). Deaths: Leading causes for 2001. *National Vital Statistics Reports: From the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System*, 52(9), 1–85.
- Athanasidou, K., Melegkovits, E., Andrie, E. K., Magoulas, C., Tzavara, C. K., Richardson, C., ... & Tsitsika, A. K. (2018). Cross-national aspects of cyberbullying victimization among 14–17-year-old adolescents across seven European countries. *BMC Public Health*, 18, 1–15.
- Borschmann, R., & Kinner, S. A. (2019). Responding to the rising prevalence of self-harm. *The Lancet Psychiatry*, 6, 548–549.
- Bousono, M., Al-Halabi, S., Buron, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E. M., Galván, G., ... & Alejandra, P. (2017). Substance use or abuse, internet use, psychopathology, and suicidal ideation in adolescents. *Adicciones*, 29(2), 97–104.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). *Youth Risk Behavior Survey Data Summary & Trends Report 2011–2021*. National Center for HIV, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention Division of Adolescent and School Health.
https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/yrbs_data-summary-trends_report2023_508.pdf
- Cebrián, A., Trillo, A., & González, A. (2019). *PISA 2018. Programa para la Evaluación Internacional de los Estudiantes. Informe español*. Ministerio de Educación y Formación Profesional.
- Claxton, G. (1990). *Teaching for learning*. London: Cassel Educational Limited.
- Del Castillo, R. P., Castaño, L. M., de Neira, M. D., & Maresca, I. P. (2021). Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia en época COVID: ¿Una nueva pandemia? *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 38(4), 9–17.
- Desmurget, M. (2020). *La fábrica de cretinos digitales*. España: Península.
- Ellis, W. E., Dumas, T. M., & Forbes, L. M. (2020). Physically isolated but socially connected: Psychological adjustment and stress among adolescents during the initial COVID-19 crisis. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 52(3), 177.
- Espuny, C., González, J., Lleixà, M., & Gisbert, M. (2011). Actitudes y expectativas del uso educativo de las redes sociales en los alumnos universitarios. *Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento*, 8(1), 171–185.
- European Commission. (2023). *European Declaration on Digital Rights and Principles*.
<https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/european-declaration-digital-rights-and-principles>
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., & Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 35(3), 239–250.
- Finn, J. D., & Zimmer, K. S. (2012). Student engagement: What is it? Why does it matter? In S. L. Christenson, A. L. Reschly, & C. Wylie (Eds.), *Handbook of research on student engagement* (pp. 97–131). Springer Science & Business Media.
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Solana, R. A., Ortuño-Sierra, J., Lucas-Molina, B., ... & de Albéniz Iturriaga, A. P. (2018). Suicidal ideation in a community-derived sample of Spanish adolescents. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 11(2), 76–85.

- Freeman, A., Mergl, R., Kohls, E., Székely, A., Gusmao, R., Arensman, E., Koburger, N., Hegerl, U., & Rummel-Kluge, C. (2017). A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1398-8>
- Gaceta Médica. (2022). Cataluña presenta una guía para la prevención del suicidio en el ámbito educativo. <https://gacetamedica.com/politica/cataluna-presenta-una-guia-para-el-abordaje-de-las-conductas-suicidas-en-los-centros-educativos/>
- Goldbeck, L., Schmitz, T. G., Besier, T., Herschbach, P., & Henrich, G. (2007). Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality of Life Research*, 16(6), 969–979. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9205-5>
- González-Nuevo, C., Cuesta, M., Postigo, Á., Menéndez-Aller, Á., García-Fernández, J., & Kuss, D. J. (2022). Using social networking sites during lockdown: Risks and benefits. *Psicothema*, 34(3).
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., ... & Yip, P. S. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468–471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Han, B. C. (2022). *Capitalismo y pulsión de muerte: Artículos y conversaciones*. Herder Editorial.
- Haukka, J., Suominen, K., Partonen, T., & Lönnqvist, J. (2008). Determinants and outcomes of serious attempted suicide: A nationwide study in Finland, 1996–2003. *American Journal of Epidemiology*, 167, 1155–1163.
- Hudimova, A., Popovych, I., Baidyk, V., Buriak, O., & Kechyk, O. (2021). The impact of social media on young web users' psychological well-being during the COVID-19 pandemic progression. *Revista Amazonia Investiga*, 10(39), 50–61.
- INEE. (2017). *PISA 2015 Programa para la Evaluación Internacional de los Alumnos. El Bienestar de los Estudiantes. Informe Español*. Madrid 2017. https://sede.educacion.gob.es/publiventa/descarga.action?f_codigo_agc=18701
- Jerónimo, M. Á., Piñar, S., Samos, P., et al. (2021). Intentos e ideas de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los años previos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.11.004>
- Joiner T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- Kelly, Y., Zilanawala, A., Booker, C., & Sacker, A. (2018). Social media use and adolescent mental health: Findings from the UK Millennium Cohort Study. *EClinicalMedicine*, 6, 59-68.
- King, C. A., & Merchant, C. R. (2008). Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 181–196. <https://doi.org/10.1080/13811110802101203>
- Király, O., Potenza, M. N., Stein, D. J., King, D. L., Hodgins, D. C., Saunders, J. B., ... & Demetrovics, Z. (2020). Preventing problematic internet use during the COVID-19 pandemic: Consensus guidance. *Comprehensive Psychiatry*, 100, 152180. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152180>
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>

- Macfarlane, B., & Tomlinson, M. (2017). Critiques of student engagement. *Higher Education Policy*, 30(1), 5–21. <https://doi.org/10.1057/s41307-016-0027-3>
- Magis-Weinberg, L., Gys, C. L., Berger, E. L., Domoff, S. E., & Dahl, R. E. (2021). Positive and negative online experiences and loneliness in Peruvian adolescents during the COVID-19 lockdown. *Journal of Research on Adolescence*, 31(3), 717-733. <https://doi.org/10.1111/jora.12671>
- Magson, N. R., Freeman, J. Y., Rapee, R. M., Richardson, C. E., Oar, E. L., & Fardouly, J. (2021). Risk and protective factors for prospective changes in adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(1), 44-57. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01332-9>
- Marciano, L., Ostroumova, M., Schulz, P. J., & Camerini, A. L. (2022). Digital media use and adolescents' mental health during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 9, 2208. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.793429>
- Michavila, N., & Abad, M. J. (2022). *El impacto de las pantallas en la vida familiar*. Empantallados, GAD3.
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., ... & Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*, 64(2), 265-283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
- Mirkovic, B., Cohen, D., de La Rivière, S. G., Pellerin, H., Guilé, J. M., Consoli, A., & Gerardin, P. (2020). Repeating a suicide attempt during adolescence: Risk and protective factors 12 months after hospitalization. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 1071–1081. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01430-9>
- Morales-Vives, F., & Dueñas, J. M. (2018). Predicting suicidal ideation in adolescent boys and girls: The role of psychological maturity, personality traits, depression and life satisfaction. *The Spanish Journal of Psychology*, 21, e10. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.12>
- Niederkröthaler, T., Stack, S., Till, B., Sinyor, M., Pirkis, J., Garcia, D., ... & Tran, U. S. (2019). Association of increased youth suicides in the United States with the release of *13 Reasons Why*. *JAMA Psychiatry*, 76(9), 933–940. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0922>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2019a). *PISA 2021 ICT framework*. OECD Publishing. <https://www.oecd.org/pisa/sitedocument/PISA-2021-ICT-Framework.pdf>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2019b). *PISA 2018 results (Volume I): What students know and can do*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/5f07c754-en>
- Orben, A., & Przybylski, A. K. (2019). The association between adolescent well-being and digital technology use. *Nature Human Behaviour*, 3(2), 173-182. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0506-1>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental y COVID-19: Datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia. Resumen científico*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/354393/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Centro de prensa: Nota descriptiva suicidio*.

<https://www.who.int/health-topics/suicide#>

- Pirkis, J., John, A., Shin, S., DelPozo-Banos, M., Arya, V., Analuisa-Aguilar, P., ... & Spittal, M. J. (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: An interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*, 8(7), 579-588. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2)
- Poujol, M. C., Pinar-Martí, A., Persavento, C., Delgado, A., Lopez-Vicente, M., & Julvez, J. (2022). Impact of mobile phone screen exposure on adolescents' cognitive health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12070. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912070>
- Reger, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2020). Suicide mortality and coronavirus disease 2019 – A perfect storm? *JAMA Psychiatry*, 77(10), 1093–1094. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1060>
- Rocha, D. D. M., Silva, J. S., Abreu, I. M. D., Mendes, P. M., Leite, H. D. C. S., & Ferreira, M. D. C. S. (2021). Efeitos psicossociais do distanciamento social durante as infecções por coronavírus: Revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34.
- Rodríguez, O., & Estrada, L. C. (2021). Pantallas en tiempos de pandemia: Efectos bio-psico-sociales en niñas, niños y adolescentes. *Revista Sociedad*, (42), 15-29.
- Salzano, G., Passanisi, S., Pira, F., Sorrenti, L., La Monica, G., Pajno, G. B., ... & Lombardo, F. (2021). Quarantine due to the COVID-19 pandemic from the perspective of adolescents: The crucial role of technology. *Italian Journal of Pediatrics*, 47(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01034-x>
- Santomauro, D. F., Herrera, A. M. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., ... & Ferrari, A. J. (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. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Serra, G., Lo Scalzo, L., Giuffrè, M., Ferrara, P., & Corsello, G. (2021). Smartphone use and addiction during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: Cohort study on 184 Italian children and adolescents. *Italian Journal of Pediatrics*, 47(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01023-0>
- Siste, K., Hanafi, E., Sen, L. T., Murtani, B. J., Christian, H., Limawan, A. P., & Siswidiani, L. P. (2021). Implications of COVID-19 and lockdown on internet addiction among adolescents: Data from a developing country. *Frontiers in Psychiatry*, 534. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.634736>
- Song, H., Zmyslinski-Seelig, A., Kim, J., Drent, A., Victor, A., Omori, K., & Allen, M. (2014). Does Facebook make you lonely?: A meta-analysis. *Computers in Human Behavior*, 36, 446-452. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.04.011>
- Statista. (2020). Technologies used by teens in the United States to stay connected to friends and family they no longer see in-person during the coronavirus pandemic in April 2020. <https://www.statista.com/statistics/1115305/technology-used-by-teens-stay-connected-during-coronavirus-pandemic-usa/>
- Statista. (2021). Growth of monthly active users of selected social media platforms worldwide from 2019 to 2021. <https://www.statista.com/statistics/1219318/social-media-platforms-growth-of-mau-worldwide/>
- Tanaka, T., & Okamoto, S. (2021). Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nature Human Behaviour*, 5(2), 229–238. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-01042-z>

- Thai, H., Davis, C. G., Mahboob, W., Perry, S., Adams, A., & Goldfield, G. S. (2023). Reducing social media use improves appearance and weight esteem in youth with emotional distress. *Psychology of Popular Media*. <https://doi.org/10.1037/ppm0000460>
- Tsao, S. F., Chen, H., Tisseverasinghe, T., Yang, Y., Li, L., & Butt, Z. A. (2021). What social media told us in the time of COVID-19: A scoping review. *The Lancet Digital Health*, 3(3), e175-e194. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30085-6](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30085-6)
- Twenge, J. M., Joiner, T. E., Rogers, M. L., & Martin, G. N. (2018). Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among US adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. *Clinical Psychological Science*, 6(1), 3-17. <https://doi.org/10.1177/2167702617723376>
- Twenge, J., Haidt, J., Joiner, T. E., & Campbell, W. K. (2020). Underestimating digital media harm. *Nature Human Behaviour*, 4(4), 346–348. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0839-4>
- Ucar, H., & Goksel, N. (2020). Enhancing online EFL learners' motivation and engagement through supplementary activities on Facebook. *Asian Journal of Distance Education*, 15(1), 154–168. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3881576>
- UNICEF. (2021). *Aumenta la preocupación por el bienestar de los niños y los jóvenes ante el incremento del tiempo que pasan frente a las pantallas*.
- Villar, F. (2022). *Morir antes del suicidio*. Herder Editorial.

PSICOTERAPIA KLEINEANA PARA FORANEOS, O POR QUE UNA INTERESANTE TEORIA NOS LOS PONE TAN DIFICIL⁴⁶

KLEINIAN PSYCHOTHERAPY FOR OUTSIDERS, OR WHY AN INTERESTING THEORY MAKES IT SO DIFFICULT FOR US.

Antonio Galán Rodríguez⁴⁷

RESUMEN

La psicoterapia kleiniana despierta fascinación y rechazo a partes iguales. Revisamos algunos obstáculos que impiden una aceptación más extendida de la teoría y técnica kleinianas; entre ellos, la complejidad de las experiencias que intenta explicar, el modelo de formación, y el escaso compromiso en mostrar su eficacia. Planteamos tres recomendaciones para superarlas: una apertura a otros ámbitos de conocimiento, un compromiso decidido con ámbitos asistenciales diversos, y afrontar algunas limitaciones teóricas. Destacamos las ideas kleinianas que deberían ser incorporadas al bagaje psicoterapéutico, revisamos los rasgos (y críticas) más destacables respecto a la técnica kleiniana, y subrayamos las aportaciones específicas de los kleinianos contemporáneos. Finalmente, advertimos que las ideas kleinianas podrían tener una aplicación especialmente útil en ámbitos específicos de la clínica, y recomendamos un esfuerzo por dar más accesibilidad a sus planteamientos.

Palabras clave: Psicoterapia, Klein, Psicoanálisis.

SUMMARY

Kleinian psychotherapy sparks both fascination and reject. Some obstacles preventing greater acceptance of Kleinian theory and technique are revised; among them, the complexity of the experiences it tries to explain, the teaching model in this psychoanalytic school, and the weak commitment to prove its efficacy. In order to overcome them, three pieces of advice are provided: being open to other areas of knowledge, getting involved more deeply in an array of psychotherapeutic contexts, and facing some theoretical shortcomings. Some Kleinian ideas that should be incorporated to the background of psychotherapy are highlighted, more important features (and criticisms) of Kleinian technique are described, and specific contributions by Contemporary Kleinians are underlined. Two final proposal are presented: Kleinian concepts might fit well just certain areas of psychopathology, and Kleinian clinicians should make an effort to turn their ideas into more accessible knowledge.

Keywords: Psychotherapy, Klein, Psychoanalysis.

INTRODUCCION

En el contexto de este Congreso, en el que dirigimos una mirada crítica al desempeño de los modelos terapéuticos, puede resultar interesante reconsiderar algunos aspectos de la psicoterapia kleiniana. Melanie Klein constituye una

⁴⁶ 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.

⁴⁷ Doctor en Psicología. Psicólogo clínico. Equipo de Salud Mental de Zafra (Servicio Extremeño de Salud). antgalan@hotmail.com

de las figuras más importantes y más controvertidas de la Historia del Psicoanálisis. Sus planteamientos teóricos y sus aportaciones clínicas resultan muy atractivas, pero al mismo tiempo algunos aspectos, tanto de la teoría como de la técnica, pueden despertar recelos y rechazos a quienes no se mueven en los círculos propiamente kleinianos. ¿Por qué ocurre esto?

“... se puso a embadurnar con la goma, ensuciando más, y haciendo un verdadero “revoltijo”. Con gran satisfacción me dijo: “Pero también es un vómito, abí encima de tu piso”. Le interpreté que no sólo quería pegarse al interior de la habitación, sino también al interior de mi cuerpo donde crecían nuevos bebes, y ensuciar y hacer un “revoltijo” en mi interior con el vómito. Al día siguiente me trajo un gran geranio rojo. Y señalando el tallo y los numerosos brotes que lo rodeaban, me dijo: “¿Ves? Todos estos bebes salen del tallo. Este es un regalo para ti”. Le interpreté que ahora quería darme el pene y todos los bebitos que salen de él para compensar el “revoltijo” que sentía que había hecho con mis bebes y el interior de mi cuerpo el día anterior” (Segal, 1993, p.33)

Este tipo de intervención contiene un elemento extraño, bizarro incluso. Es obvio que no forma parte del lenguaje cotidiano (no es algo que le digamos a nuestro sobrino o al hijo de nuestros amigos cuando jugamos con ellos) e incluso para muchos psicoterapeutas resultará algo ajeno a su práctica profesional; quizá despierte sorpresa y curiosidad, pero también puede generar incredulidad.

“En la transferencia, los siguientes patrones de importancia se desarrollaron en forma secuencial durante los primeros cuatro años. Primero ella deseaba que el terapeuta la violara y la matara en el coito porque sólo en el odio y en la muerte podía encontrarse el verdadero amor y el compromiso o entrega. En el núcleo de esas fantasías yacía una imagen paterna edípica primitiva, sádica. Después ella fantaseaba ser la criatura dependiente de un padre maternal y creía que si le permitieran mamar el pene del terapeuta todas sus necesidades de calor, amor, sexo y protección serían satisfechas. Ahora deseaba que el terapeuta la sostuviera como una madre sostiene a un bebé mientras ella mamaba el pene con su interminable flujo de semen o leche. Se hizo claro que una causa importante para su incapacidad de entablar relaciones profundas con los hombres era su terror por la confusión de estas dos actitudes contradictorias y su terror de que su amor y su odio se unirían en una insostenible situación de peligro: tenía miedo de que su odio destruiría a ambos” (Kernberg, 1987, p. 95).

Esta lectura del caso es también muy kleiniana; encontramos sus principios teóricos básicos, y un análisis muy profundo de la transferencia, una transferencia donde imágenes primitivas acerca de la corporalidad van a estar muy presentes. Nuevamente encontramos una lectura de la realidad clínica del paciente que puede resultar fascinante para unos, e intolerable para otros. ¿Por qué?

En los círculos kleinianos este tipo de análisis e intervención resultan familiares y generan comentarios que corroboran su valía. Pero fuera de estos contextos es fácil encontrar ignorancia, incompreensión o rechazo ante la teoría y la técnica de esta escuela. El objetivo de este trabajo es reflexionar acerca del motivo por el que una teoría y técnica tan sugerentes despiertan tanta incompreensión y rechazo. El interés de esta inquietud está en la idea de recuperar todo su bagaje teórico y técnico para que pueda ser un patrimonio al alcance de todos los psicoterapeutas.

DOS RAZONES PARA EMPEZAR... Y UNA AÑADIDA

Los kleinianos se enfrentan frecuentemente a la experiencia de que, saliendo de sus reducidos círculos de encuentro, sus planteamientos pueden resultar muy ajenos y desajustados. ¿Por qué? Klein creó un mundo conceptual autónomo, muy rico, completo... y difícil de entender. En efecto, los conceptos y el lenguaje de Klein (y de la mayoría de los kleinianos) la hacen poco accesible, demandando un gran esfuerzo para llegar a entenderla. Uno de los motivos de esa dificultad es el hecho de que teorizaba sobre elementos muy primitivos de nuestra psique; son contenidos alejados de esa racionalidad que gobierna el pensamiento consciente de los adultos, y se trata además de fantasías que se generan en una época vital en la que el niño aún no ha empezado a pensar en palabras. Por eso, Klein se aventuró a poner en “nuestras” palabras conceptos preverbales, y además estos se encuentran muy alejados de nuestra experiencia cotidiana consciente. Y cuando aportó esos conceptos a la intervención terapéutica lo hizo con un arrojo (imprudencia dirían algunos) que generarían nuevamente fascinación

y perplejidad: interpretaciones profundas en las que esos contenidos “bizarros” de la mente eran expuestos abiertamente, tanto con niños como con adultos (como las citas del comienzo del artículo ilustran con claridad). Sus inmediatos sucesores participaron en gran medida de esta forma de pensar y exponer.

Un segundo obstáculo se situaría en cierta opacidad en lo referente a la técnica. En efecto, no es fácil acercarse a la técnica kleiniana si no se está inmerso en un contexto de aprendizaje kleiniano. Y esto pudiera tener que ver, al menos en parte, con una cuestión histórica, en la medida en que el ambiente de formación de los primeros tiempos del Psicoanálisis invitaba a un aprendizaje de maestro a alumno, en grupos reducidos y con aprendizajes “en vivo”, a través del propio análisis o de la supervisión. Quizá por ello, proporcionar manuales detallados de técnica no aparecía como una prioridad. Así, cuando Robert M. Young redactó el prólogo al manual de Hinshelwood (2004), no dejó de hacer referencia al frecuente comentario de que las ideas kleinianas se comprenden mejor en la supervisión, lo que habría lastrado hasta el momento la redacción de textos precisos sobre la teoría y técnica. Fijémonos en un detalle anecdótico: Grotstein (2009) señala que en una de las obras más importantes de Melanie Klein (*El Psicoanálisis de niños*), aparece un manual de técnica psicoanalítica (en las notas a pie de página). Esta observación arroja luz sobre una ausencia: la de un texto de Klein dedicado claramente a delimitaciones técnicas. En la misma línea, Etchegoyen (2005) subraya cómo, a pesar de considerar la interpretación como la técnica central en su práctica terapéutica, Klein no teorizó sobre ella. Aunque sus inmediatos sucesores obviamente avanzaron en este sentido, pareciera que no se trataba de una prioridad destacable.

En estos momentos en los que los profesionales estamos inmersos en un mundo terapéutico sumamente rico (con una enorme diversidad de propuestas, a menudo entrelazadas), cuando nos hemos acostumbrados a un contexto asistencial muy fluido (con ámbitos de intervención profesional sumamente variados), y nos hemos adaptado a manejarnos con el nuevo perfil de pacientes como consumidores informados (demandantes de transparencia y accesibilidad frente a cualquier servicio contratado), este tipo de acercamiento puede resultar poco atractivo a nivel docente; en efecto, también nosotros (los profesionales) empezamos a acercarnos a las escuelas psicoterapéuticas demandando claridad, demostraciones de eficacia, accesibilidad a los contenidos, y capacidad pedagógica en los maestros. Una interesante exposición de teorías y casos, tras las que el lector novel se pregunte “Vale, ¿pero cómo se hace eso?”, apunta a una limitación en el objetivo de formar psicoterapeutas. En este contexto, un manual de base kleiniano, dedicado exclusivamente a la interpretación (Coderch, 1995) pero donde no aparecía un solo ejemplo de la aplicación de esta técnica, estaba jugando con normas de juego cada vez más devaluadas.

Y para terminar, enlazando con el tema de este Congreso, nos tendríamos que preguntar si la terapia kleiniana se ajusta a los estándares que el espíritu de los tiempos está imponiendo a la hora de valorar las intervenciones. Las primeras propuestas psicoterapéuticas fueron planteadas por los distintos modelos psicológicos (psicoanalítico, conductual, humanista, cognitivo, sistémico...) conforme estos se desarrollaban; se consolidó un clima marcado por el conflicto entre escuelas, en la que cada modelo defendía su identidad y su superioridad (Galán, 2017). Pero a partir de los años 50 del pasado siglo se comenzó a demandar una demostración de eficacia a través de estudios empíricos (Lambert, 2013); en este desafío algunas escuelas se mostraron más dispuestas que otras, con el modelo cognitivo-conductual asumiendo el liderazgo, mientras que otras escuelas (y entre ellas la psicoanalítica) planteaban objeciones (por ejemplo, la limitación impuesta por el carácter esencialmente “inaprensible” de un proceso terapéutico caracterizado por la fluidez, la complejidad y la privacidad). Se produjo una nueva revolución con la adopción en este ámbito de los parámetros de la Medicina Basada en la Evidencia; tomándola como referencia, muchas propuestas psicoterapéuticas se sometieron a estudios para comparar su rendimiento (eficacia, efectividad, eficiencia...) con el de otros modelos, psicológicos o no. Se empezó a hablar así de “tratamientos con apoyo empírico”, “terapias basadas en la evidencia” y expresiones similares. Aunque a la postre ha sido un modelo muy cuestionable, parecía tratarse de un camino que había que recorrer para perder la inocencia, dejar de dar por supuesta la validez de la psicoterapia, y probar ésta ante el conjunto de la sociedad (Pérez, 2013). Lo que rescataríamos aquí es que modelos a los que se esperaba excluir, se sumaron a esta corriente y superaron las pruebas, como el psicoanalítico (Fonagy, 2015; Shedler, 2010). Sospechamos que las instituciones kleinianas no han apostado de forma destacable por sumarse a esta corriente, en un momento en que se plantea que, con unas herramientas u otras (y no necesariamente las propuestas por la Medicina Basada en la Evidencia), todos los

modelos terapéuticos deberían incorporar a su desarrollo teórico y técnico un esfuerzo por probar públicamente su capacidad. El espíritu de los tiempos obliga a seguir nuevas reglas.

ABRIENDO NUEVOS ESPACIOS: TRES AMBITOS POR LOS QUE AMPLIAR LA MIRADA

Señalábamos al principio que el mundo conceptual de Klein era muy complejo... y cerrado en sí mismo (Michell y Black, 2004). Para confirmarlo basta revisar las obras completas de Klein en busca de referencias a otros autores, del ámbito psicológico o no. Resultan muy escasas. De la misma manera, Klein no se desarrolló en un ambiente intelectual que favoreciera el diálogo con otros ámbitos de conocimiento más allá de las discusiones enconadas con escuelas próximas (con la annafreudiana como su particular Némesis). Vemos por tanto que la creadora, la pionera, no dio un salto para situar sus aportaciones en contextos intelectuales y científicos más amplios. Y posiblemente siga siendo una asignatura pendiente, porque (salvo algunas excepciones) las propuestas de sus sucesores no han sido especialmente arriesgadas; un repaso a las referencias bibliográficas de los manuales kleinianos es revelador en este sentido: abundan las referencias recurrentes a Klein y a las figuras consagradas de la Escuela, y escasean (o directamente están ausentes) las referentes a otras escuelas (especialmente las no psicoanalíticas) o ámbitos de conocimiento científico. Todo ello a pesar de lo sugerente de las ideas kleinianas, que invitan a establecer esas conexiones. Y de hecho, algunos autores han hecho una labor en la dirección opuesta, conectando sus ideas con las kleinianas; pensemos por ejemplo en la búsqueda de ideas kleinianas en la Teoría del Apego por parte de Fonagy (2004). Y aun pendiente de establecer esas conexiones, podríamos pensar en las novedosas ideas de Damasio (2003) acerca de los elementos elementales que configurarían las emociones y sentimientos a nivel cerebral/mental, son fácilmente conectables con intuiciones kleinianas.

En la misma línea, el mundo kleiniano se beneficiaría de una apertura a los nuevos contextos asistenciales en los que la ayuda psicoterapéutica es reclamada. Durante mucho tiempo la escuela kleiniana ha ocupado un lugar de gran relevancia institucional dentro del movimiento psicoanalítico y una parte de ella ha defendido una ortodoxia que en última instancia privilegiaba intervenciones muy específicas... para pudientes (o aspirantes a psicoanalistas) atendidos en consultas privadas. Ha sido necesario el empuje decidido de algunos kleinianos por dar validez a la aplicación de estos planteamientos teóricos y técnicos a la asistencia pública (Pérez-Sánchez, 1996; Tizón, 1988), pero parece que ha permanecido el recelo más institucional a estas “desviaciones” de la pureza teórica y técnica. Finalmente, el mundo kleiniano podría beneficiarse de una profundización (que a veces conllevaría aceptación) en algunas limitaciones teóricas y técnicas de la teoría original. Barrat (2017), un kleiniano muy auto-crítico, hace un listado de siete; entre ellas ocupan un lugar relevante la falta de respaldo a la teorización kleiniana por parte de las nuevas investigaciones en torno al desarrollo infantil temprano, el funcionamiento de la memoria, o la lógica evolutiva del desarrollo infantil. Entre ellos subrayaríamos el instintualismo característico de Klein, que está en contra de lo que los últimos decenios de investigación básica y clínica nos han enseñado del ser humano (Stern, 1997). Los seres humanos somos muy permeables a las influencias externas desde el nacimiento, la relación (real) del bebé con su cuidador ocupa un lugar fundamental en la construcción del mundo interno, y resulta difícil construir una Psicología que se sitúe de espaldas a estas constataciones.

Estas tres acciones de apertura podrían resituar en un primer plano la teoría y técnica kleinianas, y nos permitirían rescatar aspectos valiosísimos sobre la condición humana, normal y patológica, que aquéllas han iluminado. ¿Cuál es ese bagaje que nos conviene mantener? A eso vamos en el siguiente apartado.

UN BREVE REPASO A LO QUE KLEIN NOS ENSEÑÓ

Nuestro interés por los planteamientos kleinianos se fundamenta en la convicción de que estos iluminan de manera brillante algunos aspectos fundamentales del ser humano. Desde este convencimiento nos permitimos hacer un

pequeño y selectivo repaso de algunas de esas experiencias básicas que resultarán fáciles de reconocer en nuestros pacientes cuando les dirijamos una mirada con cierta profundidad. Encontraremos entonces vivencias y experiencias para las que el marco kleiniano que a continuación perfeñamos nos proveerá de herramientas que facilitan la comprensión.

Lo primero: ¿objeto parcial u objeto total?

Pensemos en la mente como un conglomerado de representaciones mentales; a éstas Klein las va a llamar *objetos* (Klein, 1935/1999, 1946/1988); van a estar representadas en un formato muy específico, al que ella llamó “fantasmas”, de modo que describirá el funcionamiento de la mente como si de un psicodrama se tratara, con interacciones complejÍsimas entre esos objetos que configuran el mundo psÍquico. Al principio por inmadurez, y más tarde como mecanismo de defensa, esos objetos serán incompletos; en términos de Klein, serán parciales. No encontraremos allí una representación llamada “mamá”, sino un parte muy parcial de la madre. Por ejemplo, “pecho bueno”, o en otros términos “la mamá buena que me cuida cuando tengo hambre”. Las experiencias emocionales son tan intensas que al niño le costará pensar en un objeto “madre”, y tenderá a pensar en dos madres: “la madre buena que me cuida” y “la madre mala que no me cuida”. O expresado de otra manera, el “pecho bueno” (obviamente, el que gratifica) versus el “pecho malo” (el que no gratifica). A esto le llamará “escisión”, la división de un objeto según su polaridad emocional (bueno, malo).

Lo segundo: en el principio era el cuerpo.

Las primeras representaciones mentales giran en torno al cuerpo. Por eso, en el lenguaje kleiniano encontraremos referencias al pecho, las heces, el pene, la orina o la saliva. La “experiencia de ser cuidado” será representada como algo a lo que Klein llamará “relación con un pecho bueno”. La experiencia de “sentirse atacado de manera letal” podrá ser representado como “atacado por heces”. Son imágenes (o mejor, pre-imágenes) tomadas de la corporalidad y que representan experiencias básicas para el ser humano. Los niños aún están conectados con esas representaciones, que a los adultos (sanos) pueden parecerlos ya ajenas y extrañas.

Lo tercero: un mundo peligroso.

Venimos al mundo con un importante componente agresivo; cada vez que nos enfrentemos a una experiencia aversiva, esa agresividad va a dirigirse hacia un objeto externo a nosotros (fuera de nuestra identidad, de nuestro “self”). Ese pecho malo (el que no me satisface) va a recibir todo mi odio; será malvado, horrible, deleznable, estaría encantando de destruirlo y de despedazarlo; es más, con mi mente infantil y llena de referencias corporales, pienso en morderlo hasta desgarrarlo, en lanzarle heces u orina corrosivas hasta que el pecho se pudra y deshaga. Dirigir esta agresividad al objeto externo tiene una “pequeña” contrapartida: la venganza. Igual que yo dirijo esta agresividad hacia el objeto, éste puede dirigir la suya contra mí. Y por tanto, es lógico que yo tenga miedo a ser destruido, desgarrado, machacado, corroído o aniquilado. Así que con facilidad entraré un círculo vicioso de miedo y violencia con el objeto: creo que me hace daño, yo le dirijo mi rabia, entonces tengo miedo a que me la devuelva (y de hecho, creo que a veces lo hace), entonces me enfado más... (Klein, 1946/1988). Así podemos entender el elemento “paranoide” de estas primeras posiciones frente a la vida.

Lo cuarto: va siendo hora de integrar... y de deprimirse.

La madurez cognitiva y emocional nos permitirán tomar conciencia (y aceptar) que el objeto que gratifica es el mismo que frustra; la experiencia de gozo proviene del mismo lugar que la experiencia de displacer; porque esa misma madre que nos hace sentir bien cuando nos cuida es la que nos hace sentir mal cuando no nos cuida. Eso significa que la rabia y el odio que surge frente al objeto frustrante está siendo dirigido al objeto gratificante (¡son el mismo!). Y esto asusta. Asusta porque si nuestro odio destruía al objeto malo, no pasaba nada (salvo el posible intento de venganza...). Pero si nuestro odio destruye al objeto bueno eso quiere decir que me quedo sin una

fuelle de gratificación, que me quedo solo, o que me siento culpable por dañar a lo que quiero. ¡Nos encontramos en la posición depresiva! (Klein, 1935/1999)

Pero, además, integrar implica tomar clara conciencia de cuáles son mis límites, dónde termino yo y empieza el otro; y por tanto, percatarse de la separación, de la distancia... de la soledad. El objeto es independiente, es autónomo, no puedo controlarlo, puede irse y dejarme solo. ¡Cuánto miedo puede generar esto! Para Klein, esto también es angustia depresiva.

Bien, ¿y ahora cómo se alivia esta angustia “depresiva”? Hay varias opciones:

- renunciar a la posición depresiva y volver a formas previas de relación (escindiendo y mirando el entorno con recelo).
- defenderse, usar las defensas que permiten negar la dependencia: control, triunfo y desprecio (“Yo te controlo, yo gano, tú no eres nada”)
- Reparar el daño.

Lo quinto: envidia, verde envidia.

Habría una parte de nosotros que no soporta la parte buena del otro, incluso aunque sea una fuente de gratificación para nosotros mismos, hasta el punto de desear destruirla aun cuando esto implique quedarse sin esa fuente de apoyo o placer. A ese impulso, que puede ser muy potente y destructivo, Klein le llamará “envidia”. Su antídoto es la gratitud (Klein, 1957/1988). Una lectura psicológica sugerente podría describir esa posición frente al otro de la siguiente manera (Grotstein, 2009): “No puedo vivir conmigo mismo en presencia de quien me cuida, porque su capacidad para dar algo tan gratificante me recuerda lo pequeño que soy, mi desamparo, mi incompletitud, y mi dependencia. Tengo la tentación de destruirlo para eliminar esta sensación, aunque tenga el precio de quedarme sin ella. O si no, al menos quiero igualar el campo de juego simulando que ella no es tan buena o tan importante, para así evitar la vergüenza y la humillación”.

Lo sexto: defendiéndome a toda costa.

Los Freud (Sigmund y Anna) describieron con mucho detalle las defensas neuróticas. Klein lo va a complementar con una serie de mecanismos de defensa más radicales, a los que llamamos “primitivos” o “psicóticos”; no obstante, en la práctica clínica más habitual donde los vamos a encontrar es en los trastornos graves de la personalidad. Aquí se incluyen la negación (“¡Eso no existe!”), la identificación proyectiva (“¡Esto no es mío, esto es tuyo, y no lo voy a perder de vista!”) y la idealización (“¡Yo no te odio a muerte, eres perfecto!”).

UNA TECNICA FASCINANTE ... SOBRE LA QUE SURGEN DUDAS

Más allá de la brillantez de situar el juego infantil como un elemento fundamentalmente de expresión en la terapia (Klein, 1955/1990), hay otros elementos propios de su enfoque sobre los que dirigiremos nuestra mirada. Es fundamental entender que el diálogo kleiniano en sesión parte de que allí no hay una comunicación “normal”. Todo lo que dice el paciente es tomado como una producción del inconsciente; para Klein, hay partes infantiles en el interior del paciente que van a salir continuamente, con desplazamientos y proyecciones. Por ello, todo lo que dice el paciente será remitido a contenidos internos. Esas partes internas no pueden salir por sí mismas, necesitan un objeto con el que relacionarse, y en la sesión analítica será el terapeuta; éste se convertirá en un contenedor que permite completar el mensaje y darle un significado personal. Esta forma de entender lo que ocurre en la consulta explicará la conducta del analista kleiniano.

En efecto, mientras que un freudiano ortodoxo normalmente escuchará silenciosamente hasta el final de la sesión e interpretará entonces, Klein conducirá el análisis como una conversación constante entre la parte infantil de la

personalidad del paciente y el analista; interpretará antes y con más frecuencia que el freudiano. El freudiano intentará que el propio paciente sea su analista, que tras desmontar las resistencias se percate casi que por sí mismo de lo inconsciente; el terapeuta será una comadrona que dirigirá un “soliloquio monitorizado”. En cambio, Klein imaginará que está teniendo lugar un diálogo inconsciente entre un niño y su madre interna, tal como es proyectada en el analista, y éste tendrá que asumir un papel muy activo. Por ello, la sesión será muy dinámica (Grotstein, 2009).

Otra idea importante es que el ideal de la técnica analítica es confinar las intervenciones a la interpretación (Etchegoyen, 2005). En efecto, el instrumento fundamental de la intervención es la interpretación de las fantasías inconscientes, es decir, esos escenarios imaginarios en los que el sujeto y el objeto establecen una relación. Se buscará interpretar la máxima ansiedad inconsciente y las defensas que la acompañan. Mientras que un analista freudiano clásico interpretará primero las defensas, con el objetivo de desmontarlas poco a poco y que así lo reprimido pueda emerger a la conciencia, Klein atacará directamente al pack formado por: a) contenido inconsciente; b) angustia acompañante; y c) defensas utilizadas para gestionarla.

Un tipo de interpretación donde fácilmente encontraremos el sello kleiniano es la interpretación de objetos parciales (es decir, refiriéndose a partes buenas y malas desconectadas entre sí). Pero donde más apreciaremos el sello kleiniano será en sus referencias a partes del cuerpo (orina, heces, saliva) o de la mente (odio, amor, avaricia, envidia).

Este modelo de intervención ha proporcionado momentos brillantes en la historia de la psicoterapia, pero también ha generado cuestionamientos a tener en cuenta. Veamos algunos:

- esa actividad interpretativa, tan activa y a veces contundente, puede convertirse en persecutoria. Quizá no tenga por qué ser así, pero lo cierto es que alguna práctica kleiniana parece adoptar esa actitud; pareciera que en ella “todo lo que dice el paciente podrá ser interpretado en su contra”. Por otra parte, estas interpretaciones se despliegan en el marco de una relación terapeuta-paciente muy asimétrica, que incluye una actitud de cierta omnisciencia por parte del analista; de ahí las quejas respecto a algunos analistas para los que, si el paciente rechaza una interpretación, es que se resiste, y éste es un contenido sobre el que también habrá que interpretar. El resultado final puede ser una aceptación resignada o temerosa de las interpretaciones, incluso desde cierta indefensión aprendida (no replicar al terapeuta porque esto merecerá una nueva interpretación, y así sucesivamente). Para entenderlo puede resultar ilustrativo el viraje de Joan Coderch en este ámbito. En él vemos cómo un kleiniano ortodoxo da el salto al lado contrario, el de la escuela relacional (Coderch, 2010). Y desde allí critica precisamente esos aspectos de la técnica kleiniana: la gran asimetría relacional, la falta de afectividad, y la presunta objetividad.
- las interpretaciones pueden adolecer de cierta desconexión respecto a la experiencia del paciente, en un doble sentido, el real y el simbólico. Así, por un lado, el instintualismo que caracteriza al pensamiento kleiniano implica dejar de lado experiencias de la vida real del paciente, limitando los contenidos analizados a los productos de la fantasía, en último término auto-generados con bastante independencia de los avatares de la vida. Y en segundo lugar, los términos usados por la teoría kleiniana pueden situarse a mucha distancia de la experiencia sentida y vivenciada por el paciente a nivel consciente; es decir, que las categorías verbales usadas por el analista para entender la experiencia del paciente (“el pene devorador”, “la barriga de mamá llena de bebecitos o con un revoltijo sanguinolento” o “la vagina dentada”) pudieran resultarles tan ajenas, que no sienta identificada con ellas sus vivencias internas.
- la técnica kleiniana implica continuas referencias a experiencias primarias en relación a la corporalidad, y esto conlleva dudas teóricas y técnicas. Las experiencias vivenciales tempranas deben quedar de alguna manera codificadas en nuestro mundo interno, y lo que resulta dudoso es que esas experiencias pre-verbales sean simbolizadas al nivel de sofisticación cognitiva y verbal que plantea Klein. Y relacionado con esta duda se situaría una cuestión más técnica: resulta dudoso que las intervenciones verbales puedan remover esas experiencias pre-verbales. En este sentido, debemos remitirnos a otras aportaciones muy presentes en algunos ámbitos psicoanalíticos, que enfatizan los aspectos no verbales implicados en la relación terapéutica como los mecanismos centrales de cambio de esas experiencias pre-verbales (Boston Change Process Study Group, 2010; Coderch, 2007, 2010).

Algunas de estas objeciones han dado lugar a cambios dentro del propio mundo kleiniano. Así, algunos kleinianos actuales, ya alejados de los primeros herederos de Melanie Klein, han introducido algunos matices en la técnica psicoanalítica. En ocasiones, para referirse a ellos se usa la denominación “kleinianos contemporáneos”. De entre muchas, subrayaríamos aquí como especialmente relevantes las siguientes aportaciones (Grotstein 2009; Mitchell y Black, 2004; Waska, 2010):

- las interpretaciones tienden a realizarse en términos más accesibles para el paciente, con palabras más cercanas a su experiencia. Quizá una pionera de este planteamiento fuese Betty Joseph y su apuesta por un lenguaje próximo a la experiencia del paciente. En efecto, esas verbalizaciones sobre pechos, penes, o niños internos que devoran la barriga de la madre, pudieran ser resultar inefectivas con muchos pacientes.
- de la misma manera, hay un esfuerzo decidido por acercarse al aquí-y-ahora del funcionamiento mental del paciente. Esto conlleva hacer menos interpretaciones relativas a objetos parciales infantiles, y dirigir la atención frecuentemente no tanto al contenido como a los propios procesos mentales que dan forma a aquél. Esto implica una labor de clarificación y organización de las experiencias emocionales más inmediatas, para que el paciente pueda empezar a reconocer y re-apropiarse de aspectos rechazados de sí mismo; de esta manera, mediante las interpretaciones se busca no sólo hacer consciente lo inconsciente, sino también ayudar al paciente a manejarse de otra forma con su propio mundo interno; y así, ya el analista está demostrando cómo el mismo es capaz de tolerar, contener y sobrevivir a esos estados, y además está interesado en ellos y los ve como un vehículo de aprendizaje, crecimiento y sanación; se busca que en última instancia esta actitud descriptiva, de invitación y de exploración, sea internalizada por el paciente.

ALGUNAS IDEAS PARA TERMINAR

El espíritu de los tiempos, al que ya hemos hecho referencia en otros momentos, parece intentar poner fin a la grandiosidad de algunas teorías y escuelas que pretenden ser “omni-explicativas”. Esa pretensión encaja mal con esta post-modernidad que nos rodea, que aspira a conocimientos más locales, y que plantea las teorías como construcciones provisionales, producto de un observador participante que está influyendo sobre lo observado. Si aceptamos estos presupuestos, y nos decidimos a apostar por un nicho privilegiado (un lugar específico de la psicopatología donde desplegar la teoría de forma “local”), escogeríamos el espacio de los trastornos límites, tanto adultos como infantiles. En efecto, la descripción kleiniana de la psique (contenidos, procesos, defensas, modos de relación con el entorno...) se ajusta muy bien a lo que encontramos en pacientes con trastornos graves de la personalidad. Una evidencia especialmente relevante e ilustrativa nos la ofrece una mirada a la obra de Otto Kernberg. Este psicoanalista, reconocido actualmente como una figura de primer orden en la comprensión de los trastornos graves de la personalidad, se formó dentro de la Psicología del Yo estadounidense, un contexto muy alejado de (y confrontado con) la escuela kleiniana. A pesar de ello, el concepto de escisión desarrollado por Klein y sus seguidores le parece central para entender el desarrollo humano, y especialmente para explicar la psicodinamia de los trastornos graves de la personalidad (Kernberg, 1987). Pero más allá de la propuesta de este autor concreto, resulta habitual encontrar planteamientos kleinianos en autores que no se adscriben a esta escuela específica, pero que trabajan con niveles de funcionamiento psicológico con un importante grado de disfuncionalidad. Sin abandonar el espacio de psicopatología límite que antes señalábamos, podríamos señalar la propuesta cercana de Lasa (2008), ya en la infancia.

Una segunda observación nos remite a la necesidad de un cambio que apela a todo el mundo psicodinámico: mostrarse de una forma diferente al resto de la profesión y al conjunto de la ciudadanía (Howes, 2019). Tras años de luchas enconadas entre escuelas psicoanalíticas, debemos tomar conciencia de que el enemigo no está en la escuela vecina. El enemigo está en un sistema social que está relegando las prácticas psicoterapéuticas a la marginalidad. Y esto ocurre por una confluencia de factores; solemos dirigir nuestra primera mirada a la medicalización de las intervenciones en Salud Mental, pero podría haber otra poderosa influencia de la que más raramente nos percatamos. Los grandes portavoces sociales y formativos de la psicoterapia se encuentran actualmente tanto en el mundo académico como en ciertas instituciones cuya identidad viene dada por la escuela teórica o la que se adscriben, o por un formato terapéutico

que promueven. Respecto al primero, vemos cómo el ámbito académico está apostando mayoritariamente por formatos de terapia que fácilmente encuadraríamos en el movimiento de prácticas terapéuticas basadas en la evidencia, defendiendo intervenciones manualizadas, fáciles de enseñar y aplicar, donde los aspectos más personales del terapeuta son eliminados, y en los que los resultados deben ser fácilmente operativizados y medibles. Respecto a los segundos, con frecuencia vemos cómo las escuelas e institutos tienden a defender acercamientos muy específicos y restringidos (teórica y técnicamente), en función de los elementos que los definen. Desde esta rigidez y “purismo”, el diálogo con el resto de la psicoterapia se hace difícil, y de esta manera se ofrece a los potenciales usuarios de la psicoterapia una imagen fragmentada y confusa de nuestra labor.

Fuera de esos contextos, la realidad de los clínicos veteranos que trabajan con redes profesionales de cierta amplitud es que resulta fácil establecer un diálogo con colegas que han tenido trayectorias formativas muy diferentes, posiblemente porque comparten un mismo anhelo por acompañar a personas en su sufrimiento. De la misma manera, es habitual (especialmente en aquellos profesionales que trabajan en contextos donde comparten su labor cotidiana con colegas de bagajes muy diferentes) que se acabe derivando hacia cierta flexibilidad, eclecticismo o sincretismo en lo teórico y en lo técnico. Por ello, el diálogo entre escuelas no es tan difícil cuando se hace fuera de los encuadres académicos o de instituciones. De forma paralela a este diálogo tan necesario, tendría que hacerse un esfuerzo por ofrecer a la sociedad una explicación clara y sin jerga de lo que es la psicoterapia (Messina, 2019). Y como otras muchas escuelas, la kleiniana tendría que participar en este cambio de actitud y así poder ofrecer de una manera más efectiva todo el potencial teórico y técnico que ha mostrado tener.

REFERENCIAS

- Barrat, B.B. (2017). Seven questions for Kleinian Psychology. *Psychoanalytic Psychology*, 34, 332345.
- Boston Change Process Study Group (2010). El nivel constituyente del significado psicodinámico. *Clínica e Investigación Relacional*, 4, 362380.
- Coderch, J. (1995). *La interpretación en Psicoanálisis*. Barcelona: Herder.
- Coderch, J. (2007). Conflicto, déficit y defecto. *Clínica e Investigación Relacional*, 1, 359371.
- Coderch, J. (2010). *La práctica de la psicoterapia relacional*. Madrid: Ágora Relacional.
- Damasio, A. (2003). *Looking for Spinoza*. Orlando: Harcourt
- Etchegoyen, H. (2005). *The fundamentals of psychoanalytic technique*. London: Karnac Books.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y Psicoanálisis*. Barcelona: ESPAXS.
- Galán, A. (2017). A vueltas con la comparación de psicoterapias: en busca de la supervivencia del profesional. *Papeles del Psicólogo*, 39, 1321.
- Grotstein, J. (2009). *But at the same time and on another level. Clinical applications in the Kleinian/Bionian model*. London: Routledge.
- Hinshelwood, R.D. (2004). *Diccionario del pensamiento kleiniano*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Howes, R. (2019). Point of view. Research or reality? The flawed science of Psychotherapy. *Psychotherapy Networker*, November/December 2019. Descargado de <https://www.psychotherapynetworker.org/magazine/article/2414/pointofview>, el 8119.

-
- Kernberg, O. (1987). *Trastornos graves de la personalidad*. México: Manual Moderno.
- Klein, M. (1990). Contribución a la psicogénesis de los estados manícodepresivos. En *Obras completas* (Vol 1, pp. 267295). Buenos Aires: Amorrortu (Obra original publicada en 1935).
- Klein, M. (1990). Amor, culpa y reparación. En *Obras completas* (Vol 1, pp. 310345). Buenos Aires: Amorrortu (Obra original publicada en 1937).
- Klein, M. (1987). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Obras completas* (Vol 3, pp. 1033). Buenos Aires: Amorrortu (Obra original publicada en 1946).
- Klein, M. (1987). Envidia y gratitud. En *Obras completas* (Vol 3, pp. 181240). Buenos Aires: Amorrortu (Obra original publicada en 1957).
- Lambert, M.J. (2013). Introduction. En M.J. Lambert (Ed), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (pp. 320). New York: John Wiley & Sons.
- Lasa, A. (2008). *Los niños hiperactivos y su personalidad*. Bilbao: ALTXA.
- Messina, K.E. (2019). *How needlessly obtuse psychoanalytic language reduces social awareness*. Recuperado de <https://www.ipa.world/IPA/en/News/obtuse.aspx>, el 17120.
- Mitchell, S.A., y Black, M.J. (2004). *Más allá de Freud. Una historia del pensamiento psicoanalítico moderno*. Barcelona: Herder.
- Pérez, M. (2013). Anatomía de la psicoterapia: el diablo no está en los detalles. *Clínica Contemporánea*, 4, 528.
- PérezSánchez, A. (1996). *Prácticas psicoterapéuticas. Psicoanálisis aplicado a la asistencia pública*. Barcelona: Paidós.
- Segal, H. (1993) *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Barcelona: Paidós.
- Stern, D.N. (1997). *La constelación maternal*. Barcelona: Paidós.
- Tizón, J.L. (1988). *Apuntes para una Psicología basada en la relación (2ª ed.)*. Barcelona: Hogar del Libro.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, 65 (2), 98109.
- Waska, R. (2010). *The modern Kleinian approach to psychoanalytic technique*. Lanham: Jason Aronson.

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 Vilorio⁴⁸ y Paula Díez Andrés⁴⁹

RESUMEN

En esta comunicación abordamos la intervención temprana alrededor de un niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA), su familia y su entorno. Actualmente, es debate en Atención Temprana la forma de trabajar y los principios que deben guiar dicha intervención. En nuestro caso, exponemos el proceso de detección, la demanda de ayuda de la familia y el acompañamiento y la evolución de un niño en el que, a lo largo de 8 años, se ha trabajado la relación interpersonal, desde una perspectiva psicodinámica, donde el juego ha sido la forma de crear un espacio seguro que le permite su comprensión del mundo. A través de este caso queremos poner de relieve la forma de trabajo con un niño desde una dimensión relacional, partiendo que el desarrollo emocional y cognitivo van unidos. La intervención a una edad muy temprana ha permitido modificar sus dificultades interpersonales y mejorar su proceso de socialización en el que ha mostrado una evolución muy positiva.

Palabras clave: Atención Temprana. Trastorno del Espectro Autista (TEA). Detección precoz. Intervención. Relación afectiva.

ABSTRACT

In this notice we address early intervention around a child with Autism Spectrum Disorder (ASD), his family and their environment. Currently, the debate in Early Intervention is the way of working and the principles that should guide such intervention. In our case, we explain the detection process, the demand for family support and the back up and evolution of a child in who, over the course of eight years, has worked on the relationship interpersonal, from a psychodynamic perspective, where the game has had been the way to create a safe space that allows their understanding of the world. Through this case we want to highlight the way to work with a child from a relational dimension, on the basis of the emotional and cognitive development go hand in hand. Intervention at a very early age has made it possible to modify their interpersonal difficulties and improve their socialization process in which has shown a very positive evolution.

Keywords: Early Attention. Asperger's Syndrome. Early detection. Intervention. Affective relationship.

⁴⁸ Universidad Autónoma de Madrid

⁴⁹ Máster en Psicología General Sanitaria

INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de intervención en edades tempranas, se abren diferentes ideas y acciones, pero sobre todo de expectativas. En los últimos años, Atención Temprana se encuentra en un estado de cambio. Se cuestiona el modelo de intervención y se apuesta por prácticas centradas en la familia, donde la familia tenga un lugar activo y participativo (Andrés, 2015). Se entiende por AT el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tiene como objetivo dar respuesta lo antes posible a las necesidades, transitorias o permanentes, que presentan los niños con trastornos en el desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos (GAT, 2005). En este sentido, una de las finalidades principales de la AT es brindar un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras que faciliten la adecuada maduración del niño y permitan que alcance el máximo nivel de desarrollo personal e integración social. También se considera que el trabajo en AT es un tratamiento global (emocional, lenguaje, motricidad, cognitivo) teniendo en cuenta el niño y su familia desde un modelo biopsicosocial (Brofenbrenner, 1987; Giné, Gràcia, Vilaseca, Balcells, 2009).

Además, el Libro Blanco de la AT, detalla tres niveles de prevención de los trastornos del desarrollo: evitar el trastorno, detectar el trastorno lo antes posible y disminuir su evolución, así como reducir las incapacidades. Los tres niveles de prevención deben tener en común facilitar, prevenir y ayudar a crear un vínculo afectivo “suficientemente bueno” como decía Winnicott (1988). En particular, hablar de la transcendencia que tiene la detección precoz de cualquier trastorno del desarrollo para la intervención temprana, es evidente, ya que una intervención temprana, contribuye a modificar mucho las graves patologías y prevenir el desarrollo de algunas más leves, y constituye un importante predictor de integración, y recuperación de las funciones psíquicas del niño, en particular, en sus capacidades de relación, así como para el ajuste y soporte familiar (Sánchez-Raya, Martínez, Moriana, Luque y Alós (2015).

Los Trastornos del Espectro Autista constituyen una de las patologías mentales más graves de la infancia por la dificultad y complejidad que conlleva su detección, diagnóstico y tratamiento (Martos y Morueca, 2007; López-Gómez, Rivas y Taboada, 2011)

El Trastorno de Asperger (TA) es un trastorno generalizado del desarrollo caracterizado por una alteración cualitativa de la interacción social, de la comunicación, por la presencia de intereses restrictivos y de comportamientos estereotipados (American Psychiatric Association, APA, 2014).

Generalmente, los niños con este trastorno va a implicar siempre una alteración, mayor o menor, en distintos aspectos del desarrollo: las destrezas de interacción, acción y atención conjunta, teoría de la mente, comunicación, anticipación, flexibilidad, asignación de sentido a la acción, imaginación. Además, tienen dificultades para comprender y expresar emociones, así como, para interpretar emociones y expresiones faciales, dificultades para responder a iniciaciones verbales de otros, carencia de expresión facial, perseveración sobre el mismo tema (Martos y Morueca 2007; Gonzalez Navarro, 2009).

Un niño con algún trastorno crea unas expectativas distintas de las soñadas en los padres, por esta razón ante cualquier trastorno es fácil que la vinculación no se desarrolle de la forma esperada (Andrés, 2015). De acuerdo con Lasa (2018), todo niño autista, sea cual sea la naturaleza y la gravedad de su trastorno, debe de ser reconocido como sujeto portador de una historia personal única y de una vida psíquica específica por mucho que la misma aparezca gravemente desorganizada; hay que considerarlo como un sujeto capaz, a condición de que se le ofrezcan las posibilidades de organizar una vida relacional con su entorno, y por tanto, susceptible de mejorar en su funcionamiento.

Sabemos que cuando se trabaja con niños, lo natural es trabajar con los padres, escuchar la singularidad de cada familia, sus circunstancias de vida, porque es el contexto donde se desarrolla el niño. Cuando escuchamos esa singularidad, obtenemos una descripción de las situaciones de vida en las cuales se manifiestan, se agravan o se superan los problemas del niño, lo que nos guía en el diagnóstico y la intervención (Ponte, 2013). Pero también es

natural, que para trabajar con niños, hay que tener un espacio de juego, donde tiene la oportunidad de comunicarse y relacionarse, es el espacio para que un niño progrese y sea creativo (Winnicott, 1988)

Contextualizar la demanda de una familia y la realidad de un niño

La historia personal de Miguel es una historia que invita a pensar sobre ella y a pensar con ella. Es una historia única y responde a unas características individuales. Miguel nos ha permitido comprender un poco más la realidad de las dificultades de un niño y su familia, así como la visión de un niño con síndrome de Asperger sobre su mundo. Vamos a tratar de exponer la dinámica de funcionamiento de un niño desde las primeras sesiones de, observación, valoración e intervención, y presentar la evolución importante que ha tenido en el juego y en la relación que nos han permitido observar su psiquismo y las diferencias iniciales del cuadro TEA.

Miguel es derivado por el EAT con 2 años y 10 meses. La maestra donde Miguel está escolarizado, desde los 10 meses, lleva tiempo observando ciertas conductas que le preocupan, signos de aislamiento, así como dificultades en la relación. Los padres se muestran desconcertados con la información del Equipo de Atención Temprana, les informan que observan una sintomatología compatible con TGD, que les genera más incertidumbre sobre las dificultades de Miguel y buscan otro punto de vista. Vemos que esto coincide con lo que señalan Sánchez –Raya y cols. (2015) que es a partir de mediados del segundo año de vida cuando las preocupaciones de los padres respecto al desarrollo del lenguaje y las capacidades de relación se traducen en el inicio de su peregrinación en busca de una respuesta a esta alteración evolutiva.

En las entrevistas iniciales con los padres, vamos recorriendo los avatares de la historia de Miguel, que es relatada por su madre. Se quedó embarazada y tuvo un aborto de 6 semanas y al poco tiempo se quedó otra vez embarazada. Embarazo con muchos sustos, riesgo otra vez de aborto, tuvo que estar en la cama 3 meses del verano. A los 3 meses (semana 16) hematoma, mayor riesgo de aborto si realizan amniocentesis, siempre dudó hacérsela, y al final optaron por no hacerla. En la Semana 20, niño muy pequeño. A los 15 días, cordón umbilical le falta arteria. No se sabe las consecuencias y se asocian malformaciones: cardíacas, genitales, prematuro, riñones...o es nada. Mucho seguimiento en el Gregorio Marañón, pero todo iba bien.

Ingresada por sospecha de gripe A, comienzan a monitorizarla, “casi a diario iba al hospital, estaba muy nerviosa porque no decidían provocar el parto cuando estaba de 8 meses”. Nació con un parto normal, no necesitó reanimación y siempre estuvo conmigo. Se fueron a casa a los dos días. Los dos, tanto el padre como la madre comentan que ese año ha sido muy complicado, al padre, le nombran presidente de X. Muchos problemas en el trabajo y estábamos estudiando los dos un máster.

En el primer año de vida, lo describen como un bebé que no le hacían mucha falta los brazos. Dormía solo en su cuco. No daba problemas. No lactancia. Utilizaba el biberón para dormir, el chupete se lo quitaron por otitis. Los cambios evolutivos de alimentación, sueño y control de esfínteres le han costado. No le gustaba mucho comer, les costó introducir la cuchara. Niño con un desarrollo emocional, aparece la sonrisa, la mirada, el miedo al extraño. Recuerdan que fue serio y ahora también es serio. Con 10 meses empezó la E.I y gateaba. Al escolarizarse lloró todo el año y les decían que en diez minutos se calmaba. El primer año, se puso muchas veces malo. La pediatra los deriva al neurólogo porque nota un perímetro craneal pequeño. El percentil era bajo, pero en el Niño Jesús les dijeron que todo normal.

Los padres caracterizan a Miguel como un niño “bueno” que le gusta recibir afecto, apuntan que “es disperso, está en su mundo, solo actúa en lo que le interesa”. En todas las tutorías de la EI, les comentan e insisten que es un niño que no se relaciona, que no se integra en el patio, se va a la otra punta y se aísla. Su padre, le resta importancia porque considera que es una cuestión genética y se identifica con él “Miguel es igual que yo, a mí también me cuesta relacionarme”. Su madre, en alguna ocasión, ha ido a verle en el recreo y cree que algo le ocurre, aunque es un enigma para ella “tengo la sensación, de que no juega con los otros niños, pero no sé qué le pasa”.

Los padres acuden con una demanda confusa, planteando que realmente no saben dónde está el problema, aunque perciben que algo no funciona adecuadamente, les cuesta entender las dificultades de Miguel, pasan fácilmente de un funcionamiento negador (“hemos observado que si interactúa con una niña de su edad, es verdad que repite lo que hace ella, pero como todos los niños”; “no se integra porque necesita ser el protagonista”, “hace muchas cosas si le acompañas”; “en casa juega con los coches”, “toca la batería”, “sabe números y letras””) tiene cosas de niños más mayores”), a transmitir una sensación de mucha preocupación (“no mira”, “no tiene control de esfínteres”, “tiene miedos y se asusta mucho por la noche”, “le cuesta dormirse, se tienen que meter en la cama con él”), “no vemos cambios en su desarrollo desde hace un año, parece que se ha estancado”, “tiene conductas repetitivas” “no hace caso a nadie”, “siempre ha sido muy retraído, sensible y huidizo”).

A partir de esas pequeñas frases, nos informan ya de muchos aspectos del estilo de relación y del lugar como “sujeto activo” que le ofrecen a Miguel (Ponte, 2013). Según el relato de los padres, no se muestran preocupados por el retraso en el lenguaje de Miguel, pero sí por los problemas de relación, así como por momentos difíciles de rabietas, comportamientos y desregulación emocional que tienen lugar en casa. Su madre comenta que no puede salir a la calle con los dos, hace un mes acaban de tener a su segundo hijo. Miguel le monta rabietas, o si ella no está pendiente, Miguel se aleja y se va solo.

Estamos de acuerdo que la regla de oro de la valoración del desarrollo de un niño es la observación y la escucha. En el campo de la AT consideramos, como dicen Caellas, Kahane, Sánchez (2010), que es una doble observación y escucha, que incluye al niño y a los padres. Escuchamos cómo los padres lo ven, cómo lo piensan, que esperan y qué desean de él, en qué satisface, en qué frustra, a quien se parece, a quién debería parecerse según el imaginario parental, qué lugar ocupa, qué le gusta, que aborrece, con que juega, con quién, que le hace feliz, que le provoca sufrimiento. Con lo que nos transmiten los padres de Miguel, podemos apreciar que, el encuentro y el intercambio afectivo con sus padres, la interacción con iguales, el mundo de los objetos, el juego, no le ha servido a Miguel para seguir avanzando en su desarrollo.

Dedicamos un espacio de tiempo a organizar con calma un proceso de observaciones adecuadas para conocer a Miguel, y tener una idea más amplia de su realidad. Cuando conozco a Miguel me encuentro con un niño de aspecto frágil, tímido, muy serio y un poco triste, con comunicación muy pobre pero no desconectado de la realidad. En los primeros encuentros, Miguel se muestra temeroso. Es un niño que está atento al entorno, sabe que está en un entorno extraño, y permanece pegado a su madre. La observación en el espacio de juego nos permite darnos cuenta de que Miguel es un niño que no demanda nada del adulto, sí mira los juguetes, pero no se acerca a los juguetes hasta que yo no me alejo de ellos, no organiza ningún juego simbólico. Planteo que es un niño que extraña, que no mira a los ojos y que trato de entender lo que nos dice a su manera, no habla, pero entiende lo que le decimos. Yo le acompaño, desde cierta distancia física, y voy diciendo alguna palabra en relación a lo que está pasando dentro “qué difícil es estar en un lugar desconocido y con una persona que no conoces, por eso no te puedes separar de mamá”, “es difícil hablar con alguien que no conoces”.

Intento crear un clima de juego donde Miguel muestra poco lenguaje espontáneo, solo emite palabras aisladas nombrando alguno de los juguetes: avión, moto, “deportivo” (coche). Su madre no deja de observar, permanece callada. A través de lo que manifiesta Miguel que, no habla y no actúa o tarda mucho en tener iniciativa, la madre expresa cierto malestar de la relación “con el hijo”, “en casa hace lo mismo, no es curioso, no habla, más que hablar, lo que hace es cantar”. Es importante escuchar de forma muy cuidadosa lo que expresan los padres.

El que los padres estén en el espacio de juego nos hace pensar en la importancia de acercarnos a nuestra manera de observar e intervenir, para que puedan comprenderla y verle el sentido. Nuestra espera respetuosa, es para atenuar los temores de Miguel, y constituir una base para apoyar su confianza que le permita desplegar sus recursos. La manera de trabajar supone una aproximación que no siempre es fácil de comprender por los padres, y es nuestra responsabilidad ejercer ese andamiaje, que puedan entender las dificultades de su hijo, ayudarles a asimilar una perspectiva diferente, y puedan comprender la manera de trabajar. El que los padres logren buena capacidad de comprender a sus hijos, es un factor de buen pronóstico en el crecimiento de los hijos, y a veces requiere ayuda (Knobel, 2013; Pitillas y Berástegui, 2018).

Después de un tiempo de compartir la experiencia de las sesiones con los padres, y ahora que conocía algo más a Miguel, pude explicarles algunas cosas del funcionamiento de su hijo. Miguel es un niño pequeño que necesita ayuda, parece tener cierta interacción con el entorno, pero hay una falta en su capacidad relacional y de comunicación con el otro. Es un niño inmaduro que se está constituyendo. No hay armonía en su desarrollo, hay disarmonía entre su motricidad y su lenguaje.

A los padres les transmito la necesidad de abrir un espacio de juego terapéutico, donde Miguel pueda sentirse apoyado, escuchado y acompañado. El juego es una herramienta de comunicación emocional. Miguel viene dos veces a la semana, acompañado en unas ocasiones de su padre y en otras de su madre. La vida de un niño transcurre a lo largo de los años por distintas etapas naturales, y cada etapa entraña determinados retos a los que cada niño debe enfrentarse para poder seguir adelante. Ser niño es un periodo muy corto y muy dinámico.

MIGUEL UN NIÑO EMPEZANDO A SER, A CONOCER Y A CRECER

“Crecer es no llegar nunca del todo, no alcanzar de modo definitivo, no darse por acabado o por vencido. Crecer es una acción, no una actividad ni un conjunto de actividades. Crecer de verdad no es sólo un cambio de tamaño. Implica un atrevimiento. Tal vez el de quererse, tal vez el de querer. Contigo es menos difícil. Creces conmigo” (Gabilondo, 2009).

Miguel estaba en un nivel de desarrollo psíquico bastante primario, con un funcionamiento indiferenciado y donde predominaba la ansiedad de separación con sus padres. La pasividad que mostraba en un principio va desapareciendo y va haciendo un despliegue diferente, en la medida que yo voy dejando de ser una extraña. Durante esta etapa Miguel empieza a mostrarse más activo, tiene mucha necesidad de movimiento, le gusta correr, empujar, incluso a veces como una descarga violenta con mucha inquietud. Miguel tiene buen dominio de su motricidad, es un niño “atleta” y “veloz”. El pensamiento necesita percepción, vivencia globalizada del cuerpo, emociones y movimiento, pero también capacidad de recordar, ver, oír, analizar, establecer diferencias, establecer semejanzas, como señala Muñoz (2005), Su movimiento no tenía significatividad simbólica, pero tenía valor, era como el modo que tenía Miguel de decir cosas para las que no tenía palabras. La afectividad y el pensamiento son indisolubles y constituyen aspectos complementarios de la conducta de un niño (Muñoz, 2005).

Gestionar sus impulsos, ubicarme en su modo de decir cosas, era difícil y cansado, yo trataba de ser una parte activa tratando de interactuar a través de sus rápidos movimientos, pero Miguel mostraba poca capacidad de intercambio. Le gustaba saltar, tirarse al suelo, eran sus primeros pasos, una forma de interiorizar su cuerpo y sus sentimientos primarios: algo agradable, sentir placer y éxito. Su estado afectivo dependía de su acción propia y no todavía de la conciencia de las relaciones mantenidas con las demás personas, ese nivel de afectividad muestra que Miguel comienza a interesarse esencialmente por su cuerpo, sus movimientos y los resultados de sus acciones (Michelena, 2002).

A veces resultaba difícil entender y conectar con un Miguel huidizo. Pensando en mi lugar, recordaba la expresión de Winnicott de una “madre suficientemente buena”, tratando de ser un soporte y entender que Miguel necesitaba desplegar el movimiento para tener la vivencia globalizada de su cuerpo e instaurar el principio de placer. Era una actividad repetitiva de acercamientos y distancias. Pero también debía ser un “objeto maleable”, como expresa Milner, es decir, alguien que tolerara lo que él hacía, pero sin responder en espejo a su actividad sino soportando su despliegue, devolviéndole de modo diferente lo que él hacía (Janín, 2014). La contención física, acompañada de palabras, era la forma de ayudarlo a salir de la confusión e ir diferenciando: yo-tu, dentro-fuera, como aspectos básicos de la diferenciación yo –no yo, iba dando sentido a sus movimientos, a sus actividades repetitivas y a la sensación que el pudiera estar sintiendo. Durante mucho tiempo le acompañaba, verbalizaba, gesticulaba y señalaba “¿dónde está Miguel?: arriba, abajo, dentro del túnel, fuera, cerca, lejos, encima de la silla, debajo de la mesa, “parece que te has hecho grande como papá (cuando estaba encima de la silla, tratando de nombrar y poner el gesto de grande con mis brazos en alto). De este modo, dar sentido a sus movimientos, permitía ir construyendo lenguaje allí donde predominaba el vacío y el impulso.

Miguel empieza a cambiar su forma de explorar y jugar, empieza a hacer que ocurran cosas, encender y apagar las luces, tirar cosas, bajar la persiana, cerrar y abrir la puerta, abrir armarios, cajones, coger la silla para alcanzar algo. Su funcionamiento era muy rígido. Era su forma de ritualizar, conquistar el espacio, y de controlar a través de la repetición. Su pensamiento sigue ligado a la acción y mi intervención tratando de ligar palabras y acciones. El cuerpo inevitablemente está en el juego.

En esta etapa los padres me transmiten su queja de la profesora de la EI “tira poco de Miguel”, “siempre me despide con información negativa, es que no sabe mi nombre, no da besos, no habla”. Era también una forma de expresar el sufrimiento frente a una herida. Han visto videos de cuando era pequeño y les ha sorprendido las cosas que hacía. “Ahora vamos mucho al parque, porque hay veo que es cómo los demás niños y él es donde disfruta”. Cuando estamos con amigos que tienen hijos de la edad de Miguel, ven como Miguel no participa en algunos juegos y entre ellos sí, “es su forma de llamar la atención”. Era la forma de expresar los padres las dificultades para hacer el duelo de que Miguel es un niño distinto. La importancia de ofrecer a los padres una experiencia relacional de estar a su lado en el sentido emocional, sin juzgarlos, ayudarles de una manera ajustada a sus capacidades, de manera que sientan que se les acoge en lo que ellos necesitan (García-Milà, 2013). Cambio que notan en Miguel, que sonrío más.

MIGUEL COMIENZA A RELACIONARSE DE OTRA MANERA

“Ésta es la fórmula de la vida, dijo mi madre al abrazarme mientras yo lloraba, piensa en esas flores que plantas cada año en el jardín te enseñaran que las personas también deben marchitarse, caer, arraigar, levantarse para florecer” (Rupi Kaur, 2018)

Es verdad que uno no se despierta convertido en mariposa, el crecimiento es un proceso y Miguel va creciendo, de manera paulatina, en su capacidad de comunicarse y relacionarse, va habiendo cierta diferenciación, capacidad de representación muy elemental, donde empieza a construir las relaciones de objeto internas, más independiente de su madre, le da la mano cuando se quiere marchar.

En las sesiones se alternaban momentos de mucha actuación con pequeños momentos “más saludables”. Utiliza un lenguaje ecológico, frases que no entiende, fuera de contexto y de toda intención comunicativa, habla en tercera persona, el “yo” no lo dice. Utiliza el no, aunque quiera algo. Miguel repetía palabras ajenas, o hacía preguntas: qué es? quien viene? Pero no buscaba la respuesta, ni me miraba. Pasa de un objeto a otro, pero sin muchas acciones y se mantiene poco tiempo, yo le preguntaba ¿Quién dice eso? permitiéndole deshacer la confusión yo-no yo. También cuando le reubicaba en términos de ¿quién quiere eso? Vamos generando un espacio-otro en el que posibilita la detección de los propios deseos, pensamientos y temores.

Se empieza a interesar por la caja de juguetes. Me doy cuenta de que el objeto que más le interesa a Miguel y con el que se vincula, durante mucho tiempo (durante varios años), es “una moto”, el primero que siempre busca en la caja (Este último año ha querido volver abrir esa caja, que ya no usa, y él me muestra la moto cómo diciéndome, ¿te acuerdas?). Después de varios años, he sabido que Miguel tiene un tío (él le llama tío, pero es un amigo de su padre) que tiene una moto. De hecho, yo creo que Miguel mantiene mucha identificación con este tío porque les gustan las mismas cosas, ahora, por ejemplo, los video juegos, especialmente el “Fortnite”, al que ahora Miguel está enganchado. Esta moto, es su “objeto transicional”, más adelante habrá otro), pero también esta moto parece que le permite identificar algo de su familia que es muy “viajera” y proporciona a Miguel muchas experiencias de idas y venidas por lugares y países diferentes.

Sus preferencias por ciertos juguetes son importantes y a partir de ellos, se va creando un “vehículo” de miradas, de intercambio de ruidos, de imitaciones motoras muy simples, que me permite empezar a interactuar más con él, acercarme y jugar a su lado. Yo iba verbalizando aspectos relacionados con lo que él elegía y lo que quería o no compartir: coches, motos, camiones, señalaba que había distintas posibilidades por dónde pueden ir los coches: unas veces suben, otras veces bajan, van deprisa, van despacio, cambian de dirección, giran, se chocan...era una

forma de explorar nuevas posibilidades de los juguetes con la intención de hacer cosas diferentes con ellos y probar los resultados. La interacción conmigo era escasa, pero de vez en cuando se iniciaba una comunicación compartida, me mostraba algo, o me pedía ayuda de una manera instrumental. Me daba cuenta de que Miguel tenía interés por hacer cosas nuevas y podía ir introduciendo nuevos significados, buscando los momentos en los que él podía estar más receptivo, “los coches tienen ruedas, pero también volante, puertas y todas las partes forman un todo, como tu cuerpo”, “las personas tenemos cabeza, piernas, brazos, cara, nos hablamos, nos miramos, nos movemos e interactuamos”.

También intentaba gesticular mucho para que Miguel incorporara más expresión con gestos, para cuando fuera más sólida esa forma de comunicación, pudiera ir pasando a las palabras. Insistía en los turnos para ayudarlo a diferenciar yo-tú, las sensaciones que vienen de fuera y de dentro. Era una forma de marcar diferencias entre lo que él quiere y lo que yo quiero, entre su cuerpo y el mío, entre sus pensamientos y los míos.

Fomentar la comunicación permite mejorar el pensamiento y Miguel comienza a decir “mira”, era el inicio y la posibilidad de experiencias mentales internas, empieza a producir comunicación en el interior de la sesión en la relación conmigo. El pensamiento se desarrolla a través de la interacción con otros (Muñoz, 2005). Si bien va pasando a más miradas, del cuerpo al lenguaje, implicaba ajustarme al nivel de funcionamiento de Miguel porque todo era muy lento, con repeticiones constantes, monotonía y lentitud, su contacto ocular era por poco tiempo, había muchos tiempos de espera en su turno, combinando comunicación no verbal, movimiento, juego y palabras tratando de transmitir y favorecer significados compartidos.

Miguel está en tercer curso de educación infantil, muestra más capacidad de disfrute en sus intereses. A la vez aparecen deseos relacionales y pide a su forma lo que le gusta. En poco tiempo puede nombrar, hablar en primera persona. Empieza a ser capaz de hacer pequeños juegos con acercamientos a la representación simbólica, plastilina toca mi mano para que aplaste, me coge de la mano para que le ayude. de manera que es capaz de hacer una pizza con plastilina, pero todavía de una manera muy realista (representación concreta). Su juego era aplastar de forma reiterada, repitiendo, pero también empieza a cortar y a separar. Etapa donde los dibujos con pinceles, les da significado “son tormentas”, hace bolas de papel, “es una bomba”.

En esta etapa los padres son citados en el Niño Jesús, la primera vez les hablan de autismo, la segunda vez les hablan de inmadurez, más que de TGD, les ofrecen logopedia con un grupo de niños con las mismas dificultades que Miguel. Acuden a alguna sesión, pero ponen de manifiesto sus dudas, se dan cuenta que la logopedia que les ofrecían no abarca tanto como la terapia, se cuestionan el valor del tratamiento de logopedia, parecían confiados con mi actuación y la forma de trabajar, no queriendo cambiar de tratamiento y se muestran dispuestos a tolerar el ritmo de avance de Miguel.

En una sesión con la presencia del padre, hay un coche que al arrastrarlo hacia atrás, se mueve solo y sale disparado hacia delante, lo que a Miguel le asusta, se levanta del suelo y se acerca a su padre y le señalo: “uy, esto a Miguel le ha dado un pequeño susto”, ¿qué ha pasado? ¿dónde está el coche?”, “yo no le veo... a ver, estará aquí?... ah, aquí está”, ¿qué más cosas te dan susto? En las siguientes sesiones vuelve a repetir el juego, es como el for-da (cucú-tras) y le ayuda a entender que las cosas existen, aunque no las vea. Facilita la representación mental. Esas repeticiones le permiten a él decir “me asusta” cuando el coche sale corriendo, de manera que podía condensar en esta frase el significado vivido en distintas situaciones de miedo, haciendo un uso simbólico, aunque precario y tomando exactamente mis palabras. Más adelante expresa “no hace miedo”. Aparecen más juegos donde el contenido es la separación, la presencia y la ausencia, inicia un juego en el que se esconde cuando entra en el cuarto, se metía debajo de la mesa, cuando yo entraba, me asombraba, verbalizando lo que ocurría, “anda! Miguel no está, me he quedado sola, y no podemos jugar, no le veo... pero le oigo... y sé que estás aquí y me estás oyendo... Ah, ahí estás”. Se metía en el “túnel” y se queda dentro, hacemos “como que no sé dónde estás”, él dice “no estoy”, claro “aunque no nos veamos, yo sé que estas hay y pensamos uno en el otro, tú estás dentro y yo estoy fuera”, el responde “yo pienso”.

Hay momentos de progreso y de regresión, días que se muestra con ganas de interacción y días donde se aíslaba y era realmente difícil conectar con Miguel por su poca capacidad de receptividad, “vaya, hoy Miguel me ha dejado aquí sola, hoy no quiere jugar conmigo...” “quizás hoy hay algo que te haya puesto triste o te ha enfadado, porque otros días sí que quieres jugar conmigo”. Algunos días buscaba su moto y se tumbaba con ella (regresión al comienzo de la intervención).

Durante este tiempo, los padres se muestran desconcertados por el comportamiento y reacciones de Miguel, dicen que es bastante desobediente, no entiende el peligro “va por la vida dándose golpes”. Ha empeorado su conducta, son rabietas continuas, antes solo se disparaba cuando estaba cansado y ahora es cuando quiere algo y no lo consigue. Tiene muchos momentos de descontrolarse, ahora chilla, llora, patalea cuando le van poniendo más límites. Su llanto es comunicación. Este comportamiento de Miguel es porque se empieza a separarse y verse más como persona.

En esta etapa, les cuesta contener y poner límites en casa, percibo que tienen miedo a las ansiedades que se pueden despertar en Miguel en su necesidad de su organización rígida por mantener estable su entorno habitual. El padre expresa la queja de la relación que siempre ha tenido Miguel (una relación muy simbiótica) con su madre. Es obsesivo con su madre, “mamá, mamá, siempre reclama a su madre”. Al padre le cuesta implicarse en la relación con su hijo por sus propias dificultades de niño.

Ellos reclaman indicaciones y la petición de un funcionamiento más instructivo conductual. El encuentro con los padres debe favorecer la capacidad de pensar que posibilite una mejor comprensión de las necesidades del niño y de sus padres. Abrir un espacio para ayudar a reflexionar y a entender, para favorecer el desarrollo de la función de *rêverie* de los cuidadores (Amorós, 200; Caellas, Kahane, Sánchez, 2010).

La sabiduría popular nos dice que “los niños no vienen con manual de instrucciones”, y esto nos permite pensar e imaginar lo particular de la crianza de Miguel, las dudas y los esfuerzos de estos padres con su hijo. La necesidad de trabajar con los padres es para contenerlos, para ayudarlos a elaborar sus propios desbordes frente a un niño que estalla (Blinder, Knobel, y Siquier, 2008; Janin, 2015). Es un trabajo conjunto con los padres para conseguir una mejor comprensión tratando de acercarse al niño de una manera diferente, el que puedan buscar la atención de Miguel en las rutinas, en tareas que él necesita para su autonomía. Las rabietas que les preocupan a los padres ¿qué tienen de bueno? Que Miguel siente, padece, está vivo.

Momento de muchas preocupaciones para los padres por el control de esfínteres por ser un requisito para el próximo año en el colegio. Hay mucha dependencia en casa en la autonomía. Miguel no sabe lo que es suyo. En el colegio le notan disperso, atiende menos, no realiza las tareas de fichas y es más difícil manejarle. Quizás es que Miguel está en otras cosas que son más importantes para él. En el colegio, se asusta más, aumentan miedos a los ruidos, quizás esté más abierto al mundo.

DE LA MIRADA A LAS PALABRAS Y AL JUEGO

Los juegos de niños no son juegos, y hay que considerarlos como sus acciones más serias (Michel de Montaigne)

Miguel empieza educación primaria. Etapa donde hay una gran evolución en su capacidad de escuchar, en su receptividad, en su lenguaje y en su comprensión. Se expresa de manera peculiar, mimética, y con una entonación estereotipada. Habla más con lenguaje contextualizado. Va pudiendo decir algo de sus experiencias, respondiendo con palabras a preguntas muy concretas.

Se interesa por otros juguetes, serpientes, pelotas. Empieza a jugar de forma más espontánea. Es un niño que le pasan cosas y empiezan a aparecer en el juego, empieza a hablar de lo que le pasa a él, a través de los animales que hacen caca y dice “duele” Identifica y pone nombre a las emociones que él está directamente experimentando en

su cuerpo, él es muy estreñido. Animales que muerden “hacen daño” “Hugo muerde en el dedo”, a él le han mordido en el colegio, pero también hay animales que “dan besos”. Eran “palabras fugaces”, también utilizaba parrafadas largas que no se entendía lo que decía, utiliza el lenguaje, pero “no me escuchaba” porque no esperaba a mi respuesta. Parece que hablaba sin tenerme en cuenta.

Comienzan nuevos intentos de Miguel por aproximarse a otra forma de jugar, en su juego espontáneo hace que las motos pillan a los muñecos, los dragones abren la boca para poder comerse a los niños “son muy malos”. Posiblemente el siente que le devoran, que le dejan poco margen de actuación y autonomía. A través del juego íbamos desarrollando una capacidad de descripción, narración y organizando algún tipo de discurso en el juego. Miguel despliega otros recursos y más iniciativa, empiezan las carreras, los coches son “rayo mcqueen” y empieza a utilizar las colchonetas de goma para construir castillos.

Jugamos con telas que le permiten mostrar sus miedos y deseos, los carnavales del Colegio, en los que Miguel tiene que ir disfrazado, le animan. La tela es “una manta para dormir” y se tumbaba, un fantasma “para asustar a Carmen”. Yo trataba de ser una aliada en su juego, y unas veces era astronauta y nos íbamos al espacio, él insistía que “allí no hay niños”, “no hay nadie que nos busque”; otras veces la tela era una capa y era un caballero “son los que luchan”, “son todos malos”, “otras veces era un príncipe”. Me hablaba en un tono imperativo, de mandado, su discurso es muy corto y muchas veces poco interactivo, no me explicaba que hace un príncipe “necesito saber qué hace un caballero, un príncipe, yo no sé lo que hacen en tu juego”. Juego de espadas, pero si no estaban las espadas ya no podía jugar. Nunca nos moríamos porque tenemos muchas vidas. Cuando yo hacía “como sí me hubiera matado” rápidamente me decía en tono asustado, “despiértate” a lo que yo le respondía, “no pasa nada malo, por imaginarnos cosas malas” “en el juego nos podemos matar, en la realidad no”. Juegos de espadas, escudos, parece que quería defenderse y protegerse. Cuando yo trataba de que me explicara más el juego su respuesta era “venga calla, que solo hablas”.

A través del juego iba desarrollando más capacidad de alguna narrativa. Etapa de identificaciones con personajes de cuentos, películas. Aparecían distintos personajes, “Harry Potter”, “Hull”, “Bus land year”, en ocasiones, él era un “superhéroe”, “Batman”, “tengo mucha fuerza”, fuerza que trataba de demostrarme levantando la silla, o la mesa...eran también sus deseos de poderse defender. Jugando su deseo de ser fuerte, para en la realidad, defenderse de sus dificultades. Prefería estar en su mundo de fantasía, porque en su realidad empieza a ser consciente de sus dificultades. Su tono de voz es muy bajo, pero estos personajes le permiten expresarse en un tono de voz más alto. Poco a poco se muestra más expresivo, desinhibido, se muestra más lúdico, pero no sabe parar y confunde juego y realidad, pero también su nivel de frustración es alto y es mejor irse a la fantasía y no estar en la realidad. Con la plastilina sigue haciendo comidas, pero cuando yo hago “como sí”, Miguel me señala, “cómo vas a comer, si es plastilina”. Pasa por la etapa de hablar de los pedos, canta canciones donde las letras son pedos, se ríe, expresiones “te vas a cagar” (etapa escatológica), cuenta chistes en un tono muy serio.

Interés por los cuentos, coincide que está aprendiendo a leer. Han sido significativos el cuento “el cazo de Lorenzo”, es un cuento metafórico que recrea las dificultades de un niño diferente, sus cualidades, los obstáculos que tiene que afrontar y la superación de sus dificultades para sobrellevar el día a día. Para él, Lorenzo no puede hablar porque no tiene boca, es literal no puede entender la metáfora, pero le gusta el cuento porque de alguna forma se ve identificado. Y el cuento de “Inés del revés”, es una niña que es terca, desobediente y posee un sólido espíritu de contradicción, como cualquier niño, por eso hace todo al revés. Afortunadamente tiene una mamá imaginativa y cariñosa que sabe cómo poner las cosas del derecho.

A medida que Miguel avanza aumentan sus experiencias con el mundo que lo rodea, se encuentra con más satisfacciones y más frustraciones; siente su poder y los efectos de sus acciones, pero también los límites que se le proponen (Muñoz, 2005). Empieza a expresar su malestar, el descontento es su forma de ser activo. No consigue tener en cuenta los sentimientos del otro. Esto es algo que le dificulta para las relaciones con otros niños.

También había días que Miguel se volvía a “replegar”, momentos de “desengancharse”, de querer estar solo, yo me

quejaba “hoy me toca estar sola” y empezaba a contar un cuento “esta es la historia de un niño que iba a ser su cumpleaños, estaba harto de hacer deberes, de esforzarse.... Y Miguel respondía “estás hablando de mí”.

En esta etapa los padres sienten que su hijo les provoca, salta en la cama, mueve las barandillas. Ellos se dan cuenta que ahora son más firmes e intentan no dejarle hacer lo que no puede hacer, pero son muy diferentes en la manera de gestionar los límites.

Es más autónomo en hábitos de higiene, y alimentación, en casa quiere ir solo al baño. Los padres ven muchos cambios en Miguel a nivel individual, pero cuando comparan con otros niños, ven el abismo que hay con Miguel “en el parque, llora porque los niños le quitan la pelota, no defiende lo que quiere”. Con los padres vamos hablando de todos los cambios y mejoras de Miguel como una manera de ayudar a incorporar el progreso en su desarrollo, pero también la necesidad de su apoyo en lo que él todavía no puede solo. Los padres reconocen que en casa todo se les hace especialmente difícil. El padre expresa sus sentimientos razonables de cansancio “tengo el cerebro desgastado, me agota,”. Cuando más consiguen conectar con Miguel es en la comida, “el resto del día está en su mundo”, “no podemos pensar que esto es para toda la vida”. Muchas veces expresan su desconfianza en relación al futuro de Miguel. Siguen con dificultades para plantear límites que están relacionados con su propia historia personal.

En la urbanización donde viven empieza a acercarse a los niños, los toca, pero los niños se quedan extrañados con lo que hace y dice. Intenta relacionarse, pero tiene pocas habilidades y no controla bien sus impulsos. Se preguntan si va a mejorar. En el colegio su capacidad cognitiva le permite aprender todo aquello para lo que está motivado. Los padres piensan que Miguel ahora pregunta de otra manera. Antes, siempre preguntaba de forma repetitiva y sin esperar ninguna respuesta, mientras que ahora parece que pregunta con cierta curiosidad. Pero también, dice lo que piensa, no tiene filtro, comentan “no me extraña que los niños no quieran estar con él” ponen el ejemplo de que en la urbanización hay una niña que es gordita y Miguel la dice “eres gorda”. En esta etapa tiene que empezar la represión estructurante, pero él no puede

Al final de la etapa del primer ciclo de primaria, esta con las diferencias, cada vez es más consciente, momento que está muy bien. En el cole no va mal, incluso sus notas son mejor que la media. Miguel va contando experiencias muy cortas, pero era capaz de introducir frases interesantes como reclamando mi atención “no te vas a creer lo que te voy a contar” “te voy a decir una cosa increíble”.

Le gustaría ser deportista “llevo años intentándolo”, mostraba posturas de su cuerpo en equilibrio con una pierna “es que soy muy flexible”. Descubre la música de Michael Jackson y quiere buscar la música en mi móvil. Le engancha el estilo de su baile, “break dance”, se le da bien, trata de enseñarme algún paso. Demuestra capacidades desconocidas para sus padres, pero lo potencian iniciando clases de baile. Más mirada en los diálogos. Pide buscar videos en el móvil, música o juegos. Utilizamos los videos como medio de comunicación, sentía que conectaba conmigo, se reconocía como valioso para bailar o para jugar al “Temple-Run”. La relación que se establece con los vídeos de juegos o música le permite expresarse con muchas ganas. Tiene mucho interés en contar cosas (en su discurso). Hay momentos donde la conversación es con turnos, miradas, respuestas, me pregunta y en otros momentos donde desconecta.

Sus padres le notan más cariñoso, no reclama “achucharle” pero se deja. En la revisión del Niño Jesús, la información de la madre es que Miguel “no habló, contestaba poco con la cabeza agachada”, su madre lloro, le sorprendió que Miguel le preguntó qué porque lloraba. Se plantean si hay niños como Miguel, ¿dónde están?, ¿qué hacen? Piensan que hubiera sido mejor que Miguel no tuviera buenas capacidades. Se les invita a ir a una asociación para poder encontrar niños como Miguel. Ven que el hermano pequeño se ha adelantado a Miguel. En casa, Miguel prefiere estar solo, no hacer nada.

CRECER ES APRENDER A DESPEDIRSE

“Siempre hay un momento en la infancia cuando la puerta se abre y deja entrar al futuro” (Graham Greene).

Miguel está en la etapa final de primaria. Ha desarrollado un lenguaje que le permite comunicarse con buena estructura y buen vocabulario. Cuando Miguel tiene 9 años y dada la evolución solo viene un día a la semana, su deseo es ir a fútbol, como otros niños. Tiene que lidiar más con las dificultades del crecimiento.

Tiene una comprensión y mirada distinta hacia el cuento “el cazo de Lorenzo”, expresa que “él se ha sacado los problemas de la cabeza”. Hay una negación. Aparece la frustración y me dice a mí lo que no puede decir a otros. La frustración es aceptar que no se cumple su deseo y se enfada, “me estas calentando la olla”, “eres como mi abuela que estás sorda”, “tienes menos memoria que una ardilla”, “ahora quiero que te calles de una vez”, “tienes una memoria de ratón”.

En esta etapa hay muchos momentos que solo habla para expresar que le gustaría marcharse. Quiere saber los días que le faltan para no volver aquí, “esta casa es asquerosa”, “él no tiene dificultades, todo el mundo tiene problemas”, “el prefiere estar en casa, es más divertido que el colegio”. “Quiere estar solo, no quiere volver aquí jamás”, “aquí solo vienen niños pequeños y no hay nada divertido para jugar”. “ya me has ayudado bastante” “ya me relaciono bien” “déjame en paz” “tengo planes para salir de aquí”, le pregunto por esos planes, pero no me lo puede contar. Es su forma de cuestionarse porque que viene aquí, ¿quién soy yo para Miguel?

Le pregunto que le gustaría hacer si no viene conmigo, que pueda desplegar sus deseos. Sus deseos son que desaparezca el colegio, él estaría todo el día jugando en casa; también le gustaría ser un rey para mandar a todos y vivir en África, va a ser el rey de África porque “está muy lejos, desaparezco y ya está”. Parece que necesita identificarse con el deseo infantil de no ser nunca frustrado y estando solo y lejos todo va a ser más fácil. Le hago referencia que en los deseos que me ha contado parece que él no se siente bien el colegio, que a lo mejor hay momentos que son difíciles, se puede sentir triste, solo.... Me responde “en el cole no me siento bien, quiero marcharme”, “si tu estuvieras en mi lugar, que mal lo ibas a pasar”

En el ámbito del colegio, los niños se meten con él, le llaman el flaco, el loco, pero luego él lo niega todo. No quiere ir al colegio, porque le dicen que es autista. Edad complicada por las resistencias. Se muestra exigente, muy omnipotente, no necesita del otro como si fuera un objeto parcial, no me considera, entonces me puedo utilizar, no me tiene en cuenta. Su relación conmigo pretende que sea de sumisión y tener él el poder, porque a él le debe pasar eso. Me exige que le dé respuestas, “hay una lista de preguntas que quiero hacerte, pero tú nunca respondes a mis preguntas, ¿qué edad tienes?, ¿qué coche tienes?, ¿tienes hijos?, hay un interés por el otro. Desde el mandato, tengo que decirle la verdad, “no me engañes, porque tú me engañas y me dices mentiras, me dices que mis dibujos están bien y mira, hace uno, esto está bien? Siempre hemos hablado que los dibujos no están ni bien ni mal, expresan como nos sentimos. Está verdad es que también se da cuenta de su diferencia y está tratando de entender su diagnóstico porque en el colegio se ha celebrado el día mundial del autismo. Etapa en la que parece tomar más conciencia de la diferencia, de sus dificultades, siendo imprescindible como motor de cambio, pero también le genera mucho sufrimiento.

Se va calmando. No vuelve a quejarse de tener que venir. La queja es ahora para sus padres “son tontos porque me mandan hacer cosas y esas cosas me aburren”. Madre muy protectora y controladora. Vínculo que ha cambiado con el padre, escucha y mira de manera diferentes a su hijo, él mismo ha hecho un trabajo de reflexión personal.

Etapa que los padres empiezan a ver otros colegios, pero Miguel dice que no quiere cambiar de colegio. Los padres tienen mayor capacidad para comprender y gestionar las dificultades del día a día, muy implicados en el apoyo a los estudios de Miguel, en ocasiones muy dolidos con el colegio por como gestionan las dificultades de Miguel.

DE LOS DESEOS A LA REALIDAD ¿CUÁNDO ACABA LA INFANCIA DE MIGUEL?

Miguel ahora tiene 12 años empieza el camino hacia la adolescencia, tiene que ubicarse en un cuerpo que está cambiando y él se mira de forma diferente. En este momento se plantea la despedida de Miguel para el próximo curso.

El paso de educación primaria a secundaria requiere adaptarse a muchas novedades y esto está siendo muy difícil para Miguel y sus padres. Ha cambiado de centro educativo, ha cambiado de compañeros y hay muchos más profesores referentes en el aula (hay profesores que cuestionan su diagnóstico), también los aprendizajes se van complicando, siendo más simbólicos, hay mayor presión académica y hay menos supervisión en las horas de patio. Piden más de un trabajo personal y esto le cuesta porque es muy rígido.

Este año Miguel trabaja en el instituto con proyectos lo que implica grupos de trabajo, dónde debe ser capaz de un comportamiento social cooperativo y debe ser capaz de trabajar con el otro para obtener un objetivo común.

A MODO DE REFLEXIÓN

Miguel es un niño con un diagnóstico grave, aunque dentro de los TEA sea leve, y haya tenido una evolución muy favorable. El caso de Miguel nos ha permitido entender que niños con el mismo diagnóstico TEA las características pueden ser muy heterogéneas. Hemos aprendido que trabajar con un niño en edades tempranas lo que hacemos es comenzar un recorrido cuya consecución no podemos predecir. He elegido el caso de Miguel porque se trata de un niño que me ha hecho aprender, repensar las herramientas de intervención y reflexionar sobre su mirada, su relación, sus sentimientos, su forma de percibir el mundo que me ha permitido irle entendiendo mejor. En el material recogido he obviado buena parte del contenido del juego y de la relación conmigo a lo largo de estos años, priorizando la expresión de su funcionamiento en las distintas etapas del juego y la relación, así como los temas de preocupación de los padres y la forma de intervenir con el niño y su familia.

Reconstruir la historia de Miguel me ha ayudado a tener una perspectiva diferente, desde que inicio el tratamiento hasta el momento actual y me ha permitido dar forma al recorrido realizado conjuntamente. Creo que los profesionales que trabajan en AT deben ser un referente estable para la valoración e intervención con un niño. Se debe tener un conocimiento profundo del desarrollo emocional, porque es un periodo evolutivo en el que se fundamentan los pilares básicos sobre los que se asentará el futuro del desarrollo de un niño. A través de este caso hemos querido poner de relieve la forma de trabajo con un niño, desde una dimensión relacional, partiendo de los intereses del niño “acoplándome” “permitiéndole”. El sujeto activo es el niño en el juego, no desde una intervención temprana más estructurada. El trabajo con los padres ha sido de contención. Cambio que han hecho ellos mismos desde la reflexión sin pautas

Es necesario entender que para lograr que un niño se comunique no basta con trabajar directamente sobre el lenguaje oral propiamente dicho, sino que hay que “bucear” en su mundo emocional mediante una intervención relacional que le permita desarrollar recursos y herramientas necesarias para que este emerja de forma natural.

Un niño con dificultades en el desarrollo tiene un fuerte impacto en los padres y a la vez puede provocar más vulnerabilidad en las funciones parentales. Concretamente, en este caso hemos observado que los padres han sufrido más estrés en la crianza, más complejidad en las dinámicas de relación familiar y más dificultades para responder a las necesidades de su hijo adecuadamente. Volver a insistir que, el trabajo de acompañamiento con los padres es esencial para favorecer el desarrollo del niño

Se está apuntando actualmente que la AT debe ser aún más "transversal" trabajando directamente en el mismo

entorno natural, pero nos equivocaremos y sobrevaloramos el traslado de la AT desde un centro de AT a un domicilio pensando que ese desplazamiento es la condición “sine qua nom” para realizar AT “centrada en la familia”.

Constatamos que la buena evolución de Miguel está también ligada a la intervención temprana, a la estabilidad en el tratamiento, el trabajo de colaboración con la familia, a la intervención coordinada con el entorno natural de la escuela infantil, EAT y colegio.

La constatación de las diferentes fases por donde ha pasado Miguel en su tratamiento, con sus particularidades relacionales, emocionales y cognitivas, nos hace ver la importancia de tener un tiempo prolongado, que permita ir trabajando las diferentes etapas.

REFERENCIAS

- Amorós, C. (2001). Guarderías infantiles y salud mental. *Intercanvis*, 7, 7-24.
- Andrés Vilorio, C. (2015). La implicación de los padres en atención temprana y su repercusión en la práctica. *Políbea*, 13-18.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Barcelona: Masson.
- Blinder, C., Knobel, J., & Siquier, M. L. (2008). *Clínica psicoanalítica con niños*. Madrid: Síntesis.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Caellas, A. M., Kahane, S., & Sánchez, I. (2010). *El quehacer con los padres: De la doble escucha a la construcción de enlaces*. Madrid: H.G.
- Giné, G., Gracia, M., Vilaseca, R., & Balcells, A. (2009). Trabajar con las familias en Atención Temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 65, 95-113.
- González Navarro, A. (2009). Evolución y seguimiento de los trastornos de espectro autista. *Revista de Neurología*, 50, 61-66.
- Grupo de Atención Temprana. (2005). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Discapacidad.
- Janin, B. (2014). *Intervención en la clínica psicoanalítica con niños*. Buenos Aires: Noveduc.
- Knobel Freud, J. (2013). *El reto de ser padres*. Barcelona: Ediciones B.
- Lasa. (2018). *Congreso Europeo de Psicopatología del Niño y del Adolescente*. AEPEA, SEPYPNA.
- López-Gómez, S., Rivas, R. M., & Taboada, E. M. (2011). El papel de la intervención psicoeducativa en la sintomatología del trastorno autista. *Apuntes de Psicología*, 28, 145-159.
- Martos Pérez, J., & Morueco, M. B. (2007). *Infancia y Aprendizaje*, 30(3), 381-395.
- Michelena, M. (2002). *Un año para toda la vida*. Madrid: Temas de Hoy.
- Moriana, J. A., & Martínez, V. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos

psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 81-100.

Muñoz Martín, F. (2005). *Su majestad el niño*. Madrid: Edaf.

Pitillas, C., & Berástegui, A. (2018). *Primera alianza: Fortalecer y reparar los vínculos tempranos*. Madrid: Gedisa.

Sánchez-Raya, M. A., Martínez Gual, E., Moriana Elvira, J. A., Luque Salas, B., & Alós Cívico, F. (2015). La atención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). *Psicología Educativa*, 21, 55-63.

Tamaryn, N. (2013). *Y de mi sufrimiento, ¿qué?: Un recorrido por la psicopatología infantil*. Madrid: Manina Peiró.

Winnicott, D. W. (1988). *Los bebés y sus madres*. Barcelona: Paidós.

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 Carrión⁵⁰ y Araceli García López de Arenosa⁵¹

RESUMEN

El presente trabajo se basa en algunas de las propuestas llevadas a cabo por diferentes autores centradas en la capacidad reflexiva de los padres y madres y en el funcionamiento de sus capacidades parentales. La capacidad reflexiva en los padres es un indicador pronóstico de apego seguro en los hijos (Fonagy, 1999), siendo por tanto relevante para la autorregulación emocional. Según estos autores, existe una tendencia a repetir el tipo de apego con los hijos, y por tanto la capacidad reflexiva ayuda a tomar conciencia de esta tendencia y a desarrollar capacidades parentales óptimas que se explicitan a lo largo de este trabajo. Este tipo de intervención no excluye la psicoterapia individual con el niño/a ni las intervenciones basadas en terapia familiar.

Palabras clave: capacidad reflexiva, mentalización, apego, capacidades parentales.

ABSTRACT

This work focused on the reflective capacity of fathers and mothers and the functioning of parental capacities is based on some of the proposals carried out by different authors. Reflective capacity in parents is a prognostic indicator of secure attachment in children (Fonagy, 1999) and is therefore relevant for emotional self-regulation. There is a tendency to repeat the type of attachment with the children and therefore the reflective capacity helps to become aware of this as well as the development of optimal parental capacities that are made explicit throughout this work. This type of intervention does not exclude individual psychotherapy with the child or interventions based on family therapy.

Keywords: reflexive capacity, mentalizing, attachment, parental capacities.

⁵⁰ Psicóloga Clínica, Hospital Universitario de Móstoles. rocio.villameriel@salud.madrid.org

⁵¹ Psicóloga Clínica, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

INTRODUCCIÓN

La capacidad reflexiva

Fonagy (1999) define la capacidad reflexiva, en ocasiones denominada mentalización, como la capacidad de interpretar estados mentales en uno mismo y en los demás. En el presente trabajo, nos centraremos en la capacidad parental de interpretar los estados mentales en los hijos y en los propios padres.

Ante preguntas, en principio simples, como “¿tienes hambre?” ó “¿necesitas que te cambie el pañal?” los padres están mostrando, tal y como mencionan Mary Main e Inge Bretherton (citados en Fonagy,1999), una "actitud intencional". Fonagy (1999) señala cómo esta actitud intencional es algo que hacemos de manera automática, de forma que no solemos reflexionar sobre ello. En términos de capacidad reflexiva es importante que se desarrolle tanto atribuyendo estados mentales a los demás como reflexionando sobre los estados mentales propios, de manera que ambas habilidades serán la que organicen su self y ayuden a autorregular de manera óptima el mundo emocional.

En relación a la función paterna, Fonagy (1999) señaló que la capacidad reflexiva existente en los padres, antes incluso de tener hijos, era un indicador pronóstico del apego del niño. “Tanto los padres como madres que obtenían altas puntuaciones en esta capacidad reflexiva tenían tres o cuatro veces más probabilidad de tener niños con apego seguro comparados con los padres cuya capacidad reflexiva era pobre” (Fonagy, Steele, Moran, Steele y Higgitt, 1991a; citado en Fonagy, 1999).

Esto nos habla de la importancia de esta capacidad reflexiva, función imprescindible para el que es uno de los pilares más importantes de la capacidad autorreguladora de las emociones y, por tanto, de la salud mental: el apego. Los seres humanos no tenemos la capacidad de regular nuestros propios estados emocionales de manera innata, tal y como también menciona Fonagy (1999). El apego constituye el primer vehículo para llevar a cabo esta regulación.

John Bowlby (1969, 1973, 1980) señala en su teoría del apego cómo existe una necesidad humana de formar vínculos estrechos con nuestros cuidadores principales, y cómo la “conducta de apego” del niño es correspondida con lo que denomina “conducta de cuidados” en los padres. Esta conducta de apego del infante tiene por objeto la búsqueda de proximidad con la madre, condición necesaria para sentirse seguro, que garantizará todo un sistema de exploración del entorno e influirá en su configuración del mundo relacional.

Diversos autores (Hamilton, 1994; Main, 1997; Waters, Merrick, Albersheim, Treboux y Crowell, 1995, citados en Fonagy 1999) han mostrado una correspondencia del 68-75% entre las clasificaciones de apego en la infancia y las clasificaciones de apego en la vida adulta. “Los adultos seguros tienen 3 o 4 veces más probabilidad de tener niños que están apegados con seguridad a ellos (van IJzendoorn, 1995, p.399).

Teniendo en cuenta la enorme influencia que puede tener el desarrollo de una adecuada capacidad reflexiva en los padres sobre el apego de sus hijos, es de crucial importancia facilitar su desarrollo en el espacio psicoterapéutico con niños y sus padres, con la finalidad de incidir en un óptimo desarrollo socioemocional y vincular del menor.

Las capacidades parentales

Las capacidades parentales son “procesos internos de los padres vinculados a su desarrollo personal previo, en los que tiene un papel relevante la posibilidad de representarse la propia infancia” (Main, 2001, citado en Aznar, 2019). En este sentido, para esta autora lo importante no es tanto el tipo de infancia que hayan tenido los padres sino la capacidad de reflexionar sobre la misma.

Emilce Dio Bleichmar (2005) diferencia entre funciones parentales y función materna y paterna. No obstante, no se profundizará por cuestiones de extensión en este trabajo en las diferencias entre las funciones maternas y paternas (y aspectos más elaborados relativos al complejo de Edipo) que podrían ser de interés.

Diversos autores han propuesto diferentes capacidades parentales, que resumimos a continuación:

- La crianza como una actividad que consiste en gran parte en **transcender las necesidades personales para centrarse en las de otro**, y centrarse en criar y cuidar. Esto tiene que ver a su vez con el desarrollo emocional en los padres y con las heridas en sus papeles como hijos/as (Ornstein, 2004).
- Para satisfacer estas necesidades debe darse también **la capacidad de vivenciar al otro como un ser separado, con sus propias necesidades o deseos** (Green, 2003, citado en Aznar, 2019) Para ello se deberá trabajar con las proyecciones que los padres realizan sobre sus hijos (Aznar, 2019).
- Stern (1994), al hablar acerca de los modelos sobre el bebé, explica cómo se generan expectativas entre el cuarto y séptimo mes de embarazo y se atenúan al final de éste como mecanismo posiblemente protector para la discrepancia entre el hijo ideal y el real.
- **Capacidad de organizar el universo emocional de la familia** asumiendo la asimetría (Aznar, 2019).
- **Capacidad de establecer una alianza parental más allá de la pareja**. Margarita Aznar (2019) señala que no necesariamente debe existir una relación estrictamente funcional a nivel de pareja, ya que basta con que se den unos mínimos de complicidad y de capacidad de ejercer las funciones parentales.
- **Capacidad para la triangularidad**. Se trata de poder aceptar el papel periférico con respecto a la diada del otro progenitor con el niño, o de la relación entre hermanos, con otros terceros, o de disponer de proyectos externos que vayan más allá de la diada con el niño (Aznar, 2019).
- **Capacidad de ofrecer una imagen positiva del propio género y del otro** (Aznar, 2019). Implica el trabajo con la posición que tradicionalmente ha existido entre los padres (una posición más periférica) y la sobreimplicación materna (Stern, 1994), aunque habría de considerarse las influencias que esto tiene sobre los modelos actuales de parentalidad.
- **Capacidad de ofrecer respuestas validantes** sin proyectar las propias necesidades, ni hacer elogios de manera indiscriminada (Ornstein, 2004). La autora señala cómo esto contribuiría a la configuración de un falso self.
- **Capacidad de sentirse validado en sus funciones como padre o madre** (Ornstein, 2004)

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN BASADA EN LA CAPACIDADES PARENTALES Y EN LA CAPACIDAD REFLEXIVA

OBJETIVO

En esta propuesta se explicitan algunas ideas, basadas en las aportaciones de diversos autores, para trabajar en psicoterapia con padres. Es una propuesta concreta dentro de la psicoterapia infantil, que se centra en las dificultades en la crianza. No obstante, es necesario recalcar que sería necesario además trabajar en paralelo con el niño/a para que disponga de un espacio donde ser el protagonista y poder trabajar sus propios conflictos (Ornstein, 2004) así como realizar una intervención más estrictamente familiar en caso de ser necesaria.

MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando palabras clave (key words) tales como “capacity for understanding mental states in parents” “parental capabilities” “parenting and reflexive capacity” “apego”, “mentalización”.

RESULTADOS

La propuesta de intervención se centra en el trabajo psicoterapéutico en torno a 7 aspectos claves, que se desarrollarán a continuación. Previamente conviene señalar que el trabajo con los padres, basado en el desarrollo de la capacidad reflexiva, se inicia con la creación de un psicoterapéutico que favorezca la mentalización. Para ello, se trata de crear un clima de seguridad, de confianza, de suspensión del juicio, que les permita poder explorar con honestidad cuestiones que, como hemos señalado anteriormente, atentan enormemente a su narcisismo. Será igualmente importante garantizar su compromiso y colaboración con el proceso, pudiendo dedicar tiempo a explicar la función del espacio y su finalidad, atendiendo a las dudas que pudieran surgir.

Citados estos aspectos generales en el establecimiento de la relación psicoterapéutica, citamos a continuación los que consideramos que serían los aspectos claves a trabajar durante la intervención:

1. **Motivación de la demanda de ayuda:** Explorar atribuciones que se realizan en torno a la problemática del niño/a.

En lo relativo al trabajo con la parentalidad sería necesario también buscar las motivaciones de búsqueda de ayuda (Ornstein, 2004). Por ejemplo, sentimientos de soledad en la parentalidad, heridas narcisistas, dinámica de pareja, carencias importantes que dificulten el desarrollo emocional, situaciones socioeconómicas... Con esto se podrá centrar más el trabajo de cara a la crianza y ver la necesidad de trabajar otros aspectos psicoterapéuticos a nivel individual en cada uno de los padres, como pareja o con la familia extensa.

Es preciso tener en cuenta que la culpa y la herida narcisista suele ser más grande que en una psicoterapia individual para adultos (Aznar, 2019). Cuando un paciente acude a consulta porque sufre puede sentirse fracasado y cuestionado. Pero si además consideramos que acude porque considera que no va bien algo que siente de como su responsabilidad, como es la crianza de un hijo, esto tiene un impacto tremendo en el narcisismo.

2. **Detección de las necesidades del niño/a e importancia de estas en la estructura familiar en general (Aznar, 2019):** Supone responder a la pregunta de qué necesita el niño/a, y de qué manera lo pueden satisfacer. Se trata de contemplar también aquello que no necesita, diferencias entre sus deseos y sus necesidades, poniendo el foco de las capacidades parentales sobre la satisfacción, en la medida de lo posible, de éstas.

3. **Dificultades en el funcionamiento parental:** Se trata de explorar y basarse en aquellos sistemas motivacionales que pudieran estar dificultando el funcionamiento. Stern (1997) y Emilce Dio Bleichmar (2005) explican cómo los sistemas motivacionales entre padres e hijos son un elemento fundamental en el trabajo con las funciones parentales.

En línea con lo expuesto, Emilce Dio Bleichmar (2005) plantea algunas preguntas a hacerse en base a estos sistemas:

- Regulación emocional: ¿Existe tolerancia a los estados emocionales del niño sin reprimirlos? ¿Existe tolerancia en el adulto a tolerar los propios? ¿Existe capacidad de regular los estados fisiológicos? ¿Existe capacidad de realizar una lectura de las sensaciones internas y transformarlas en soluciones externas? ¿Existe capacidad de crear momentos de distensión y ocio placentero?
- Auto-hetero conservación: ¿Existe capacidad para mantener la integridad física, así como necesidades físicas básicas (higiene, enfermedades...)?
- Apego y vínculo: ¿Existe capacidad de ofrecer una confianza básica y seguridad, así como de disfrutar de la cercanía y vínculo con el niño?
- Sistema sensual/sexual: ¿Existe una capacidad para disfrutar de la cercanía corporal sin inhibir ni sobrestimular?
- Sistema de narcisismo: ¿Existe capacidad de validar y elogiar de manera discriminada y de poder límites ante demandas excesivas? ¿Se sienten los padres validados en sus funciones en la crianza?

4. **Trabajo con el subsistema padres:** Explorar la familia extensa, los límites, subsistemas, mitos y guiones familiares, para así contribuir y fortalecer una alianza parental.

Se trata de explorar si existe la capacidad de asumir el papel asimétrico en la relación con los hijos, si hay otras figuras realizando funciones parentales. Atender también posibles dificultades en el rol de padre/madre,

además de dificultades en la pareja. Linares (2002) pone el foco en esto mismo, señalando los riesgos de la dificultad de ejercer como pareja y la consecuente triangulación con los hijos. Explorar también si se permite la triangularidad (con el otro progenitor, hermanos u otras figuras relevantes).

5. **Trabajo con las proyecciones sobre los hijos:** Explorar qué expectativas, deseos y miedos tenían o tienen con respecto a cómo será el niño/a. Explorar identificaciones y proyecciones. ¿A quién se parece? ¿En qué es tal y como se habían imaginado? ¿Cómo eran los padres a su edad?
6. **Trabajo con la identidad como madre y padre:** Un aspecto fundamental será explorar qué heridas existen como hijos/as, y de qué manera pudieran estar manifestándose. Atender también a los proyectos que pudieran estar dejando de lado por el hecho de poner las necesidades del hijo/a por encima de las suyas. Margarita Aznar (2019) propone también explorar qué idea del género tienen tanto la madre como el padre, para poder analizar posibles repercusiones. Indagar qué funciones realiza cada uno y qué dificultades encuentran en el desempeño de éstas. Averiguar dificultades de orden social, influidas por el sistema, guiones familiares, etc.
7. **Trabajo con la representación del otro miembro de la pareja:** Se trata de explorar si existen sistemas relacionales que sean preferidos (Stern, 1994). Por ejemplo, si existe algún tipo de preferencia jerárquica sobre el papel que tienen como padres, por encima del papel como pareja; o la importancia atribuida a las familias de origen, o a las amistades. Será relevante evaluar la capacidad que hayan tenido para adaptarse a las oscilaciones de esta jerarquía según el momento (durante el postparto, infancia temprana, edad escolar...) y las posibles dificultades surgidas. Y, en último término, analizar en profundidad las representaciones que tienen sobre el otro miembro, tanto como pareja como padre/madre.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Consideramos que el trabajo sobre la capacidad reflexiva y las capacidades parentales con los padres es de crucial relevancia en el trabajo psicoterapéutico de las consultas con población infanto-juvenil, siendo éste un mecanismo que promueve el establecimiento de un apego seguro y una mejora en la capacidad de regulación emocional. Aspectos como el ser consciente de las proyecciones que se realizan, ser capaces de validar, disfrutar del vínculo dejando espacios a otras relaciones significativas, responder ante las necesidades diferenciándolas de las demandas excesivas, reflexionar acerca de la propia identidad como padre/madre así como de la representación que se tiene del otro/a progenitor, son aspectos que contribuyen a lo que se denomina una paternidad consciente, y ayuda a realizar cambios o aceptar las diferentes circunstancias o problemáticas relacionadas con la crianza.

Paralelamente no hay que olvidar el trabajo con los imperativos sociales (Ornstein, 2004), ya que las dificultades, expectativas y conductas están influidas mayoritariamente por estos imperativos. Generalmente dotamos de la misma magnitud a la responsabilidad individual que a la social, cuando lo social determina mucho más e impacta de una manera muy normativa. Esto va a implicar comprender, validar y coordinarse con servicios que puedan abordar cuestiones sociales.

Por último, como profesionales tendremos que revisar siempre la contratransferencia que pudieran generarnos los padres en la manifestación de dificultades en el desarrollo de sus capacidades parentales. Como señala Margarita Aznar (2019), la contratransferencia es mucho más difícil de trabajar en el trabajo con padres que con adultos en individual, ya que se movilizan aspectos tanto de nuestros padres, de nuestra parentalidad y de cómo somos o hemos sido como hijos.

REFERENCIAS

- Aznar, M. (2019). Entre el desarrollo de la capacidad reflexiva y la elaboración de las proyecciones sobre los hijos. Un modelo de trabajo con padres en clínica psicoanalítica de niños. *Aperturas Psicoanalíticas*, (60), e1, 1-32.
- Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1985). *El apego y la pérdida, Vol. 2: La separación*. Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1973).
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1988).
- Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida, Vol. 3: La pérdida*. Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1980).
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida, Vol. 1: El apego*. Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1969).
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, (3).
- Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós.
- Ornstein, A. (2004). *El trabajo con los padres en el tratamiento con los niños*. Trabajo presentado en la Sección Española de la Asociación Internacional para la Psicoterapia y el Psicoanálisis Relacional, Barcelona.
- Stern, D. (1994). *La constelación maternal*. Barcelona: Paidós.
- Van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.

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 Mañé⁵² y Teresa Rius Santamaria⁵³

RESUMEN

En los últimos años, en los Centros de Salud Mental Infanto-juvenil de Cataluña (CSMIJ), ha habido un incremento considerable de niños/as con un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Asimismo, constatamos un aumento en un perfil de niños/as que presenta una expresión clínica y comportamental que hacen pensar en una sintomatología de enorme complejidad compatible con el diagnóstico TEA. Los instrumentos de los que disponemos de screening o específicos se dan en un setting individual y carecen de la posibilidad de evaluar las interacciones y relaciones recíprocas que mantienen los/las niños/as con sus iguales.

El propósito de este artículo es presentar una herramienta de evaluación grupal creado en el Csmij para niños/as con sospecha de diagnóstico TEA. El objetivo de este instrumento es evaluar las características de comunicación, interacción social y reciprocidad de cada niño/a en contexto grupal. En el artículo se describen las 6 sesiones, el método, los materiales y cuestionarios utilizados en cada sesión y el procedimiento de evaluación y codificación.

Palabras clave: grupo, diagnóstico, TEA

ABSTRACT

In recent years, in the Centers for Child and Youth Mental Health of Catalonia (Csmij), there has been a considerable increase in children with a diagnosis of Autism Spectrum Disorder (ASD). Likewise, we observed an increase in a profile of children that presents a clinical and behavioral expression that suggest a symptomatology compatible with the ASD diagnosis, of enormous complexity in their diagnosis. The instruments that we have screening or specific, are given in an individual setting and lack the possibility to evaluate the interactions and reciprocal relationships that children have with their peers.

The purpose of this article is to present a group assessment tool created in the Csmij for children with suspected ASD diagnosis. The objective of this instrument is to evaluate the communication, social interaction and reciprocity characteristics of each child from the group context. The article describes the 6 sessions, the method, the materials and questionnaires used in each session and the evaluation and coding procedure.

Keywords: group, diagnostic, TEA

⁵² Psicòloga Clínica y Psicoterapeuta Csmij Cornellá .Hospital Sant Joan De Déu, Barcelona. nalbiac@sidhospitalbarcelona.org

⁵³ Psicòloga Clínica y Psicoterapeuta Csmij Cornellá .Hospital Sant Joan De Déu, Barcelona. trius@sidhospitalbarcelona.org

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, en los Centros de Salud Mental en general y en nuestro CSMIJ en particular, nos llega un aumento considerable de niños/as con un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA; Observatorio Sistema Salud Catalunya 2011-17). Sin embargo, existe un gran número de población clínica infantil sin un diagnóstico específico, donde la anamnesis de su neurodesarrollo, las manifestaciones clínicas y conductuales y su funcionamiento mental nos hacen sospechar de un posible diagnóstico dentro del espectro autista. El diagnóstico de este trastorno es muy complejo. Existen una serie de herramientas útiles para completar el diagnóstico TEA como los test específicos ADI-R y ADOS, evaluaciones estandarizadas y semiestructuradas que se administran a la familia y al/a la niño/a en situación individual con un adulto.

A menudo constatamos entre los profesionales que atendemos a estos/as niños/as, que el comportamiento y el estilo de relación que mantienen con el adulto en la situación de observación/evaluación en el marco individual del despacho, no coincide con la información que nos transmiten padres y educadores de su comportamiento en el grupo dentro del marco escolar o en las relaciones sociales.

En 2013, en este contexto y debido a una elevada demanda de casos, empezamos a desarrollar una herramienta para evaluar a niños/as con los que teníamos dudas diagnósticas: el contexto grupal entre iguales.

Se realizó una búsqueda exhaustiva en los principales buscadores (Pubmed, Cochrane, Guías Nice, Google Scholar) para hallar una herramienta de diagnóstico grupal para TEA, pero no encontramos ningún artículo o guía publicada con estas características.

De modo que echamos en falta evaluar las dificultades en la comunicación, simbolización, interacción social y relación recíproca con los iguales, que están presentes - con mayor o menor intensidad - en todos los/las niños/as que presentan sintomatología dentro del espectro autista.

En cualquier dinámica grupal se generan relaciones de interdependencia en las que unos miembros influyen a otros. Según M. Sunyer (Sunyer, 2018) *‘un grupo es una configuración dinámica de personas que han establecido entre ellas unas interdependencias vinculantes. Éstas y debido a su carácter vinculante y en el contexto asistencial, son capaces de modificar muchos aspectos de la vida de sus integrantes con la ayuda y colaboración de un conductor. Esta configuración no deja de ser un extracto de lo social del que provienen y por ello, reproduce todas sus características; por lo tanto, las modificaciones que se dan en su vida repercuten en su medida en lo social.’*

Siendo conocedoras de que se darán relaciones entre los miembros del grupo, vinculantes o no, y que se generará una relación grupal, esta herramienta no pretende ser psicoterapéutica. Nuestras intervenciones tenderán a ofrecer propuestas de actividades para que se den situaciones que podamos observar, sin intervenir en ellas para modificarlas. El terapeuta interviene en el caso de que haya agresión entre los miembros del grupo, o desvinculación por parte de alguno de ellos.

El **contexto de grupo** ofrece una especificidad respecto a la situación de evaluación diádica niño-adulto que aporta elementos interesantes para la observación diagnóstica de la especificidad del TEA:

- Es una situación de medio más natural y parecida a su ecosistema como el grupo clase.
- Tiene más inputs simultáneos y permite observar mejor la capacidad de regulación emocional del niño. La reacción de los otros compañeros es menos previsible que la del adulto.
- Por la cantidad de estímulos simultáneos que presenta, pone más a prueba la capacidad de atención conjunta.
- Se puede observar muy bien la capacidad para compartir juego simbólico.
- Pone en juego las relaciones sociales y la adecuación o no a las normas, respecto a los turnos, posibilidad de hacer pactos, como se resuelve el conflicto, tolerancia a la frustración, etc.
- Es más estresante, crea más estímulos sensoriales (gritos y golpes de los otros/as niños/as) y permite observar mejor la reacción a estos estímulos.
- Al ser reducido en miembros, permite que todos los/las niños/as puedan comunicarse con los demás cara a cara, y facilita la interacción entre ellos/as.

Las terapeutas tenemos larga experiencia en el formato grupal, donde nos sentimos cómodas y hemos trabajado juntas en grupos psicoterapéuticos con adolescentes. Pensamos que al ser dos terapeutas tenemos la oportunidad de observar desde distintos puntos de vista. La experiencia grupal en nuestro CSMIJ tiene una larga trayectoria pues es un recurso terapéutico que utilizamos habitualmente.

MÉTODO

SUJETOS

- El grupo consta de 4 niños / as por cada edición. Se agrupan por franjas de edad similar: < 6 años; 6-8 años; 9-11 años, y por homogeneidad de funcionamiento.
 - Los niños seleccionados han sido previamente anotados en una lista de espera por sus referentes clínicos.
- Criterios de inclusión:
 - Cualquier paciente atendido en CSMIJ de Cornellà que tenga entre 5 y 11 años con sospecha de diagnóstico TEA. También se incluyen pacientes que puedan tener este diagnóstico y que el clínico referente tenga dudas respecto a éste.
- Criterios de exclusión:
 - Falta de compromiso para asistir a las sesiones.
 - Tener menos de 5 o más de 11 años.
 - Falta de lenguaje.
 - No firmar consentimiento para ser filmado.

En cada sesión hay dos terapeutas que participan en el grupo. Además, hay un estudiante de Máster y/o Prácticum encargados de filmar en vídeo las sesiones y transcribir los comentarios de los niños. Los estudiantes se mantienen al margen como observadores.

ENCUADRE

- Frecuencia de una sesión semanal durante 6 semanas.
- Duración de las sesiones: 1h.
- Lugar: sala de grupos del CSMIJ.

Previo al inicio de las sesiones, se explica a los niños y a los padres que se les va a filmar, por lo que tendrán que firmar un consentimiento informado y se les enseña la sala en la que se va a realizar el grupo.

INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN

Para el registro y posterior codificación utilizamos 2 tipos de materiales o instrumentos de evaluación:

- 1) La cámara de video con trípode, que situamos en un lugar del despacho fijo. Cuando los/las niños/as entran en la sala se empieza a filmar. Debido a que las terapeutas participan del grupo y tienen que proponer la actividad, no pueden estar pendientes de registrar por lo que el observador es el encargado de poner la cámara en marcha y vigilar que entren en el plano todos los/las niños/as. El video ofrece la posibilidad de poder observar a posteriori lo sucedido de forma más global, y al mismo tiempo de forma individualizada. Además, cada actividad está pensada con el objetivo de poder evaluar algún aspecto en concreto, por lo que, en el momento de codificar, no hay que dejarse llevar por las impresiones, sino que podemos visionar las actividades una a una.

El observador toma notas de comentarios relevantes de los/las niños/as u observaciones de interacciones y comportamientos.

- 2) Como instrumento de evaluación nos hemos construido un sistema de observación/codificación a partir de las categorías diagnósticas del DSM-5 para trastornos del desarrollo y dentro de estos los criterios diagnósticos para el Trastorno del Espectro Autista.

Siguiendo los Criterios de Diagnóstico del DSM-5, hemos desglosado cada uno de los criterios en conductas observables y evaluables. Por ejemplo. A.1: "Deficiencias en la reciprocidad emocional", la hemos desglosado en a) acercamiento social anormal, b) fracaso en la conversación en ambos sentidos ... Así en todos los ejemplos de los criterios, ya que nos parece que son demasiado genéricos y poco objetivables tal y como están en el DSM5. El resultado ha sido la confección de una **Tabla de Respuestas de Codificación**, siguiendo criterios DSM5 en base a los criterios de valoración 0-1 (ausencia/presencia de la conducta).

Cuando iniciamos los grupos en 2015, utilizábamos el DSM-IV y debido a la publicación del nuevo manual diagnóstico, hemos adaptado los cambios pertinentes a las nuevas categorías. Las puntuaciones en las categorías (0-1-2-3) se establecieron en base a los criterios de puntuación del ADOS, intentando hacer una correspondencia entre la codificación del ADOS y los criterios DSM-IV o DSM-5.

SESIONES Y MATERIALES

Cada sesión está pensada y estructurada con una serie de juegos y tareas que los/las niños/as deben realizar en situación grupal. Hemos pensado detenidamente y confeccionado a medida cada una de las tareas que proponemos en cada sesión, con la finalidad de poder evaluar cada uno de los aspectos que consideramos nucleares del funcionamiento del niño/a autista, tanto a nivel individual como de interrelación y comunicación con los demás. Las actividades son presentadas en forma de juegos, expresión gráfica, presentación de videos, escenificaciones y mímica, acertijos y dibujos, juego simbólico con distintos materiales, narraciones, etc.

Hemos sido flexibles y en algunos grupos hemos modificado algunas actividades, añadiendo o suprimiendo alguna tarea en función de la edad de los niños del grupo o de la evolución de éste a lo largo de las sesiones. En los grupos con niños de 5-6 años el juego espontáneo en grupo ha ocupado más sesiones.

Son 6 sesiones, con una presentación-apertura del grupo el primer día y cierre el último. A continuación, presentamos el contenido de cada una de las sesiones.

SESIÓN 1

Material: Hojas de papel y colores, consentimiento informado.

Actividad: Dibujo de la familia

Objetivo 1: Conocerse todos los miembros del grupo y encuadrar los objetivos de éste dentro del Csmij.

Objetivo 2: Analizaremos: a) que entiende cada niño qué es su familia y como se sitúa en ella, b) que rol atribuye a cada miembro, c) si puede seguir la consigna o desconecta hacia otro tema, d) observaremos en cada niño su capacidad para escuchar y retener la información de los demás y su interés hacia los otros, e) valoraremos la calidad del dibujo y de representación mental

En esta sesión, al inicio, entran niños y padres juntos, se hacen las presentaciones y se explica el setting: número de sesiones, horarios, días, grabación en video, etc. Se pide a los padres que firmen el Consentimiento Informado para poder hacer la grabación siguiendo para ello el modelo de protocolo del Hospital Sant Joan de Déu.

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 2023; 73

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

Una vez explicado a los padres, éstos salen y se quedan los niños con los terapeutas. Turno de presentaciones sentados alrededor de la mesa redonda adaptada para niños.

Una vez presentados, se pregunta a los niños que es lo que más les gusta hacer y con quién lo hacen. Esta actividad dura el tiempo suficiente para que cada niño pueda expresarse libremente. Se propone hacer un **dibujo** de su **familia**, que explicará después a los compañeros. Luego se pregunta qué recuerdan de lo que han explicado los otros niños de sus familias.

Los evaluadores no dirigen preguntas estructuradas, sino dejan que los niños se presenten a sí mismos y a su familia libremente. La actitud del evaluador es de interés hacia lo que dicen y de recoger lo que van diciendo todos los niños del grupo. Esta sesión es igual para cualquier grupo de edad, tanto de 5-7 años como por el de 8- 11 años.

SESION 2

Material:

- Película del Pingu: 'Poor Pingu'
- Fotografías de emociones
- Bloques de madera de colores

Actividades:

- Se visiona un video y se comenta posteriormente, haciendo un relato de lo visto.
- Se presentan varias fotografías de expresiones de sentimientos/emociones y tienen que reconocerlas y poner ejemplos de ellas en su experiencia.
- Juego libre con material de bloques de madera.

Objetivo 1: Para cada niño se trata de: a) Evaluar el nivel de comprensión de la historia que se presenta, y como la describe. b) Observar la estructura del lenguaje. c) Ver la capacidad de empatía. d) Capacidad de prestar atención mientras mira una película de 5 min de duración con otros compañeros. e) Observar si hace comentarios, si comparte lo que ve o siente, si puede estar en la silla. f) Valorar si comprende las emociones en los diferentes personajes: PINGU: preocupaciones, enfado, celos. PADRES: preocupación, alegría, enfado. Ping: dolor, miedo, alegría.

Objetivo 2: Reconocimiento de las emociones, si sabe cómo se llaman, si las puede poner en un contexto y poner ejemplos que correspondan a la emoción.

Objetivo 3: Observar tipo de juego y capacidad simbólica, a) si desarrolla juego simbólico y si puede hacerlo compartiendo con los compañeros o se aísla y juega sólo sin mostrar interés por lo que hacen los demás. b) Ver si inicia interacciones, va a buscar a los demás, cómo reacciona a la propuesta de otro niño, c) Tipo de juego – simbólico/parcialmente simbólico (repetición de juegos de video), manipulativo, interés parcial por los objetos-, d) Ver si el juego es restringido y/o repetitivo, e) Observar estilo de regulación emocional (recurso a la agresividad) f) Valorar si hay placer en el juego.

Esta valoración se hará en cada situación de juego libre que se presente a lo largo de todas las sesiones y para cada niño.

SESIÓN 3

Material:

- Imágenes parciales de animales. Láminas acertijos
- Tablero del juego de la Oca (con metáforas).
- Material de juego diverso: piezas lego, coches, Playmobil.

Actividades:

- Se lee un acertijo referente a un animal y tienen que adivinar cual es a partir de la presentación de un fragmento de la imagen que lo representa.
- Juego de la Oca habitual, en cada casilla corresponde una metáfora y tienen que descifrar su significado.
- Jugar libremente con el material que se les proporciona.

Objetivo 1: Valorar el nivel de comprensión de la metáfora y el doble sentido. Comprensión literal.

Objetivo 2: Observar si retiene solo parcialmente una parte o puede tener en cuenta dos o más informaciones.

Objetivo 3: a) Ver grado de aceptación y comprensión de las normas de juego. b) Espera de turnos. c) Grado de participación en el juego conjunto, interacción con los demás. d- Reacción ante las frustraciones (si pierde) e) Capacidad de continuidad en el juego.

Objetivo 4: Valoración categorías de juego libre.

SESION 4**Material:**

- Mímica.
- Juego de cartas de animales en la frente.
- Papel, lápiz y colores.

Actividades

- Representación en mímica de animales, oficios... Primero es el adulto quien propone las escenas y al final ellos pueden proponer.
- El niño se pone una carta en la frente (los demás saben qué animal tiene en su frente, pero él no sabe cuál es), y tiene que adivinar el animal a partir de hacer preguntas.
- Se le pide que haga un dibujo de uno mismo.

Objetivo 1 (mímica): Observar si puede representar “como si” animales, oficios, emociones, acciones cotidianas familiares mediante lenguaje corporal no-verbal

Objetivo 2: Ver la flexibilidad/rigidez para modificar si los demás no entienden su gesticulación (capacidad de ponerse en el lugar del otro)

Objetivo 3: Evaluar la riqueza de expresión no verbal y la capacidad de matices expresivas de las emociones.

Objetivo 4: Observar la capacidad de atención o desconexión por parte de los niños cuando no actúan, la capacidad de representación mental de cada uno.

Objetivo 5 (cartas en la frente): Evaluación del nivel de diferenciación del yo y del grado de mentalización y representación mental. Teoría de la Mente.

Objetivo 6 (dibujo de uno mismo): a) Evaluar el nivel de maduración gráfica de la figura humana, b) Observar integración de la imagen corporal.

SESION 5**Material:**

- Juego narrativo de completar historias CCH (Attachment Story Completion Task, de Bretherton, I.

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 2023; 73

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

Ridgeway,D., & Cassidy,J., 1990)

Actividad:

- Representación/dramatización a partir del juego narrativo de completar historias CCH (aniversario, zumo fruta, monstruo i partida/retorno padres). El psicólogo narra la historia, se reparten roles i por turno cada niño imagina como acabará la historia.

Objetivo 1: a) Evaluar la capacidad de participar en grupo (distribuir roles, comunicar i interactuar) o el recurso a la desconexión. b) Evaluar la capacidad se representar simbólicamente un rol, c) Comprensión de la naturaleza de situaciones sociales d) Ver cómo se expresan las emociones, e) Integración de la expresión verbal y no verbal: lenguaje, entonación, gesticulación, inhibición.

Objetivo 2: Evaluación parámetros referentes al juego simbólico.

SESIÓN 6

Material:

- Plastilina

Actividad:

- Sentados todos alrededor de la mesa, se coloca en el centro plastilina de colores y se da la consigna que “con esta plastilina podéis jugar y representar lo que queráis”.
- Se guardan minutos al final para cerrar el grupo y despedirse.

Objetivo 1: a) Ver la capacidad de armar algo simbólicamente, b) Observar si inicia interacciones, cómo reacciona a la propuesta de otro niño, si es capaz de compartir, c) Ver la reacción ante frustraciones propias y ante la provocación de otro niño, d) valorar su actitud ante las expresiones de rabia o malestar otro niño (empatía).

Espacio final de cierre de las sesiones, despedida del grupo.

PROCEDIMIENTO

Todas las sesiones grupales son filmadas. Cuando acaba la sesión, se dedica un tiempo para pensar y comentar como ha ido el grupo y sus integrantes.

Al finalizar las 6 sesiones es cuando se inicia propiamente el proceso de evaluación. Para ello utilizamos la hoja de codificación que hemos construido (según los criterios de diagnóstico para el Trastorno del Espectro Autista del DSM-5, bien desglosados uno a uno). Cada miembro tiene una hoja de codificación en la que irá puntuando cada ítem.-Se utiliza el visionado de las grabaciones para poder hacer un microanálisis de las conductas.

Posteriormente se comparte la codificación de cada uno y se comentan las discrepancias. Cada una de las categorías obtiene una puntuación consensuada por todos los clínicos observadores. Esto nos permite un grado de concordancia interobservadores importante.

Finalmente, evaluamos cada niño y hacemos un informe final de si cumple criterios o no para TEA y valoramos su funcionamiento en las relaciones sociales y de comunicación con los demás. También hacemos un análisis cualitativo del dibujo, la función simbólica, la calidad del juego...

Nuestro objetivo es emitir una hipótesis diagnóstica que será complementaria a las demás pruebas y valoraciones que hará el responsable clínico del niño. Es éste quien acabará de efectuar el estudio y concluirá una aproximación diagnóstica.

RESULTADOS HASTA LA FECHA

Desde 2015 que iniciamos esta aventura, hemos evaluado a 31 niños/as de los cuales 16 han cumplido criterios para el diagnóstico TEA y 15 no han cumplido criterios, según nuestra evaluación. Es decir, el 51% de los niños vistos en grupo han cumplido criterios, y el 49% no los han cumplido.

El instrumento permite ofrecer información sobre el funcionamiento del niño en el grupo y da pistas de sintomatología de otros trastornos como por ejemplo TDAH, TOC, psicosis infantil, inhibición, mutismo selectivo.

CONCLUSIONES

Hemos descrito una herramienta de diagnóstico grupal para niños con sospecha de diagnóstico TEA desarrollada en el CSMIJ de Cornellá (Barcelona) y que nace de una necesidad de poder diagnosticar teniendo en cuenta aspectos de la clínica que nos resultan imprescindibles para poder hacer un diagnóstico dentro del espectro del autismo.

Creemos que el valor añadido que aporta esta herramienta es poder observar al niño en situación grupal que nos permite evaluar las interacciones sociales que establece con iguales, aspecto primordial para el diagnóstico de trastorno del espectro autista.

El video como instrumento nos permite objetivar, analizar a los chicos en conjunto e individualmente y un análisis momento a momento en diferido.

Además, la codificación desglosada ofrece mucha información al clínico sobre el funcionamiento del niño/a para planificar los objetivos terapéuticos.

El espacio posterior a cada sesión nos permite reflexionar/mentalizar sobre lo sucedido en grupo, y compartir las impresiones contratransferenciales para enriquecer la visión de cada niño/a y no quedar atrapados en una primera impresión que pueda condicionar la observación.

Múltiples observadores aportan más objetividad y da validez a los resultados de la codificación al ser analizados por separado y consensuados posteriormente.

Una limitación del instrumento podría ser un excesivo coste-beneficio por el tiempo de duración total de 6 sesiones. No obstante, creemos que este setting posibilita observar patrones de repetición, capacidad de adaptación a distintos contextos sociales y romper el sesgo que crea la vivencia de un primer y único contacto.

Finalmente queremos hacer hincapié en que este instrumento no tiene como objetivo diagnosticar, sino el de ser una herramienta complementaria para el clínico. Será éste quién con la información recogida de otros test y entrevistas acabará tomando la decisión diagnóstica.

Agradecer a nuestro equipo el apoyo y confianza incondicional que nos han mostrado para llevar adelante este proyecto.

REFERENCIAS

- Arias Pujol, E. (2011). Metodología observacional e investigación del proceso grupal. *Teoría y práctica grupal*, 1(2), 433-446.
- Arias Pujol, E., Castelló, C., Fieschi, E., Mestres, M., & Soldevila, A. (2014). Investigación observacional: Una experiencia de intervención en niños con TEA basada en la teoría de las neuronas espejo. *Temas de Psicoanálisis*, 7, 34.
- Arias Pujol, E., Fieschi, E., Castelló, C., et al. (2015). Efectos de la imitación en la interacción social recíproca en un niño con Trastorno del Espectro Autista grave. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y el Adolescente*, 25, 9-20.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Delval, J. (1996). *El desarrollo humano*. México: Siglo XXI Editores.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., Bishop, S. L., Luyster, R. J., & Guthrie, W. (2015). *ADOS-2 Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo. Edición española*. Madrid: Tea Ediciones.
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. (2011-2017). *Àmbit Salut Mental y Adiccions*. www.observatorisalutgencat.cat
- Sunyer, J. M. (2018). *Escritos grupal-analíticos. Toda una vida aprendiendo*. Madrid: Vivelibro.
- Venturella, M., Arias, E., Cabré, V., Fieschi, E., & Farrés, N. (2015). Investigar la comunicación en el grupo: El desarrollo de un instrumento observacional para un grupo de hermanos de niños con TEA. *Cuadernos de Psiquiatría del Niño y el Adolescente*, 60, 53-59.
- Alcácer, B., Farrés, N., González, S., Mestres, M., Monreal, N., Morral, A., & Sánchez, E. (2012). *Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet. Comprensió y abordaje educativo y terapéutico del TEA*. Barcelona: Horsori.
- Viloca, Ll. (2012). *El niño autista: Detección, evolución y tratamiento*. Barcelona: Col·leccions Carrilet.

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

Nº 73 - 2º semestre 2023

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 Carballeira 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 Carballeira 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 Achibili, 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 Viloria 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

SEPYRNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE