

Revista de

PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

del niño y del adolescente

Noviembre 2009

14

Comorbilidad con ansiedad y depresión en una población pediátrica con trastorno de la conducta alimentaria

Oscar Zúñiga y Edith Padrón

Vinculación en niños con discapacidad intelectual: reflexiones para la promoción de un apego seguro

Claudia P. Pérez-Salas y María Pía Santelices

El trato con el conflicto, agresividad y violencia en la escuela: de la normalidad a la patología

Vinyet Mirabent Junyent

Descompensación psicótica en la adolescencia

Anna Maria Nicolò

Esencia de la psicosis: organizando un programa de tratamiento para adolescentes

Pirkko Turpeinen-Saari

Consideraciones sobre la organización del servicio de psiquiatría de la edad evolutiva en Italia

Giancarlo Rigon, Stefano Costa y Angelo Fioritti

Los cinco sentidos en el ser, saber y hacer del terapeuta familiar

Imanol Portilla Ezkerra

¿Vidas paralelas?: hacia el año de vida (y II)

J. L. Tizón; N. Amado; P. Jufresa; A. Gamiz; I. Hernández; I. Minguella, M. Martínez

Un proyecto de evaluación de resultados en psicoterapia psicoanalítica infanto-juvenil

A. Montserrat; E. Sánchez; A. Chancho; C. Miquel; R. Noguera; C. Ríos; J. Sala; E. Ger

Revista de

PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

del niño y del adolescente

Coordinador de Redacción: Rubén D. Gualtero

Administración y Contabilidad: Josefina Martín

Promoción y Difusión: Sílvia Bonfill

Traducción: Montserrat Balcells, Sacha Cuppa, Elena Fieschi, Jordi Freixas, Vicenç de Novoa, Camille Riu y Montserrat Viñas

Maquetación: Belinda Anento

Diseño: François Stauffacher

Secretaría: Ester López

Publicación semestral

Suscripción anual: 20 euros

Precio por ejemplar: 14 euros

Edición y Publicación: Fundació Orienta

C/. Vidal i Barraquer, 28

08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Tel. 93 635 88 10 Fax. 93 630 34 57

E-mail: recerca@fundacioorienta.com

Página web: www.fundacioorienta.com

En la página web pueden consultarse los sumarios y resúmenes de los números publicados hasta la fecha, así como las normas de publicación y las condiciones para establecer canje o suscribirse a la revista.

Impresión: S. A. de LITOGRAFIA

ISSN: 1695-8691

Dep. Legal: 13716/2003

Puntos de venta: Llibreria Xoroi (Barcelona), Librería Paradox (Madrid), Librería El Giralddillo (Sevilla), Llibreria Nau Llibres (Valencia)

La opinión expresada en los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores.

La reproducción, utilizando cualquier método, de cualquier artículo de esta revista se tendrá que solicitar previamente, por escrito, a la redacción.

La Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente, está incluida en los índices bibliográficos siguientes: Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS), Centro de Información y Documentación Científica (CINDOC) del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), PSICODOC, del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, Base de datos de sumarios ISOC-CSIC, Índice Médico Español (IME), LATINDEX y Listado de impacto 2005 del EC3.

CONSEJO DIRECTIVO

Director:

Alfons Icart *Psicólogo, Director de la Fundació Orienta. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)*

Vocales:

Alberto Lasa *Psiquiatra, Responsable Unidad de Psiquiatría Infantojuvenil de Uribe. Guetxo (Vizcaya)*

Juan Manzano *Psiquiatra, Profesor de la Facultad de Medicina, Ex Director del Service Médico-Pédagogique. Ginebra*

Mercè Mitjavila *Psicóloga, Profesora titular. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona*

Francisco Palacio *Psiquiatra, Prof. de Medicina. Ex Jefe del Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, HUG. Ginebra*

Jorge Tizón *Psiquiatra, Prevención en salud mental - EAPPP (Equip d'Atenció Precoç als Pacients amb Psicosi). Barcelona*

Eulàlia Torras *Psiquiatra, Presidenta del Patronato de la Fundació ETB. Barcelona*

CONSEJO ASESOR

Charo Alonso (Sevilla)

Jaume Aguilar (Barcelona)

Alejandro Ávila-Espada (Salamanca)

Valentín Barenblit (Barcelona)

Jaume Baró (Lleida)

Lluís Barraquer Bordas (Barcelona)

Teresa Brouard Aldamiz (Bilbao)

María Jesús Buxó (Barcelona)

Júlia Corominas (Barcelona)

Fernando Delgado Bermúdez (Sevilla)

M^a Dolores Domínguez (S. de Compostela)

Leticia Escario (Barcelona)

Consuelo Escudero (Madrid)

Anna Fornós (Barcelona)

Cayetano García-Castrillón (Sevilla)

Pablo García Túnez (Granada)

José García Ibáñez (Reus)

Guillem Homet (Premià de Dalt)

Joaquín Ingelmo (Badajoz)

Ana Jiménez Pascual (Alcázar de San Juan)

Lluís Lalucat (Barcelona)

José María López Sánchez (Granada)

Maite Miró (Barcelona)

Josep Moya (Sabadell)

Eulàlia Navarro (Sant Boi de Llobregat)

Montserrat Palau (Sant Boi del Llobregat)

Fàtima Pegenaute (Barcelona)

Roser Pérez Simó (Barcelona)

Carles Pérez Testor (Barcelona)

María Angeles Quiroga (Madrid)

Ignasi Riera (Barcelona)

Jaume Sabrià (Sant Vicenç dels Horts)

Manuel Salamero (Barcelona)

Paloma San Román Villalón (Albacete)

Josep Toro (Barcelona)

Marta Trepal (Lleida)

Mercedes Valcarce Avello (Madrid)

Mercedes Valle Trapero (Madrid)

Llúcia Viloca Novellas (Barcelona)

Otros países

Marina Altmann (Uruguay)

Delza María S. F. Araujo (Brasil)

María Jose Cordeiro (Portugal)

Bettina Cuevas (Paraguay)

Robert N. Emde (USA)

María Edelmira Estrada (Argentina)

Alberto Péndola (Perú)

Esperanza Pérez de Plá (México)

Giancarlo Rigon (Italia)

Elena Toranzo (Argentina)

Maren Ulriksen de Viñar (Uruguay)

Revista de
**PSICOPATOLOGÍA
Y SALUD MENTAL**
del niño y del adolescente

Noviembre / November 2009

14

Editorial J. L. Tizón	7
Artículos/Articles	
Comorbilidad con ansiedad y depresión en una población pediátrica con trastorno de la conducta alimentaria <i>Anxiety and depression comorbidity in a paediatric population with eating disorders</i> Oscar Zúñiga Partida y Edith Padrón Solomon	9
Vinculación en niños con discapacidad intelectual: reflexiones para la promoción de un apego seguro <i>Bonding in children with intellectual disability: Reflections on the promotion of secure attachment</i> Claudia P. Pérez-Salas y María Pía Santelices	17
El trato con el conflicto, agresividad y violencia en la escuela: de la normalidad a la patología <i>Conflict management, aggressiveness and violence in schools: From normality to pathology</i> Vinyet Mirabent Junyent	27
Descompensación psicótica en la adolescencia <i>Psychotic breakdown in adolescence</i> Anna Maria Nicolò	39
Esencia de la psicosis: organizando un programa de tratamiento para adolescentes <i>Essence of psychosis and organizing an adolescent treatment program</i> Pirkko Turpeinen-Saari	49
Consideraciones sobre la organización del servicio de psiquiatría de la edad evolutiva en Italia <i>Considerations on the organization of the child psychiatric services in Italy</i> G. Rigon, S. Costa y A. Fioritti	57
Los cinco sentidos en el ser, saber y hacer del terapeuta familiar <i>The five senses in the being and doing of the family therapist</i> Imanol Portilla Ezkerra	65
¿Vidas paralelas?: hacia el año de vida (y II) <i>Parallel lives?: Observation of a baby in his family and of a baby in a reception centre for minors (Part II)</i> J. L. Tizón; N. Amado; P. Jufresa; A. Gamiz; I. Hernández; I. Minguella, M. Martínez	73
Un proyecto de evaluación de resultados en psicoterapia psicoanalítica infanto-juvenil <i>A project of evaluation of results in child and adolescent psychoanalytic psychotherapy</i> A. Montserrat; E. Sánchez; A. Chanco; C. Miquel; R. Noguera; C. Ríos; J. Sala; E. Ger	81
Reseñas bibliográficas/Books reviews	87
Noticias/News	91

Editorial

Por una psicología y una política del cuidado personalizado de los bebés y los niños

Este número de la revista incluye el manifiesto de una plataforma de profesionales, con aspiración de plataforma ciudadana, solicitando la ampliación de las libranzas laborales por maternidad y paternidad¹. El movimiento ha sido puesto en marcha por una serie de profesionales españoles en conexión con profesionales norte-europeos y sudamericanos. Nuestra intención es que la *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente* contribuya así a difundir unas ideas y unos planteamientos alternativos que han estado demasiado tiempo silenciados o pronunciados "en voz baja", con temor, en círculos reducidos y en ambientes de convencidos tan sólo. Para los profesionales que han puesto en marcha la plataforma *Más tiempo con los hijos*, hay que realizar una amplia reflexión sobre el tema que pueda llevar, tras las necesarias polémicas y discusiones, a un giro importante en un apartado de las políticas sociales tan fundamental como es el del cuidado social de la infancia. Un giro que, desgraciadamente, en estos momentos, ante la creciente medicalización y psicofarmacologización de la infancia del primer mundo, y el ante el hambre, la enfermedad y la muerte generalizadas de la infancia del tercer y cuarto mundos, muchos pensamos que se ha hecho esperar demasiado.

En efecto: en la historia, posiblemente ha sido el psicoanálisis la orientación científica que más ha contribuido a revalorizar el papel de la infancia y de las relaciones padres-hijos para el conjunto de la vida humana y para todas las sociedades y culturas. Muchos de los primeros discípulos de Freud y de los primeros psicoanalistas tomaron pronto conciencia del revulsivo social que ello suponía y se embarcaron en amplios y profundos procesos de cambio social y de cambios en la organización del cuidado de la infancia. A pesar de sus errores, fracasos o desvaríos, esos intentos iniciales de Alfred Adler, Vera Schmidt, August Aichorn, Oskar Pffister, Sandor Ferenczi, Sabina Spielrein, Wilhelm Reich, Anna Freud, Melania Klein, Bruno Bettelheim, Benjamin Spock, Lloyd de Mause y otras/os muchos/as reformadores, han pasado a la historia como propuestas para cambiar los cuidados sociales de la primera infancia, y de la infancia en riesgo, la adolescencia en riesgo, las clases sociales desfavorecidas... Por complejos motivos, esos alientos y trabajos de muchos de los primeros psicólogos y psicoanalistas de la infancia, algunos de los cuales perdieron la vida por sus trabajos, han sido marginados durante decenios. Primero lo fueron porque, ante la subida del III Reich y el nazismo, muchas mentes bienpensantes mantuvieron que no debía levantarse demasiado la voz para apoyar a esos "izquierdistas" y "disidentes". La historia muestra cómo esa mentalidad "bienpensante" fue justificando sucesivamente el aplastamiento de los espartaquistas alemanes, de los comunistas, de los socialdemócratas de izquierda, de los homosexuales, de los "enfermos mentales" y otros "degenerados" y "conchas vacías", de seis millones de judíos, de más de veinte millones de rusos... Cuando los psiquiatras y psicoanalistas partidarios de los cambios sociales y defensores de las consecuencias sociales de la nueva psicología llegaron a los Estados Unidos de América, en muchas ocasiones como inmigrantes para salvar la vida, a menudo fueron tratados otra vez como "izquierdistas": La situación de creciente poder del psicoanálisis hacía conveniente, para muchos, que su "desarrollo" no se "mezclara" con la política. Y, salvo excepciones, ésa ha seguido siendo la actitud dominante de muchas sociedades psicoanalíticas internacionales.

La situación de otras ramas y orientaciones de la psicología y la psiquiatría no ha diferido demasiado de la seguida por el psicoanálisis. En pocas ocasiones los científicos más destacados de nuestras disciplinas o nuestras organizaciones científicas y corporativas se han atrevido a alzar claramente la voz en este tema, a pesar incluso del auge actual de la psicología y la psicopatología del desarrollo.

Hora es pues de cambiar esa tendencia: El psicoanálisis, la psicología evolutiva, la psicología social, la psicopatología y la antropología del desarrollo muestran las ventajas de unos padres más dedicados a sus hijos, y ventajas que son

¹<http://mastiempoconloshijos.blogspot.com/>

tanto para éstos como para los primeros. Los pocos estudios serios que se han realizado al respecto no han hecho sino confirmar lo que los clínicos y reformadores sociales más sensatos habían defendido en algunos casos desde hace un siglo: Que a la infancia hay que dedicarle los mejores momentos, tiempo y afanes de nuestros adultos (y que a la infancia en riesgo hay que proporcionarle las mejores oportunidades desde los primeros momentos del desarrollo). De ahí que hoy, cuando ante el empuje de una organización social cada vez menos cuidadosa de los lazos afectivos primigenios, del tiempo, disponibilidad y medios para cuidarlos, está llevando a profesionalizar ya no sólo la vida de los adultos, sino la vida de los niños y la de los bebés incluso, ya es hora que levantemos la voz y propongamos, también en este campo, que "otro mundo es posible". Y no sólo posible, sino necesario: El que los trabajadores de las sociedades tecnológicas puedan dedicar tiempo y capacidades de juego y relación a los hijos, y el que las familias de los países en vías de desarrollo no sigan la tendencia dominante en Europa y en los EE UU, si logran sobrevivir a las guerras, hambrunas y destrucción de sus lazos sociales que nuestras clases dominantes les exportan, depende en buena medida de nosotros.

Si los jóvenes adultos actuales en Cataluña sólo van a poder tener 1,3 hijos a lo largo de su vida, qué menos que dedicar como poco 24 meses a cuidarlos, atender a sus emociones, atender a su desarrollo, atender a su crianza... No hay datos ni argumentos en contra: *A nivel psicológico*, salvo excepciones, no hay mejor cuidador que la propia madre, que además, ha sido preparada por la naturaleza durante nueve meses a nivel biológico, psicológico y social para serlo. No hay mejor forma de facilitar la vinculación madre-hijo, la vinculación padre-hijo, la vinculación triangular. Como no hay mejor forma de que el necesario tercero del triángulo, el que realiza las funciones de tercero, normalmente el padre, pueda comprometerse en el cuidado de su descendencia (que es la descendencia de la sociedad) y se dedique, al menos unos meses, al cuidado de la misma. Además, como demostraron los estudios cubanos de los años sesenta y setenta o los más recientes de Suecia, Finlandia o el Reino Unido, una sustitución mínimamente adecuada de los padres implica al menos un cuidador por cada tres bebés o por cada cinco-seis niños... Un tiempo de dedicación intensiva que, tal vez, la sociedad ha de reservar para los niños y progenitores en riesgo.

A nivel social, dos años de maternidad/paternidad compartidas libremente no es una catástrofe económica, sino lo contrario: disminuiría el paro, favorecería la preparación de los trabajadores en formación como sustitutos con más tiempo para formarse, disminuiría las enfermedades del niño y las bajas laborales y enfermedades de las madres y los padres, liberaría capacidades creativas primero para cuidar al bebé y luego para cuidar el trabajo, ayudaría a acelerar el ocaso de la ideología machista, etc. *A nivel biológico*, esa alternativa y sus consecuencias son la mejor forma de favorecer la lactancia materna, con sus ventajas psicológicas y biológicas, de disminuir las enfermedades en los niños y en sus padres, de facilitar que los aprendizajes y normativas iniciales sean personalizadas, de expandir unos cuidados más próximos, corporalizados y tiernos del bebé y el niño pequeño, de favorecer una organización corporal personalizada, así como los procesos inmunitarios y el neurodesarrollo.

No hay argumentos serios en contra de lo que el manifiesto defiende. Lo que sí que se dan son numerosos argumentos ideológicos –sobre la "socialización" de los niños y demás– o políticos –"no es el momento", "ningún partido lo apoyará", "ahora, con la crisis"...– Pero es que nunca ha sido el momento. Momento es pues de que sea el momento para extender un derecho fundamental como es el de tener más tiempo para los hijos. Más tiempo para lo que cada familia quiera: cuidar, jugar, disfrutar, aprender, compartir... Ahora bien: El que prefiera trabajar laboralmente durante ese tiempo y renunciar a ese derecho, debe tener la posibilidad de hacerlo y la sociedad, el deber de proporcionarle los medios para el mejor cuidado de sus hijos. Por eso, tal vez debamos cambiar el lema de hace unos años –*Guarderías para todos*– por otros más actualizados: *Guarderías para los que las quieran o necesiten. Más posibilidades de estar con los hijos, para todos.* Y no es lo mismo.

Jorge L. Tizón. Miembro del Consejo Directivo

Para finalizar deseamos que disfrutéis de las aportaciones de este número, interesante y de gran calidad como siempre. Y, además, recordaros que ya ha salido la convocatoria del IV Premio de la *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, patrocinado por el Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat. (Redacción)

Comorbilidad con ansiedad y depresión en una población pediátrica con trastornos de la conducta alimentaria

OSCAR ZÚÑIGA PARTIDA* Y EDITH PADRÓN SÓLOMON**

RESUMEN

Se realizó un estudio en 139 sujetos de población pediátrica, con el fin de determinar la prevalencia de ansiedad y depresión con trastornos de la conducta alimentaria (TCA). La presencia de ansiedad y depresión fue mayor en pacientes con bulimia y anorexia nerviosa, concluyéndose que la comorbilidad de estos trastornos es alta en población pediátrica con TCA. El tratamiento y detección oportunos de esta comorbilidad mejora el pronóstico de los pacientes con TCA. PALABRAS CLAVE: comorbilidad, ansiedad, depresión, anorexia, bulimia.

ABSTRACT

ANXIETY AND DEPRESSION COMORBIDITY IN A PAEDIATRIC POPULATION WITH EATING DISORDERS. We studied a population of 139 paediatric subjects to determine the prevalence of anxiety and depression in children and adolescents with eating disorders. We found that the presence of anxiety and depression was higher amongst patients with bulimia and anorexia nervosa, and thus concluded that the comorbidity of these disorders is high in paediatric subjects with eating disorders. The appropriate detection and treatment of this comorbidity improves the prognosis of patients with eating disorders. KEY WORDS: comorbidity, anxiety, depression, anorexia, bulimia.

RESUM

COMORBILITAT AMB ANSIETAT I DEPRESSIÓ EN UNA POBLACIÓ PEDIÀTRICA AMB TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA. Es va realitzar un estudi en 139 subjectes de població pediàtrica, amb la finalitat de determinar la prevalença d'ansietat i depressió amb trastorns de la conducta alimentària (TCA). La presència d'ansietat i depressió va ser major en pacients amb bulímia i anorèxia nerviosa, amb la conclusió que la comorbilitat d'aquests trastorns és alta en població pediàtrica amb TCA. El tractament i detecció oportuns d'aquesta comorbilitat millora el pronòstic dels pacients amb TCA. PARAULES CLAU: comorbilitat, ansietat, depressió, anorèxia, bulímia.

La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) son trastornos psiquiátricos caracterizados por una preocupación alterada acerca de la ingesta de alimentos, el control del peso y la imagen corporal. Su curso generalmente es crónico, con altos niveles de comorbilidad física y psicológica (Halmiton, 1993; Pamela, et al, 2005). Por lo que respecta a la AN, las características esenciales consisten en el rechazo a mantener un peso corporal

mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Si la AN se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (por ejemplo mientras que el sujeto crece en altura). Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal. En niñas que ya hayan presentado la menarquía, la ame-

*Psiquiatra de niños y de adolescentes. Instituto Jalisciense de Salud Mental. Av. Zoquiapan No. 1000-A, Col. Zoquiapan, Zapopan, Jalisco (México).

**Médica. Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. Av. San Buenaventura No. 86, Col. Belisario Domínguez, CP. 14080, Deleg. Tlalpan, México, D.F.

Correspondencia: drozup@hotmail.com

norrea es indicadora de una disfunción fisiológica. En niñas prepuberales la AN puede retrasar la aparición de la menarquía (Whitaker et al, 1989; Guerlingoff et al, 2003).

Las características esenciales de la BN consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Los atracones se caracterizan por una rápida ingesta de alimento, acompañándose de sensación de falta de control (Kaye et al, 2004).

Epidemiología

La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes se ha incrementado durante los últimos 50 años (Halvorsen et al, 2005). La prevalencia de AN es de 0,5% a 1% y la relación de mujeres a hombres es de 10: 1, mientras que la prevalencia de la BN es de 1 a 3% (Ericsson et al, 1996; American Psychiatry Association, 2000). La AN puede comenzar en la niñez y casi siempre aflora en la adolescencia y adultez temprana. Hay un mayor riesgo de AN entre familiares de primer grado. La tasa de concordancia entre gemelos monocigotos es significativamente mayor que para gemelos dicigotos. Aproximadamente un tercio de los pacientes con AN desarrollarán bulimia nerviosa. La mortalidad a corto plazo es relativamente baja, 1 a 5%, aunque la mortalidad a largo plazo asciende al 20%, y casi la mitad corresponden a suicidio (Crisp et al, 1987; Luca et al, 1991).

Etiología

La patogénesis de los TCA permanece aún confusa. Los conceptos etiológicos actuales son multidimensionales con factores biológicos, psicológicos y familiares involucrados (Fairburn and Beglin, 1990; Steinhausen and Neurmarker, 2003, Watkins et al, 2005). También ha crecido el interés en la necesidad de incluir una perspectiva del desarrollo para identificar patrones de continuidad y discontinuidad en los procesos adaptativos y desadaptativos durante el crecimiento del ser humano (Childress et al, 1993; Kotler and Walsh, 2000; Zonneville et al, 2004).

Comorbilidad

Los TCA tienen una alta comorbilidad con trastornos psiquiátricos. La comorbilidad psiquiátrica puede incrementar la gravedad, cronicidad y la resistencia al tratamiento, además de predecir una pobre recuperación y

una pobre respuesta de los trastornos comórbidos al tratamiento, esto probablemente se deba al efecto del estado nutricional y al curso de la enfermedad de los pacientes. Se ha estipulado que la comorbilidad de los TCA puede tener implicaciones genéticas, debido a que la regulación del apetito, la selección de alimentos y las conductas alimentarias están moduladas y parcialmente determinadas neurobiológicamente por el mismo sistema de neurotransmisores envueltos en otros trastornos psiquiátricos. Además, muchos trastornos mentales también se presentan con alteraciones en el apetito y la alimentación (Leichner et al, 1986).

En la AN, la psicopatología específica de la alimentación frecuentemente se relaciona con síntomas de ansiedad y depresión. Más aun, es frecuente que después de remitir la sintomatología del trastorno de alimentación, queden síntomas residuales de ansiedad y depresión en los pacientes con TCA hasta por lo menos tres años posteriores (Ward et al, 2000, Drewett and Shaw, 2002; Blisset et al, 2007). Existe evidencia que indica la asociación entre psicopatología preexistente y el desarrollo de un TCA. Patton et al. (1999) estudió una cohorte de 2.032 adolescentes durante tres años y encontró que la morbilidad psiquiátrica era un predictor importante para desarrollar un TCA.

Depresión. La anorexia y la depresión comparten una serie de alteraciones biológicas, como son: I) Hipersecretismo asociado a una excreción excesiva de hormona liberadora de corticotropina, II) una disfunción de los neurotransmisores (niveles bajos de noradrenalina y serotonina) y III) una supresión anormal de dexametasona. Sin embargo, la naturaleza precisa de estas relaciones y la manera en que se desarrollan permanece poco clara, y en niños y adolescentes esta asociación ha recibido poca atención. Más aun, la relación temporal entre TCA y depresión permanece poco clara. En la base que brinda la evidencia sobre los mecanismos etiológicos diferentes, parece poco probable que ambos trastornos tuvieran inicios simultáneos, y más difícil sería determinar si algún trastorno es predictor de la aparición del otro, ya que algunos estudios reportan a los TCA como predictores de depresión y viceversa (Naomi, 2008).

Usualmente, la comorbilidad de depresión y TCA excede la comorbilidad con cualquier otro trastorno del eje I. La distimia se ha relacionado más que la depresión con la BN (Pérez and Joiner, 2003). Estudios familiares, han demostrado una relación entre AN y un riesgo

familiar compartido para la depresión, con una prevalencia de depresión en familiares de primer grado de pacientes anoréxicos de un 22% (Silberg and Bulik, 2005). Se ha reportado, también, que un 20 a 98% de los pacientes con TCA padecen algún trastorno afectivo (Drewett, 2007). La frecuencia de sintomatología compatible con la depresión en la anorexia nerviosa varía del 20% al 100%; en pacientes con BN fluctúa entre 11% hasta 100% y la de un trastorno depresivo mayor entre 30% a 60% (Behar y Barahona, 2007). La asociación entre depresión y el inicio de un TCA en estudios longitudinales ha sido ampliamente demostrada (Rojo et al, 2006; Godart and Perdereau, 2007). La depresión asociada a AN ha mostrado transmisión familiar independiente, pero este puede no ser el caso de la BN (Corcos and Guilbaud, 2000). Holtkamp et al. (2005) encontraron en 17 pacientes anoréxicas, que después de tres años de remitidos los síntomas de la conducta alimentaria, persistían los síntomas de tipo depresivo.

Se ha mencionado que la sintomatología depresiva puede ser consecuencia de la misma desnutrición, mejorando cuando se logra ganancia ponderal (López, 2001). Sin embargo, aun no existe un consenso al respecto, considerándose además que la malnutrición puede intensificar una serie de síntomas como la depresión, la ansiedad y las obsesiones, sintomatología que es más frecuente al inicio de la AN. Estos síntomas disminuyen con la ganancia de peso, pero no desaparecen, considerándose por ende que esta sintomatología está ligada a la AN por sí misma. También se ha reportado que aquellos pacientes que presentan conductas purgativas tienen una tendencia mayor a presentar sintomatología depresiva que aquellos que presentan conductas puramente restrictivas (García, 2004).

Ansiedad. Los pacientes con TCA frecuentemente exhiben síntomas de ansiedad. Aquellos con AN a menudo presentan obsesiones y compulsiones no relacionadas con preocupación por la comida (lavarse las manos, contar, obsesiones fóbicas). Las mujeres jóvenes con BN tienen miedo a relacionarse, aunque ellas justifican este miedo a conocer nuevas personas o a participar en reuniones sociales debido a que quieren ocultar sus conductas alimentarias alteradas. Los estudios publicados que examinan la prevalencia de trastornos de ansiedad (TA) en sujetos con TCA son heterogéneos en cuanto a su metodología y sus resultados.

En general, la alta comorbilidad entre TCA y TA a

sido demostrada, con rangos de prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada dos o tres veces mayores que los reportados en la comunidad. Numerosos estudios han demostrado que en la mayoría de los casos, el inicio de un TA precede a la aparición de AN y de la BN. Incluso, se sugiere que la ansiedad durante la niñez es el camino previo para llegar a la aparición de AN y BN. Estudios previos sugieren que padecer un TCA exacerba la sintomatología asociada a la ansiedad (Godart et al, 2000). En pacientes con BN se ha observado que la frecuencia de los atracones y los vómitos autoinducidos están directamente correlacionados con la gravedad de la ansiedad presente (Schwalberg et al, 1992).

La frecuencia de antecedente de trastorno por ansiedad de separación en sujetos con TCA ha sido poco investigada, probablemente porque este trastorno es difícil de diagnosticar de manera retrospectiva. A pesar de esto, el trastorno por ansiedad de separación o algunos de sus síntomas se hallaron en la mitad de las pacientes anoréxicas y en más de la mitad de las pacientes bulímicas en un estudio realizado por Wittchen y Essau con más de 50 sujetos participantes (1993).

La prevalencia a lo largo de la vida de TA en pacientes con TCA ha sido reportada de 33 a 72% en pacientes con AN y de 55% en pacientes con BN (Godart and Flament, 2002). Kaye (2004) encontró en un estudio con 672 sujetos con TCA, un riesgo del 64% a lo largo de la vida para padecer un trastorno de ansiedad (Blinder et al, 2006).

Curso natural y pronóstico

El curso de la AN es variable. Algunos pacientes se recuperan completamente después del episodio inicial. Otros desarrollan un curso fluctuante de pérdida y ganancia de peso, mientras algunos permanecen en un deterioro crónico. El suicidio se ha reportado en un 5% de los pacientes crónicos con AN. La mortalidad estimada es del 3% al 10% (Herzog et al, 1993). Las complicaciones médicas que se dan en la AN se presentan en la secreción de hormona de crecimiento, hipogonadismo hipotalámico, hipoplasia ósea, anormalidades estructurales en el cerebro, disfunción cardíaca y alteraciones gastrointestinales, sin embargo, el problema más serio se da en el crecimiento de los adolescentes con AN, el cual se ve reducido.

Los pacientes con BN tienen un curso variable, la mayoría de las veces fluctuante entre conductas purgati-

vas y atracones. La BN generalmente aparece durante la adolescencia tardía. Es común que los atracones aparezcan en el contexto de una dieta estricta. Una vez identificado este trastorno, los pacientes buscan ayuda terapéutica y generalmente se muestran motivados, pero cuando las conductas purgativas inician y son reforzadas, pueden resultar demasiado resistentes al cambio. Aun cuando los pacientes presentan variaciones en el peso, raramente alcanzan un peso tan bajo como el que se da en la AN (Tomasik et al, 2004; Zúñiga y Robles, 2006).

Material y métodos

Se estudió a una población con edades comprendidas entre los 7 y 17 años de edad, los cuales acudían por primera vez a consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, de la Ciudad de México. Todos los pacientes y sus padres o tutores firmaron un consentimiento informado autorizando su participación en el estudio. A todos los sujetos se les aplicó la entrevista introductoria, la sección de tamizado y el suplemento de TCA de la K-SADS-PL-MX para determinar si el paciente cumplía con los criterios diagnósticos del DSM-IV para TCA. También se aplicaron las escalas de Birleson para depresión en adolescentes (CDRS) (Birmarher and Khetarphal, 1999) y de ansiedad para niños y adolescentes (SCARED) (De la Peña et al, 1996). Todos aquellos participantes que fueron capaces de leer, comprender y completar los cuestionarios de manera adecuada se incluyeron en el estudio.

Del total de la muestra se formaron tres subgrupos con el fin de realizar análisis de varianza para obtener la relación de estos diagnósticos con ansiedad y depresión: pacientes con diagnóstico de BN, con AN y sin diagnóstico de TCA.

Instrumentos

K-SADS-PL-MX (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children- Present and Lifetime (6-18 Years, Kiddie-SADS-PL). Es una entrevista diagnóstica semiestructurada diseñada para evaluar episodios actuales y pasados de psicopatología en niños y adolescentes de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-III-R y DSM-IV. Se administra entrevistando al/os padre(s), al niño/adolescente y finalmente se completan los sumarios clínicos que incluyen las fuentes posibles de información (escuela, expediente clínico,

otros familiares, etc.).

Esta entrevista constituye un instrumento adecuado para evaluar la psicopatología de niños y de adolescentes transversal y longitudinalmente. Fue traducida y adaptada al español por Ulloa (2006) demostrando propiedades psicométricas similares a la versión en inglés.

Escala de Birleson para Depresión en Adolescentes (CDRS, Children Depression Rating Scale). Esta es la primera escala validada en México en población adolescente para medir la depresión. La utilización del CDRS como prueba diagnóstica presentó una sensibilidad de 87% y una especificidad de 74% cuando el punto de corte fue 14. El valor alfa de Cronbach fue de 0,85. El análisis factorial explicó con un solo elemento el 28,8% de la varianza. Esta escala puede ser utilizada de manera amplia en investigaciones clínicas y epidemiológicas para la depresión de los adolescentes (Invarsson, 1994; James and Overtholser, 1995).

Autoreporte de ansiedad en adolescentes (SCARED, Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders). Se diseñó a partir de criterios del DSM IV para trastornos de ansiedad. Esta escala contempla los siguientes trastornos: trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social y fobia escolar. La intensidad de los síntomas se valora del 0 al 2. La escala tiene cinco factores: somatización-pánico, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia social y fobia escolar; los coeficientes alfa de Cronbach para estos factores fueron de 0,74 a 0,89 (Birleson, 1987; Troisi et al, 2006).

Resultados

Descripción de la muestra. Para los datos sociodemográficos de edad, sexo e índice de masa corporal (IMC) ver la Taula 1. En cuanto al grado académico de la población presentó una media $6,4 \pm 0,4$ (1-12) años de estudio.

Ansiedad y depresión en pacientes sin trastorno del comportamiento alimentario, con anorexia nerviosa y con bulimia nerviosa. La media de puntaje en el CDRS en los pacientes sin diagnóstico de TCA fue de $7,8 \pm 4,2$ (4 - 25); en los pacientes con AN fue de $22,0 \pm 2,9$ (18 - 26) y en los pacientes con BN fue de $24,9 \pm 3,2$ (17 - 28). El análisis de varianza con los subgrupos clínicos mostró una $F = 152$, $G1 = 2$ ($p = 0,01$), tal como aparece en la Tabla 1.

La media de puntaje en el SCARED en los pacientes

sin diagnóstico de TCA fue de $13,6 \pm 10,1$ (1-49); en los pacientes con AN fue de $26 \pm 6,9$ (20 - 38), y en los pacientes con BN la media fue de $31,6 \pm 8,4$ (14 - 41). El análisis de varianza con los subgrupos clínicos mostró una $F = 18,86$, $Gl = 2$ ($p = 0,01$) (Ver Tabla 1).

Discusión

Es importante mencionar que la población pediátrica es por mucho distinta a la adulta, y más a edades tempranas, donde las etapas del desarrollo diversifican el significado y comprensión de la imagen corporal, la alimentación, la ansiedad y la depresión.

Como en población adulta, la ansiedad y depresión son trastornos comórbidos de los TCA en población pediátrica (Maloney et al, 1989). Esta comorbilidad altera negativamente el pronóstico de estos pacientes, por lo cual es importante identificar tempranamente y tratar trastornos depresivos o ansiosos en este grupo de pacientes, con el fin de lograr una mejor evolución del padecimiento.

Dado que el objetivo principal de esta investigación era estudiar la comorbilidad de los TCA en población pediátrica, en especial con ansiedad y depresión, nosotros esperábamos encontrar al igual que los hallazgos referidos en publicaciones previas (Lenoir y Silber, 2006), una correlación positiva en la comorbilidad con estos trastornos.

Los puntajes obtenidos en las escalas SCARED y CDRS de ansiedad y depresión, fueron significativamente más altos en aquellos sujetos con un TCA. Esto coincide de igual manera con lo referido en la literatura internacional (Alessi et al, 1989; Holtkamp et al, 2005). El ANOVA de los AN, BN y sin TCA con los instrumentos de ansiedad y depresión también fue estadísticamente significativa. Sin embargo, la evolución de estos trastornos parece no ser paralela, precediendo casi siempre la aparición de los trastornos afectivos y de ansiedad a la aparición de los TCA. Una limitación importante de este estudio, es el hecho de que la muestra haya sido obtenida en un medio hospitalario, lo cual podría hacer sobrestimar la comorbilidad de los trastornos por ansiedad y depresión con los TCA.

Conclusiones

A nuestro saber, este es el primer estudio realizado en

población pediátrica portadora de TCA, incluyendo sujetos con edades menores de 12 años, con el fin de determinar la comorbilidad con la ansiedad y la depresión. Los hallazgos encontrados demostraron que la presencia de estos dos trastornos acompaña a los TCA de forma frecuente, con las implicaciones clínicas que esto supone.

Agradecimientos

A la Dra. Rosa Elena Ulloa Flores, Investigadora del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, por la asesoría recibida para la realización de este estudio.

Bibliografía

- ALESSI N E, KRAHN D, BREHM D (1989). *Prepubertal Anorexia Nervosa and Major Depressive Disorder*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 28(3):380-384. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4 ed. text revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- BEHAR A, BARAHONA M (2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 45(3): 211-220.
- BLINDER B, CUMELLA E, SANTHARA V (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68:454-462.
- BLISSET J, MEYER C, HAYCRAFT E (2007). Maternal mental health and child feeding problems in a non-clinical group. *Eating Behavior*, 8:311-318.
- BIRLELSON D (1987). The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self rating scale: a research report. *Journal of Clinical Child Psychology*, 42:861-865.
- BIRMARHER B, KHETARPHAL S (1999). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale Construction and psychometric Characteristics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:545-549.
- CORCOS M, GUILBAUD O (2000). Alexithymia and Depression in Eating Disorders. *Psychiatry Research*, 93: 263-266.
- CRISP A H, LACEY J H, CRUTCHFIELD M (1987). Clomipramine and "drive" in people with anorexia ner-

vosa: an inpatient study. *British Journal of Psychiatry*, 150:355-358.

CHILDRESS A C, BREWERTON T D, HODGES E L (1993). The kids' Eating Disorder Survey (KEDS): A Study of Middle School Students. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32:843-50.

DE LA PEÑA F, LARA M C, CORTES J (1996). Traducción al español y validez de la Escala de Birlson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental*, 19:17-23.

DREWETT E, SHAW H E (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53: 985-993.

DREWETT R F (2007). The social facilitation of food intake. *Archives of Disorder of Children*, 92:377.

ERICSSON M, POSTON W H, FOREYT J A (1996). Common biological pathways in eating disorder and obesity. *Addictive Behavior*, 21:733-743.

FAIRBURN C G, BEGLIN S J (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147:401-408.

GARCÍA A (2004). Anorexia and depression: Depressive Comorbidity in Anorexic Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 7 (1) 40-52.

GODART N, FLAMENT M, PERDEREAU F, JEAMMET P (2002). Comorbidity between anxiety disorders and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 32: 253-270

GODART N, FLAMENT Y, LECRUBIER P (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: comorbidity and chronology of appearance, *European Psychiatry*, 15:38-45.

GODART N, PERDEREAU F, REIN Z, BERTHOZ S, WALLIER J, JEAMMET P, FLAMENT M F (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 97: 37-49.

GUERLINGOFF M, GROSS G, BACKMUND G (2003). Eating disorder therapy concepts with a preventive goal. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12: 72-73.

HAMILTON J (1993). Eating disorders in child and adolescents. *Nurse Practice*, 32: 45-48.

HALVORSEN I, AMDERSEN A, HEYERDALL S (2005). Girls with anorexia nervosa as young adults. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14:397-406.

HERZOG D B, SACKS N R, SELLER M B (1993).

Patterns comorbidity in treatment seeking anorectics and bulimics. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32:835-842.

HOLTKAMP K, MULLER B, HEUSSEN N (2005). Depression, anxiety, and obsessionality in long-term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14:106-110.

INVARSSON T (1994). The Birlson Depression Self Rating (DSRS). Clinical Evaluation in a Adolescent Inpatient Population. *Journal of Affective Disorders*, 32: 115-125.

JAMES C, OVERHOLSER D (1995). Children's Depression Rating Scale-Revised: Development of a Short Form. *Journal of Clinical Psychology*, 24: 221.

KAYE W H, DEVLIN B, BARBARICH N (2004). Genetic analysis of bulimia nervosa: Methods and simple description. *International Journal of Eating Disorders*, 35: 556-570.

KAYE W, BULLIK C, THORNTON L (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161:2215-2221.

KOTLER L A, WALSH B T (2000). Eating disorders in children and adolescents: pharmacological therapies. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9:108-116.

LEICHNER P, ARNETT J, RALLO J S (1986). An epidemiologic study of maladaptive eating attitudes in a Canadian school age population. *International Journal of Eating Disorders*, 6:969-982.

Lenoir, Melissa y Silber, Tomas J. Anorexia nervosa en niños y adolescentes (Parte 1): criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Arch. Argent. Pediatr.*, mayo/jun. 2006, vol.104, no.3, p.253-260.

LÓPEZ G I (2001). Comorbilidad en los trastornos de la conducta alimentaria. En E. García-Camba (Ed.), *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (p. 157-169). Barcelona: Masson.

LUCA A R, BEARD C M, O'FALLON W M (1991). Fifty-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 148:917-922.

MALONEY M J, MC GUIRE J B, DANIELS S R (1989). Dieting Behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics*, 84:482-489.

NAOMI R, MARMORSTEIN N, RANSON K (2008). Prospective Associations Between Depressive Symp-

toms. *International Journal of Eating Disorders*, 41: 118-123.

PAMELA K. KEEL P, KELLY L (2005). Shared Transmission of Eating Disorders and Anxiety Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38: 99-105.

PATTON G C, SELZER R, COFFEY C (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Journal of Medicine*, 318:765-768.

PEREZ M, JOINER T (2003). Is Major Depressive Disorder or Dysthymia More Strongly Associated with Bulimia Nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 36: 55-61.

ROJO L, CONESA L, BERMUDEZ O (2006). Influence of stress in the onset of eating disorders: data from a two stage epidemiologic controlled study. *Psychosomatic Medicine*, 68:628-635.

SCHWALBERG M Y, BARLOW D H, ALGER S A (1992). Comparison of bulimics, obsesses, binge eaters, social phobics and individuals with panic disorders on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101: 4675-81.

STEINHAUSEN H C, NEURMARKER K J (2003). Eating disorders at the beginning of 21 century. *European Child of Adolescent Psychiatry*, 12:1-3.

SILBERG J L, BULIK C M (2005). The developmental association between eating disorders symptoms and symptoms of depression and anxiety in juvenile twin girls. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 46(12):1317-1326.

TOMASIK P J, SZTEFKO K, STARZYK J (2004). Cholecystokinin, Glucose dependent insulinotropic peptide and glucagon-like peptide 1 secretion in children with anorexia nervosa and simple obesity. *Journal of*

Pediatric Endocrinology Metabolic, 17:1623-1631.

TROISI A, DI LORENZO G, ALZCINI S (2006). Body dissatisfaction in women with eating disorders: relationship to early separation anxiety and insecure attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68:449-453.

ULLOA R E (2006). Estudio de fiabilidad interevaluator de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34:36-40.

WARD A, RAMSEY R, TREASURE J (2000). Attachment patterns in eating disorders: past in the present. *International Journal of Eating Disorders*, 28:370-376.

WATKINS B, FRAMPTON I, LASK B (2005). Reliability and Validity of the Eating Disorder Examination: A Preliminary Investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 38:183-187.

WHITAKER A, DAVIES M, SHAFFER D (1989). The struggle to be thin: A survey of anorexic and bulimic symptoms in a non-referred adolescent population. *Psychological Medicine*, 19: 143-163.

WITTCHEN H U, ESSAU C A (1993). *Epidemiology of anxiety disorders*. In: Michels R, ed. Psychiatry. Philadelphia: J. B Lippincott, 1-23.

ZONNEVILLE M J, GOOZEEN S H, KETTENIS P T (2004). Emotional functioning in adolescent anorexia nervosa patients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13:28-34.

ZÚÑIGA P O, ROBLES G R (2006). Validez de constructo y consistencia interna del Cuestionario de Trastorno por Atracón en población mexicana con obesidad. *Psiquis*, 15:126-134.

Comorbilidad con ansiedad y depresión en una población pediátrica con trastornos...

Tabla 1. Análisis estadístico de la muestra y análisis de varianza con rotación varimax

	<i>Anorexia Nerviosa</i>	<i>Bulimia Nerviosa</i>	<i>Sin Trastorno del Comportamiento Alimentario</i>	<i>Estadística (ANOVA, Chi cuadrada)</i>	<i>P</i>
<i>Sexo</i>	Fem. = 9 Masc. = 1	Fem. = 14 Masc. = 4	Fem. = 75 Masc. = 36	X ² = 3,407 Gl = 2	0,182
<i>Edad en años</i>	13,4 ± 2,6 (11-17)	12,5 ± 1,6 (11-15)	12,5 ± 2,5 (7 - 17)	F = 0,542 Gl = 2	0,582
<i>IMC</i>	16,1 ± 0,4 (15,5 -16,8)	22,1 ± 2,2 (19,9 - 24,9)	20,5 ± 2,8 (15,3 - 30,4)	F= 10,92 Gl = 2	0,001
<i>CDRS</i>	22,0 ± 2,9 (18 - 26)	24,9 ± 3,2 (17 - 28)	7,8 ± 4,2 (4 - 25)	F = 152,03 Gl = 2	0,001
<i>SCARED</i>	26 ± 6,9 (20 - 38)	31,6 ± 8,4 (14 - 41)	13,6 ± 10,1 (1 - 49)	F= 18,86 Gl = 2	0,001

Fem. Femenino

Masc. Masculino

IMC. Índice de masa corporal

CDRS. Children Depression Rating Scale

SCARED. Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders

Vinculación en niños con discapacidad intelectual: reflexiones para la promoción de un apego seguro*

CLAUDIA P. PÉREZ-SALAS¹ Y MARÍA PÍA SANTELICES²

RESUMEN

Se explora el apego en niños con discapacidad intelectual debido a la alta prevalencia de patrones inseguros y desorganizados. Se concluye que es posible lograr un apego seguro en estos niños y se recalca el rol de la sensibilidad parental en este logro. Se enfatiza la relevancia del apego seguro como factor protector de alteraciones emocionales y/o del comportamiento y la necesidad de mayor investigación en el tema. PALABRAS CLAVE: Apego, discapacidad intelectual, respuesta sensible, alteraciones emocionales/conductuales.

ABSTRACT

BONDING IN CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITY: REFLECTIONS ON THE PROMOTION OF SECURE ATTACHMENT. This paper explores attachment relationships in intellectually disabled toddlers due to the high prevalence rate of insecure and disorganized patterns. The paper concludes that it is possible to attain a secure style of attachment in these children. The role of parental sensitivity in this achievement is underlined. The importance of secure attachment styles as a protective factor of emotional and behavioural problems is discussed, and the need of further investigation on this issue is stressed. KEY WORDS: attachment, intellectual disability, sensitive response, emotional and behavioural problems.

RESUM

VINCULACIÓ EN NENS AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL: REFLEXIONS PER A LA PROMOCIÓ D'UN AFERRAMENT SEGUR. S'explora l'aferrament en nens amb discapacitat intel·lectual a causa de l'alta prevalença de patrons insegurs i desorganitzats. Es conclou que és possible assolir un aferrament segur en aquests nens i es recalca el rol de la sensibilitat parental en esta tasca. S'emfatitza la importància de l'aferrament segur com a factor protector d'alteracions emocionals i/o del comportament i la necessitat de major investigació en el tema. PARAULES CLAU: Aferrament, discapacitat intel·lectual, resposta sensible, alteracions emocionals i/o de conducta.

El estudio de la salud mental de los niños con discapacidad intelectual (DI), entendida como la presencia de limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y adaptativo del individuo que surgen antes de los 18 años de edad (AAMR, 2002) [1], fue por décadas un tópico marginal dentro de las discusiones científicas. Esta situación contribuyó a que durante muchos años se pensara que si dichos niños presentaban alguna alte-

ración del ánimo y/o problema conductual éstos eran atribuibles a su condición (como característica constitucional) y no a otro tipo de influencias, como por ejemplo, de índole social o psicológica (Salvador-Carulla et al, 1999).

Investigaciones en el tema señalan, sin embargo, que los niños con DI poseen mayor riesgo, incluso que los niños sin discapacidades, de desarrollar alteraciones psi-

**Este artículo fue elaborado con el apoyo brindado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, FONDECYT, Número 1070839*

1. Psicóloga, PhD. Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile. Vicuña Mackenna 4860 Macul, Santiago Chile.

2. Psicóloga, PhD. Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile. Vicuña Mackenna 4860 Macul, Santiago Chile.

Correspondencia: cpperez@uc.cl y msantelí@uc.cl

cológicas y en especial a presentar lo que se ha denominado "comportamientos desafiantes" (Stromme and Diseth, 2000; Dekker et al, 2002). Hasta la fecha es limitado el conocimiento que se tiene respecto a los factores responsables de ello, pese a las consecuencias que esto tiene en la calidad de vida de los niños con estas problemáticas, de sus familiares y cuidadores (Janssen, Schuengel and Stolk, 2002).

Un posible factor en la base de tales alteraciones podría ser el patrón de interacciones existente entre estos niños y sus cuidadores, puesto que el tipo y la calidad de las relaciones tempranas establecidas en la primera infancia pueden influir positiva o negativamente en el desarrollo psicológico del individuo (Bowlby, 1954). Pese a esto, existen pocos estudios que evalúen el apego en niños con DI (Rutgers et al, 2004) y, de los existentes, la mayoría se ha focalizado en constatar la mayor proporción de apegos inseguros y desorganizados de manera descriptiva. Estos estudios, han señalado que la alta tasa de alteraciones del apego en niños con DI se explicaría, principalmente, por las dificultades que tendrían para desarrollar habilidades cognitivas básicas, como por ejemplo, la permanencia del objeto y la capacidad de detectar medios para conseguir un fin (Atkinson et al, 1999; Cassidy, 1999); desestimando del análisis el rol de otros elementos, específicamente de la esfera afectiva, en la explicación de los patrones vinculares presentes en este tipo de población.

Tales explicaciones resultan claramente insuficientes a la luz de los resultados de estudios actuales en la materia, los cuales han constatado que la DI en sí no es incompatible con el desarrollo de un patrón de apego seguro (van IJzendoorn et al, 2007). Lo anterior, pone de manifiesto la necesidad de considerar otros factores, además del cognitivo, a la hora de explicar la configuración de apegos alterados en estos niños, como forma de contribuir a la comprensión de los vínculos primarios en presencia de DI, así como para favorecer la prevención de los problemas emocionales y del comportamiento que podrían derivarse de relaciones de apego inseguros o desorganizados.

El presente artículo pretende revisar la evidencia teórica y empírica sobre el tema, para responder la pregunta de cuál es la importancia que tienen las relaciones tempranas en el desarrollo de problemas psicológicos en niños con DI y qué factores estarían involucrados en la alta proporción de apegos desorganizados e inseguros

pesquisados en ellos.

Apego seguro como factor protector de alteraciones emocionales

La teoría del apego postula la importancia que tienen las experiencias tempranas y los vínculos primarios en el desarrollo psicológico integral del ser humano, señalando que es a partir de las interacciones con las figuras significativas donde se iría construyendo una representación mental de sí mismo, como digno o no de ser cuidado y protegido; y de los demás, como receptivos o no a tal necesidad (Bowlby, 1980). Estas experiencias permitirían al individuo percibir e interpretar las acciones e intenciones de los otros; dirigir la conducta y servir de sustento para la propia identidad y autoestima, a la vez que constituiría la base sobre la cual se fundamentan el bienestar emocional y las relaciones adultas posteriores (Bretherton, 1999).

Según Ainsworth et al (1978) existen cuatro tipos de estilos de apego en la infancia temprana: a) seguro; b) inseguro-evitativo; c) inseguro-ansioso-ambivalente y d) desorganizado, los cuales estarían estrechamente relacionados al grado de sensibilidad que los adultos significativos le hayan propiciado al bebé. La evaluación de tales patrones vinculares es posible mediante la observación de la interacción del bebé y su cuidador durante el procedimiento denominado "situación extraña", tarea experimental en la cual el niño es separado breves minutos de su figura de apego para registrar y caracterizar tanto su comportamiento durante la separación como su respuesta ante el reencuentro (Ainsworth et al, 1978).

Los niños con apego seguro son capaces de usar flexiblemente a su figura de apego como una base segura que les permite explorar el entorno cuando las condiciones están libres de peligro o como un refugio de seguridad cuando perciben que las condiciones son peligrosas. Los niños inseguros-evitativos, en cambio, demuestran poca o ninguna respuesta cuando la figura de apego se aleja y no expresan rabia, ansiedad ni búsqueda de contacto cuando ésta regresa. Los niños inseguro-ansioso-ambivalentes, por su parte, se muestran muy preocupados cuando su figura de apego se aleja, pero evidencian rabia y rechazo cuando ésta vuelve: no logrando dar solución al conflicto (Ainsworth et al, 1978). Finalmente, el apego desorganizado caracteriza a

los niños que no son capaces de desarrollar un patrón organizado de apego con su figura significativa; es decir, no logran controlar ni manejar su ansiedad frente a una situación estresante aún cuando esta persona se encuentra presente. En casos más patológicos, la propia figura de apego puede constituirse en fuente de temor para estos niños en vez de un refugio de seguridad (Main, 1990).

A partir de las clasificaciones anteriores, se han realizado una serie de investigaciones que relacionan las diferentes tipologías de apego infantil y la salud mental posterior del individuo, las cuales han reportado consistentemente una asociación positiva entre la seguridad del apego y el desarrollo emocional saludable, en términos de autoestima, afrontamiento al estrés y configuración de identidad, entre otros aspectos (Sroufe, Egeland and Kreutzer, 1990).

Los patrones ansiosos se han asociado, en cambio, a una mayor utilización de estrategias defensivas que bloquean la información y vivencias dolorosas, mayores dificultades para establecer relaciones interpersonales gratificantes en el futuro, dificultades en el logro de una identidad integrada, además de mayor vulnerabilidad al estrés y al desarrollo de diversas psicopatologías. Esta asociación se ve incrementada en el caso de los patrones desorganizados (Fonagy, 1999).

Discapacidad intelectual y alteraciones del apego

Tal como se señaló en el apartado anterior, los patrones de apego ansioso y desorganizados han sido fuertemente relacionados a alteraciones psicopatológicas y a una mayor vulnerabilidad al estrés en el individuo: problemáticas que se encuentran ampliamente presentes en personas con DI (Dekker et al, 2002). Este autor, por ejemplo, señala que alrededor del 50% de los niños con DI tiene problemas del comportamiento que caen dentro del rango desviado –en comparación al 18% de los niños sin DI– (Dekker et al, 2002). Los problemas de comportamiento más frecuentes en niños con DI son de índole social, relacionados con sus dificultades para focalizar y mantener la atención, con la impulsividad y, en ocasiones, con la agresividad expresada.

En cuanto a las causas de estas alteraciones, si bien se ha señalado que los riesgos para desarrollar síntomas conductuales-emocionales en personas con DI pueden

tener una causa orgánica importante, es preciso enfatizar que la manifestación final sí puede depender del ambiente y en especial de la existencia de factores protectores, como por ejemplo el establecimiento patrones de apego adecuados (Atkinson et al, 1999). En este sentido Janssen et al (2002) postulan que las relaciones de apego pueden constituirse en un importante factor protector para los problemas emocionales y sus consecuentes alteraciones del comportamiento en niños con DI. Esto puede ser debido a que cuando un niño con dificultades cognitivas experimenta estrés podría tener dificultades para encontrar una solución conductual apropiada para la situación que lo origina y para usar su figura de apego como base segura. Como resultado se produciría un incremento considerable en el nivel de ansiedad experimentado, el cual finalmente daría origen a síntomas disociativos, retraimiento y/o comportamientos tranquilizantes desadaptativos tales como arrebatos agresivos y, en casos extremos, automutilación.

El modelo de Jansen et al (2002), denominado "apego-estrés", considera que las relaciones de apego seguro pueden constituirse en un factor protector para problemas emocionales en niños con DI de dos formas: contribuyendo a regular sus propias respuestas emocionales ante situaciones estresantes, o bien usando las figuras de apego para solucionar la situación que causa el estrés, como por ejemplo recurrir a ellas para ser protegido del peligro percibido o para ser reconfortado una vez que el daño está hecho. Pero parece ser que la configuración de un patrón de apego seguro en niños con DI no es un asunto sencillo de lograr. En general, los estudios realizados coinciden en encontrar una mayor proporción de apegos inseguros y desorganizados en niños con DI, que en poblaciones normales. Vaughn et al (1994) fueron unos de los primeros investigadores en reportar el hallazgo de una sobrerrepresentación de apegos desorganizados en niños con DI, específicamente con síndrome de Down.

Asimismo, resultados de un meta-análisis en esta materia indicaron que anomalías neurológicas podrían incrementar la probabilidad de patrones de apego desorganizado (van IJzendoorn et al, 1999), mientras que otro más reciente en relación al apego en niños autistas, concluyó que la comorbilidad de este trastorno con DI parecía estar mayormente asociado con un apego inseguro (Rutgers et al, 2004). No obstante la evidencia encontrada, aún no está del todo claro cuáles son

Vinculación en niños con discapacidad intelectual: reflexiones para la promoción...

los factores que determinan la emergencia de alteraciones en el apego en niños con DI, siendo un tema escasamente investigado (van IJzendoorn et al, 2007). De este modo, existe relativo consenso respecto a la mayor proporción de apegos inseguros y desorganizados en niños con DI, aunque no así respecto a los factores responsables de ello.

A continuación se analizarán tres aspectos que podrían ayudar a comprender la elevada tasa de apegos desorganizados e inseguros en niños con DI en comparación a poblaciones sin discapacidad.

Factores involucrados en las alteraciones del apego en niños con discapacidad intelectual

Características del niño

Para que exista un comportamiento de apego, múltiples sistemas tales como el emocional, comunicativo, psicofisiológico, motor y cognitivo deben ser coordinados funcionalmente en pro del logro de la vinculación y satisfacción de necesidades (Barnett and Vondra, 1999). Debido a que los niños con DI tendrían déficit en el sistema cognitivo y, como consecuencia de ello, en el sistema comunicacional, se ha estimado que podría ser muy poco probable lograr la configuración de un patrón de apego seguro en este tipo de niños (Janssen et al, 2002). Lo anterior puede ser debido a que si bien las habilidades cognitivas requeridas para usar a una persona como base segura son pocas y relativamente básicas –tales como la permanencia del objeto y la capacidad de distinguir procesos a partir de resultados (Cassidy, 1999)–, algunos niños con una DI grave y profunda pueden tener serias dificultades para desarrollarlas y usarlas de manera efectiva, especialmente bajo condiciones de estrés, lo que interferiría tanto el desarrollo de relaciones de apego, como sus representaciones cognitivas posteriores (Janssen et al, 2002).

Es por esta razón que cuando existe DI podría ser más difícil para el niño lograr un patrón de apego no patológico ya que, por ejemplo, niños con deficiencias en la permanencia del objeto podrían verse enfrentado a un estado de estrés de separación casi constante; y niños con dificultades para identificar y detectar medios –señales de apego– para conseguir un fin –proximidad o contacto– podrían experimentar menos interacciones seguras (Janssen et al, 2002).

En efecto, Vaughn et al (1994) encontró diferencias

significativas en los niveles de interacción sostenidos por niños con síndrome de Down en comparación a niños con desarrollo normal en la "situación extraña", siendo considerablemente menor en los primeros. Tal hallazgo fue confirmado por van IJzendoorn et al (2007), cuyos resultados concuerdan en que los niños con DI se involucran menos e intentan menos interacciones con sus figuras de apego que los niños sin discapacidad, lo que contribuiría a una menor seguridad en el apego y a una mayor desorganización del mismo.

Otros estudios han reportado que los niños con DI son menos predecibles y responden menos ante los estímulos externos, y sus señales emocionales son más inciertas y confusas comparadas con los niños sin discapacidad, todo lo cual podría sobrepasar la capacidad de los padres para responder sensiblemente a sus necesidades de apego (Emde, Katz and Thorpe, 1978; Goldberg, 1977).

No obstante lo anterior, no todos los niños con DI desarrollan patrones de apego desorganizados. Por ejemplo, para Vaughn et al (1994), pese a la gran proporción de apegos alterados en una muestra de niños con síndrome de Down –9% inseguro-avoidantes; 3% inseguro-ansioso-ambivalentes; 42% no clasificables–, una proporción considerable de éstos fueron clasificados como seguros (46%).

Van IJzendoorn et al (2007), en una investigación sobre apego y sensibilidad paterna con 55 niños y sus padres, encontraron que pese a que los niños con DI obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en seguridad y presentaron mayores proporciones de apego desorganizados que los niños sin discapacidades ($p = 0,05$), no era posible aseverar que la DI en sí misma fuera incompatible con el desarrollo de un apego no patológico (seguro o inseguro) ni que esta condición fuera la responsable de los trastornos en el apego presentado por los niños autistas. Tampoco que la DI fuera la causante de la ausencia de asociación entre sensibilidad parental y seguridad de los niños autistas, como había sido sugerido previamente en la literatura. Los resultados de este último estudio ponen de manifiesto que la configuración de apegos seguros en niños con DI no es algo imposible de lograr y, por ende, que resulta de suma relevancia la consideración de otros factores además de las limitaciones cognitivas a la hora de explicar la alta prevalencia de patologías en el apego de estos niños.

Características del cuidador

Debido a que los niños con DI tienen menos habilidades para enfrentarse eficientemente a los problemas, especialmente cuando se encuentran bajo situaciones de estrés (Janssen et al, 2002), se ha argumentado que las figuras de apego para estos niños podrían ser incluso más importantes que para los niños que no tienen dificultades cognitivas, al compensar en parte sus limitaciones y otorgarles contención y apoyo para enfrentarse a su ambiente (De Schipper, Stolk and Schuengel, 2006). Ainsworth et al (1978) definió la sensibilidad como la habilidad de los padres (o cuidadores) para percibir e interpretar con precisión las señales de apego de sus hijos, además de la capacidad y voluntad para responder pronta y adecuadamente a dichas señales.

Los cuidadores de niños con DI se ven enfrentados a varios desafíos a la hora de responder a las señales de apego de sus hijos puesto que generalmente el comportamiento de estos niños resulta confuso, ambiguo y por tanto, difícil de entender y manejar (Janssen et al, 2002). Otro factor que puede afectar la sensibilidad del cuidador es el grado de resolución que éste haya hecho frente al diagnóstico de DI del menor. Así pues, se ha establecido que una mala resolución de este hecho puede dar como resultado un agotamiento de los recursos psíquicos disponibles para manejar las demandas diarias que implica criar un niño con discapacidad y, por ello, una disminución de la sensibilidad hacia él (Janssen, 1982, citado en Janssen et al, 2002; Marvin and Pianta, 1996; Pianta et al, 1996).

Es así como parece claro que los niños cuyos padres no han resuelto de buena manera su diagnóstico de discapacidad tienen tres veces más probabilidades de ser clasificados como inseguros y mayor riesgo de tener un patrón de apego desorganizado que aquellos niños cuyos padres han resuelto adecuadamente el impacto que les produjo esta noticia (Barnett et al, 1999). Lo anterior, debido a que los padres con sentimientos no resueltos respecto a la discapacidad de sus hijos pueden tener una menor sensibilidad y sintonía emocional con sus necesidades e interactuar con ellos mediante pautas que dan cuenta de su trauma y pérdida aún no resuelta, mermando con ello el sentido de seguridad de su hijo cuando más lo necesita (Barnett et al, 1999).

Pero, además de la sensibilidad, otra característica del cuidador que puede influir en la configuración del estilo de apego del niño la constituye el posible grado de mal-

trato que ejerza con él. Existe amplia evidencia de la asociación existente entre maltrato y desorganizaciones del apego en niños normales, estableciéndose que la presencia de maltrato hace entre dos y tres veces más probable el desarrollo de un apego patológico en la infancia (van IJzendoorn et al, 1999). Tal constatación hace pensar que en niños con DI dicha probabilidad podría incluso ser mayor dada sus peores estrategias de afrontamiento. Los niños con alguna discapacidad poseen un mayor riesgo de ser maltratados en comparación a niños normales y en el caso de la DI estos niños tendrían 3,4 veces más probabilidad de ser rechazados, 3,8 de ser agredidos físicamente, 3,8 de ser agredidos emocionalmente y 4,0 de ser abusados sexualmente [$p < 0,05$] (Sullivan and Knutson, 2000).

Teniendo presente lo anterior, pareciera ser que un cuidador insensible y/o maltratador podría influir negativamente en la configuración del apego en un niño con DI, específicamente aumentando su inseguridad o favoreciendo la desorganización de su patrón. No obstante lo dicho, parece ser que también es posible la relación inversa; es decir, cuidadores sensibles podrían influir positivamente el desarrollo de un patrón de apego sano en estos niños. Así por ejemplo, Atkinson et al (1999) encontraron que los niños con síndrome de Down que tenían apego seguro, sus padres eran más sensibles que sus pares con apego inseguro o no clasificables, lo que indica que incluso el comportamiento en la "situación extraña" de estos niños refleja experiencias de interacción con sus padres en el hogar. Del mismo modo van IJzendoorn, et al (2007) encontraron que si bien la sensibilidad de los padres de niños con DI no difería significativamente de la de los padres de niños sin discapacidades ($p > 0,05$), sí era posible establecer una asociación entre mayor sensibilidad parental y mayor seguridad en el apego. Específicamente, que la mayor sensibilidad de los padres puede predecir el nivel de seguridad de los niños con DI.

Aspectos relacionados con la evaluación

El tercer y último aspecto que se analizará respecto a los factores que podrían explicar la alta proporción de alteraciones en el apego en niños con DI, corresponde a la validez de los procedimientos de evaluación del apego en este tipo de población.

El tema de los procedimientos de evaluación del apego en niños con DI ha sido motivo de debate entre los investigadores del área. Es así como hay quienes

Vinculación en niños con discapacidad intelectual: reflexiones para la promoción...

ponen en duda la utilidad de aplicar los instrumentos existentes para evaluar apego, específicamente la "situación extraña" de Ainsworth et al (1978) cuando existe DI (por ejemplo, Vaughn et al, 1994); mientras que por otro lado hay quienes justifican y avalan su aplicación (como Goldberg, 1988). Entre las razones para dudar de la utilidad del procedimiento de la "situación extraña", para evaluar el apego de niños con DI, se encuentra la constatación de que el sistema de clasificación de él derivado arroja una proporción considerablemente alta de niños imposibles de catalogar dentro de los estilos convencionales, debiendo ser relegados a la categoría de "no clasificables", resultado que no ofrecería una descripción fidedigna de su estilo vincular (Thompson et al, 1985; van IJzendoorn et al, 1992). Vaughn et al (1994) por ejemplo, en un estudio conducido con niños con DI, explicaron la alta proporción de casos de apegos inseguros encontrados apelando al gran número de niños rotulados como "no clasificables" (especialmente los más pequeños de la muestra). Estos autores señalan que al eliminar los casos "no clasificables" del análisis, las diferencias dejan de ser significativas respecto al grupo de niños normales y, más aún, la proporción de niños con DI catalogados como "seguros" resulta mayor que la presente en los niños normales, concluyendo que el procedimiento de la "situación extraña" y su sistema de clasificación estándar no debiera ser aplicado de manera rutinaria al interpretar el comportamiento de niños pequeños con DI, dado que no parece captar las particularidades de las relaciones de apego de esos niños de la manera que lo hace para los niños normales (Vaughn, et al, 1994).

Desde otra perspectiva, autores como Goldberg (1988) han señalado que el procedimiento de la "situación extraña" sí puede ser utilizado en estos niños si las dificultades en la clasificación son reconocidas por los investigadores. Esta aceptación del procedimiento supe- ditada a la precaución en la interpretación de los resultados ha sido esgrimida incluso por los mismos autores que han proclamado la invalidez del procedimiento. Así por ejemplo Vaughn et al (1994) al mismo tiempo que cuestionaron la validez de la "situación extraña" para evaluar el apego en niños con DI también argumentaron que la mayoría de los niños "no clasificados" podían considerarse como auténticos casos "inseguros-no clasificables" o bien "desorganizados", desprendiéndose de lo anterior que incluso los investigadores que cues-

tionan la aplicación de este procedimiento de evaluación no están del todo seguros respecto de su no validez. En este sentido, se ha sugerido que el procedimiento de la "situación extraña" podría ser útil en la evaluación del apego de niños con DI si sus resultados son interpretados conjuntamente con los arrojados por observaciones del comportamiento del niño y su cuidador en el hogar (Vaughn et al, 1994).

Van IJzendoorn et al. (2007), en uno de sus artículos más recientes, señalan que es posible que estudios anteriores no hayan encontrado seguridad en el apego de niños con desarrollo atípico debido a que la edad convencional para realizar tal evaluación podría no ser apropiada en estos niños, siendo, en éste caso, más válido realizarla una vez cumplidos los dos años de edad. Para comprobar esta hipótesis este investigador y su equipo realizaron el primer estudio que ha evaluado el apego a los 24 meses de vida. Para seleccionar la muestra, sometieron a aproximadamente 31.000 niños a un tamizaje para pesquisar problemas del desarrollo entre los 14-15 meses de vida, con el fin de preclasificar la muestra antes de evaluar su apego por medio de la "situación extraña" a los 24 meses y confirmar luego el diagnóstico (autismo, DI, entre otros) a los cuatro años. Los autores concluyen que este procedimiento posibilitó la observación más válida de patrones organizados en los niños con DI, pese a sus limitaciones cognitivas.

Conclusiones

De la presente revisión es posible concluir que la alta presencia de apegos desorganizados e inseguros en niños con DI no puede ser solamente atribuida a las limitaciones cognitivas y de comunicación de estos menores. Tales limitaciones, si bien es cierto que pueden interferir en la interacción con sus figuras significativas y en el establecimiento de un patrón vincular adecuado con ellas, no son un impedimento para lograr un apego seguro. Reconocer y enfatizar este hecho no es trivial, puesto que sólo así tiene sentido pensar en la utilidad de promover un apego seguro como una manera de prevenir futuras alteraciones emocionales y del comportamiento en estos menores.

Lo anterior es plenamente concordante con el modelo multidimensional para comprender la DI propuesto por la Asociación Americana de la DI (AAMR, 2002) que postula que ésta no es una característica fija e inal-

rable del individuo, sino un estado particular de funcionamiento que comienza en la infancia pero que va siendo modificado por el crecimiento y desarrollo, así como por la disponibilidad y calidad de los apoyos que el sujeto recibe en una interacción constante y permanente con el ambiente.

Por ello, antes de planificar el tipo e intensidad de los apoyos requeridos por el niño con DI, en este caso para el desarrollo de un apego seguro, resulta crucial que los procedimientos para evaluar su patrón vincular sean fiables y válidos. En este sentido, se torna relevante la estimación de la validez interna y externa de la "situación extraña" como instrumento de evaluación del apego en niños con DI y/o la creación de nuevos procedimientos diagnósticos con el fin de desarrollar criterios de clasificación del apego específicos para dichos niños, que tomen en cuenta las características particulares de sus respuestas al estrés, sus conductas de exploración y búsqueda de proximidad, así como su ritmos evolutivos para decidir cuál es la mejor forma y edad para evaluarlos.

Una vez establecida la validez de tales procedimientos, su utilización con el fin de determinar el tipo e intensidad de los apoyos requeridos por el niño puede ser de gran utilidad. En efecto, el rol del cuidador y en especial de su sensibilidad puede ser muy importante en el logro de un apego seguro. Para ello no bastaría, a juicio de las autoras, con desplegar las mismas habilidades de sensibilidad que se utilizarían en el caso de niños sin limitaciones cognitivas, sino que podrían ser necesarias otras pautas de interacción, otras estrategias de detección y comprensión de las señales de estos niños, con el fin de adecuarse a sus particularidades y apoyarlos de mejor manera en el establecimiento de los vínculos primarios. De este modo, resultaría especialmente relevante investigar el tipo de comportamiento desplegado por los cuidadores de niños con DI que poseen apegos seguros, de manera que se pueda esclarecer la naturaleza de tales interacciones y promoverlas en este tipo de población.

Finalmente, es preciso enfatizar lo incipiente de este ámbito de estudio, pese a que las primeras investigaciones del apego en niños con DI tienen ya varias décadas, así como recalcar lo fructífero que puede ser su exploración con miras a la prevención de futuras alteraciones emocionales en estos niños. En este sentido, algunas posibles áreas de intervención serían:

- Promoción de respuestas sensibles en los cuidadores de niños con DI: mostrándoles los efectos positivos que tales comportamientos pueden ocasionarles, específicamente sobre la cooperación y autonomía (Bakermans-Kranenburg, et al, 2003); características que resultan fundamentales para lograr el avance en otras áreas de desarrollo (educativas, social, etc.).

- Psicoeducación a los padres respecto a las necesidades afectivas de sus hijos: enfatizando la importancia de conocer los recursos positivos particulares de cada niño para poder conectarse con él desde el canal de comunicación que le resulte más fácil, en vez de insistir en canales convencionales.

- Prevención de todo tipo de maltrato a niños con DI, mediante psicoeducación y acompañamiento a las familias, desde el nacimiento de los bebés y durante la infancia, promoviendo pautas saludables de crianza e interacción con ellos. Sobre todo por el grave daño que el maltrato causa a los niños con DI, debido a la mayor vulnerabilidad que presentan dada sus menores estrategias de afrontamiento.

Notas

1. En el presente artículo se acoge la recomendación realizada por la AAMR (2002) de sustituir el término "retardo mental" por el de "dispacidad intelectual" (DI) por considerarse más apropiado y menos peyorativo que el primero. Por lo tanto, aún cuando algunos autores que serán citados al interior de este trabajo hayan utilizado el término "retardo mental" en sus artículos, se analizará y reportará sus resultados sustituyendo tal denominación por la de "DI".

Bibliografía

AINSWORTH, M; BLEHAR, M. C; WATERS, E AND WALL, S (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Erlbaum.

AMERICAN ASSOCIATION OF MENTAL RETARDATION [AAMR] (2002). *Definition of Mental Retardation*. 1/06/07. www.aamr.org/Policias/faq_mental_retardation.shtml

ATKINSON, L; CHISHOLM, V. C; SCOTT, B; GOLDBERG, S; VAUGHN. B. E; BLACKWELL, J. L; DICKENS, S AND TAM, F (1999). Maternal Sensitivity, Child Functional Level and Attachment in Down Syndrome. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64(3), 45-66.

- BAKERMANS-KRANENBURG, M; VAN IJZENDOORN, M; JUFFER, F (2003). Less is more: Meta Analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood, 129, 2,195-215.
- BARNETT, D; HUNT, K. H; BUTLER, C. M; MCCASKILL, J. W; KAPLAN-ESTRIN, M; AND PIPP SIEGEL, S (1999). Indices of attachment disorganization among toddlers with neurological and non neurological problems. En J. Solomon and C. George (Eds.), *Attachment Disorganization* (pp.189-212), NY: Guilford Press.
- BARNETT, D. AND VONDRA, J.I (1999). Atypical patterns of early attachment: theory, research and current directions. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64(3), 1-25.
- BOWLBY, J (1954). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Publicaciones Científicas Número 14, Organización Mundial de la Salud, Washington.
- BOWLBY, J (1980). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires, Paidós.
- BRETHERTON, I (1999). Internal working model in attachment relationships: A constructed revisited. En J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment Theory, Research and clinical applications* (pp. 89-111), NY: Guilford Press.
- CASSIDY, J (1999). The nature of the child's ties. En J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment Theory, Research and Clinical applications* (pp. 3-21), NY: Guilford Press.
- DE SCHIPPER, J. C; STOLK, J. AND SCHUENGEL, C (2006). Professional caretakers as attachment figures in day care centers for children with intellectual disability and behavior problems. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 203-216.
- DEKKER, M. C; KOOT, H. M; VAN DER ENDE, J. AND VERHULST, F. C (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43(8), 1087-1098.
- EMDE, R. N; KATZ, E. L AND THORPE, J. K (1978). Emotional expression in infancy: Early deprivations in Down syndrome. En J. Lewis and L. A. Rosenblum (Eds.), *The development of affect* (pp. 351-360). London: Plenum.
- FONAGY, P (1999). Male perpetrators of violence against women: An attachment theory perspective. *Journal of Applied Psychoanalytic studies*, 1, 7-27.
- GOLDBERG, S (1977). Social competence in infancy: A model of parent-infant interaction. *Merril Palmer Quarterly*, 23, 163-175.
- GOLDBERG, S (1988). Risk-factors in infant-mother attachment. *Canadian Journal of Psychology*, 42, 173-188.
- JANSSEN, C. G; SCHUENGEL, C AND STOLK, J (2002). Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: a stress-attachment model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(6), 445 - 453.
- MAIN, M (1990). Cross-cultural studies of attachment organization-recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33, 48-61.
- MARVIN, R. S AND PIANTA, R. C (1996). Mother's reactions to their child's diagnosis: relations with security of attachment. *Journal of Clinical Child Psychology* 25, 556-567.
- PIANTA, R. C; MARVIN, R. C; BRITNER, P. A AND BOROWITZ, K. C (1996). Mother's resolution of their children diagnosis: organized patterns of care giving representations. *Infant Mental Health Journal* 17, 239-256.
- RUTGERS, A. H; BAKERMANS-KRANENBURG, M. J; VAN IJZENDOORN, M. H AND VAN BERCKELAER-ONNES, I. A (2004). Autism and attachment: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45(6), 1123-1134.
- SALVADOR-CARULLA, I; RODRÍGUEZ- BLÁZQUEZ, C; VELÁSQUEZ, R Y GARCÍA, R (1999). Trastornos psiquiátricos en retraso mental: evaluación y diagnóstico. *Revista Electrónica de Psiquiatría*. 3(4). Recuperado el 8 de Mayo, 2007, desde http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/proxy.ats?item_type=articulos&item_cl=994
- SROUFE, L. A; EGELAND, B AND KREUTZER, T (1990). The fate of early experience following developmental change: Longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child Development*, 61, 1363-1373.
- STROMME, P AND DISETH, T. H (2000). Prevalence of psychiatric diagnoses in children with mental retardation: Data from a population-based study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 266-270.
- SULLIVAN, P. M AND KNUTSON, J. F (2000). Maltreatment and disabilities: a population based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*. 24, 10, 1257-1273.
- THOMPSON, R. A; CICHETTI, D; LAMB, M. E AND MALKIN, C (1985). Emotional responses of Down syndrome and normal infants in the Strange Situation : The organization of affective behavior in infants.

Developmental Psychology, 21, 828-841.

VAN IJZENDOORN, M. H; GOLDBERG, S; KROONENBERG, P. M AND FRENKEL, O. J (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A metaanalysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 63, 840-858.

VAN IJZENDOORN, M. H; RUTGERS, A. H; BAKERMANS-KRANENBURG, M. J; SWINKELS, S. H; VAN DAALEN, E; DIETZ, C; NABER, F. B; BUITELAAR, J. K AND VAN ENGELAND, H (2007). Parental Sensitivity and Attachment in Children with Autism Spectrum Disorder: Comparison With Children With Mental Retardation, With Language Delays, and With Typical

Development, *Child Development*, 78(2), 597- 608.

VAN IJZENDOORN, M. H; SCHUENGEL, C; AND BAKERMANS-KRANENBURG, M. J (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta- analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.

VAUGHN, B. E; GOLDBERG, S; ATKINSON, L; MARCOVITCH, S; MACGREGOR, D AND SEIFER, R (1994). Quality of Toddler- Mother Attachment in Children with Down Syndrome: Limits to Interpretation of Strange Situation Behavior. *Child Development*, 65, 95-108.

El trato con el conflicto, agresividad y violencia en la escuela: de la normalidad a la patología*

VINYET MIRABENT JUNYENT**

RESUMEN

En este artículo se pretende ilustrar un aspecto del trabajo como psicóloga en una escuela. Se destaca la importancia de formar equipo con los docentes y atender las distintas dificultades de relación que se evidencian en el marco escolar, con el objetivo de promover dinámicas constructivas. Se muestra el valor de la detección del conflicto y su encauzamiento en edades tempranas como factor de prevención de situaciones que en el futuro pueden generar violencia, en una gradación desde la normalidad hasta la patología. PALABRAS CLAVE: escuela, observación, conflicto, violencia, contención.

ABSTRACT

CONFLICT MANAGEMENT, AGGRESSIVENESS AND VIOLENCE IN SCHOOLS: FROM NORMALITY TO PATHOLOGY. This paper illustrates an aspect of the work of a School psychologist. The importance of teaming up with the teaching staff and taking care of the diverse relational problems emerging within the school framework are underlined, with the objective of promoting constructive dynamics. The value of conflict detection and its channelling from early ages onwards (in a gradation ranging from normality to pathology) is considered a preventive factor of situations that could generate violence in the future. KEY WORDS: school, observation, conflict, violence, containment.

RESUM

EL TRACTE AMB EL CONFLICTE, AGRESSIVITAT I VIOLÈNCIA, A L'ESCOLA: DE LA NORMALITAT A LA PATOLOGIA. Aquest article pretén il·lustrar un aspecte del treball com a psicòloga en una escola. Es destaca la importància de formar equip amb els docents i atendre les diverses dificultats de relació que es posen de manifest en el marc escolar, amb l'objectiu de promoure dinàmiques constructives. Es mostra el valor de la detecció del conflicte i la seva orientació en edats primerenques com a factor de prevenció de situacions que en el futur poden generar violència, en una gradació des de la normalitat fins a la patologia. PARAULES CLAU: escola, observació, conflicte, violència, contenció.

Presento este trabajo a partir de la experiencia como psicóloga del equipo psicopedagógico de una escuela, del que formo parte a tiempo parcial desde hace años. Centrado en la escolaridad infantil y de primaria expone el trato con el conflicto y las reacciones violentas, en una gradación que va desde la normalidad hasta la patología, a partir de observaciones de niños y el trabajo con profesores y padres.

La función específica de la escuela es la educación considerada en sus dos vertientes, la adquisición de conocimientos y la experiencia estructurante de aprender (Salzberger, 1989), y esta función la ejerce dentro de un marco grupal, que es el que contribuye a la socialización del niño. Existen distintos grupos que confluyen en el ámbito escolar: los alumnos de una clase, de un nivel, de una etapa; el de los profesores que atienden un

* Una primera versión de este artículo se presentó en las Jornadas de la Sociedad Española de Psicoanálisis (Grupo de Andalucía) en el mes de mayo de 2008.

** Psicóloga clínica. Psicoterapeuta. Coordinadora del Equipo de Psicología Infantil y de Adopción de la Fundació Vidal i Barraquer. Barcelona.

Correspondencia: vinyetmj@gmail.com

El trato con el conflicto, agresividad y violencia en la escuela: de la normalidad a la patología

curso, o un nivel, los que forman el claustro; el de los directivos; el personal no docente y, por descontado, el grupo de los padres. Este entramado es fundamental para la evolución del individuo, ya que la escuela proporciona la continuidad y la expansión de experiencias estructurantes de relación con el mundo externo (Tous, 1999). Sin embargo, esta misma autora añade que "la tarea de la escuela es compleja y difícil ya que el niño y la institución deben encontrar un equilibrio que permita la satisfacción de las necesidades individuales y sin descuidar a la vez la atención a las colectivas, del grupo clase, del profesorado y de la misma institución" (1999, p. 107). En este difícil equilibrio se inscriben las dificultades de relación entre unos y otros.

Por otro lado en la conducta es donde más se pueden manifestar las dificultades emocionales en el niño, con las múltiples variaciones dentro de la normalidad (Jiménez Pascual, 2003). Así, el conflicto, la agresividad y las reacciones violentas forman parte del entramado relacional del mundo escolar ya que por un lado se derivan de las dificultades y ajustes en la relación entre unos y otros y, por otro, de la reacción de los niños y adultos ante las frustraciones que forman parte de la vida cotidiana y del hecho de aprender y enseñar.

Dos factores van a influir en la resolución del conflicto o en su enquistamiento, derivando entonces en reacciones violentas cronicadas. De una parte, el equilibrio personal de cada niño, su intensidad emocional y la cualidad de sus ansiedades y mecanismos de defensa ante las frustraciones, que van a determinar el mayor o menor grado de conflicto, agresividad o bien el paso a reacciones violentas. Por descontado también la implicación de su familia y la conciencia que ésta tenga del problema. De otra, la capacidad mayor o menor de la institución (maestro, dirección, equipo psicopedagógico) para contener y encaminar estas reacciones.

El niño normal en el aula

Clase de P-3 (3 años), hace un mes que se ha iniciado el curso. Los niños acaban de llegar, son las 9'30 de la mañana. Pablo está lloriqueando en un rincón de la clase, la maestra se le acerca y le consuela cariñosa, luego le muestra un camión y le estimula a jugar con él. Pablo se interesa, deja de llorar y se pone a rodar el camión por el suelo. Álex estaba cerca, ha mirado la escena y también observa el camión, él ya no llora al

entrar al colegio desde hace unos días, pero en los primeros momentos aún está algo serio. Se acerca a Pablo y se pone al lado del camión, Pablo le aparta con la mano, y Álex le empuja y le coge el camión, Pablo cae al suelo y se golpea, con lo que rompe a llorar de nuevo. La maestra se acerca al oír los llantos, Pablo señala a Álex y la maestra le riñe con firmeza no exenta de calidez: "Álex ahora al camión lo tiene Pablo, tu luego, tienes que esperar, no puedes empujarle, le dices que si puedes jugar con él. Anda ven conmigo y juegas con este otro coche."

Esta es una escena habitual entre niños pequeños, se ha producido un conflicto de intereses que no saben resolver sino es con la acción. Dos factores influyen en que les falten aún recursos emocionales e instrumentales para encontrar vías de mediación ante el conflicto que no terminen en una pequeña acción violenta. El primero está relacionado con el momento de fragilidad: la adaptación a la escuela por el que están pasando; se sienten poco seguros ante la nueva situación que aún no han podido incorporar, la separación del entorno familiar conocido y del escolar (el anterior parvulario) les provoca ansiedad, poca confianza e inseguridad. Necesitan del adulto que calma, contiene y consuela, no tienen demasiada capacidad para tolerar frustraciones añadidas cuando aún están afrontando la separación y adaptación escolar.

El segundo factor es la edad. Los niños de tres años tienen en general una gran intensidad emocional que aún no han aprendido a controlar y que exteriorizan a través de la actuación, a través del impulso; el lenguaje aún no está demasiado desarrollado y la capacidad de reconocer y nombrar emociones y sentimientos es aún muy precaria. Es pues natural que los conflictos, los impulsos agresivos, se resuelvan a través de la acción, a menudo violenta. El camino que deberán ir haciendo con el crecimiento será el de poder contenerla a través de la capacidad para reconocer y pensar sus emociones, en consonancia con el desarrollo tanto de sus capacidades emocionales como instrumentales, que se interrelacionan e influyen mutuamente (Torras de Beà, 2002).

Por otro lado la maestra tiene una reacción ajustada a las necesidades de los niños, entiende lo que viven y sienten y se puede acercar a ellos de forma comprensiva, flexible y contenedora, pero también señalando, ayudando a distinguir aquello que no va bien: el uso de la fuerza para conseguir las cosas (Winnicott, 1991).

Puede reaccionar así porque es una situación que "espera"; es decir, que entra dentro de lo que ve como normal en niños de esta edad, no se asusta ni se sorprende demasiado, por ello puede contener y transmitir serenidad a los niños; así puede poner palabras a lo que pasa, verbalizar y ayudarles a construir pensamiento y encaminar la acción.

Marcos: el valor de la prevención

Una maestra de P-5 explica que está preocupada por Marcos, empieza a sentirse desconcertada, le llama la atención la frecuencia con que tiene reacciones violentas con los niños, a los que a menudo pega o intenta dominar en el juego, creando un grupito de adeptos. Marcos, dice, es un niño muy inteligente, que aprende bien y entiende las explicaciones, está aprendiendo a leer y tiene un dibujo con un buen trazo pero algo pobre para su edad. Su preocupación no se centra tanto en los aprendizajes como en sus dificultades de relación con los otros niños y su pobreza de imaginación. Transmite que no sabe qué hacer, ha probado de todo para pararle y ahora se siente desorientada.

Observación: Los niños están realizando una actividad de "rincones de juego" y se distribuyen en la clase por grupos espontáneos que juegan a distintas cosas: cocinitas, garajes, disfraces, puzzles, construcciones o cuentos. Marcos está con dos niños más jugando con coches pequeños. Están haciendo una fila en la repisa de la pizarra, los ponen con cuidado porque sino se caen fácilmente. De golpe él con un coche empuja violentamente por detrás a toda la fila y los otros coches caen desordenadamente. Los otros dos niños ríen y se apuntan a hacer lo mismo, Marcos lo vuelve a hacer con mayor intensidad, orgulloso, tomando la iniciativa. Van repitiendo la acción en varias ocasiones. Llama la atención que el resto de la clase sigue un juego tranquilo y ellos hacen bastante bullicio con el suyo. Al cabo de poco Marcos arrebató un coche más vistoso a Juan, que primero protesta, pero enseguida se conforma y busca seguirle en el juego. En otro momento quiere poner un coche en medio de la fila, con lo que todo cae de nuevo, los otros dos niños protestan, pero él sigue, acaba parando y volviendo a empujar la fila por detrás. Los otros dos niños se cansan de esto y ahora miran unos coches con detenimiento, Marcos se acerca y al ver que no le hacen caso toma un camión y se lo pasa a Juan por

delante de la cara... para hacerse notar. Éste lo mira interesado pero después sigue con lo suyo, ya que ha empezado a jugar con un garaje. Marcos "pulula", no sabe qué hacer. La maestra se le acerca y le sugiere otros juegos. Él dice: "es que no sé qué hacer... no sé jugar a nada..." La maestra le da ideas y le habla del garaje. Marcos se acerca a él, donde están sus dos compañeros jugando. Lo mira, no se le ocurre nada y finalmente hace subir y bajar el ascensor con fuerza, pienso si lo va a romper. Los otros dos se apuntan excitados, pero al poco marchan a jugar a otra cosa. Marcos vuelve a pulular, no sabe qué hacer, se acerca a uno de los niños que juega ahora con unas construcciones y las empieza a tocar, caen... el niño protesta y le empuja, Marcos reacciona con violencia y le da un bofetón, el otro se queja enfadado y llama a la profesora.

La maestra se ha dado cuenta y regaña a Marcos, le dice con energía y enfado que no se pega, que deje jugar a su amigo y que las cosas no se quitan. Le aparta y le lleva a otro lado de la clase. Marcos se queda quieto, mira, está entre serio y enfadado, sigue sin entretenerse con nada, al final vuelve a organizar la fila de coches en la pizarra y hacerlos saltar con fuerza. La maestra comenta que esto ocurre siempre.

En esta observación se ve que Marcos es un niño ansioso con un déficit de simbolización, lo que le lleva a ser muy dependiente, a pegarse a los demás en sus juegos. El suyo está más próximo a un juego de exploración psicomotora que a su edad expresa una necesidad de evacuar tensión. En él representa choques, quizás vivencia las relaciones como un choque, sin elaboración, repetidamente, lo que es una externalización (Corominas, 1991), más que una verdadera simbolización que permitiría la elaboración del conflicto. Por ello el juego deviene árido para él mismo, se cansa, entonces se pega a los otros. A la vez necesita llamar la atención, suplir su carencia con la admiración, que es el único sistema de gratificación que encuentra, pero le dura poco porque los demás se cansan. Al pegarse intenta "ser el otro" capaz de jugar a ese juego, pero entonces provoca un conflicto y tampoco lo consigue ya que luego no sabe qué hacer con el coche vistoso o la pieza de construcción que le ha quitando al amigo. Surge el conflicto de relación ya que el otro protesta y no se deja, él entonces, una vez más frustrado y cargado de tensión reacciona violentamente (Fonagy, 2004, p. 47). Cuando la maestra interviene le dice que no sabe a que jugar.

El trato con el conflicto, agresividad y violencia en la escuela: de la normalidad a la patología

Luego cuando le riñe y aparta, ya que sólo consigue relacionarse en ese momento con reacciones violentas, se acentúa el círculo vicioso al sentirse expulsado.

Marcos ilustra como los conflictos emocionales que le han llevado a una dificultad para la simbolización genera violencia. La ansiedad interna que vive le lleva a establecer relaciones poco diferenciadas, simbióticas, que a su vez no le tranquilizan ya que los otros niños le "expulsan", solo a ratos entran en su dinámica. Se siente sólo y rechazado lo que aumenta la ansiedad y la necesidad de evacuar la tensión y la rabia. La reacción de la tutora fija la dinámica. En la base de la conducta violenta hay un déficit de la capacidad simbólica que favorece la eliminación del malestar emocional a través de la actuación y del cuerpo (Feduchi, 2006). Este tipo de violencia se diferencia de la más sádica en la que sí hay una representación de los sentimientos dolorosos del otro para obtener satisfacción.

Trabajo con la tutora: Después de esta observación el trabajo consiste en orientar a la maestra en su trato con el niño y realizar un seguimiento con ella a lo largo de varios meses. El objetivo se centra en favorecer una mayor comprensión de la conducta del niño para que su relación con él contemple respuestas más ajustadas a sus necesidades. Le muestro la carencia que hay detrás de la conducta agresiva de Marcos, la cual es su mecanismo defensivo para calmar su ansiedad. Podemos entonces establecer juntas formas de ayuda en la clase y en el patio. Sugiero algunas líneas de actuación: verbalizar su conflicto, mostrándole su inquietud, y también ayudarle más a organizar el juego, quedarse un rato con él para estructurar mejor sus iniciativas. El objetivo es la dinámica tutora-niño para que Marcos se sienta menos rechazado, más contenido y así probar si puede desarrollar mayores recursos. Es una maestra sensible, próxima a la comprensión de lo que le ocurre al niño, que asimila las observaciones y puede ampliar la visión de la relación con Marcos.

Entrevista con los padres: "Uno de los riesgos que puede surgir cuando un niño tiene problemas, es que la escuela transfiera una parte importante de su responsabilidad al niño... Si podemos conectar con la familia se ve entonces la importancia del sistema familiar como parte del problema" (Osborne, 1996, p. 75).

La madre explica que a temporadas el niño está más paciente pero otras está muy inquieto. Comenta que reacciona con violencia ante los cambios y también es

agresivo con su hermana pequeña, con la que se lleva 11 meses. La madre se da cuenta de que entra en círculos viciosos de tensión: "lo ves venir... pero no puedes evitarlo y acaba explotando seguro".

En la conversación se va poniendo de relieve que los hermanos se llevan muy poco tiempo y que la madre quedó embarazada cuando Marcos tenía dos meses. "Era increíble cómo me hizo el vacío cuando Sofía tenía pocos meses... estuvo tiempo muy distanciado de mí... no me miraba, si me dirigía a él desviaba sus ojos... me sentía impotente y no sabía qué hacer... se me despertaban sentimientos de culpa, la sensación de ser mala madre". Hablamos de lo difícil de estos sentimientos contrastados. Dice: "claro... es que al final era un lío, entre la culpa que sentía y el enfado hacía él... Captaba los sentimientos de abandono de Marcos... pero a la vez yo no me merecía este trato".

En otro momento comenta: "A los tres meses me miraba a Marcos y me preguntaba: ¿Le querré siempre? ¿Esto me durará?". "Creo que el niño lleva esto dentro". Añade que ve a su hijo muy sensible, que no tolera bien los cambios y menos los de personas. Se lo pasó muy mal con la despedida de una persona que le cuidó hasta los dos años y medio. El niño decía lastimoso: "No la veré más". Luego hizo la vida imposible a otras dos canguros que ha tenido, han acabado marchando. "Hace un año arañó y mordió a la segunda... le castigamos mucho, no puede ser, tiene que aceptar, es que nos desmonta la vida". Explica el castigo: le dejaron tres días en su habitación, entraban a verle y hacerle compañía, pero todo lo hacía en su cuarto". La madre reflexiona: "Fue muy fuerte, quizás nos pasamos, pero hay que ponerle límites, no puede hacer lo que quiera, al final tenía una cara de pena". "Pero no le ha servido, a la nueva canguro que llegó la rechazó con patadas".

Comento que ante la desesperación de perder de nuevo, Marcos evita vincularse, necesita la ayuda de los adultos, para entender, poner palabras y calmar la ansiedad, sólo así podrá modificar su reacción y controlarse, estando al lado para que pueda aprender del adulto. La madre se queda pensativa e interesada. A partir de ahí podemos aclarar y diferenciar entre límite y castigo, entre firmeza y exclusión, entre su temor a un niño imposible de tratar y el contacto con su necesidad y ansiedad. La madre va viendo como necesita palabras, más que acciones de castigo que le deben haber hecho sentir excluido y malo. El mensaje que Marcos podía

haber leído era: "No puedes convivir con la familia porque tienes algo monstruoso". Ahora la madre puede percibir como la ansiedad de su hijo debía ir en aumento, en su intento de reprimir su desesperación y rabia, sin poder elaborarla.

A partir de ahí se puede hablar y diferenciar en la entrevista de trato firme y consistente, no duro. Ella comenta lo difícil que es no dejarse llevar por lo que dicen los familiares. Sus padres le hablan de un niño que necesita mano dura, su esposo a veces también, hablan mucho y ahora ya no sabe si se confunden o por donde ir. "Creo que mi marido tiene que oír todo esto". Explica del marido que está muy presente, que en general tiene buena relación con Marcos, pero cuando le riñe se pone muy duro, el niño le admira. Quedamos para una próxima visita con el padre incluido. Me dice de pie, si pienso que Marcos necesita terapia, digo que quizás, pero primero tenemos que hablar, entender entre todos, ellos y la escuela. Luego ya decidiremos.

Comentarios de la entrevista: En la entrevista aparece el funcionamiento ansioso de Marcos y la dinámica de relación con sus padres. En primer lugar, el niño parece que necesita espacio mental en la madre para poder ser sostenido y contenido en sus sentimientos de pérdida y separación, ha tenido poco tiempo para él, a sus dos meses la madre quedó embarazada, y es muy posible que entre sus dudas acerca de su capacidad de vinculación y el nacimiento de la hermana, el niño pronto sintiese que no tenía espacio y quedara excluido. Cuando intentaba transmitir a la madre sus sentimientos intolerables, mediante su rechazo, ésta no podía recogerlos y hacerlos asimilables, devolviéndolos modificados y digeribles para el hijo (Grimalt y Miró, 2002). Así se empezaron a instaurar círculos viciosos: reacciones violentas para expulsar la ansiedad y respuestas "educativas", coercitivas de los padres, vividas como violentas por el niño, con lo que aumenta su ansiedad.

En algunos aspectos los padres no han podido entender a su hijo a lo largo de su desarrollo. Observo una madre sensible y cálida, capaz de escuchar, pero desorientada en el trato, con dificultades para dejarse llevar por lo que observa en su hijo y confundiendo la firmeza y seguridad con la dureza y la represión. Con ayuda, puede plantearse otros puntos de vista, es permeable a la modificación, se acerca a la ansiedad del hijo y conecta con sus sentimientos, busca ayuda, y busca incluir al padre (Anthony and Bebedek, 1983). La madre está en

mejores condiciones de facilitar una respuesta sensible y gana acceso al estado mental de su hijo y le puede atribuir un significado (Marrone, 2001).

Pensando en términos de apego, podemos ver que Marcos empezó a estructurar un apego ansioso –"en el que la receptividad del cuidador no se siente como segura, y el niño adopta estrategias para sortear este sentimiento"–, y desorganizado –"caracterizado por una búsqueda de la proximidad de la madre de forma extraña" (Fonagy, 2004, p. 18)–, escondiéndose, no mirándola, quedándose inmóvil. "Las alteraciones de la crianza relacionadas con la construcción del vínculo afectivo estable y dificultades de separación, dan como sintomatología un niño infantilizado con problemas de relación, individuación y dificultades en la simbolización" (Fornos, 2001, p. 188). El riesgo es que la forma de estructuración del apego tenga efectos apreciables sobre los procesos mentales que están en la base de la personalidad y la psicopatología (Fonagy, 2004, p. 40). La regulación de las emociones depende de poder captar la experiencia interna que surge en el contexto de la temprana relación diádica con el cuidador (la madre). La afectividad negativa aparece cuando no existe la capacidad esencial de regular adecuadamente las emociones negativas en las relaciones interpersonales (Fonagy, 2004, p. 49) Se hace pues evidente la necesidad de intervención en estas situaciones para modificar y prevenir patologías futuras. Además, como vemos en Marcos, los niños exportan sus dificultades a la escuela.

En la escuela la posibilidad de ver a los padres es un recurso de gran valor para la prevención en salud mental. La escuela es un marco natural, al que acuden todos los niños. Es el medio más importante que tiene la comunidad para educar a los niños fuera del círculo familiar, las propuestas que afecten a la relación familia-escuela son un asunto de vital importancia (Meltzer, 1989). Ante las dificultades, muchos no van a llegar a las consultas de centros de asistencia, ya que para ello la familia debe estar muy concienciada. Pero sí es más fácil que acudan al psicólogo del centro. Pienso que la función del psicólogo abriendo espacio de comprensión en la mente de padres, puede contribuir a una visión más completa y ajustada del niño. Si se precipita la derivación a una consulta, se corre el riesgo de que no se entienda, y o bien no la hagan o bien consulten por "obediencia a la escuela", con lo que probablemente no cuajará ninguna propuesta que surja.

Manuel y Jorge. Organizaciones patológicas alrededor del déficit y de la ansiedad

Vemos que niños en los que no ha sido posible intervenir y modificar sus ansiedades, van creciendo y evidenciando su malestar en la escuela, provocando situaciones complejas y de resolución más difícil. Algunos de estos niños no han podido controlar adecuadamente su impulsividad y sus reacciones violentas, a pesar de haber preservado otros aspectos emocionales, intelectuales y capacidad para aprender. En otros la violencia es un reflejo de momentos de desesperación. Ambos están vinculados a patologías importantes.

Manuel. Antecedentes. Es un niño de nueve años que ha mostrado un comportamiento impulsivo y actuador desde pequeño. A pesar de haberse detectado sus dificultades a los cuatro años, ha pasado por momentos de mayor tranquilidad alternados con otros de más inquietud. La colaboración con los padres ha sido escasa y difícil y la contención limitada.

Al iniciar tercero, con un cambio de ciclo y de tutora, la inestabilidad emocional de Manuel se acentuó mucho. Empezó a contestar con energía verbal a los profesores, a discutir sus decisiones y a no hacer lo que se le pedía. Éstos respondieron con cierta dureza: "hay que marcarle, necesita límites, no se pueden tolerar sus respuestas" (respuestas como: "no quiero hacerlo, no me gusta, o ya he terminado así que hago lo que quiero"). Entre la tutora, los otros profesores y el niño empezó a instalarse, una relación tensa, de provocación-castigo-tensión-mayor provocación. A la vez generaba muchos conflictos con los compañeros, se peleaba y apartaba con violencia a los otros para ser el primero de la fila, o para entregar un trabajo a la profesora; en el patio daba empujones, hacía zancadillas a los demás al jugar al fútbol. De forma preocupante empezaba a organizar grupos de fidelidad, tenía "adeptos" que le defendían, generándose una dinámica de unos contra otros. Manuel empezaba a ser un líder "negativo" por su impulsividad, inteligencia y necesidad de dominio del otro. Todo ello atraía niños más abiertamente frágiles e inseguros que fácilmente confundían su dominio con fortaleza.

Observación en el aula: Manuel es el primero en acabar un trabajo de matemáticas. Reacciona con viveza: "ya estoy", grita en voz alta. La profesora le dice molesta: "Pues te esperas, no puedes gritar así, molestas a los demás". Se calla enfurruñado, no sabe qué hacer, mira a

los demás y les cuchichea respuestas. La profesora le vuelve a llamar la atención. Cada vez está más inquieto en la silla. De golpe toma un papelito y hace una bola, la tira a otro niño que está trabajando dos filas adelante, le da en el cuello. Éste se gira y le hace señas riendo. La profesora le riñe y se defiende "Es Manuel que me ha tirado un papel". La profesora agotada, porque está ayudando a niños con problemas para entender el ejercicio, le grita: "Ya está bien, ponte ahí de pie y te quedas sin patio", dirigiéndose a Manuel. El niño le contesta: "No me da la gana", pero se levanta y se queda de pie. Ríe con otros niños con los que establece complicidad, va diciendo en tono algo altivo: "Da igual, siempre me riñes a mí". La tutora no dice nada.

Trabajo con la tutora. "Para que el cambio tenga oportunidad de efectuarse, la conducta del niño tiene que ser entendida por profesores... sino es difícil que un niño cambie, por las presiones en los contextos del aula y la escuela" (Dowling, 1996, p. 112). Para ello el primer paso es que la tutora se sienta entendida y apoyada, en la medida de lo posible, contenida, para que luego pueda actuar de "contenedor temporal de la ansiedad excesiva de este alumno" (Salzberger, 1989). Con prudencia se le pueden mostrar los sentimientos "normales" que Manuel despierta y posibles formas de trato que desencallen estas situaciones. Es un aspecto delicado ya que entrar en una aula puede provocar que el tutor se sienta observado y también cuestionado en sus intervenciones, por ello es esencial crear un clima de confianza y apoyo, que evite el juicio, ayudándole a afianzar y potenciar sus recursos adecuados y retomar confianza en sí mismo.

Así le muestro el funcionamiento de Manuel, su dificultad para contenerse, no puede esperar y "se dispara", como algo no voluntario que no puede controlar y que posteriormente genera gran culpa, no puede entonces aceptar ciertos límites porque le hacen sentir rechazado, excluido y "malo" (Feduchi, 2002). Por ello no tolera los castigos y las riñas. Intento subrayar el fondo necesitado de aprobación y carenciado de Manuel por el que busca defenderse y calmar ansiedades internas, mostrando una gran necesidad de sentirse apreciado y querido, pero a través de conductas negativas y utilizando a otros niños para sentirse fuerte. Probablemente se trata de ansiedades de índole depresiva que generan una gran reactividad como mecanismo defensivo (Palacio Espasa, 2002).

Surge entonces la incomodidad de la profesora "no le

puedo premiar un mal comportamiento". Explico que no se trata de eso, sino más bien de ponerle límites pero recordando al niño completo, su lado frágil. Le comento si se ve con ánimos de en lugar de dejarle sin patio, ponerle de pie o expulsarle de la clase, hablar con él, ayudarle a reflexionar, añadiéndole que valora lo que sí hace bien y que piensa que puede intentar aguantarse un poco. Acordamos que iré entrando en el aula.

Intervenciones en la dinámica relacional. Las semanas siguientes cuando asisto a la clase me siento junto a Manuel. Hablo con él. Me conoce y espera mi llegada. A menudo me explica cosas que le han ocurrido, es un niño comunicativo y también absorbente cuando encuentra un receptor que le escucha y le ayuda a verbalizar y pensar. La verbalización del conflicto ayuda a contenerlo y a mirarlo desde una perspectiva diferente. Frena la actuación impulsiva, estimula la reflexión y la búsqueda de modos de relación diferentes (Torras de Beà, 2002).

Buscamos juntos como solucionar situaciones que se le hacen difíciles: así cuando termina rápido un trabajo y se aburre, quizás puede dibujar (lo que hace muy bien) y así evitar la inquietud de la espera y los problemas con los otros niños que entonces se generan. Con la tutora quedamos que dibujará cuando termine. Cada semana me mostrará esos dibujos y hablaremos. Esa medida sencilla ha funcionado y le ha ayudado a contenerse en el aula, con lo que recibe felicitaciones de la tutora.

Tras varios encuentros ésta empieza a probar algunos cambios en su trato con Manuel. El niño responde positivamente, se aproxima a la tutora y ésta puede ver entonces su lado cálido y también su necesidad e inseguridad. Los círculos viciosos en la relación empiezan a disminuir.

El trabajo con la familia de Manuel: En las entrevistas se muestra esquiiva, quejosa con la escuela, consideran que ésta no hace lo suficiente. Les explicamos qué se ha intentado hacer: hablar con los profesores, ajustar el trato con él, y muestro los aspectos ansiosos y necesarios de Manuel que subyacen al conflicto. Los padres comentan que no saben qué más pueden hacer. Ahora le llevan a un centro psicológico de orientación cognitivo conductual, al que va una vez a la semana. Quedamos en irle siguiendo y en la importancia de comunicarnos también con el centro. El colegio está cuestionado y la tutora se siente poco valorada y apreciada en sus esfuerzos por estos padres.

Complicaciones en la evolución: entre el progreso y el estancamiento: A pesar de las medidas que se han intentado poner en marcha, en las horas de patio surgen también muchos problemas con los compañeros. Donde está él se organizan conflictos de unos contra otros, los "del otro bando" con frecuencia reciben golpes, manotazos y empujones que los hacen caer al suelo o les causa moratones considerables. Manuel es un niño fuerte que además descarga toda su energía cuando no se puede controlar. Hay un conflicto profundo en Manuel, que expresa a través de reacciones disruptivas e inesperadas de violencia hacia sus compañeros que a veces pueden tener serias consecuencias. Así, jugando a fútbol se enfadó enormemente con un niño de su equipo que falló un tiro, le tomó por las piernas y lo dejó caer al suelo. El niño se dio un golpe y por un momento perdió el conocimiento. En otra ocasión a raíz de un enfado en clase lanzó un lápiz contra un niño, le pasó rozando un ojo.

Cuando hablo con Manuel de todo ello me dice: "Es que me incordian, me dicen eres tonto, no haces nada bien; o eres malo, por un rato hago "la, la, la" como si no lo escuchase, que me entre por una oreja y me salga por la otra. Pero ¿Sabes? De golpe se me taponan un oído y no me sale, se me queda dentro, y me pongo nervioso". Le digo: "Y explotas, sin darte cuenta de si haces daño, luego te duele". Se pone a llorar.

Estamos en una escuela y estos incidentes han provocado que la asociación de padres haya interpelado al director sobre qué piensa hacer. Todos los padres del curso van "llenos" de las quejas de sus hijos y ahora ha pasado esto. "Este niño es peligroso". Dirección ha llamado a los padres de Manuel y se ha puesto muy seria en qué es lo que hacen para ayudarlo.

Comentarios y reflexiones: Manuel es un niño con intensas ansiedades, probablemente depresivas, que sufre desde la pequeña infancia (no se nada de su crianza) y que en lugar de poderse modificar, ha ido instalando una forma defensiva de reacción impulsiva para expulsar su malestar, creando en él un funcionamiento disociado. Por un lado es un niño sensible, atento e inteligente, que razona y comprende muy bien; pero por otro no ha podido integrar en su personalidad los sentimientos de rabia, rivalidad y competición, que han quedado disociados, sin contención ni elaboración y que por tanto permanecen en su mundo interno con toda su intensidad, agravada por su edad con lo que ha ido acu-

mulando experiencias difíciles que los han incrementado. Se ha arraigado, pues, su funcionamiento disociado y proyectivo, por el que ciertas emociones "quedan lejos de ser mentalizadas y necesitan ser expulsadas con fuerza, con continuas actuaciones y pasos al acto... en muchos casos también desvalorizando al otro, ocultando en ello profundos sentimientos de inseguridad e inferioridad" (Jiménez Pascual, 2003). Manuel proyecta en los otros niños "aspectos intolerables y rechazados de sí mismo, para desprenderse de ellos y disminuir la ansiedad que le provocan" (Feduchi, 2006) Así proyecta la ineficacia, el temor a ser tonto, torpe o poca cosa, reflejando un mundo interno demasiado terrible que no puede contener (Winnicott, 1991). Por ello se dispara ante el niño que se equivoca o que le impide un éxito. En él se expresan los tres niveles, conflicto, interno y externo, agresividad como necesidad de autoafirmación frente a sentimientos de baja autoestima y reacciones violentas por falta de contención y elaboración del conflicto.

Pienso que la ayuda terapéutica que está siguiendo, al no atender las ansiedades de fondo, está probablemente incidiendo en la disociación, en su intento de potenciar lo cognitivo y conductual. El niño sabe lo que no debe hacer, pero algo se le dispara y eso no es atendido suficientemente. Desgraciadamente es muy incierta la evolución que Manuel puede seguir. Si no se modifica en profundidad este funcionamiento, el riesgo es que en la adolescencia se instale, acentuándose las actitudes más desafiantes para defenderse de los sentimientos de culpa e impotencia.

Jorge

Acude a la escuela desde P-3 y ya entonces, después de hablar con su profesora y sus padres se le derivó a un centro público de atención precoz. Se le diagnosticó un trastorno generalizado del desarrollo dentro del espectro autista. Desde entonces sigue una ayuda psicoterapéutica dos veces por semana y los padres están también orientados por una psicóloga externa a la escuela.

Antecedentes: Comentaré brevemente la evolución de este niño para ayudar a entender sus reacciones actuales. En el parvulario era un niño que se aislaba y no buscaba el contacto, podía estar ratos debajo de la mesa, meciéndose o entreteniéndose con trocitos de papel, plastelina o cualquier cosa que estuviese en el suelo. La maestra debía rescatarle con cariño para que realizase las tareas escolares, entonces a menudo respondía y se

podía interesar por un rato. Era a la vez un niño muy inteligente que fue aprendiendo y mejorando su contacto relacional, sobre todo con los adultos. Pero cuando llegó al primer curso de primaria se inquietó enormemente con el cambio, volvió a aislarse bajo las mesas, se desconectaba. Sin embargo era un niño que no presentaba problemas disruptivos en la clase, interfería muy poco, demasiado poco, y a veces podía pasar desapercibido. El trabajo con su tutora se dirigió precisamente a tenerle más presente y vincularle, interesarle en la clase, a través de comunicarse con él, de entender su miedo al cambio y su ansiedad. Necesitaba una maestra próxima que pudiese hablarle y verbalizar sus reacciones para que el niño pudiese rescatar sus recursos. En primero y segundo de primaria fue mejorando y pudo seguir, aunque con dificultades, su aprendizaje.

Ahora en el tercer año de primaria han aparecido de forma intensa reacciones imprevistas de tipo violento. No soporta equivocarse y cuando piensa que algo es difícil empieza a lanzar cosas al suelo, libros, estuches de lápices o sillas, a menudo los otros niños reciben el golpe. En su proceso de diferenciación, frente a las frustraciones, Jorge empieza a proyectar su agresividad sobre los adultos y, a menudo, también sobre otros niños. "A veces el niño tiene también que recurrir a la fragmentación y pasará de este modo por momentos de desorganización" (Palacio Espasa, 2004, p. 47).

En estos momentos la tutora no sabe como actuar. Le habían hablado de un niño que se desconectaba y que a momentos tenía enfados disruptivos, pero no de un niño tan violento. Se siente desbordada y en las reuniones de claustro empiezan a aparecer comentarios de que este niño no es para esta escuela, que está enfermo, que los otros no tienen porqué pagar su enfermedad, que es imposible llevarle de excursión y no digamos de colonias. La tutora ha hecho alguna entrevista por su cuenta con los padres y ha habido tensión. Éstos, que sienten que el niño mejora y que hacen todo lo posible, se sienten también asustados y quejosos de que la escuela ahora "rechace" a su hijo. En este contexto empezamos a trabajar juntas.

Observación: Los niños están trabajando y van terminando una hoja. La tutora comenta que deben intentar acabar para pasar a otro ejercicio distinto. Jorge ha ido terminando, está contento porque le ha salido bien y la tutora le felicita. Espera. Al poco la tutora les dice que saquen material, menciona la goma, la regla, lápices.

Jorge empieza a buscar en su mochila. Otros niños van diciendo que no tienen regla o goma. La tutora se molesta porque ya lo había avisado varios días antes y debían apuntarlo en la agenda, les dice que se van a quedar sin patio en un tono alto y exigente.

Jorge empieza a gritar: "Tengo que comer, tengo que comer, tengo hambre, he de ir al patio porque tengo hambre". Cada vez más alterado y nervioso, se levanta, sigue gritando, lanza al suelo lo que tiene en su pupitre y lo empieza a tirar a los demás. La maestra se desespera y le grita: "Jorge qué te pasa ahora, porqué gritas". "¡Para, para, no tienes que ponerte así, para!". Cada vez más desbordada, el niño sigue lanzando objetos y agita los brazos como alas con frenesí.

Yo, que estoy observando la escena, y que tengo un papel diferente a la tutora, me decido a entrar en acción. He podido pensar mientras observaba, la tutora ha tenido que actuar todo el tiempo, estar en primera fila atenta a todos los niños y en este sentido está en condiciones menos favorables para entender a Jorge. Me acerco a él, que me conoce bien, e intento hablarle, le digo que está muy nervioso y que tiene miedo y le voy tocando el brazo, noto que el niño se relaja. Le acabo abrazando y le digo que está asustado. Se pone a llorar, la maestra mira atónita. Se va calmando y le pregunto qué le pasa, añado que parece que tiene hambre y tiene miedo de no poder desayunar. Entonces puede explicarse y dice que tiene el bocado y que se lo tiene que comer pero que si no va al patio no podrá. Va diciendo que él también se ha dejado la regla en casa, no puede hacer el ejercicio. Sigue algo nervioso. Le digo: "Hablemos con la tutora, que te va a entender". La tutora se acerca y el niño empieza a explicarse con mayor coherencia. Finalmente ésta le entiende y le puede decir que no, que no se va a quedar sin patio, que va a poder desayunar y que ella ya sabe que hace esfuerzos y que si se ha olvidado la regla le pondrá una nota a la mamá y mañana la traerá. La tutora ahora intenta abrazarle, está impactada por la intensidad de la preocupación de Jorge.

Comentarios: Este momento el aula se ha convertido en un punto de inflexión en la dinámica de relación entre la tutora y el niño. Ella ha podido darse cuenta de la fragilidad de Jorge, de cómo carece de herramientas para mediar en el conflicto, él a su vez puede empezar a confiar en que la tutora le va a entender. Ésta ha visto la gran ansiedad que hay debajo de la explosión violenta y ahora podemos acercarnos a su dinámica interna.

Jorge es un niño desesperado que empieza a vivir abiertamente momentos de conflictividad depresiva tan agresiva que busca defensas masivas, psicóticas que le llevan a funcionar como un *borderline* grave y desorganizado (Palacio Espasa, 2004). Ante las frustraciones de los aprendizajes y vida diaria siente impotencia y miedo al otro, a no ser entendido, a dejar de ser querido y que se le rechace. Ante el temor se desespera y desorganiza. Cuando puede encontrar un interlocutor próximo, que percibe su desesperación y no solo su comportamiento proyectivo, se siente contenido, puede tranquilizarse y organizar mejor su pensamiento para expresarse (Grimalt y Miró, 2002). La tutora lo ha visto y piensa ahora que quizás puede ayudarle más de lo que pensaba anteriormente.

Después de esta situación la relación entre ambos ha mejorado notablemente. Ella le tiene más en cuenta, le anticipa momentos que cree le van a inquietar y ha podido establecer con él una relación más individualizada. El niño ha empezado a mostrarse cariñoso con ella y ha empezado a confiar, pidiéndole ayuda. Se dan en la actualidad menos momentos de violencia y se resuelven con mayor facilidad. Por descontado que es un niño con serias dificultades que se deben seguir tratando y que comprometen su evolución, su progreso es frágil. Pero está aprendiendo, se ha empezado a relacionar con niños, sobre todo niñas, que le protegen un poco, y ha salido de su aislamiento.

También quiero señalar que a mi modo de ver la comprensión de la tutora ha propiciado que los compañeros de Jorge le vean también desde otro ángulo, se le puede hablar, y desde que está más calmado pueden jugar con él, con lo que se le facilita también nuevas relaciones beneficiosas, que rompen el círculo vicioso de "ansiedad-aislamiento-vivencia de los otros" como "rareza-incomprensión-mayor aislamiento". Todo ello estimula la recuperación y salud de Jorge, más integrado dentro de su grupo natural, la escuela.

Así, a partir de las observaciones en las clases y la comprensión de la dinámica que ha propiciado, nos acercamos al "propósito de alentar a tener una nueva experiencia entre tutor y alumno... lo que puede servir para comenzar a desafiar las creencias previas. La primera de ellas es la idea de que las cosas no pueden cambiar" (Dawson, 1996, p. 122).

Reflexiones finales: acerca del *setting* interno y funciones del psicólogo

Para terminar unos comentarios acerca de la situación del psicólogo en la escuela. Éste tiene una posición claramente diferenciada, por un lado cuenta con su experiencia profesional, sus conocimientos acerca del mundo interno, ansiedades, mecanismos de defensa, formas de relación, etc. Por otro lado, al no tener responsabilidades académicas, tiene una perspectiva que le permite captar las dinámicas relacionales que se producen. Su labor se centrará en diferenciar las positivas de las perjudiciales, y elaborar con los docentes formas de modificarlas (Mirabent y Torras, 1998). El psicólogo no está pues en primera línea. Esta posición diferente permite la observación, el análisis y la elaboración. Será esencial hacer equipo con el docente, éste sí está en primera línea, lo que implica una posición activa, estimular el aprendizaje, actuar y a menudo carecer de tiempo para pensar con la obligación de responder rápido a una clase. Ambas funciones se complementan en la escuela.

Pero para poder ejercer esta función el psicólogo va a necesitar de todas sus capacidades de análisis y comprensión de las situaciones. A menudo deberá frenar internamente el impulso a actuar rápido, cuando contratransferencialmente siente la ansiedad y la prisa del educador para encontrar soluciones "milagrosas" que respondan a la expectativa que a veces se deposita en él. O para contener otra fantasía implícita que le llega: el que no sirve para nada. "Mucho entender pero los problemas en la clase son los mismos, veríamos como se apañaría él".

Necesita darse tiempo para observar y entender, y poder así situarse al lado del docente, comprender sus dificultades. A menudo también ayudándole a encontrar donde están sus límites, ante demandas excesivas que a veces un tutor se hace para ayudar a un niño.

Una de sus funciones será detectar e intervenir de forma preventiva ante las dificultades evolutivas de los niños. "En la infancia se nos hace evidente que el medio familiar y escolar juegan un rol fundamental en la eclosión de las dificultades, en su detección y eventual consulta, en la contención de aspectos enfermos y la estimulación de los saludables" (De Diego, 2002, p. 153). Para ello deberá también trabajar con las familias de los alumnos, captando la dinámica familiar y tratando de promover un cambio que modifique en algo las proyec-

ciones mutuas. Por descontado que desde la escuela hay limitaciones, pero a la vez es una oportunidad única para transmitir a los padres la importancia de una buena evolución del hijo y la atención a dificultades incipientes, con lo que tal vez se movilice un trabajo psicológico-psicoterapéutico externo.

Pero igual de importante es acoger y ayudar a que el educador pueda seguir ejerciendo como tal. Contener la ansiedad que su trabajo despierta, clarificando y dando a entender las dinámicas de relación con el alumno, modificando estereotipos –"el enfermo", "el violento", etc.– y estimulando los recursos del propio educador. Deberá tener en cuenta sus sentimientos contratransferenciales con el niño, de desbordamiento, desánimo, impotencia o rechazo, también su preocupación por el resto de la clase (que también sufre los efectos del conflicto). Sólo así podrá ayudar a que pueda ejercer su importante labor docente a menudo poco conocida y valorada en nuestra sociedad. Con frecuencia se habla muy superficialmente del mundo escolar, que debería conseguir "todo" de los niños. Tener al frente 25 niños, explicarles matemáticas, seguir los programas oficiales, estar atento al grupo, a lo que no entienden, y también a cada uno de ellos, a sus individualidades, conflictos y modos de relación, es un arduo trabajo, del que se habla poco y de mérito poco reconocido.

"Los educadores tienen que hacer frente a situaciones de desconcierto y preocupación derivadas de las actitudes y conductas de sus alumnos. Se encuentran con situaciones difíciles y problemáticas personales y familiares graves que exportan a la escuela sus formas de tratar con el conflicto y que involucran al educador" (Tous, 1999, p. 108). La función del psicólogo se centra, pues, en atender estas dinámicas que se establecen en la escuela (educadores - alumnos, educadores - familia, docentes - institución) y que condicionan en gran manera la posibilidad de ejercer la función educativa y estructurante que tiene, para facilitar así que ésta pueda seguir ejerciendo como tal (Salzberger, 1989).

Bibliografía

ABELLA, A Y MANZANO, J (2007). Trastornos psíquicos en la infancia y adolescencia. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*. Núm. 10, 2007, pp. 81-87.

ANTOHOY, E Y J. BENEDEK, T (1983). *Parentalidad*.

Buenos Aires. Amorrortu.

BRUN, J. M (2001). Aspectes rellevants en l'assessorament a l'escola d'infants amb trastorns greus de personalitat. *Revista de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç*, Núm. 17-18, 2001.

COROMINAS, J (1991). *Psicopatologia i desenvolupament arcaics*. Barcelona. Expaxs.

COLAS SANJUÁN, J (1996). Intervenciones terapéuticas y recuperación de funciones parentales. *Cuadernos de SEPYPNA*, Núm. 21-22, 1998.

DE DIEGO, S (2000). L'adolescent multiproblemàtic. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. XVII, Núm. 1-2.

DOWLING, E; OSBORNE, E Y DAWSON, N (1996). *Familia y escuela*. Barcelona. Paidós. Colección Temas de educación.

FEDUCHI, LL; MAURI, LL; RAVENTOS, P; SASTRE, V Y TIÓ, J (2006). Reflexiones sobre la violencia en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y adolescente*. Núm. 8, 2006, pp. 19-26.

FONAGY, P (2004). *Teoría del apego y psicoanàlisi*. Barcelona. Espaxs.

FORNOS, A (2004). La crianza: importancia de las interacciones entre padres e hijos. *Cuadernos de SEPYPNA*, Núm. 31-32, 2001.

GRIMALT, A I MIRO, M T (2002). Reflexions sobre el concepte de contenció. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Núm.1-2. XIX.

JIMÉNEZ PASCUAL, A (2003). Reflexiones sobre algunos trastornos de conducta y de hiperactividad en la infancia. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*. Núm. 2, 2003, pp. 21-32.

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

MELTZER, D (1989). *El paper educatiu de la família*. Barcelona. Espaxs.

MIRABENT, V I TORRAS DE BEÀ, E (1998). El psicòleg a l'escola, una experiència des de la perspectiva psicoanalítica. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Núm. 2, XV, 1998.

PALACIO ESPASA, F. (2004). Consideraciones sobre la acción terapéutica relacional y psicoterapéutica en las psicosis infantiles. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*. Núm. 4, 2004, pp. 41-50.

PALACIO ESPASA, F (2002). *Los niveles del conflicto depresivo*. Madrid. SEPYPNA.

SALZBERGER, I I OSBORNE, E. (1998). *L'Experiència emocional d'ensenyar i aprendre*. Barcelona. Edicions Edicions 62. Col·lecció Rosa Sensat.

TORRAS DE BEÀ, E (2002). *Dislexia en el desenvolupament psíquic: su psicodinàmica*. Barcelona. Paidós.

TOUS, J (1999). Psicoanàlisi i Educació. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Barcelona, Núm. 2, XVII, 1999.

WINNICOTT, D. W (1991). *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires. Paidós.

El trato con el conflicto, agresividad y violencia en la escuela: de la normalidad a la patología

Descompensación psicótica en la adolescencia

ANNA MARIA NICOLÒ*

RESUMEN

En los últimos años, los terapeutas de adolescentes han dedicado especial atención a las primeras descompensaciones psicóticas en la adolescencia. Este artículo propone unos puntos para la discusión –evaluación de las descompensaciones psicóticas en esta edad; la especificidad de esta patología; el especial funcionamiento fantasmático, y algunas implicaciones para el tratamiento– que merecen una especial reflexión y ponen en evidencia como el trabajo terapéutico resulta crucial en la adolescencia para la obtención de resultado en estos casos. Unos fragmentos clínicos subrayan la importancia de mantener un criterio flexible, atento más a la evolución del paciente y a los aspectos de riesgo y/o crecimiento de la personalidad, y nos permiten además reflexionar sobre las modificaciones técnicas necesarias para el tratamiento de estos casos. PALABRAS CLAVE: descompensación psicótica, psicoterapia psicoanalítica en la adolescencia, evaluación en la adolescencia, alianza terapéutica.

ABSTRACT

PSYCHOTIC BREAKDOWN IN ADOLESCENCE. During the last years, therapists who treat adolescents have paid special attention to first psychotic breakdowns in adolescence. This paper proposes several issues for discussion, such as assessment of adolescent psychotic breakdowns, the specificity of this pathology, the special phantasmatic functioning and implications for treatment. The paper explains how therapeutic work in adolescence is crucial for obtaining results. Some clinical vignettes are included to show the importance of maintaining flexible criteria which consider the evolution of the patient and growth or risk aspects for the personality. The paper finally discusses possible technical modifications necessary for treatment. KEY WORDS: psychotic breakdown, psychoanalytic psychotherapy in adolescence, assessment in adolescence, therapeutic alliance.

RESUM

DESCOMPENSACIÓ PSICÒTICA EN L'ADOLESCÈNCIA. En els últims anys, els terapeutes d'adolescents han dedicat especial atenció a les primeres descompensacions psicòtiques en l'adolescència. L'article proposa uns punts per a la discussió –avaluació de les descompensacions psicòtiques en aquesta edat; l'especificitat d'aquesta patologia; l'especial funcionament fantasmàtic, i algunes implicacions per al tractament– que mereixen una especial reflexió i posen de manifest com el treball terapèutic és fonamental en l'adolescència per a l'obtenció de resultats. Uns fragments clínics subratllen la importància de mantenir un criteri flexible, atent més a l'evolució del pacient i als aspectes de riscos i/o creixement de la personalitat, que ens permeten, a més, reflexionar sobre les modificacions tècniques necessàries per al tractament d'aquest casos. PARAULES CLAU: descompensació psicòtica, psicoteràpia psicoanalítica en l'adolescència, avaluació, aliança terapèutica.

Ya que el tema de las descompensaciones psicóticas en la adolescencia es bastante conocido y, en los últimos años, se encuentra entre los más estudiados por los terapeutas de adolescentes, he pensado ofrecer unos pun-

tos para la discusión, que me parecen merecedores de una reflexión específica. Son: 1) el problema de la evaluación de estos episodios psicóticos en esta edad; 2) la especificidad en la adolescencia de esta patología; 3) el

* *Neuropsiquiatra infantil, psicoanalista con funciones didácticas de la Società Psicoanalitica Italiana (SPI) y de la International Psychoanalytical Association (IPA), experta en niños y adolescentes, docente y secretaria científica en el curso de formación para psicoterapeutas de la edad evolutiva ASNE-SIPsLA, Directora de la Revista Interazioni.*
Correspondencia: annanicolo@tin.it

Descompensación psicótica en la adolescencia

funcionamiento particular del mundo fantasmático familiar y 4) algunas implicaciones para el tratamiento.

La valoración de las descompensaciones psicóticas en la adolescencia

Muchos psicoanalistas de adolescentes opinan que en esta edad de la vida no se puede ni se debe hacer un diagnóstico de psicosis declarada. Los Laufer (1984) utilizaron la feliz expresión *breakdown* evolutivo, con la cual se refieren a un "episodio antiguo que –aunque se instale en la pubertad y haya tenido su antecedente en la primera infancia, en el momento de la resolución del Edipo– ejerce un efecto acumulativo durante toda la adolescencia, con implicaciones graves por lo que se refiere a la normalidad y a la psicopatología de la edad adulta".

Esta cautela diagnóstica no tiene únicamente el valor de una precaución nosográfica, sino que, al contrario, testifica una especificidad de la patología adolescente (un tema, por otro lado, muy discutido), que es bastante distinta de la adulta: flexibilidad, movilidad y evolución hasta el punto que síntomas psicóticos mayores como delirios paranoides o alucinaciones pueden ser un fenómeno transitorio, vinculado a la defensa puesta en acto frente a los conflictos evolutivos. Por tanto, la evolución de los adolescentes con *breakdown* presenta características muy distintas de las del adulto, y quizá sea incluso oportuno modificar nuestros criterios de evaluación.

Será sin duda oportuno valorar algunos elementos como: la fuerza del yo, la persecución del superyo, la capacidad para mantener el criterio de realidad, el empuje hacia una actuación destructiva o constructiva, la capacidad de elaborar y contener las tensiones, juntamente con lo que los psicoanalistas franceses llaman el *pre-consciente funcional*, una "zona-tampón" mediadora entre inconsciente y consciencia que atestigua un funcionamiento elástico de la mente, capaz de represión. Pero estos autores, la terapia tendrá poca utilidad si no se tiene en cuenta como evoluciona la personalidad del adolescente en su crecimiento.

Manteniendo, pues, como telón de fondo las consideraciones sobre la estructura de la personalidad o las manifestaciones sintomáticas, el diagnóstico a partir de indicadores de riesgo e indicadores de pronóstico, dentro de un estudio cuidadoso de la situación global, se revela más útil y más prudente. Desde este punto de

vista, los criterios a tener presentes serían:

1) La capacidad del adolescente para preservar, bajo las defensas narcisistas, "unas relaciones objetales activamente investidas" (Cahn, 1991).

2) El mantener aunque sea de forma variable sus relaciones objetales con el grupo de iguales, aunque sea un grupo que utilice de forma confusa, mimética o adhesiva, e incluso para un actuar evacuatorio y destructivo.

3) La capacidad de movilizar con finalidades terapéuticas el entorno familiar y, por tanto, de transformar cuando sea posible el mundo fantasmático familiar.

4) Y finalmente, la posibilidad de un encuentro madurativo y evolutivo en el marco terapéutico.

Muchos autores, como Cahn y Jeammet, nos animan a la necesidad de distinguir entre los distintos tipos de patología psicótica. Pero según mi opinión, la distinción hecha por los Laufer entre episodio psicótico, funcionamiento psicótico y proceso psicótico en acto (Laufer and Laufer, 1984, p. 213), de acuerdo con el grado de rotura y/o deformación de la realidad, es muy clara aunque esquemática.

Con el término "episodio psicótico agudo", ellos se refieren a la rotura temporal con la realidad, como pasa por ejemplo en un intento de suicidio. El odio, en este caso, se refiere al cuerpo y a los objetos parentales interiorizados. En el "funcionamiento psicótico", se hace referencia a patologías como la anorexia, las drogodependencias graves que pueden tapar una verdadera organización psicótica, o a algunas depresiones. En estos casos, además de la actuación contra el cuerpo, se instaura la denegación de la realidad o, a veces, un funcionamiento que puede llegar a ser delirante o alucinatorio –basta acordarse de la denegación del cuerpo o las sensaciones corporales de algunas anoréxicas–. Y finalmente las "verdaderas psicosis" del adolescente en las cuales, para mantener la cohesión del *self*, el adolescente construye una nueva realidad donde los padres internos han sido destruidos por el funcionamiento incestuoso o incestual. A la duda angustiada sobre la identidad, al reconocimiento de las posibilidades de cambio o al reconocimiento de la alteridad, se la sustituye por el delirio. Como se puede ver, aunque en grados distintos, en esta diferenciación hay ese elemento común que es la pérdida parcial o total de la relación con la realidad que, según los Laufer, es sobre todo representada por el cuerpo sexuado.

Si ya de por sí el problema de fondo para el paciente

psicótico es la imposibilidad de relacionarse con lo real, para el adolescente este aspecto adquiere una especial importancia, puesto que la adolescencia tiene como reto la modificación de las relaciones con la realidad. Más aún, porque la primera realidad que el adolescente tiene que integrar, está colocada en su propio cuerpo.

Existe también otro tipo de funcionamiento que tiene un origen temporal, precisamente en la adolescencia, y que podríamos llamar "psicosis latente". Con este término quiero indicar aquellas personalidades que se mantienen, incluso azorosamente y en precario equilibrio, en ocasiones durante toda la vida, compensándose gracias al vínculo con el otro que es parasitado/explotado —y que a la vez explota y parasita al otro en la relación—, como podemos ver en algunos pares formados por uno de los padres y el hijo, o en ciertas parejas conyugales. Se trata de pacientes que funcionan, incluso en la adultez, gracias al uso de defensas rígidas y mutilando aspectos de su vida y de su personalidad. Estos pacientes pueden no descompensarse nunca, o hacerlo tardíamente, cuando acontecimientos traumáticos o emergencias del ciclo vital les plantean un incremento de la tensión y vuelven a presentarles conflictos no resueltos en su adolescencia.

Este tipo de patologías, que a veces no se manifiestan durante toda la vida más que de forma indirecta pueden, en cambio, haber representado una descompensación psicótica puntual durante la adolescencia. Estas personas han evitado o pasado de golpe la adolescencia y, por tanto, el dilema de subjetivación que esta representa.

Fantasías pseudodelirantes y riesgo de descompensación

La importancia de mantener un criterio flexible, atento a la evolución del paciente y a los aspectos de riesgo y/o de crecimiento y maduración de la personalidad, se ve bien ilustrado en el caso de un chico de 16 años, Marcelo, en tratamiento psicoterapéutico.

Marcelo se dirige al tratamiento animado por la madre, que se había asustado y había temido por la salud mental del hijo, habiendo leído a escondidas unas cartas que él había escrito a un amigo. En estas cartas, Marcelo hablaba de una supuesta relación con alienígenas, contra los cuales se preparaba a luchar. Cada noche era ayudado por un maestro de artes marciales que se le

aparecía en sueños y le entrenaba juntamente con dos amigos.

Marcelo se presenta sin especiales resistencias al servicio de psicoterapia de un centro público y acepta las entrevistas diagnósticas que le proponen. Desde hace cuatro años su familia se ha mudado a una pequeña ciudad y Marcelo ha dejado a sus antiguos compañeros. Ahora se encuentra solo y además ha suspendido el curso por sus ausencias. Su vida, en todo caso, es difícil. Tiene que ayudar al padre en los trabajos del campo, podar los árboles, cortar leña, etc. ya que la casa donde vive está todavía en reestructuración. No tiene, por ejemplo, agua caliente en el baño y el chico se ve obligado a ducharse en la piscina a donde va a nadar.

Aunque no tenga casi conocidos en el nuevo pueblo o en la escuela, ha conservado dos amigos de su ciudad de origen. Marcelo afirma que él y sus dos amigos tienen un nombre en código, sacado de los héroes de los dibujos animados. Se trata en realidad de seres especiales, con la misión de defender el planeta del ataque de los alienígenas. Los tres tienen que adquirir inmediatamente unos poderes especiales y aprender a controlar la fuerza. Dice convencido que cada noche tiene un largo sueño que él puede dirigir y que lo une con sus amigos. Cuenta, en la segunda entrevista diagnóstica, uno de estos sueños: "En una ciudad gris de piedra, en el futuro, se desarrollan escenas de vida. El maestro le enseña a concentrarse, de tal forma que puede evitar y repartir golpes como quisiera. Él y uno de sus amigos cocinan los alimentos, ya que no les gusta comer crudo. Tienen en el centro del cuerpo un punto que se calentará progresivamente, y entonces será un momento peligroso, pues en aquel momento no podrán distinguir el bien y el mal".

Marcelo afirma que no puede escoger el contenido de sus sueños, pero puede salir de ellos cuando quiere. Por ejemplo, si mientras se duerme sueña que se está cayendo, entonces es capaz de despertarse. Finalmente, en las sucesivas entrevistas, Marcelo explica a la doctora, que le escucha sorprendida y preocupada, otros aspectos de su vida, entre ellos, habla de su amor inesperado por una chica de su edad que le atendió en un bar y a la que le dejó una nota. Luego volvió para hacerse conocer mejor y volver a contactarla. También habla de su relación con sus padres, de los cuales puede valorar los aspectos positivos y su capacidad de abnegación. Poco a poco, durante el desarrollo del trabajo psicoterapéutico,

Descompensación psicótica en la adolescencia

Marcelo se abrirá progresivamente al nuevo entorno y a nuevas relaciones sociales, mientras que con el paso del tiempo, los temas de los que había hablado, los sueños y de sus ensoñaciones, se irían disolviendo.

Este caso me parece paradigmático para ilustrar la frontera borrosa y confusa que a veces hay entre sueño, delirio y ensoñación. Sabemos como el uso de la ensoñación es frecuente en la latencia y en la primera adolescencia y, claro está, sin fantasía no hay acceso a la creatividad ni a la reestructuración de la identidad. Sin embargo, cuando las ensoñaciones son masivas se configura otro fenómeno: un refugio defensivo que resta energías a la realidad y a la actividad de pensamiento.

Quizá, a este propósito, lo que es interesante no es únicamente el contenido de las ensoñaciones, como cuan presentes están, cuánto ocupan y afectan a su vida mental y real, si el adolescente logra huir del impulso a repetir las, en que medida se confunden con el sueño, etc. Es completamente legítimo preguntarnos, en relación a Marcelo, delante de qué nos encontramos. ¿Se trata de la persistencia, más allá de la latencia y de la primera adolescencia –cuando sabemos lo frecuentes que son– de ensoñaciones que ocupan defensivamente toda la vida mental? O, en cambio, ¿nos encontramos delante de un refugio delirante, donde las percepciones de la realidad desagradable y frustrante se han escindido, donde la omnipotencia narcisista reina soberana, cerrando progresivamente al paciente a la relación con el otro y con la realidad?

Preocupa, en este caso, la reacción que Marcelo manifiesta en el espacio del sueño, en su frontera, aquella frontera que generalmente es garantía de una separación entre realidad y fantasía, entre mundo externo e interno. Marcelo añade, además, que su sueño es un sueño compartido con otros compañeros, que se alarga o que acaba a su antojo, y que en ello su fantasía parece implantarse sin modificaciones.

Seríamos así mismo muy superficiales si, delante de todas estas preocupaciones, no considerásemos otros aspectos, como la capacidad del paciente de pedir ayuda, su necesidad de amigos íntimos que no puede perder, su búsqueda de dependencia, que muestra en la fantasía del maestro, que intenta enseñarle a concentrarse y a no ser destructivo. Así, aunque el maestro es expresión de la fantasía omnipotente y megalómana de Marcelo, es también verdad que él lo usa de forma positiva, en el intento de contener su rabia y sus actuaciones

destructivas. Los amigos son unos dobles que lo inmovilizan y le impiden narcisísticamente nuevas relaciones, pero representan al mismo tiempo la continuidad con su pasado y el mantenimiento de un vínculo afectivo significativo –Marcelo mantenía una intensa correspondencia real con sus dos amigos y a veces se veían los fines de semana. Durante un tiempo fueron los únicos chicos por los cuales se sentía bien aceptado–.

En el mismo sueño podríamos ver, igualmente, una primera parte caracterizada por representaciones a través de imágenes visuales, entre las cuales reconocemos la ciudad gris del futuro y las decisiones vitales, y una segunda parte del sueño estructurada sobre la base de un estado afectivo con las relativas fantasías originadas en el cuerpo –en el centro del cuerpo hay un punto que se irá calentando progresivamente–. Existen entonces en el sueño unas representaciones visuales junto con experiencias y fantasías basadas en aspectos de sensorialidad térmica, cinestésica, propioceptiva, enteroceptiva, que indican la presencia de estados mentales distintos y de relaciones objetales interiorizadas, de naturaleza distinta y no integrados entre sí. Pero, ¿cuál el significado evolutivo de estas representaciones y de estas experiencias?

El sueño nos muestra la coexistencia, junto con las imágenes visuales –que preceden el pensamiento verbal, como señala Freud– de experiencias primitivas ligadas al cuerpo y constituidas por sensaciones particulares. Como afirma Campoli (2003) en su comentario a este trabajo, "Estas fantasías se desarrollan durante el periodo que Winnicott llamó 'personalización', periodo durante el cual el sentimiento que uno tiene de su propia persona en su propio cuerpo se conecta con la condición de unidad del bebé con la madre en cuanto objeto-sujeto. Estas fantasías en el cuerpo, una especie de proto-pensamientos, son seguidas por las fantasías sobre el cuerpo que constituyen la primera imagen mental de un sí mismo separado; sólo en un nivel sucesivo del desarrollo a las fantasías sobre el cuerpo le seguirán las fantasías visuales que, substituyéndose y/o uniéndose con las precedentes, definirán posteriormente la imagen elaborada de un sí mismo separado".

El sueño de Marcelo, de acuerdo con esta perspectiva, con sus fantasías en el cuerpo y sobre el cuerpo y con las imágenes visuales, nos muestra la coexistencia en su mente de experiencias no suficientemente integradas de un sí mismo unido con la madre como objeto creado

omnipotentemente –la experiencia en el cuerpo– y de imágenes de un sí mismo en relación con la madre pero con vida autónoma –la experiencia terrorífica en el cuerpo, las imágenes visuales–. Él no expresa, entonces, únicamente su confusión, sino también la necesidad de integración que se está manifestando en la adolescencia, pero que tuvo origen al comienzo de su existencia en las relaciones con el ambiente primario. El paciente, además, ha narrado su sueño en la sesión con el terapeuta, que tiene la tarea de acogerlo con su *revêrie* y de permitirle un ulterior recorrido hacia la representación.

Y para acabar, la relación de las ensoñaciones con el sueño muestra el intento de Marcelo de confinarlas dentro de una actividad inconsciente, sin dejarse dominar por ellas, como testimonio de aquel pasaje del acto al sueño que caracteriza la maduración de la mente del adolescente. Podría seguir así enumerando las dobles características dobles de cada una de estas situaciones, interpretables tanto en sentido patológico como evolutivo. A diferencia que en el paciente adulto, no nos encontramos –creo– en este caso en presencia de un refugio delirante organizado para defenderse contra una fragmentación más terrible.

Aunque en el trasfondo hay miedo a la confusión (Marcelo dice: "En la cumbre del proceso no sabré distinguir el bien del mal"), mantiene así mismo unos investimentos objetales, aunque escondidos (los amigos y la chica), un entorno en ciertos aspectos solícito (la madre) a la necesidad, el mantenimiento de sus relaciones con el grupo de iguales –primero con los amigos originarios y sucesivamente con nuevos amigos que hizo en la nueva ciudad–.

De la misma forma que la niña de Segal (1991, p. 25) que en una falsa percepción confundía una mancha descolorida en la pared con una mujer mala y amenazadora por la cual se sentía perseguida, también en Marcelo unas interpretaciones cautas habían podido a lo largo del tiempo poner en discusión su refugio. Trabajar las necesidades que habían producido la fantasía pseudodelirante, como el sentimiento de soledad, la rotura de la continuidad con el pasado, el miedo paranoide a sentirse nuevo y excluido, el sentimiento de frágil e indefenso en el nuevo ambiente, etc., y posteriormente el *cambio real* de las condiciones de vida, permitió una progresiva reducción de estos estados de ensueño y su palidecer hasta la desaparición. Eso no pasa así en un verdadero "brote" psicótico.

Especificidad en la adolescencia

Los episodios psicóticos que se surgen en la adolescencia tardía me parecen, por ciertos aspectos, tener características comunes, aunque con distintas peculiaridades. La más importante es el defecto o la imposibilidad de la subjetivación, entendida como el fracaso de un proceso cognitivo-emocional que, según Cahn (1991), permite la apropiación subjetiva de la realidad psíquica y deviene "una particular forma de ser" que se refiere al mismo tiempo al yo y al sí mismo.

Cuando se puede acceder al proceso de subjetivación, gracias a la definición de la propia identidad, se desarrolla una capacidad creativa del sujeto, que le permite desenvolverse, desalienarse del mandato de los padres o transgeneracional. Este proceso encuentra, sin duda, uno de sus momentos cumbre al acabarse la adolescencia, y ciertamente, el más significativo, ya que las tareas evolutivas resultan imposibles o problemáticas para estos pacientes: la integración del cuerpo sexuado, la individuación-separación, el remodelamiento de la identidad, el duelo que acompaña esta fase.

Pero la rotura de la subjetivación, de la cual el síntoma psicótico representa la reorganización defensiva con sus características de omnipotencia, negación, proyección masiva, y todo el correlato defensivo de las psicosis, no se puede nunca reducir a la proyección en una realidad neutra, de una fantasía inconsciente. Existe un encaje terrorífico entre la escena real y la puesta en escena fantasmática. Así, el síntoma representa un producto complejo en relación con un trauma ocasional, con una colusión psicotizante entre el conflicto identitario, un problema en la subjetivación propio de la adolescencia y la fragilidad narcisista primaria. El trauma ocasional –el abandono sentimental, el alejamiento de casa, el contacto con la muerte de un amigo, etc.– puede provocar una urgencia inaplazable y una tensión difícilmente controlable, que el adolescente quiere recomponer lo más de prisa posible.

Pero este síntoma se instala en un terreno particular, pre-existente, que representa la premisa de todo *break-down* (derrumbe) psicótico. Es lo que Aulagnier (1986), uno de los estudiosos más agudos de estos temas, ha definido como "potencialidad psicótica". Esto indica la presencia de lo que la misma Aulagnier define como "un pensamiento delirante primario incitado y no reprimido", a significar aquel encuentro particular "entre el

Descompensación psicótica en la adolescencia

yo del paciente y una organización específica del espacio fuera de la psique y del discurso que en ella circula", usando las palabras de Aulagnier. Por ciertos aspectos, el concepto de "potencialidad psicótica" nos lleva a, e incluye, aquello más familiar para nosotros de "identificaciones alienantes" de Cahn (1986), o de "objetos que hacen enloquecer" de García Badaracco (1986). Pero expresan, también, la complejidad de lo que pasa en estas situaciones; en primer lugar, por que nos habla de un encuentro-enfrentamiento que el paciente realiza, cuyos resultados no se pueden determinar desde el principio. En efecto, esta potencialidad puede mantenerse latente, incluso toda la vida, si el encuentro con el otro y con los acontecimientos de la vida no la saca a luz. Y además, nos lleva no tanto y solamente a acontecimientos precisos con un valor traumático, sino a todo un funcionamiento del entorno del cual el paciente forma parte activamente. Son este funcionamiento y este encuentro los que tienen un valor traumático originario, que el trauma sucesivo reactiva y evoca. Y este tipo de funcionamiento tendrá eco en los posteriores síntomas del paciente.

Voy a relatar un caso de una paciente que he seguido en supervisión. Este caso nos permite además reflexionar sobre las modificaciones necesarias para el tratamiento de situaciones similares, aprender de las dificultades y de las momentáneas interrupciones del proceso. Adriana tiene veinte años. Desde hace aproximadamente dos se encuentra mal y llega a una colega después de haberlo intentado con varios terapeutas. La terapeuta tiene muchas dudas de si empezar el tratamiento, también porque la familia, que vino a una entrevista antes del comienzo del tratamiento, se presenta sin la madre, que hace saber que nunca vendrá, ya que no confía en estos métodos de trabajo.

El padre y el hermano de Adriana están resignados y son bastante pesimistas en relación con las posibles mejoras. Únicamente el tratamiento farmacológico parece –según ellos– ofrecer algún resultado. Tienen una manera de presentarse oficial, muy formal, que contrasta con las verdades incómodas que Adriana denuncia de todos y especialmente del delirio de celos de la madre, que ella desvela.

Adriana se presenta, sin embargo, convencida de esta nueva aventura, también por el conocimiento que tiene de libros de psicología, que ha leído durante el año que frecuentó la universidad, antes de interrumpir definiti-

vamente sus estudios. Extravagante en su forma de vestir, a veces logorreica, parece que Adriana se aguanta más en un contacto superficial y hablando en un tono casi en falsete. Acoge todas las interpretaciones en un plan intelectual, pero a veces las critica y las corrige si le parecen imprecisas. El farmacólogo con el cual la terapeuta habla al comienzo del tratamiento, parece muy preocupado: Adriana ha estado ingresada ya dos veces por crisis paranoides difíciles de manejar. Cuando empieza el tratamiento, Adriana muestra un apego entusiasta que a la colega le resulta un poco sospechoso y que, después de seis meses, se transforma bruscamente en una transferencia francamente paranoide.

Sesión: Ha visto un programa a la tele sobre psiquiatras y enfermedad mental. Ha quedado impactada por la frialdad de uno de los invitados, un profesor universitario, mientras el psicoanalista le parecía muy humano. Su problema es la relación con los demás, ésta es su enfermedad mental.

La terapeuta pregunta a Adriana si le está hablando de como poner unas fronteras a sus emociones que los demás despiertan en ella. Adriana responde que ha tenido un sueño: "Estaba en su antiguo instituto –estudió en un Instituto de Arte fuera de Roma– y decía a sus compañeras que una chica había aprobado porque era simpática. Ella en cambio no lo era. Entonces le pegaba a una profesora y ofendía a otra". La profesora a la que Adriana pegaba era una persona frágil, que la había suspendido a pesar de que las notas de Adriana eran casi suficientes, y que se arrepintió cuando se enteró que Adriana había estado mal. Los profesores no se habían dado cuenta de lo que le estaba pasando. Ella, en efecto, se encuentra mal desde que tenía seis años. Imitaba en todo a sus amiguitas, especialmente en sus gestos. La madre es una mujer licenciada e inteligente, pero siempre la ha odiado y nunca se ha dado cuenta de su malestar. La profesora le decía que era guapísima y también sus compañeros de instituto decían que era una modelo, pero eso la incomodaba mucho porque era muy tímida. La profesora, además, le decía 'Guapa pero tonta'. La terapeuta interpreta su dificultad de aceptar sus partes frágiles y las de la madre. Adriana luego se acuerda aprobó exitosamente en otro instituto y cuenta un sueño: "Estaba en una aula de filosofía de la universidad. La profesora le asignaba un ensayo sobre el sentido de la existencia y ella lo sabía hacer".

En la sesión siguiente, Adriana llega agitada. Aquella

misma noche tuvo un sueño horrible: "Su padre entraba en la habitación y tenía con ella una relación por detrás". Tuvo que levantarse para cerrar la puerta de su habitación. Sólo así pudo dormir. Adriana recuerda que fue violada y sodomizada por un hombre cuando era una chica. La terapeuta pide más información y Adriana dice que tiene la impresión que no se la crea. La situación se precipita y la paciente huye. En los días siguientes no se presentará a las sesiones, angustiada por la idea que también la terapeuta es una persona peligrosa y que la terapia pueda dañarla. Sólo un trabajo posterior, coordinado con el farmacólogo y la familia, hará que la paciente vuelva a la terapia.

Comentario

El caso de Ariadna me parece muy típico, también por la reconstrucción que la paciente hace de los comienzos de su enfermedad, con su dificultad al mismo tiempo de integrar su cuerpo, reconocido en su novedad por los demás pero no por ella misma—"Los otros decían que yo era guapísima, una modelo. Yo era muy tímida"—. Su fragilidad narcisista primaria, apenas tapada por el falso *self* y el trastorno de los procesos introyectivos—"Imitaba a mis compañeras en todo"—. Su odio por la fragilidad y la dependencia—expresada en el agredir a la profesora—. La peculiaridad del funcionamiento familiar—la madre ausente, paranoica como ella—. La incapacidad de contención de la familia donde, por la falta de un espacio intermedio, la más pequeña angustia se transforma en terror. La particularidad del funcionamiento en la transferencia—desde el apego idealizado y precipitado hasta su brusca transformación en transferencia paranoide—. El problema de las fronteras entre realidad y fantasía, sí misma y otro, día y noche, y la misma presencia de fantasías incestuosas—como vemos en el sueño con el padre, que es también expresión de las ansiedades paranoides de ser invadida por el mensaje alienante del padre, además de la terapeuta—.

Podemos ver, además, en el brusco alejamiento de la paciente, el precipitarse en una transferencia paranoide que deja entrever una posible erotización de la transferencia y, por tanto, la confusión de identidad de la paciente, que vive la terapeuta como un padre violador. Todo esto nos hace reflexionar sobre dos aspectos más: la importancia de la implicación familiar y la especificidad de la técnica.

Dejar abiertos los juegos, modulando la tensión

Lo que hemos ido hablando hasta ahora nos lleva a considerar como el trabajo terapéutico resulta crucial en la adolescencia, a diferencia de lo que pasa en la edad adulta, en cuanto a la evolución de estas patologías. Para seguir con mi razonamiento, me referiré a un trabajo bastante conocido de Freud: *El delirio y los sueños de Gradiva*. Este trabajo nos relata la descompensación psicótica de un joven adulto, Norberto. Ladame (1998, p. 68) ha también comparado, en un trabajo admirable, este caso con el de Nathanael, en lo "Sinistro", observándose las características que llevaron en el caso de Norberto a una conclusión feliz de lo que hoy definiríamos como un *breakdown*, y en el caso de Nathanael al delirio, a la alucinación y finalmente a su muerte trágica por el suicidio.

Estos dos casos fueron luego retomados por varios autores, tanto que han acabado siendo paradigmáticos precisamente por las descompensaciones psicóticas. Pero esta vez quiero hacer alusión a otro tipo de reflexiones. Norberto Hanold y Zoe son dos niños, amigos inseparables en la infancia, pero en la adolescencia precisamente Norberto se aleja de las chicas de su edad y se sumerge en los estudios de arqueología. Encuentra la pareja de su novela de amor infantil, pero no la ve. Al contrario, sustituye este interés por los bronceos y los mármoles, así como por los pies de una muchacha que camina en un bajo relieve romano. Toda su energía es absorbida por ese pie, hasta el punto que decide de ir a Pompeya. Allí encontrará sin reconocerla en un primer momento, sin ni siquiera verla, a Zoe. Pero este encuentro resultará al final afortunado. Efectivamente, después de un largo periodo, que hoy definiríamos de retiro y confusión, sueña con la destrucción de su amada Gradiva en la erupción del volcán que arrasó Pompeya, pero este sueño para él está conectado también con el comienzo del delirio. El final de la historia, como todos sabemos, es feliz, ya que por fin vuelve a encontrar a su amiga del pasado, que de hecho nunca había dejado de amar.

Zoe revela entonces, como afirma el mismo Freud, una capacidad terapéutica de no poca importancia. Ella le permite, con un trabajo hecho a poco a poco, con ironías y delicadas alusiones, reconocer la realidad y sustituir el delirio. Cito a Freud (1), Zoe "acepta el papel de fantasma meridiano, que comprende ser el que el delirio

Descompensación psicótica en la adolescencia

de Harold le atribuye, y usando frases de doble sentido, señala discretamente al joven una nueva situación con respeto a ella (p.1322). [Ella] entra en el círculo de representaciones de la ciencia de Norberto [la arqueología], así como él entra en el campo de la zoología (p.1330)". Y Freud (p.1331) continuará así sucesivamente comentando los discursos de doble sentido de la chica, donde "uno de los sentidos se ciñe al delirio de Harold para facilitar la comprensión consciente del mismo y el otro se eleva por encima de él y nos da realmente su traducción a la verdad consciente que representa". Aunque Freud habla de la imposibilidad, obvia para el terapeuta, de desarrollar la misma función que desarrolló Zoe, así mismo se pueden extraer unos puntos para la reflexión.

Sabemos lo difícil que es implicar al paciente, pero sabemos también que es absolutamente necesario hacerlo. En las dos sesiones que he referido de Adriana, observamos el pasaje brusco, rápido, desde un apego idealizado a la terapeuta —la profesora de filosofía del sueño—, con la cual era posible razonar sobre el sentido de la existencia, hacia una transferencia paranoide. Probablemente se podía hacer muy poco para impedirlo. Pero queda la pregunta, si la referencia, aunque tímida, a sentirse violada, no tenía —además de la demanda de más información— el sentido de una demanda indagadora y de un desvelamiento precoz, allá donde la paciente pedía el compartir su angustia y una intervención moduladora de su estado de ánimo de urgencia catastrófica (2).

Son muchos los objetivos que se plantea un terapeuta en estas situaciones, desde los más audaces y ambiciosos a los más sencillos. Empezar desde el inicio un psicoanálisis clásico es no sólo difícil, sino desaconsejable la mayoría de las veces, a causa de la falta de pre-consciente funcional, lo cual hace que las interpretaciones psicoanalíticas más comunes sean no solamente poco útiles, sino también contraindicadas, por el aumento inevitable de la tensión que podrían determinar, al actuar sobre los conflictos. El objetivo parece más bien empezar por modificaciones e intervenciones creadas "a medida" para aquel paciente, con un objetivo preliminar, pero básico: *dejar los juegos lo más abiertos posible con el fin de impedir una evolución precoz definitivamente psicótica o eventualmente perversa, y al mismo tiempo permitir la instauración de un proyecto terapéutico a largo plazo*. Se trataría —en estas primeras etapas— de crear un momento de

pausa en la urgencia del paciente, observando y sosteniendo al adolescente en su capacidad de usar los empujes hacia la integración y las extraordinarias capacidades de remodelación de las identificaciones, propia de esta edad.

En estos pacientes, los empujes hacia la integración se ven obstaculizados por las características de su funcionamiento mental, que, para la integración, necesita unas rudimentarias experiencias del *self*, nunca vividas antes. Con estos pacientes, todas las discontinuidades sensoriales bruscas, de forma, ritmo, tono, simetría, se traducen en un angustioso sentimiento de no-existencia. Experiencias no empáticas como las que experimentó Adriana en su sesión, llevan a estos pacientes a un dilema insoportable, donde ellos prefieren la pérdida del objeto, del terapeuta, a la pérdida del *self*. Este es uno de los motivos que producen los frecuentes abandonos.

Para trabajar con estos pacientes, será entonces oportuno actuar a dos bandas: en la de la realidad interpersonal del adolescente con un trabajo con la familia, y en la del mundo intrapsíquico, no únicamente porque es la familia quien paga casi siempre la intervención, sino también porque, sobre todo, en los inicios, el yo frágil del paciente se apoya subsidiariamente en el yo de los otros miembros de la familia, que en los casos más graves tiene que encargarse también de un mínimo examen de realidad.

Las características que he expuesto anteriormente sobre el funcionamiento psicótico, hacen del trabajo integrado con la familia y/o con los padres del paciente, uno de los dos polos insubstituíbles donde se tiene que desarrollar el tratamiento pues, dadas las características del funcionamiento psicótico, tendrá que correlacionar siempre el plano intrapsíquico con el plano interactivo e interpersonal. Un tratamiento integrado, donde el terapeuta del adolescente tiene que integrar las partes que el paciente escinde y proyecta en sus familiares, y el terapeuta de la familia o de los padres tiene que considerar al paciente como el portavoz de un nivel de funcionamiento familiar paralelo pero no oficial, compartido entre los miembros. Ambos tendrán que reconstruir luego las características comunes de esta potencialidad psicótica que cada uno de los actores del drama lleva consigo.

La prohibición de pensar, la robotización, del incesto, la ausencia de fronteras y de un espacio privado y secreto del *self*, las dificultades para la subjetivación, para la

individuación-separación, las identificaciones alienantes que caracterizan tanto al paciente como a sus padres, toman una forma concreta en las interacciones vividas concretamente día a día, confirmando también en el plano del funcionamiento fantasmático de la familia lo que también es cierto para el mundo intrapsíquico del paciente: que el trauma no ha acaecido de una vez por todas en el pasado; está vivo y presente cada día, cada momento, no en un suceso individual al cual sentimos la necesidad de otorgar una conexión causal, sino más bien en la forma de funcionar que constituye el mundo psíquico paralelo que coexiste también con otro que definimos como normal. En este trabajo tenemos que ser también conscientes que las soluciones que estas personas han utilizado son desde su punto de vista las mejores posibles para su supervivencia física y psíquica, ya que la apuesta en estas situaciones es la muerte de uno mismo o del otro. Pero ahora tenemos que volver al trabajo individual, ya que representa uno de los dos polos insubstituíbles del trabajo.

Las intervenciones delicadas y alusivas de Zoe, como las describe Freud, pienso que tenían un valor insustituible, el de impedir la rigidez de unas defensas masivas y precoces contra el terror catastrófico, de acuerdo con lo que decía Winnicott (1971) —y muchos otros autores— que la enfermedad psicótica es una defensa contra las agonías primitivas.

Este trabajo preliminar que intenta dejar abiertos los juegos, tendrá como primer paso ayudar al paciente a establecer las fronteras entre realidad y fantasía, entre sí mismo y los otros, pero sobre todo a modular la tensión que el adolescente siente, que crea una urgencia inaplazable y le empuja a actuar cada vez más hacia defensas psicóticas o el encerrarse en soluciones perversas —como la pasión de Norberto para los pies femeninos—. En esta fase, mientras el terapeuta continuará su trabajo de conocimiento, las interpretaciones que aumentan la ansiedad, al intervenir en los conflictos, y no sostienen el yo del paciente y las partes sanas del *self*, corren el riesgo de favorecer las interrupciones del tratamiento. Vuelve la recomendación de los analistas franceses de interpretar en la transferencia y *no* la transferencia. Por ejemplo, volviendo otra vez al caso de Adriana, no hay dudas que la transferencia delirante paranoide representaba un intento de ponerse en contacto a través de la proyección con un objeto interno persecutorio externalizado en el terapeuta. Pero, ¿qué uso se puede hacer de

este conocimiento, si esto empuja la paciente a marcharse?

Mantener la continuidad del trabajo, cuya existencia se ve amenazada por el paciente y por sus familiares, por las ansiedades y los ataques que despierta —"ataques al vínculo" (Bion, 1957)—, ya de por sí de gran eficacia, pues constituye un primer espacio secreto y seguro para estos pacientes, y activa una primera forma de separación de la familia y ofrece un refugio donde ser acogido, un refugio compartido y potencialmente compatible con otro, el analista, que representa una alternativa al refugio de la mente donde estos pacientes se retiran a menudo. El terapeuta progresivamente puede constituirse en pantalla protectora que los pacientes no han tenido, una pantalla que module las tensiones que nacen desde el exterior, pero también desde el interior, por los impulsos de la edad y los conflictos no resueltos. El terapeuta se hará así garante de la "continuidad en la discontinuidad", capaz de reflejar el *self* que está naciendo, preparado para estar allí donde el paciente lo puede encontrar, crearlo, como Zoe que se hace encontrar viva en el lugar de la Gradiva irreal.

Para usar las palabras de Ferro (2002), podríamos decir que no hay tanto un inconsciente por develar, como una capacidad de pensar por desarrollar (p.118). Para hacerlo el terapeuta está comprometido primero en un trabajo de *holding* y, al mismo tiempo, en un duro trabajo de contratrtransferencia. Para comprender plenamente las características de esta primera etapa del tratamiento, hará falta detenernos en algunas consideraciones más. Es sabido que con algunos pacientes graves, *borderline* y psicóticos, y con los adolescentes, la construcción y el mantenimiento de la alianza terapéutica resultan especialmente difíciles.

Para la construcción y el establecimiento de esta alianza hace falta un trabajo que puede durar los primeros años del tratamiento, pero que resulta útil a fin de consolidar y mantener el vínculo terapéutico. A veces estos pacientes se muestran disponibles con nosotros, con tendencia a la idealización, o presentes, a pesar de todo, sesión tras sesión, aunque atacándonos. En este sentido, Pao distingue entre apego, alianza terapéutica y transferencia, especificando que "un fuerte apego no significa que el paciente esté dispuesto a colaborar en el tratamiento" (1979, p.295).

Se ha debatido mucho sobre qué constituye y qué determina la alianza terapéutica del paciente. Con

excepción de los autores kleinianos, para los cuales la alianza terapéutica no tiene un estatus autónomo y distinto de los fenómenos transferenciales, para muchos otros, a partir de Zetzel, depende de las capacidades yoicas del paciente para establecer una relación objetal, de hacer un examen de realidad adecuado y de colaborar con el terapeuta. La alianza terapéutica presupone, entonces, cierto examen de la realidad, un funcionamiento del yo más o menos adecuado y la capacidad de aceptar la dependencia con el objetivo del tratamiento. Todo esto resulta muy problemático con el paciente grave, mientras para el adolescente la aceptación de la dependencia choca con las tareas evolutivas que le empujan hacia la autonomía.

La alianza terapéutica, por tanto, hay que construirla y reconstruirla cada vez, cuando, por ejemplo, reacciones transferenciales paranoides o erotizadas la atacan y la destruyen –como en el caso de Adriana–. Citando otra vez a Pao, una vez establecido el apego al terapeuta, el paciente manifestará, a pesar suyo, fenómenos de transferencia, mientras podrá ejercer (aunque inconscientemente) un muy notable control sobre la evolución de la alianza. El hecho mismo de aceptar la alianza presupone que el paciente reconozca su necesidad, que acepte la dependencia, que colabore con su yo observador con el yo observador del terapeuta. Pero cuando el paciente haga todo esto, quizás su descompensación pertenecerá ya al pasado. Por eso la alianza terapéutica es desde el inicio *el verdadero reto del trabajo, que no será posible realizarla si no hemos trabajado previamente para permitir que el paciente la madure.*

Notas

1. Las citas de Freud son de la traducción castellana de Luis Lopez-Ballesteros, Biblioteca Nueva, Madrid. (Nota de la traductora).

2. Por otros aspectos, el caso de Adriana nos resulta más parecido al Natanael de *Lo Sinistro* que, como recordaremos, fue perseguido por los recuerdos infantiles del mago Arenoso, que ciega los ojos de los niños que no quieren dormir, y se enamorará de Olimpia, que no es otra cosa que una muñeca mecánica.

Traducción de Elena Fieschi

Bibliografía

AULAGNIER P (1986). In Baranes J. J, Cahn R. et al. (a cura di), *Psychoanalyse, adolescence et psychose*, Payot, Paris.

BION W. R. (1957). Attacchi al legame, in Bion W.R., *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando, Roma, 1970, pp.143-166.

CAHN R (1986). In Baranes J. J, Cahn R. et al. (a cura di), *Psychoanalyse, adolescence et psychose*, Payot, Paris.

CAHN R. (1991). *Adolescence et folie*, PUF, Paris (Trad. it. *Adolescenza e follia*, Borla, Roma, 1994).

FERRO A. (2002). *Fattori di malattia, fattori di guarigione*, Cortina, Milano.

FREUD S. (1906). *Il delirio e i sogni nella "Gradiva" di Wilhelm Jensen*, vol.3. Boringhieri, Torino.

FREUD S. (1919). *Il perturbante*. In: *OSF*, vol.9, Boringhieri, Torino.

GARCIA BADARACCO J. (1986). Identification and its Vicissitudes in the Psychoses. The importance of the Concept of the of the "Maddening Object", *Intern.J.Psycho-Anal.*, 67.

LADAME F, PERRET-CATIPOVIC M. (1998), *L'adolescenza. La posta in gioco dello sviluppo e le difficoltà di valutazione*. In: Ladame F, Perret-Catipovic M., *Gioco, fantasmi e realtà*, FrancoAngeli, Milano, 2000, pp.56-70.

LAUFER M., LAFER E. (1984). *Adolescenza e breakdown evolutivo*, Bollati Boringhieri, Torino, 1986.

NICOLÒ A. M. (2000), *Thérapie familiale psychanalytique à l'adolescence*, *Adolescence*, 18, 1, 131-155.

NICOLÒ A.M., *L'esordio psicotico in adolescenza, dattiloscritto presentato al seminario del Corso di aggiornamento ASL RmA "Disturbi della personalità, patologie 'nuove', patologie 'gravi' nei tardo adolescenti e giovani adulti"*, Roma 7 marzo.

Pao P.N. (1979). *Disturbi schizofrenici*, Cortina, Milano, 1984.

SEGAL H. (1991). *La fantasia, in Sogno, fantasia e arte*, Cortina, Milano, 1991, pp.19-36.

WINNICOTT D. W. (1971). *Sogno, fantasia e vita reale, in Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1983, pp.61-77.

Esencia de la psicosis: organizando un programa de tratamiento para adolescentes*

PIRKKO TURPEINEN-SAARI**

RESUMEN

La organización del tratamiento se basa en el concepto de salud y enfermedad. El tratamiento de adolescentes psicóticos solo se puede basar en un concepto verdadero de la realidad. Por desgracia la realidad cotidiana en las sociedades actuales se basa en la competencia, uso del poder e información engañosa donde la gente ya no puede saber qué es y qué no es real. Sin embargo esta realidad se considera normal. Este artículo esboza cómo se puede evitar la alienación de los propios sentimientos. El tratamiento de los adolescentes psicóticos solo puede tener éxito si ellos pueden sentir que los terapeutas y el tratamiento personal comparten una realidad en la que son respetados los sentimientos genuinos, donde la educación no es todo sino que también influye la empatía. PALABRAS CLAVE: creatividad, realidad, continuidad del cuidado, intervención inmediata, organización creativa

ABSTRACT

ESSENCE OF PSYCHOSIS AND ORGANIZING AN ADOLESCENT TREATMENT PROGRAM. The treatment organization is based on the concept of health and illness. The treatment of psychotic adolescents can be based only on true concept of reality. Unfortunately the everyday reality in the present day societies is based on competition, power using and misleading information where people can no more feel what is true and what is not. However this latter reality is considered as normal. This article outlines how alienation from ones own feelings can be prevented. Treatment of psychotic adolescents can succeed only if they can feel that the treatment personnel and therapists share a reality where genuine feelings are respected, where education is not enough but also empathy prevails. Where adolescent's needs for immediate intervention, continuity of care and intensive psychotherapy are fulfilled. KEY WORDS: creative reality, continuity of care, immediate intervention, creative organization.

RESUM

ESSÈNCIA DE LA PSICOSI: ORGANITZANT UN PROGRAMA DE TRACTAMENT PER A ADOLESCENTS. L'organització del tractament es basa en el concepte de salut i malaltia. El tractament d'adolescents psicòtics només es pot basar en un concepte verdader de la realitat. Per desgràcia, la realitat quotidiana en les societats actuals es basa en la competència, ús del poder i informació enganyosa on la gent ja no pot saber què és i què no és real. Però aquesta realitat es considera normal. L'article fa un esbós de com es pot evitar l'alienació dels propis sentiment. El tractament dels adolescents psicòtics només pot tenir èxit si ells poden sentir que els terapeutes i el tractament personal comparteixen una realitat en la qual són respectats els sentiments genuïns, on l'educació no ho és tot sinó que també hi influeix l'empatia. PARAULES CLAU: creativitat, realitat, continuïtat de la cura, intervenció immediata, organització creativa.

Me gustaría comenzar diciendo porqué me parece que las guarderías e instituciones preescolares son herramientas muy importantes para la salud mental y para evitar las psicosis. En este momento estamos viviendo

en un mundo dominado por el cuidado de las cosas propias, la competición y el egoísmo. La igualdad, la solidaridad y los esfuerzos por la amistad y la paz son cada vez más raros.

* Versión adaptada de la conferencia pronunciada en el Colegio de Médicos de Barcelona el 6 de junio de 2008.

** Médico, Psiquiatra de adolescentes. Jefe Médico de los servicios psiquiátrico de adolescentes de la ciudad de Helsinki. Emérita
Correspondencia: pirkko.turpeinen40@kolumbus.fi

Esencia de la psicosis: organizando un programa de tratamiento para adolescentes

Para la raza humana, para la humanidad es una cuestión clave: ¿estamos educando a nuestros hijos para apreciar y mantener sus sentimientos genuinos que tienen cuando nacen? Los ayudamos a crecer y los educamos con métodos interactivos que tengan en consideración sus emociones, o les enseñamos cómo deben sentir para que sean como nosotros o como nosotros deseamos que sean. Ya un poeta del siglo XVIII, Edward Young escribió: "los niños nacen como seres genuinos, pero mueren como copias".

La educación y la enseñanza autoritarias, en una sociedad autoritaria, nos hacen obedientes. Nos han formado para sentirnos culpables si no obedecemos. El trato autoritario aumenta la ansiedad. Para tolerar el miedo de ser abandonados o no ser aceptados aprendemos mecanismos defensivos psicológicos para aliviar la ansiedad. Adoptamos las reglas del método autoritario con tanta suavidad que no necesitamos experimentar ansiedad. Cuando la autoridad ha trazado el marco actuamos de manera segura dentro de un marco aún más pequeño, para estar más seguros.

Sigmund Freud vivió en una sociedad autoritaria. El describió los mecanismos de defensa y los sentimientos de culpa como logros. Sus experiencias y textos han sido muy valiosos pero también engañosos. Durante mucho tiempo han sido considerados como si describieran una totalidad cuando ellos describen una parte del cuadro total. Actualmente, en mi opinión deberíamos dar la vuelta al cuadro. Deberíamos ver que un niño nace como una persona buena, emocionalmente frágil, cuyas capacidades y valores humanos deberíamos tomar seriamente. El bebé recién nacido es un experto en sus sentimientos y los adultos que le cuidan deberían comenzar por escucharle desde el principio. El adulto no debería tratar al niño solo desde el punto de vista del adulto, sino tratar de comprender en cualquier situación lo que el niño realmente significa para que la atmósfera sea atenta y receptiva. La principal cuestión no es lo que hacemos sino cómo lo hacemos. Esta actitud cuando se adquiere y se aprende puede continuar desde la cuna hasta la guardería, la escuela o la vida laboral. La llamo *interacción creativa*.

¿Qué relación tiene esto con guarderías y parvularios?

Para llegar a ser un niño saludable, y más tarde un

adulto, se necesita una educación creativa. En una familia o una cultura autoritaria el niño desarrolla fuertes defensas y sentimientos de culpa. Es capaz de cuidar de sí mismo, competir y tener logros. Sin embargo, no dispone de sus genuinos sentimientos profundos. El no siente como realmente se siente. Tampoco siente lo que los otros sienten y cómo es la realidad.

En el libro *Adolescencia. Creatividad y psicosis* (1) describo en detalle cómo ocurre el proceso de alienación de los propios sentimientos y cómo una educación creativa protege los sentimientos genuinos. Existen familias ideales que pueden asegurar un crecimiento creativo por la conducta prudente del padre y de la madre. De una manera sensata pueden tratar de inhibir la formación de dependencias profundas pero el riesgo es grande. Por esa razón existen instrumentos para hacer prevalecer la creatividad y la verdadera realidad.

El instrumento número uno es que haya varios adultos en presencia del bebé recién nacido. Así el bebé puede experimentar en su vida cotidiana diferentes modos de presencia. Más tarde podrá sentir de qué manera se siente mejor. Puede comparar y elegir desde el inicio. Así la dependencia de una persona, en general la madre, no es un destino. El sentimiento de seguridad puede lograrse con diferentes tipos de personas. La dependencia de una persona no puede ser utilizada como un medio de condicionar al niño en un mundo irreal que le ata a su madre. Si el niño puede ser activo para formar su propio mundo, usando sus sentimientos, puede sentirse a sí mismo y a quienes le rodean tal como son, no como se le ha enseñado que son.

El instrumento número dos son las relaciones entre iguales. También los bebés las necesitan. Un bebé se comunica con otro en un "lenguaje" totalmente diferente que con los adultos. Cuando un bebé observa a otro habitualmente se pone alerta y despierto. Trata de comunicarse con todos sus medios. La impaciencia es mayor que con los adultos. En una relación entre bebés los sentimientos están plenamente desplegados. Qué pérdida de capacidad cuando las familias no han sido orientadas a darse cuenta de la importancia de las relaciones entre iguales.

El instrumento número tres es el nuevo papel del padre. El padre puede asumir el papel de un cuidador físico y emocional. No es capaz de amamantar, pero muchas madres tampoco. El detalle más importante es el tiempo que se pasa con el bebé. Si el padre garantiza

tanto sus posibilidades de estar presente como la madre, desarrolla las mismas cualidades psicológicas interactivas hacia el bebé que la madre. Se ha mostrado que la capacidad de cuidar es un proceso social y no un rasgo biológico.

De esta manera, más tarde en la vida, la guardería y el parvulario tienen los instrumentos para la creatividad si la atmósfera es atenta e interactiva. Ellos tienen nuevos cuidadores adultos y tienen relaciones entre iguales. Pueden fortalecer las pequeñas capacidades del niño pequeño para sentir sus propios sentimientos, hacer elecciones y establecer relaciones humanas propias en vez de otras ya dadas. La colaboración constructiva entre los padres y el equipo da una visión más realista del niño.

En mi opinión todos estos detalles refuerzan la estabilidad emocional saludable de la persona y el verdadero sentimiento de realidad, mientras que la educación tradicional autoritaria aliena a la persona de sus sentimientos genuinos y enseña una realidad que no es verdadera sino fabricada. La realidad fabricada solo puede beneficiar a quienes disfrutan con el uso del poder.

El mayor problema entre estas dos realidades es el hecho que la realidad alienada es considerada real en sociedades donde se utiliza el poder autoritario. La historia, la política, las escuelas, la mayoría de los medios reflejan entre otras cosas la realidad alienada como verdadera. Una persona consciente de sus propios sentimientos y de la verdadera realidad que le rodea está en minoría. La mayoría tiene defensas que sostienen su creencia en su propia realidad y rechazan la realidad de la minoría. Como la mayoría ha perdido la capacidad de sentir empatía hacia sí mismos y hacia los otros, no ven ninguna razón para ver la realidad con los ojos de la minoría. Como la realidad alienada se declara verdadera, hay individuos de la minoría que no pueden tolerar los métodos con los cuales la mayoría utiliza el poder para probar que tiene razón. La mayoría no da posibilidades a los individuos sensibles para seguir plenamente con sus vidas. Los obstáculos pueden provocar la necesidad de una vida aislada o, en algunos casos, puede conducir a la psicosis como resultado final.

¿Cómo llegamos a organizar los servicios psiquiátricos para adolescentes en Helsinki?

Comencé mi trabajo en psiquiatría tratando pacientes

adultos psicóticos en una comunidad terapéutica en la clínica universitaria de psiquiatría de Helsinki. Al mismo tiempo empecé a tratar pacientes psicóticos en psicoterapias individuales, así como en terapias familiares. Mi supervisora fue Kauko Kaila, analista existencial formada en Suiza. En la década de los sesenta la mayoría de los terapeutas consideraba que los pacientes psicóticos no eran adecuados para una psicoterapia.

Este proceso se interrumpió durante un año en los Estados Unidos donde investigué sobre la dependencia a las drogas en un servicio de guardia y ambulatorio de pacientes adolescentes de sustancias tóxicas. De vuelta a Finlandia continuó mi interés por las psicosis clínicas y realicé un estudio en escolares que durante un año eran interrogados por la policía de narcóticos de la ciudad de Helsinki. Más tarde llevé a cabo un estudio de seguimiento de veinte años de este grupo de 119 escolares para ver cuáles eran los factores de riesgo con los que se podía predecir buenos o malos resultados durante esos 20 años. Durante el tiempo del estudio primario ingresé como empleada del departamento de bienestar infantil de las oficinas médicas sociales. Eso significó que empecé como consultante de siete instituciones en las que se trataban los llamados niños y adolescentes con conductas antisociales. Allí aprendí mucho sobre las comunidades terapéuticas para adolescentes con conductas antisociales, acerca del significado de democracia y amor en dichas instituciones. Aprendí a conocer diferentes tipos de directores, psicólogos e instructores y aprendí a respetar su trabajo.

Entonces fui invitada a dirigir la unidad hospitalaria psiquiátrica para niños y adolescentes de Helsinki. La unidad tenía dos guardias hospitalarias, una para adolescentes y una para niños. Tenía funciones ambulatorias marginales y por costumbre enviaba a los adolescentes psicóticos a un hospital psiquiátrico de adultos, distante y que no era adecuado para un servicio orientado psicoanalíticamente. La unidad había llegado hasta la desesperación pues recibía una avalancha de pacientes difíciles, drogadictos, psicóticos y jóvenes con conductas antisociales.

En el libro citado se describe cómo el equipo se opone a aumentar el ingreso de pacientes psicóticos y cómo fue tratada esta oposición. Cómo de modo gradual nos hicimos cada vez más capaces de tratar adolescentes psicóticos. En un periodo de cuatro años planificamos y pusimos en marcha un servicio hospitalario de

nueve camas dedicado únicamente a pacientes psicóticos y el tratamiento de los niños fue transferido a otro hospital.

Para cambiar la mentalidad del equipo, desde un grupo tradicional autoritario hacia una unidad afectuosa y creativa, tuvimos que desarrollar un programa continuo de desarrollo ocupacional. Este incluía grupos de estudio semanales, supervisiones individuales y grupales, y encuentros de trabajo democráticos una vez al mes. Dos veces por año teníamos un seminario de un día sobre desarrollo con supervisores experimentados en procesos de trabajo con equipos.

La psiquiatría del adolescente formó parte de una mayor organización dentro de la psiquiatría. Había sentimientos mezclados acerca de los adolescentes "problemáticos" a quienes se trataba de una manera elitista. Comencé un proceso con un grupo de psiquiatría de adultos para estudiar cómo ésta podría brindar más recursos para tratar mejor a sus pacientes. Llegamos a desarrollar un nuevo plan para procesar los ingresos de emergencia en el que cada paciente recibía un procedimiento de admisión psicoterapéutico. Esto requirió 16 nuevos psicólogos solo para esa tarea. Con la ayuda de un miembro del gobierno de Finlandia, el hospital pudo obtener estos psicólogos fuera del presupuesto. Así, para la psiquiatría de los adolescentes encontramos buena voluntad dentro del hospital.

Con el fin de desarrollar un buen tratamiento para adolescentes psicóticos se necesita un equipo vivo y creativo que empatice con los pacientes y sus necesidades. Pero no es suficiente que el propio equipo sienta y pueda responder a esas necesidades. También el ambiente más amplio que influye en la unidad adolescente tiene que trabajar en la misma dirección. Se ha de informar a la administración de la salud en Helsinki, al consejo político de salud, nuestro interés en las cuestiones sobre las que deben tomar una decisión. En mi caso, como miembro durante 15 años del consejo de la ciudad de Helsinki, di información sobre la necesidad de facilitar los tratamientos. Las buenas relaciones y la colaboración con las organizaciones juveniles de la ciudad, de trabajo social y bienestar infantil, bibliotecas y locales deportivos fueron vitales. La biblioteca organizó grupos de poesía, nuestro equipo terapias musicales y de natación, una unidad de terapia vocacional, así como también fisio y arte-terapia individual y grupal. El equipo responsable de estas funciones era interactivo con

nuestro equipo de enfermería. Además de mi equipo de supervisiones tenía encuentros individuales con muchos de estos terapeutas. Participaba en la elección de nuevos psicólogos, psicoterapeutas, trabajadores sociales con el jefe de cada sector porque estaba convencida que era muy importante saber qué tipo de persona trabaja en nuestro servicio aunque yo no fuese su jefe profesional. En un encuadre psiquiátrico la enfermera jefe está a la cabeza de la jerarquía de las enfermeras, si bien el jefe médico es el responsable de la calidad de la psiquiatría. Me pareció importante tener reuniones semanales con la enfermera jefe para tener una dirección común en el desarrollo del tratamiento psiquiátrico de adolescentes.

Los pacientes psicóticos son muy sensibles a las discrepancias entre los miembros del equipo. El sentimiento de aceptación cálida en la sala solo puede crearse con la buena colaboración de los miembros del equipo. Se puede observar que muchas de las posibilidades de tratar adolescentes frágiles, depende de poder modelar el ambiente para dar espacio a un tratamiento tranquilo. Con frecuencia me sentía como director médico sin un espacio propio. Era mi responsabilidad encontrar los medios para hacer que el entorno comprendiese la importancia de ofrecer un tratamiento especial y que no interfiriese con aspectos que pudieran impedir el tratamiento. Al mismo tiempo era necesario para mí sostener al equipo para entender la esencia de la psicosis y de los seres humanos dentro del caos, y así poder desarrollar la calidad del tratamiento.

Como había tenido experiencia en tratamientos de pacientes psicóticos con psicoterapia, cuando se pensó que no funcionaba continué haciendo mi trabajo de toda la vida. También tratamos con psicoterapia y con compasión pacientes esquizofrénicos muy difíciles. Nuestro esquema terapéutico tenía cuatro puntos principales.

1. Intervención inmediata
2. Continuidad del cuidado
3. Psicoterapia
4. Clozapina con precaución y como monoterapia

No es posible describir en detalle cómo tuvo lugar nuestro proceso de desarrollo a lo largo de los años. Sin embargo me gustaría decir algo acerca del significado de las "puertas cerradas" en el tratamiento de pacientes psicóticos.

Durante años traté de modificar o cambiar las estructuras que hacen difícil el buen tratamiento humano de

pacientes psicóticos. Algunas de esas dificultades eran las "puertas cerradas". Con frecuencia en los encuadres tradicionales el equipo de enfermería deja que las puertas den la protección y el tratamiento, mientras ellas hacen "cosas más importantes" como llenar los informes de los pacientes o discutir los casos con los médicos.

Traté de mostrar que en el tratamiento de pacientes psicóticos la cosa más importante es el contacto. En una sala de hospital lo que cura es el contacto, no las puertas cerradas. Un verano comencé a organizar un campamento para el personal y los pacientes. Todo el personal de guardia, con su equipo, se mudó durante una semana a una hermosa casa modernista de madera en las afueras de Helsinki. Así la sala para pacientes psicóticos adolescentes del hospital permaneció cerrada esa semana. El edificio modernista estaba en una roca, rodeado por el mar abierto y un viejo jardín con árboles antiguos, vastos campos, con medio kilómetro de distancia hasta el camino más cercano hacia la ciudad. No había puertas cerradas ni portones ni vallas. Había un lavabo exterior de madera a 50 metros del edificio. Los chicos dormían en una habitación y las chicas en otra. El equipo trabajaba por turnos, como en la ciudad, y se quedaban en el área común cuando los pacientes dormían. La comida venía en furgonetas desde el hospital pero buena parte del trabajo de cocina y horno se hacía en la casa. En el patio había una barbacoa y con frecuencia se hacían panqueques. Las comidas ordinarias se hacían mayormente en torno a grandes mesas afuera, en el jardín muy bonito. En la orilla del mar había una sauna de madera que se calentaba diariamente.

Allí traté de ayudar al equipo de enfermería a sentir lo que significa que la seguridad de los pacientes dependa de uno mismo, cuando no se dispone de métodos físicos, como las puertas para que cuiden de los pacientes. Lo primero es darse cuenta que es el contacto mental el que da la verdadera seguridad, una seguridad voluntaria y productiva. En una casa donde las puertas están abiertas hay que estar seguro desde el principio que el paciente está a la vista y que la distancia física que nos separa de él es adecuada. El no tratará de escapar o de hacerse daño. Al principio se acompaña al paciente al lavabo, se espera afuera y se le acompaña a volver a la casa o al jardín de acuerdo a donde le apetezca estar. Hay que estar físicamente cerca del paciente. Cuando el contacto tiene más contenido, se da un mejor conoci-

miento y se desarrolla una mutua confianza. Poco a poco se puede sentir cómo cada miembro del equipo ha internalizado el significado y la calidad del contacto. Se siente como si funcionara una red de contactos, mientras los pacientes pueden estar sentados en el mar y las enfermeras en la casa. Puede percibir los cambios y las reacciones del equipo frente a lo que pasaba con el paciente. Los procesos de acción y reacción eran muy reconfortantes. El equipo estaba muy alerta. Sólo de este modo se puede afirmar realmente que se tiene una relación con el paciente. Sólo de esa manera se puede aprender poco a poco a conocer al paciente. El contacto intenso funciona como un puente de confianza a través del cual el paciente adquiere la fuerza para trabajar sobre sus sentimientos e ideas y reforzar gradualmente su identidad. Una puerta impide que se forme esa relación. Una enfermera que "se apoya" mentalmente en la puerta no le brinda toda su atención a las diversas necesidades del paciente.

El ambiente libre libera también al equipo. Jugando con los pacientes, nadando, haciendo saunas, pescando, todo eso aporta una atmósfera relajada para las discusiones. Fue fácil para los amigos y miembros de la familia juntarse en las reuniones de grupo y en las barbacoas. Las discusiones eran mucho más fáciles pescando juntos que en una oficina de una sala del hospital. La distinción entre salud y enfermedad se hizo menos clara. Todos eran sólo seres humanos.

En el primer verano se discutió mucho acerca de si era posible admitir una chica esquizofrénica. La paciente tenía tendencia a escaparse. Sugerí, sin embargo, que la acogiésemos. Debido a esta ligera oposición tenía que acompañar a esta chica por el camino del bosque para comprar helados, ninguna de las enfermeras se ofrecía. Algunos otros ligeros signos de desacuerdo se podían percibir durante el primer campamento de verano. Pienso que este tipo de experiencias concretas como el campamento de verano producen cambios permanentes en las actitudes del personal encargado del tratamiento. El proceso de aprendizaje cambia al personal de una manera fructífera.

El verano siguiente hicimos un campamento de dos semanas. Todo el equipo preparó con entusiasmo esas semanas. También ingresamos nuevos pacientes directamente en esas condiciones abiertas; como en la primera experiencia habíamos tratado nuevos pacientes en habitaciones especiales para adolescentes, en una sala hospi-

Esencia de la psicosis: organizando un programa de tratamiento para adolescentes

talara de adultos. Una paciente nueva había necesitado una enfermera solo para ella para garantizar su seguridad. Pensamos que no podríamos tenerla. Sin embargo su madre, inteligente y colaboradora, se ofreció a venir al campamento para acompañar a su hija el tiempo que fuese necesario. Así ese verano tuvimos una madre como miembro del equipo.

Cuando volvimos al trabajo en las salas cerradas fue posible desarrollar más la comunidad. Ante todo estábamos convencidos que en una sala para adolescentes psicóticos solo podían ser tratados pacientes psicóticos o depresivos. Como tenía bastante experiencia en el tratamiento de los llamados adolescentes con conductas antisociales, sabía que la mejor comunidad para tratarlos era muy diferente de una sala de pacientes psicóticos. En todas partes los pacientes adolescentes psicóticos deberían tener derecho a ser tratados en salas especialmente diseñadas para ellos.

A menudo instructores de las instituciones de bienestar infantil traían los problemas de sus adolescentes a la clínica psiquiátrica ambulatoria para ser tratados en las salas cerradas para adolescentes. No los aceptamos, pero en cambio mantuvimos una reunión con el instructor, un joven con su equipo. Tratamos de encontrar los puntos que habían causado los problemas en la institución. Le mostramos que los instructores son los especialistas y los mejores para ayudar a los adolescentes. Para añadir a su trabajo el punto de vista psiquiátrico le ofrecimos consulta a siete de las instituciones más difíciles o casas de bienestar infantil. Comenzamos consultas continuas donde nuestros psiquiatras disponían de una institución propia para consultar una vez por semana. Después de algunos años hicimos un intercambio con el equipo de enfermería. Tres de nuestras enfermeras fueron a trabajar en turnos a una de las casas de bienestar infantil y tres de sus instructores vinieron a trabajar en nuestras salas de ingresos. Este intercambio aumentó el respeto de cada uno hacia el trabajo de los otros y el sentimiento de amistad y colaboración entre la psiquiatría adolescente y bienestar infantil.

Después de algunos años comenzamos a planificar una unidad común para ingresos de emergencia y evaluación de adolescentes que no podían estar en un lugar, pues huían y se escapaban de casa y de la escuela. Esta era una unidad dirigida en conjunto por dos organizaciones. Un día por semana uno de nuestros psiquiatras trabajaba allí y también había en el equipo dos enferme-

ras pagadas por nosotros y el resto eran instructores pagados por la oficina de bienestar infantil. Planificar y dirigir esta unidad enseñó mucho a ambas organizaciones.

A través de esta colaboración con bienestar infantil se pudo organizar un espacio para adolescentes psicóticos y depresivos con el fin de que pudiesen ser tratados en una atmósfera especialmente adecuada para ellos. Por supuesto que tuvimos como pacientes ambulatorios muchos adolescentes que estaban viviendo en casas de bienestar infantil y bajo tratamiento psicoterapéutico en nuestras clínicas. Sentíamos la responsabilidad hacia todos los adolescentes entre trece y diecinueve años que eran ciudadanos de la ciudad de Helsinki, un total de 38.000.

Las psicosis de los adolescentes a menudo son diferentes de las psicosis de un adulto. También el tratamiento tiene rasgos especiales

Ante todo un adolescente necesita protección. La actitud del equipo necesita ser cuidadosa y responder inmediatamente a la búsqueda de tratamiento del paciente, tal como comentaré a continuación.

La intervención inmediata en nuestro servicio significaba que uno de nuestros siete psiquiatras estaba de guardia cada día durante las horas de oficina. Todas las supuestas llamadas de emergencia se le dirigían a él. Tenía derecho a derivar al paciente a un determinado equipo. Habitualmente él mismo veía al paciente de manera ambulatoria en su clínica externa o donde el joven estuviese. A partir de entonces el paciente era suyo y del equipo. Esta conexión duraba mientras el paciente necesitara de servicios psiquiátricos para adolescentes.

Si el paciente había llegado a la unidad de emergencia del hospital general de la Universidad, por ejemplo por un intento de suicidio, la enfermera llamaba a nuestro psiquiatra de guardia o, después del horario de oficinas, a la enfermera de la sala. El psiquiatra visitaba la unidad de urgencias el mismo día y entrevistaba al paciente y su entorno. De esta manera el tratamiento empezaba inmediatamente por parte de nuestro servicio, aunque el hospital universitario fuese una organización diferente. Estuve de acuerdo con este procedimiento después de que el cirujano jefe del hospital universitario se diese cuenta que este modo de hacer las cosas era -de manera oficial en un 100%- lo mejor para el paciente.

Durante los fines de semana y las noches la clínica psiquiátrica de pacientes ambulatorios adultos permanecía de guardia y atendía también adolescentes. La clínica externa llamaba a una de nuestras enfermeras de sala para que estuviese presente en la entrevista con el médico de guardia. De esta manera el tratamiento psiquiátrico de los adolescentes empezaba aunque nuestro psiquiatra viese al paciente y sus allegados en las primeras visitas de la mañana.

El adolescente está en un proceso de encontrar su propia identidad. Cuando una persona joven se psicotiza, existe una discrepancia entre sus fuerzas y sus demandas de un mayor crecimiento. Sus esfuerzos pueden estar dirigidos hacia direcciones diferentes de las de sus padres o un familiar importante. Puede estar luchando hacia algo más genuino e independiente que antes cuando era más conformista. Pero puede ser que no tenga instrumentos suficientes para hacer esa elección diferente. Puede tener amigos o algunos adultos que le conocen y dan más información acerca de las contradicciones en su mente. Por eso es importante preguntar al adolescente quién le conoce mejor y a quién le gustaría llamar para hablar junto a él con el equipo.

El deslizamiento a la psicosis significa una inmensa pérdida de confianza. El adolescente psicótico ha perdido su confianza en la gente y en la sociedad que le rodea. Toda comunicación o contacto puede ocasionarle un dolor inmenso. El umbral de tolerancia al dolor ha sido sobrepasado y el adolescente está en su propio mundo. Ha tenido que abandonar sus sentimientos, el lenguaje aprendido y toda la lógica de causa-efecto. Sólo se puede defender de esa manera y evitar que nuevas comunicaciones dolorosas y envenenadas se deslicen dentro de su mundo vulnerable. La psicosis es una defensa. Sólo un psicoterapeuta que sienta y se de cuenta que el adolescente se defiende de manera comprensible y justificada, puede ayudarlo. En contraste, un psiquiatra o enfermera que experimente el estado del adolescente como una enfermedad diagnosticable a la que se diagnostica y se trata de acuerdo a sus criterios se mueve en un nivel superficial y mecánico.

La psicosis es sentida a menudo con alivio. Un alivio por una ansiedad de larga duración, de sentirse mal entendido y maltratado. En tales psicosis el deseo de abandonarse a sí mismo a flotar en ella y vivir sin resistencias es muy grande. Por otro lado la psicosis contiene también aspectos inquietantes. Dejar al joven "des-

cansar" en la psicosis no es un buen tratamiento alternativo. Si permanece mucho tiempo puede volverse crónica, determinarse biológicamente y convertirse en un inútil desde el punto de vista de la creatividad y el progreso. Para sobrevivir mentalmente y quedar rehabilitado es importante poder evitar el dolor que producen los sentimientos y la memoria. Evitados y almacenados hasta el momento en que puedan ser compartidos y recibidos por un terapeuta comprensivo y afectuoso. Para poder tolerarlos y examinarlos juntos.

La cualidad más importante de un terapeuta es que viva en la realidad de los sentimientos genuinos. Si, por el contrario, vive en la llamada realidad conformista y en los valores de la mayoría de las personas, será incapaz de ayudar verdaderamente a una persona psicótica. Puede estar ayudando al adolescente mecánicamente pero no en profundidad y con sentido. Me preocupa la expansión de explicaciones biológicas mecánicas de la psicosis y de la esquizofrenia porque conduce a tratamientos mecánicos y actitudes indiferentes hacia el dolor humano y la injusticia.

Es importante reunirse con los miembros de la familia. Tan importante como no forzar al paciente a confrontaciones excesivas con los padres, a menudo los padres tienden a creer que saben cómo es su hijo y tratan así de proyectar esa creencia en él, incluso cuando el adolescente pueda sentirse muy diferente. El motivo de la terapia no es provocar tensión extra en el paciente. La terapia individual y el apoyo es el núcleo del tratamiento adolescente. En nuestro servicio tratamos de ver a los padres también individualmente. Las historias vitales de los padres pueden revelar a veces traumas que no eran conocidos o sentidos por los padres. Sólo después de tratar con ellos suele ocurrir que los padres empiezan a dar más independencia a los adolescentes. En psiquiatría de adultos el paciente a menudo vuelve a la casa familiar y a su trabajo. A menudo tiene una familia secundaria y no vuelve a la casa de su infancia.

Los adolescentes en Finlandia marchan de casa generalmente a los dieciocho años. El equipo les ayuda a establecer las estructuras de su futuro porque sus intenciones no incluyen el proceso de retorno. El proceso de tratamiento debería también ayudar al adolescente a ser física y mentalmente capaz de marcharse de casa. De esa manera, al mismo tiempo que la psicoterapia le prepara para encontrar su identidad y sus fuerzas, el resto del equipo y del trabajo social debería ayudarlo a encon-

Esencia de la psicosis: organizando un programa de tratamiento para adolescentes

trar una escolarización adecuada y condiciones de vida que ayuden al éxito de la psicoterapia.

La organización privada de la ciudad de Helsinki compró una casa que habíamos encontrado para nuestros pacientes psicóticos. La casa funcionaba como residencia temporal para cuatro adolescentes a la vez. Una pareja formada en el trabajo con jóvenes funcionaba como padres. Un paciente puede estar allí aproximadamente entre medio año y un año y medio. Durante ese tiempo él o ella pueden acudir a una escuela o al trabajo y mientras viven allí se prepara el siguiente paso de su vida independiente. Este es un ejemplo de psiquiatría adolescente que no es solo psiquiátrico sino un conjunto de esfuerzos que se apoyan mutuamente. La independencia económica no es un detalle menor.

El principio de continuidad de los cuidados garantiza que el mismo psiquiatra y su equipo que comenzaron el tratamiento del paciente lo cuiden a lo largo del proceso terapéutico. Este psiquiatra cuida al paciente ambulatoriamente y también en la sala del hospital, cuando se requiere un ingreso. De esa manera el adolescente y su entorno no necesitan repetir su historia muchas veces. Así el adolescente tiene el sentimiento de seguridad y confianza y el equipo forma un grupo de apoyo que le acepta tal como es.

La psicoterapia se ofrecía gratuitamente a cualquiera que la necesitara. Logré garantizar para nuestro presupuesto una cantidad de dinero con la que se pudo pagar una psicoterapia del sector privado. En nuestro servicio la mayoría de los médicos y enfermeras y psicólogos habían pasado por una formación en psicoterapia de adolescentes orientada psicoanalíticamente durante tres años. Alguno llevaba seis años de formación y algunos hacían formación en terapia cognitiva. Nuestros propios terapeutas tenían larga experiencia en terapias de pacientes psicóticos y *borderline*. Al principio derivamos los pacientes menos complicados a los terapeutas privados pero con el tiempo ambos trataban también casos difíciles. En el libro sobre *Adolescencia, creatividad y psicosis* describo todo esto. También describo el proyecto de psicoterapia para 10 pacientes esquizofrénicos para quienes los seguros sociales del gobierno no pusieron límite de tiempo para pagar los gastos. Así pues, las terapias podían durar hasta cinco años. La negociación duró tres años.

Pensamos que la *Clozapina* es la mejor medicación para los estados psicóticos agudos y, también, para la

esquizofrenia. Algunas indicaciones nuevas han restringido su uso en las fases iniciales, pero en el tiempo en que trabajaba lo usábamos incluso en casos agudos sin utilizar antes los antiguos antipsicóticos. Nos parecía inmoral tratar primero con una medicación que le produce al adolescente efectos colaterales problemáticos. El uso inmediato de Clozapina dio buenos resultados y con frecuencia se podía suspender la medicación después de algunas semanas.

Los efectos antidepresivos y ansiolíticos de la Clozapina ayudan a los adolescentes a comenzar a trabajar con sus terapeutas de modo provechoso. Disponíamos de un hematólogo en nuestro equipo complementario. Con su ayuda diseñábamos tratamientos a medida. Podíamos evitar, así, las actitudes negativas hacia las medicaciones que causaban fácilmente otros fármacos antipsicóticos. Entendemos, sin embargo, que la elección de la medicación depende, por supuesto, de la experiencia y las convicciones de cada médico. Mi convicción es que yo nunca prescribí psicofármacos que producen dependencia como el diazepam.

Traducción del Dr. Guillermo Bodner

Notas

- (1). TURPEINEN - SAARI, PIRKKO (2007): *Adolescencia, creatividad y psicosis*, Barcelona, Herder.
- (2). LIER, LENE (1982). Discurso y video, Conferencia Nórdica sobre Psiquiatría Infantil.

Consideraciones sobre la organización de los servicios de psiquiatría infantil en Italia

G. RIGON¹, S. COSTA², A. FIORITTI³

RESUMEN

Recientes investigaciones sociológicas sobre la infancia y la adolescencia en Italia señalan como principales problemas: un debilitamiento de la red de apoyo tanto de los iguales como familiar, violencia y comportamiento de riesgo en los adolescentes, así como la situación de los menores extranjeros no acompañados. Los mismos aspectos se encuentran entre los temas clínicos que refieren los servicios de neuropsiquiatría italiana y la Comunidad Europea. El artículo ilustra el modelo organizativo de la Emilia Romagna caracterizado por el concepto de red integrada de los equipamientos, entre los que se encuentra el servicio de neuropsiquiatría de la adolescencia de Bolonia. PALABRAS CLAVE: servicio de salud mental, psiquiatría infantil, infancia, adolescencia.

ABSTRACT

CONSIDERATIONS ON THE ORGANIZATION OF THE CHILD PSYCHIATRIC SERVICES IN ITALY. Recent sociological research on childhood and adolescence in Italy has highlighted the following problematic: a weakening of the support network of equals and family, violence and risk behaviour in adolescents, and the problem of unaccompanied foreign minors. These same themes are found among the clinical issues handled by the Italian neuro-psychiatric services and the European Community. This paper illustrates the organizational model of Emilia-Romagna characterized by the concept of an integrated service system, amongst which is the Adolescent Neuro-Psychiatric Service of Bologna. KEY WORDS: mental health service, child psychiatry, childhood, adolescence.

RESUM

CONSIDERACIONS SOBRE L'ORGANITZACIÓ DELS SERVEIS DE PSIQUIATRIA INFANTIL A ITÀLIA. Investigacions sociològiques recents sobre la infància i l'adolescència a Itàlia assenyalen com a principals problemes: un debilitament de la xarxa de suport tant pel que fa als iguals com familiar, violència i comportament de risc dels adolescents, així com la situació dels menors estrangers no acompanyats. Els mateixos aspectes es troben entre els temes clínics que tracten els serveis de neuropsiquiatría italiana i la Comunitat Europea. L'article il·lustra el model organitzatiu de l'Emilia Romagna, caracteritzat pel concepte de xarxa integrada d'aquests equipaments, entre els quals hi ha el servei de neuropsiquiatría de l'adolescència de Bolonya. PARAULES CLAU: serveis de salut mental, psiquiatría infantil, infància, adolescència.

Para tratar sobre la organización de los servicios de psiquiatría infantil en Italia, desde el punto de vista de las necesidades y de unas adecuadas respuestas, hace falta un análisis que compare las tendencias sociales hacia las cuales se dirige nuestro país, especialmente en el ámbito de los niños y adolescentes, con la actual

situación organizativa de los servicios.

Con este objetivo se darán a conocer, en primer lugar, algunos datos sociológicos de la situación actual de la infancia y la adolescencia en Italia, y otros más específicos de la psiquiatría infantil relacionados, sobre todo, con la organización asistencial existente, los nuevos

*1. Psiquiatra, Neuropsiquiatra infantil, Responsable de la Sección de Psiquiatría de la Sociedad Italiana de Neuropsiquiatría de la Infancia y la Adolescencia; 2. Neuropsiquiatra infantil, Servicio de Neuropsiquiatría de la Infancia y la Adolescencia de Bolonia; 3. Psiquiatra, Responsable del Servicio de Salud Mental de la Región Emilia Romagna.
Correspondencia: girigon@libero.it*

Consideraciones sobre la organización de los servicios de psiquiatría infantil en Italia

temas clínicos emergentes y las necesidades organizativas y formativas. Finalmente se presenta el modelo organizativo de la neuropsiquiatría de la infancia y la adolescencia en la región de Emilia Romagna, comparado con otros existentes en Italia, para acabar con algunos datos sobre la situación de la ciudad de Bolonia.

El trabajo se compone, pues, de cinco partes: I. Dos retratos de la infancia y la adolescencia en Italia. II. La situación de la psiquiatría infantil en Italia: realidades asistenciales consolidadas, nuevos temas asistenciales emergentes, necesidades organizativas y formativas. III. Referencias internacionales: el Libro Verde de la Comunidad Europea. IV. Modelos organizativos de la Neuropsiquiatría de la Infancia (NPI) en Italia y en Emilia Romagna y V. La situación de Bolonia.

I. Dos retratos de la infancia y la adolescencia en Italia

La realidad de la infancia y la adolescencia en Italia está periódicamente retratada por entidades tales como Eurispes (2006) y el Instituto de los Inocentes de Florencia (2006). Presentamos a continuación un resumen de los datos que aparecen en los dos informes recientes.

A. Séptimo Informe Nacional Eurispes sobre la situación de la infancia y la adolescencia

El Informe ofrece, de nuevo, un cuadro complejo y variado de la realidad de los menores en Italia, y se sitúa como instrumento de conocimiento de los principales cambios, tendencia, potencialidades y riesgos que caracterizan esta franja de edad en nuestro país, incluso a la luz de las informaciones procedentes del panorama internacional.

El tipo de desarrollo económico que caracteriza nuestro país, al igual que el de los países occidentales, produce cambios sociales acelerados que repercuten, obviamente, también sobre la salud mental de los niños y de los adolescentes, dando lugar a nuevas formas de malestar y nuevas emergencias, además de otro tipo de expectativas y demandas por parte de los adultos, dirigidas tanto a los niños y a los adolescentes como a los servicios que se ocupan de ellos. No hay duda que la rapidez y la envergadura de estos cambios ha provocado desconcierto y dificultades de respuesta ya sea por parte de los adultos, como de las administraciones. Veamos algunos datos proporcionado por Eurispes.

El daño ocasionado a niños y adolescentes se mantiene elevado por lo que respecta al número de abusos sexuales: en el 2005 se denunciaron en Italia 699 abusos, fundamentalmente cometidos por personas próximas y conocidas por las víctimas. También está extremadamente difundida la prostitución femenina de menores, que en nuestro país representa un importante componente de este fenómeno y se localiza, sobre todo, en contextos urbanos y metropolitanos. Este hecho lo padecen también los varones, de entre 13 y 17 años, particularmente rumanos (normalmente de origen gitano) y en menor proporción chicos procedentes del Magreb, los Balcanes y Albania. En cuestión de explotación, decenas de millares de niños entre los 7 y los 14 años se ven obligados a trabajar en Italia: el 50% de ellos trabaja en empresas familiares, el 32% tiene un trabajo temporal y el 18% ejerce actividades de riesgo. Además va en aumento el número de denuncias a adolescentes. El Informe 2005 sobre el estado de seguridad de nuestro país nos dice que del 2001 al 2005 la incidencia de denuncias referentes a menores en relación al total de sujetos denunciados aumentó, pasando del 2,7% al 3,1%. Junto a los problemas de abuso, de explotación sexual y laboral, de pobreza, en los últimos años se han afianzado nuevas formas y fuentes de malestar y de sufrimiento: la desaparición de menores, dificultades de integración de menores extranjeros, los riesgos de internet y las nuevas tecnologías, así como un bajo perfil en salud mental.

Se destaca, asimismo, la cuestión de la dispersión escolar: Italia, con una tasa del 21,9%, es uno de los países europeos con mayor porcentaje de abandono escolar. El último estudio, de los que realiza periódicamente Eurispes, se llevó a cabo con 2.516 jóvenes (1.242 adolescentes pertenecientes a los cursos de 12-19 años y 1.274 niños de 7-11 años). Indica que los niños y adolescentes frecuentan cada vez más los sitios donde pueden ser protagonistas y están cada vez más desinteresados por los espacios donde no se les considera sujetos activos. En otras palabras, se adentran a explorar nuevas tecnologías de la información y de la comunicación y se alejan de la política.

En este sentido, Internet está consolidando cada vez más su papel central en la socialización de los chicos, afianzándose frente a los estamentos tradicionales como la familia y la escuela: cerca de un tercio de los chicos ha establecido nuevas relaciones de amistad a través de

internet (el 34,2% para ser más exactos). Cada vez más amos de las realidades virtuales y de las nuevas tecnologías y cada vez más excluidos y marginados del ámbito político, no sorprende, pues, que los adolescentes italianos vivan la política con enojo y desinterés. Este cambio tiene obviamente efectos relevantes en la dimensión cultural y de los valores de los niños y de los adolescentes. La exigencia de un mundo mejor y de una sociedad más justa e igualitaria, que plasmó las vidas e ideales de las generaciones precedentes, está mucho menos presente en la juventud actual. En cierto sentido, los adolescentes son más conformistas y obedientes a las reglas sociales, menos combativos por los cambios sociales, quizás porque no se sienten protagonistas de los mismos.

Las jóvenes generaciones escogen como objetivos principales la familia y un buen trabajo –dos objetivos "privados" e individuales– y se definen desinteresados por lo que tienen. La sociedad adulta parece estar cada vez más alejada –no sólo por falta de tiempo, sino también por falta de conocimientos y de formación– del mundo infantil y adolescente. Un ejemplo es la dificultad de los padres para acompañar a los hijos en el descubrimiento de las nuevas tecnologías, las cuales ofrecen infinitas potencialidades pero también innumerables riesgos, como testimonian los propios niños y adolescentes.

Entre las tendencias descritas por las nuevas generaciones, los adolescentes citan la necesidad de manipular/modificar el propio cuerpo: es la época del *body tuning* ("tuneado" corporal), de modificar sustancialmente el propio cuerpo, mediante el recurso a tatuajes, *piercings*, desgarros, transformándolo en un verdadero y propio instrumento/contenedor/objeto de representación del sí mismo. Fenómenos tales como el tatuaje y el *piercing*, bien acogidos entre jóvenes y no tan jóvenes, se han convertido en parte de la indumentaria contemporánea, suscitando el interés de sociólogos, antropólogos, psicólogos y médicos. El hallazgo de Eurispes pone de relieve cómo los significados que los jóvenes atribuyen al tatuaje están relacionados con la sensualidad, el anticonformismo, la capacidad de ser más atractivos en los encuentros con el otro.

B Informe del Instituto Innocenti (2006)

El informe bianual sobre la situación de la infancia y la adolescencia en Italia de 2006, que el Instituto Innocenti redactó en colaboración con el Ministerio del

Trabajo y Políticas Sociales presenta ante todo, ya en la introducción, la cuestión del descenso numérico de ciudadanos menores en nuestro país, que hoy representa sólo el 17,2% de la población, con una modificación sustancial del índice de la vejez; esto, según el informe "tendrá en el futuro un peso determinante en la redefinición de las políticas sociales de nuestro país".

Otro aspecto detectado es el incremento de las familias y, al mismo tiempo, la disminución del número de sus componentes. La inestabilidad matrimonial, con aumento de separaciones y de divorcios, ha doblado el número de hijos a cargo desde 1994 hasta la fecha, con la consiguiente necesidad de intervenciones para apoyar a la familia y específicamente a los padres.

Sobre el impacto de las transformaciones familiares en el tejido social, el informe afirma: "cohortes de bebés cada vez más restringidas supone para los niños una probabilidad cada vez mayor de crecer sin hermanos/as y sin primos; es decir, crecer privados de redes familiares horizontales, mientras que las redes verticales (abuelos y bisabuelos) se dividen más fácilmente, se complican por medio de las separaciones y los divorcios, se hacen más difíciles de sostener". El debilitamiento de las redes primarias de parentesco comporta mayor aislamiento de las familias y un nuevo privatismo o familismo.

En relación a la percepción del tiempo libre por parte de los chicos de 14 a 17 años, va presentando una modificación caracterizada por una visión mayoritariamente centrada en la propia libertad individual: un tiempo para sí, de evasión de la rutina cotidiana, disminuyen sin embargo las respuestas focalizadas en la percepción lúdica y orientadas hacia el grupo de iguales. En general disminuye el número de chicos satisfechos bien con la cantidad, bien con la calidad, del tiempo libre disponible.

Por lo que respecta a la escuela, aparecen como centrales las cuestiones de la integración de los menores extranjeros y las dificultades y los trastornos de aprendizaje. Finalmente se identifican como "cuestiones abiertas" algunos aspectos problemáticos referentes a la infancia y a la adolescencia tales como:

- Violencia y maltrato a menores (que resulta ser el 16% de las víctimas de homicidio intrafamiliar).
- Comportamientos violentos de los menores y el *bullying*.
- Conductas de riesgo, con un aumento de la toleran-

cia hacia el consumo de alcohol, cannabis y cocaína, con la correspondiente disminución de la percepción de riesgo. Respecto a eso "uno de los elementos más críticos es la dificultad para elaborar reflexiones y acciones preventivas adecuadas cuando el sistema cultural de referencia les propone un modelo de vida basado justamente en el riesgo vivido como un componente positivo de la vida".

- La criminalidad de menores, que aún siendo cuantitativamente inferior a la de otros países europeos, es cualitativamente más acentuada en términos de gravedad de los actos y de aparición, junto a las formas tradicionales, de nuevas manifestaciones definidas como "malestar del bienestar" en grupos ultras y nazis skins. Sobre esta cuestión, además, en el estudio se asegura: "desde más ámbitos se ha señalado, además, la urgencia de recrear estructuras comunitarias que estén específicamente equipadas para hacerse cargo de menores con trastornos psicopatológicos que necesiten ser acogidos en centros especializados y no genéricamente de custodia como los centros penitenciarios".

- Sobre el trabajo de los menores no hay datos que permitan describir una tendencia.

- Menores extranjeros no acompañados, fenómeno relacionado con el aumento de la inmigración de chicos menores de 15 años.

En el terreno de la protección de la salud y estilos de vida se han analizado problemáticas históricamente conocidas (dependencias al alcohol y drogas) y problemáticas nuevas tales como la dependencia al juego, internet, así como los trastornos alimentarios. Especial atención se dedica al tema de la accidentalidad viaria que marca el mayor número de muertos esta causa entre chicos de 14 a 17 años.

Retomando los datos presentados hasta ahora, leyéndolos desde la óptica de la protección de la salud mental, los aspectos emergentes, especialmente problemáticos, parecen ser:

- Una modificación social que comporta el debilitamiento de la red de apoyo tanto familiar como de iguales

- La violencia inmediata y actuadora por parte de los menores y, por tanto, los aspectos relativos a la impulsividad.

- Las conductas de riesgo.

- Los menores extranjeros no acompañados

II. La situación de la psiquiatría infantil en Italia

El análisis que presentamos a continuación nace de los resultados del trabajo desarrollado a lo largo de 2006 por la Sección de Psiquiatría de la Sociedad Italiana de Neuropsiquiatría de la Infancia y Adolescencia (SINPIA), preparado para el Congreso Nacional de Sección, a través de un sondeo orientado a revelar:

- Las experiencias clínico/asistenciales en los diversos servicios de neuropsiquiatría infantil (NPI) de nuestro país.

- Las cuestiones de mayor actualidad (por ejemplo, nuevos cuadros patológicos o realidades psicosociales ante las que nos vemos confrontados).

- Las necesidades organizativas, técnicas, asistenciales y formativas que derivan de la comparación entre estos dos primeros puntos; es decir de la comparación entre las estructuras que disponemos y las necesidades a las que estamos llamados a hacer frente.

La parrilla de recogida de datos se envió a todos los socios de la sección de psiquiatría, al consejo directivo y a los secretarios regionales de la SINPIA, así como a los directores de las principales estructuras hospitalarias y universitarias que en Italia se ocupan de la psiquiatría. Respondieron 20 colegas (entre aproximadamente 70 socios de la sección, un 28%) pertenecientes a 10 regiones diversas (Piamonte, Marcas, Trentino AA, Véneto, Sicilia, Emilia Romagna, Umbria, Valle de Aosta, Lacio, Lombardia).

El análisis de los resultados obtenidos muestra un retrato de la realidad de la psiquiatría infantil italiana caracterizada por:

- Un patrimonio de "excelencias" construido a lo largo de los años y dedicado a varios ámbitos entre los cuales destacan las intervenciones en casos de autismo y trastornos generalizados del desarrollo; el trabajo ambulatorio y los servicios de psiquiatría infantil (en particular para adolescentes) y otros más específicos como los diagnósticos o tratamiento para algunas patologías: aprendizaje, TDAH, psicopatología de la primera infancia, TCA.

- Una serie de aspectos nuevos ante los cuales la realidad clínica empieza a enfrentarse y sobre los que se está sólo parcialmente preparados para dar respuesta: en particular los trastornos de conducta, el apoyo paterno, el trabajo con menores extranjeros y sus familias y otras cuestiones más propias de la psiquiatría como las urgen-

cias, las tentativas de suicidio, el uso de fármacos y los trastornos de personalidad. Es interesante destacar que las respuestas referentes a las cuestiones de actualidad, muestran mayor concordancia.

- Las necesidades organizativas indicadas reflejan consecuentemente algunas de las cuestiones citadas como las estructuras asistenciales para adolescentes y en situaciones de crisis que requieran su recuperación. Se insiste sobre la necesidad de un trabajo en red con las demás instituciones que se ocupan de la infancia (servicios sociales, justicia de menores, escuela, etc.). A nivel formativo de los profesionales, uno de los mayores reclamos es la mejora de la relación con la universidad a fin de asegurar una formación más próxima a la realidad clínica que se deberá afrontar una vez terminado el periodo formativo. Muchos subrayan, además, la necesidad de estudios multicéntricos.

Si comparamos el cuadro delineado por Eurispes y por el Instituto de los Inocentes con las referencias que los colegas nos han proporcionado sobre las cuestiones de mayor actualidad, notamos una gran coincidencia. Vemos, de hecho, que en los primeros tres puestos se encuentran los trastornos de la conducta, la paternidad y los menores extracomunitarios, los cuales representan exactamente las tres temáticas emergentes señaladas en los trabajos de los dos institutos de investigación citados. Esta coincidencia llevaría a decir que los servicios de la NPIA, por su propia especificidad en el ámbito sanitario, representan un sensor oportuno y fidedigno de todo aquello que se mueve en el contexto social y de los efectos que dichos movimientos tienen sobre las condiciones de salud mental de los niños y los adolescentes.

III. Referencias internacionales

El "Libro Verde" de la Comunidad Europea de finales de 2005, por lo que respecta a la salud mental hace una breve alusión a la infancia: "la promoción de la salud mental de niños y adolescentes es un investimento para el futuro. La formación de los padres puede mejorar el desarrollo del niño". Se sugiere, por ejemplo, "la lucha contra la depresión posparto de las madres, la mejora de las competencias parentales, las visitas domiciliarias de enfermeras para asistir a futuros padres o padres recientes y a las escuelas. Para adolescentes y jóvenes, la creación de un ambiente escolar y moral

positivos". Otros aspectos interesantes son dos documentos adjuntos:

- El primero hace referencia a la diferencia de los costes que la sociedad mantiene a lo largo de los años, comparando niños sin problemas, niños con problemas de conducta y niños con un verdadero *trastorno de conducta*.

- El segundo se refiere al abanico de factores sociales, ambientales y económicos que tienen un peso en la salud mental (a partir de un estudio de la OMS de 2004) del que cabe señalar la *integración de las minorías étnicas* como un potente factor protector.

IV. El modelo organizativo de la NPIA en Emilia Romagna

El modelo propuesto en nuestra región, prevé que la neuropsiquiatría de la infancia y la adolescencia (NPIA) sea parte estructural del Departamento de Salud Mental, junto con la psiquiatría de adultos y con las adicciones. La neuropsiquiatría, al igual que las otras instancias deben tener presente los profundos cambios demográficos y sociales ocurridos en nuestro país en los últimos decenios, los cuales resumimos de la manera siguiente:

- *Entre 1980 y 2000*: Aumento de la renta, mayor ocupación femenina, mayor grado de instrucción, aumento de la expectativa de vida media, disminución de la natalidad, envejecimiento, distanciamiento entre generaciones, reducción de los componentes y núcleos familiares, núcleos familiares "atípicos", éxodo de los centros históricos, aumento de las áreas suburbanas, desigualdades, inmigración.

- *Entre 1980 y 2007*: Menos sociedad y más individuos, mayor nivel de instrucción, más ricos, más ocupados con mayores expectativas. Más desfavorecidos, más vulnerables.

Las principales estrategias propuestas por la Región según las cuales se puede afrontar el malestar mental, pueden resumirse así:

A nivel comunitario: énfasis en la prevención, promoción de la salud y cohesión social; dar una respuesta orgánica a todas las situaciones de trastorno, malestar mental y dependencias, en cada etapa de la vida. Todo ello favoreciendo la integración entre los servicios sanitarios (DSM-DP y colaboraciones estratégicas), socio-sanitarios y sociales.

Consideraciones sobre la organización de los servicios de psiquiatría infantil en Italia

Situación de Bolonia

Algunas de las cuestiones aparecidas como centrales y concordantes entre los análisis sociológicos, las indicaciones de los colegas y el Libro Verde, en particular referente a los trastornos de la conducta, las urgencias psiquiátricas y los menores extranjeros, nos parece útil presentar el modelo organizativo y algunos datos del servicio que ilustran la situación de la ciudad de Bolonia.

La observación de estos datos, realizada por el Hospital de Día de la Unidad Operativa de Psiquiatría y Psicoterapia de la Infancia, es limitada pero también específica, ya que recoge las situaciones de urgencia psiquiátrica de Bolonia derivadas por los dos hospitales de la ciudad: Hospital Mayor (Pediátrico y General) y Hospital de Santa Úrsula.

En psiquiatría infantil, después de un largo período de trabajo dedicado al crecimiento de los servicios territoriales, nos hemos dado cuenta de la necesidad de estructuras que refuercen de forma intensiva el trabajo de base, como centros de día, y que posibiliten el ingreso breve en áreas dedicadas a menores, para los casos graves y urgentes. Por ello en 1999 se abrió el hospital de día (HD) de nuestra Unidad Operativa que en Bolonia funciona en estrecha coordinación con el centro de día y los servicios territoriales a los cuales, después de resolverse la fase aguda, se derivar nuevamente el paciente (Costa et al, 2004).

Ingresos al hospital de día y diagnósticos

La media de hospitalizaciones en el HD desde el 2001 hasta el 2005 fue de 169 sujetos al año. En el 2006 fueron de 180 (por tanto un aumento del 6,5%). En este sentido conviene señalar como se ha modificado la tipología del usuario: mientras algunas patologías como los trastornos psicósomáticos, los trastornos del comportamiento alimentario, los cuadros de psicosis, permanecen casi invariables en el tiempo, los trastornos depresivos entre el 2003 y el 2005 han pasado del 20% al 30%, y la suma de los cuadros reactivos de adaptación y trastornos de conducta del 20% al 56%. Estos diagnósticos, a nuestro entender, ponen de manifiesto no tanto una psicopatología estructurada, como un estado de sufrimiento reactivo al tipo de vida y la necesidad de comunicarse, lo cual, unido a la forma aparatosa como expresa el síntoma, da cuenta de lo intolerable que le resulta al chico la situación que vive.

Consumo de sustancias

En el estudio realizado por el Observatorio de dependencias de Bolonia (2005), de 2.015 sujetos –con una edad media de 25 años– el 20%, es decir 1 de 5 tenía menos de 19 años. Al indagar sobre el estado de satisfacción de los chicos en relación a diversos aspectos de su vida, el 63% no se siente satisfecho, particularmente sobre el futuro (38%), el trabajo (30,5%), los padres (28,2%). Estamos, por tanto, que respecto a las relaciones principales (amigos, familia, pareja) y a las condiciones profesionales (escuela o trabajo) al menos uno de cada tres se declara insatisfecho.

La edad media del primer consumo de sustancias aparece a los 16,3 años, en el caso del cannabis. En general, un 9% inició el consumo antes de los 14 años y el 42% antes de los 16. Señalar que son frecuentes los accidentes de tráfico bajo los efectos del alcohol o estupefacientes y recordar que, en la adolescencia, la primera causa de mortalidad son este tipo de accidentes y la tercera, el suicidio.

Frente a estos datos lo que resulta de nuestra observación, sobre la base de un estudio de la psicopatología de la adolescencia relacionada con el uso de sustancias es que de 223 pacientes tratados en nuestro HD entre 2003-2004, 14 (6%) habían consumido sustancias no de forma ocasional. De estos 14 pacientes, 7 eran varones (50%) y 7 mujeres (50%); la edad media fue de 16 años y medio, y en 5 casos (35%) hubo tentativas de suicidio.

Tabla 1. Diagnósticos de los pacientes consumidores de sustancias

<i>Diagnóstico*</i>	<i>Número de pacientes</i>
Depresión	6
Trastorno de personalidad	5
Neurosis	1
Trastorno psicótico agudo	2

* (ICD-IX)

Al analizar la modalidad de tratamiento que se ofrece a los pacientes consumidores de sustancias, respecto a la población general, destaca una mayor cantidad de tratamientos globalmente intensos –mayor porcentaje de psicoterapia, más apoyo familiar, además de tratamientos farmacológicos e intervenciones educativas–. Esto define el concepto de tratamiento integrado en el cual, a

la suma de elementos terapéuticos —mientras éstos estén coordinados con una finalidad común de tipo psicoterapéutico—, le corresponde, en sentido cualitativo, una mayor eficacia terapéutica. Dicha calidad añadida se consigue, en nuestra experiencia, mediante un trabajo constante de equipo, la discusión periódica de los casos, la supervisión, el encuentro y la real valoración de distintas profesiones (educadores, médicos, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras).

Respecto a la gravedad del cuadro y al éxito del tratamiento es interesante notar que en porcentaje, los pacientes consumidores de sustancias presentan más frecuentemente un cuadro inicial grave respecto a la casuística total (50% respecto al 31%), pero a pesar de esta mayor gravedad inicial, el porcentaje de éxito del tratamiento sin embargo —indicado por una puntuación alta (70) en el registro de la escala (CGAS) que valora el grado de funcionamiento/adaptación social— no dista mucho entre pacientes consumidores de sustancias (57%) y pacientes de población general (62%).

Esta aparente anomalía, que ya encontramos en estudios precedentes sobre casos graves, puede justificarse recordando que muchos de los cuadros de pacientes consumidores de sustancias se presentan en fase aguda, es decir, en situación de crisis, reclamando por tanto todo cuanto sabemos respecto a la adolescencia. Es posible que un correcto enfoque del tratamiento, que sepa recoger y valorar los aspectos positivos inherentes a la crisis, lleve a un elevado interés por retomar la trayectoria infantil normal.

Tentativa de suicidio: Entre 2000 y 2006 se dieron 71 casos de tentativa de suicidio con una media, por tanto, de 10 casos/año. En realidad se asistió a un progresivo aumento, pasando de 4 casos registrados el primer año, hasta el último año (2005) en el que hubo 15 casos (+33%). Sólo en el mes de noviembre de 2006 se registraron 4 casos de tentativa de suicidio.

Prisión: Desde 2001 se activó un protocolo de colaboración con el Centro de Justicia de Menores de la Región de Emilia-Romaña basado en consultas periódicas, a menudo semanales, entre el Instituto Penal de Menores de Bolonia, la Comunidad Ministerial de Bolonia y otras comunidades que colaboran con el Centro de Justicia de Menores. Entre 2001 y 2003 se trataron una media de 7 pacientes al año que en el 2006 paso a 10.

Urgencias de menores extranjeros no acompañados: Desde

hace algunos años existe una colaboración con el Servicio de Menores y Familias del Ayuntamiento de Bolonia, en particular para los casos urgentes y para menores extranjeros no acompañados, de cara a una valoración y una eventual tutela que se formalizó en el 2006 mediante un protocolo. En este caso asistimos a un aumento de este tipo de población, a la cual se añade un dramático agravamiento de las situaciones. En el último mes se han confirmado cuatro urgencias (en tres casos se trató de actos autolesivos) que han requerido ingreso en el Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Tratamiento (SPDC).

Conclusiones

Se han detallado los resultados de dos análisis sociológicos, realizados por organismos distintos, que retratan la situación actual de la infancia y la adolescencia en Italia. En las consideraciones aparecidas hay una gran convergencia a la hora de señalar las situaciones mayoritariamente problemáticas: un debilitamiento de las redes de apoyo, ya sea con los iguales —sobre todo familiares—; el tema de la violencia repentina e impulsiva por parte de los menores; los comportamientos de riesgo y los menores extranjeros no acompañados.

Resulta, pues, de gran interés el hecho que estas mismas cuestiones han aparecido nuevamente a partir de una óptica completamente diferente a las precedentes, como son los trabajadores de los servicios de neuropsiquiatría infantil de nuestro país, junto a la urgencia psiquiátrica infantil. Una confirmación más de la relevancia y de la actualidad de estos argumentos surge del análisis publicado recientemente por la Comunidad Europea en el *Libro Verde* sobre la salud mental.

No es habitual encontrar una concordancia tan alta a partir de puntos de observación tan diferentes, lo cual nos parece indicativo de que verdaderamente éstas son las cuestiones emergentes a las que se deberá prestar mayor atención y que requieren un esfuerzo para poner en marcha circuitos de acogida y tratamientos ágiles y flexibles, además de adecuadas líneas de formación puesto que seguramente sobre dichas cuestiones no hay todavía un suficiente patrimonio formativo.

Se ha ilustrado, igualmente, el modelo organizativo de Emilia Romagna caracterizado por el concepto de red integrada de servicios. Finalmente, los datos de la realidad asistencial de psiquiatría infantil de la ciudad de

Consideraciones sobre la organización de los servicios de psiquiatría infantil en Italia

Bolonia atestiguan un aumento cuantitativo y cualitativo de la gravedad y complejidad de los trastornos de los casos atendidos y dan cuenta de la necesidad de invertir en recursos y calificar las intervenciones ya que, como se ha dicho, a pesar de la gravedad del fenómeno se constata la posibilidad de éxito terapéutico.

Todas las fuentes y experiencias citadas confirman la necesidad de repensar la organización de los servicios de la NPIA en el marco más general de los servicios sanitarios y sociales, de proceder a la racionalización de los recursos disponibles, de revisar las sinergias con otros servicios para hacerlos más eficaces y, así, poder abordar las nuevas necesidades con mayor competencia en el terreno técnico-profesional.

Traducción de Montse Balcells

Bibliografía

COMUNITÀ EUROPEA (2005): *Libro Verde*. Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea. Bruxelles.

COSTA S, RIGON G, ET AL (2004). Day Hospital di Psichiatria dell'età evolutiva: analisi dell'efficacia e dei fattori terapeutici, *Psich. Inf. Adol.* 2004, 71: 207-218.

EURISPES (2006): *7° Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*.

Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, Istituto Innocenti (2006). *L'eccezionale quotidiano, Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*.

Los cinco sentidos en el ser y saber hacer del terapeuta familiar

IMANOL PORTILLA EZKERRA*

RESUMEN

Poner los cinco sentidos en alguna actividad significa cumplirla con metódica perfección. La más importante actividad que el ser humano tiene encomendada - aunque sólo fuese porque abarca y comprende todas las demás - es la de vivir. En nosotros los terapeutas, se da la paradoja y coincidencia de vivir nuestras propias familias y estar viendo y viviendo simultáneamente otras familias, tratando de devolverlas de lo sin sentido, lo presentido, o consentido; a lo con sentido. ¿Poniendo nuestros cinco sentidos en el quehacer terapéutico? Propone este trabajo, las maneras de utilizar los cinco sentidos como herramientas, haciendo especial hincapié en el quinto: el tacto. PALABRAS CLAVE: sentidos, estilo, tacto, terapia.

ABSTRACT

THE FIVE SENSES IN THE BEING AND DOING OF THE FAMILY THERAPIST. To make full use of our five senses means paying careful attention to a specific activity. The most important activity which we human beings are entrusted with, even if only because it encompasses the rest, is that of living. In us therapists, paradox and coincidence take place. We live in our own families yet at the same time observe and experience other families, while attempting to bring them from nonsense, presentiment or consent, to make sense. By making full use of our five senses in our therapeutic task? This paper proposes different ways of using our five senses as tools, focusing particularly on the fifth sense: touch. KEY WORDS: senses, style, touch, therapy.

RESUM

ELS CINC SENTITS EN EL SER I SABER FER DEL TERAPEUTA FAMILIAR. Posar els cinc sentits en alguna activitat significa complir-la amb metódica perfecció. La més important activitat que l'ésser humà té encomanada -ni que només fos perquè abasta i comprèn totes les altres- és la de viure. En nosaltres, els terapeutes, es produeix la paradoxa i coincidència de viure les nostres pròpies famílies i estar vivint-ne simultàniament d'altres, tot tractant de retornar-les des d'allò sense sentit, presentiment o consentit, a allò amb sentit. Posant els nostres cinc sentits en la tasca terapèutica? Aquest treball proposa les maneres de fer servir els cinc sentits com a eines, fent especial insistència en el cinquè: *el tacte*. PARAULES CLAU: sentits, estil, tacte, teràpia.

Los sentidos son los puentes levadizos a través de los que nuestras más o menos profundas moradas interiores se comunican con el mundo exterior, incluyendo con él a nuestros semejantes. Tales puentes, con inoportuna asiduidad, en lugar de estar abatidos y fáciles a cualquier sensación, están levantados a fin de impedirla o, al menos, obstruidos para que nada entre del todo con plenitud y comodidad. El resultado es que vemos la vida a rachas; que la saboreamos apenas y sin regusto;

que las oímos sin atención; que la olemos fruncidos y a distancia; que la palpamos como si quemara. O sea, que vivimos a medias; que convertimos en verdad la ominosa afirmación de la antifona. *Media vita in morte sumus*; que dejamos en mal lugar a quien inventó la vida; que no la inventó —supongo— para que la convirtiéramos en un ejercicio de moderación, sino para que la consumiéramos hasta el fondo, con exaltación y apasionamiento.

De todos los sentidos, el que más me impresiona y al

* *Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta de pareja y familia*
Correspondencia: impoezpsi@euskalnet.net

Los cinco sentidos en el ser y saber hacer del terapeuta familiar

que mayor curiosidad me lleva es el que enumeramos en quinto lugar –no hay quinto malo–: el *tacto*. Los otros cuatro están situados en lo que aparentemente poseemos de más personal: la cabeza, nuestra pequeña parcela de siete pozos; sin embargo, son, si es lícito expresarse así, más fríos, más equilibrados, más objetivos, más ecuanímenes. Permanecen ahí al acecho, en sus cuévanos, como incrustados en nosotros. Por el contrario, el tacto es nuestra frontera; nos envuelve por donde quiera que vayamos. Es en cierta forma: nosotros. He conocido gente sorda, ciega, agéusica y anósmica; pero la única gente sin tacto que conozco es la mal educada. De ahí que me sorprenda que tengamos tan poco tacto, o lo utilicemos con tanta parsimonia. La educación que persisto en llamar buena, nos partió por el eje: como en una ironía del lenguaje, nos ha conducido a tener muy poco *tacto* o a que lo utilicemos muy poco.

Para mí, el profesional de salud mental es un hombre que no tiene de especial sino hacer una labor de psicoterapia. Los caminos que le conduzcan a ello son los personales que bastante o nada tendrán que ver con la vida que viva. Sí, sin embargo, sin equívoco, en y con la familia que ha vivido y viva. Supongo que, por ejemplo, los viajes le enriquecen. Pero también le enriquece el sufrimiento si se digiere bien, y la observación de su entorno habitual y la comprensión y la lectura; y para conseguir cualquiera de estas cosas no necesita moverse demasiado, afortunada o desgraciadamente. Además estas cosas enriquecen tanto a un psicólogo como a cualquier otra persona. Pues, ¿cómo es un psicólogo?, ¿en qué se distingue de otros, a no ser que esté ejerciendo y, por tanto, ensimismado y atento? Este oficio es también modesto y molesto a la vez. Yo habría preferido otro que me diera menos satisfacciones y también menos dolores de cabeza. Cuando escucho a personas que envidian "ese mundo tan apasionante de trabajo, en el que se conocen personas y situaciones fuera de lo corriente", les desengañan y animo a que entren en lo corriente y puedan desde ahí aterrizar o continuar soñando.

El terapeuta es testigo de una parte de la familia de los otros, de esa que como una correa de transmisión le llega. Ha de explicarse en ese paréntesis en el que coincide el transcurso terapéutico con su vivir personal y familiar. Y vivir no es eso, o sobre todo eso. Es meterse hasta los dientes, dejarse alborotar, trastocar, invadir por la vida. Por la vida verdadera. De ahí que comience

a erizarme cuando oigo hablar de "la vida terapéutica" porque me suena a algo artificial, incompleto, ortopédico: a una vida pequeña, que no por modesta pierde lo decisivo e importante.

El psicólogo, el profesional, si es serio, utiliza datos, los maneja, los suministra. Datos que, como su nombre indica, están ahí, son dados. Si lo que desea es conservar las costosas averiguaciones para sí, lo más prudente es que se reserve; pero si lo que desea es que se produzcan efectos modificadores y beneficiosos para la salud de las familias que atiende no le quedará otra opción que manejarlos según convenga. Con las intervenciones psicoterapéuticas familiares aspiramos a ejercer el inconcluso quehacer de las familias que deben continuar haciéndose en el hacerse.

De lo que caben certezas es que el *estilo* del terapeuta conserva su memoria y profecía, de dónde procede, la familia de origen como decimos en nuestro argot. Y lo que precede a ese "ser" terapéutico. En el "saber" amplía lo impregnado con lo aprendido desde los modelos en que se ha nutrido, de sus emergentes familiares que llegan y se van; algunas se dan la vuelta, otras se quedan o reconstituyen. Ese "saber", el estilo del terapeuta, se tiñe de aciertos y fracasos, de las familias que aleatoriamente nos tocan y de aquellas que elegimos tratar, para ir construyendo el proceso que una vez concluido debe continuar en construcción por ellos mismos: la familia nunca es un edificio de tapado.

Psicología en familia

Uno de los atractivos en la vida en general reside en ser incansable e imprevisible; nos depara, sin la menor señal de agotamiento, una sorpresa tras otra. Creo que, en tal sentido, la vida del psicólogo familiar es acaso un poco más atractiva: proporciona muchas sorpresas. En otras profesiones más impersonales –no más entretenidas, por supuesto–, hay problemas que cuando se dan, que se encuentran resueltos; batallas que cuando se dan, han sido ya saldadas, descubrimientos que cuando uno nace, ya están hechos. En esta profesión no. Si somos independientes en el oficio es porque a lo largo de toda la vida profesional hemos de ser francotiradores, y ganar o perder esta construcción cada uno por su cuenta. Por eso vamos con la "lengua fuera". Cada psicólogo debe vivir la historia de sus pacientes, en familia, de principio a fin. Más aún: desde la prehistoria a la pos-

modernidad. No se en qué época individual me hallo. En una, desde luego, con capacidad de sorpresa. Sin embargo, hay ocasiones en que aún me quedo boquiabierto. De ésta última quiero hablar a continuación.

Comprendo el protagonismo de algunas personas o pacientes por querer erigirse únicos, salir del anonimato de sus vidas y adquirir notoriedad, dado los tiempos que corren y lo sensible que resulta el escándalo. Ellos, respecto al profesional, pueden enriquecernos, aclararnos, sugerir propuestas; pero no como sus dueños o como una exclusiva otorgada por su familia o la divinidad. Eso sí que sería falta de respeto en sentido estricto. Difícil lo tendría si Freud (1886) o Minuchin (1997) me hubiesen demandado por haber utilizado sus teorías en mi hacer profesional. Como difícil lo tengo cuando pacientes mal aconsejados se otorgan el privilegio de decir que ellos necesitan sólo sesiones de apoyo para resolver psicosis o neurosis familiares o personales. El cáncer no se cura con agua de colonia, ni las disfunciones graves con charlas de sobremesa, a mí entender.

Con mis intervenciones clínicas aspiro a ejercer el inconcluso quehacer del profesional en salud mental. El psicoterapeuta —he ahí su autoridad profesional—, ejerce el derecho de investigar como considere oportuno, a construir con cualquier material, transformado por él en estrategias. Tiene legitimidad a consultar las fuentes que le sean necesarias, a utilizar los materiales que le sirvan para elaborar estrategias de cambio.

Nuestro quehacer

Comprendo el avatar de los profesionales, en las intervenciones clínicas terapéuticas. Aspiramos a un inconcluso quehacer. Hablando se entiende a la gente y callando también. ¿Qué hemos hecho de la psicología? Aquella delicada ciencia que exploraba el alma humana y se preguntaba por el significado de nuestros sueños, lapsus, olvidos, sistemas relacionales y secretos familiares. Hoy en día apenas es un conjunto de obviedades y recetas apresuradas.

Atrás parecen haber quedado la insoldable obra de Freud (1856) y la pregunta del por qué nos perturban nuestros deseos; las disfunciones de Jung (1875) sobre el poder liberador de los símbolos; las delicadas fantasías de M. Klein (1882) sobre el mundo de los niños, las reflexiones de Lacan (1953) sobre el poder creador del lenguaje. La dimensión de la terapia familiar de Andolfi

(1991) y la experiencia de grupos de Foulkes (1981). La psicología ya no trata de responder la pregunta eterna de quiénes somos, en qué familia nos hallamos, a cuál formamos o deformamos, cuál es nuestro desarrollo personal en los múltiples grupos en los que nos relacionamos, qué es estar emparejados libre y personalmente en familia. Si no de encontrar fórmulas que encajen en nuestro acomodo.

¿Pero nuestra profesión tiene que necesariamente ser como es? Aún más, ¿esto no supondría la necesidad de preguntarnos si podría ser de otra forma esa parte de esencial de nuestro ejercer con personas, familias, parejas o grupos? Sin embargo, a pesar del acceso a la psicología, a tratamientos psicológicos, en la sanidad pública continúan siendo precarios y defectuosos.

Cuentan que Perceval (1995) visitó un extraño reino donde todo estaba muerto y contempló a su rey herido, así como el lúgubre cortejo de la copa de oro. Al evitar preguntar por lo que pasaba los condenó sin saberlo a que continuaran eternamente igual. No hacernos preguntas o no plantearlas, muchas veces, nos conducen a la esterilidad y a la muerte del pensamiento. Es un tema que se repite en el folclore y temo que ahora más que nunca. Tal vez por eso, porque no pensamos, explotamos de autosatisfacción. Pero, ¿de verdad tenemos motivos para estar tan satisfechos? Es cierto que el mundo que nos ofrecen en las oficinas de viaje y las promociones de la banca poco o nada tiene que ver con el mundo oscuro de los cuentos de hadas; en cambio, como diría Chesterton (2004), es mucho menos interesante. Un mundo sin sentimientos, ni memoria, un mundo sin desatinos, ni sueños, puede que sea menos perturbador que el nuestro, pero ¿de verdad merecería la alegría de vivir en él? La pregunta acerca de quienes somos solo puede fundarse a través de la reflexión del mundo que nos ha tocado vivir —familia, grupos, vecindades, modelos—. La realidad es nuestra máxima construcción: el terreno de lo común, de las percepciones y normas compartidas, el gran escenario de un juego familiar en el que todos participamos y cuyas reglas revelan lo que estamos dispuestos a hacer con la vida. Numerosas voces claman por el trato que hemos dado a la naturaleza, a la tierra, y sus consecuencias como puede ser la pérdida del ozono; o claman las muertes de género y maltrato familiar convertidos en un espectáculo grotesco.

Quienes acabo de nombrar han estado en el corazón

Los cinco sentidos en el ser y saber hacer del terapeuta familiar

de las aspiraciones humanas a lo largo de la historia, pues el mundo es, ante todo "un lugar para vivir". Pero el hombre posee una asombrosa capacidad para observar el complejo descubrir de sus pensamientos, sentimientos, intuiciones, fantasías, recuerdos y deseos. Esto constituye un prodigioso mundo interior sobre el que no hemos dejado de interrogarnos desde los albores de la humanidad, gracias al fabuloso misterio de la conciencia. Y desde hace más o menos dos siglos ha sido la psicología la ciencia encargada de llevar a cabo esa apasionante tarea. Y puede que el abordaje familiar, dentro de la joven disciplina de la psicología, nunca haya estado tan presente en nuestras vidas. Los terapeutas familiares, los que realizamos un trabajo asistencial, estamos en diferentes ámbitos: intervenimos en casos de tragedias colectivas, seleccionamos personal en las empresas o participamos en *reality shows* televisivos, etc. Muchos psicólogos y psiquiatras expresan sus opiniones y consejos en los medios de comunicación, en revistas o suplementos de periódicos y escribimos libros con indicaciones terapéuticas o de autoayuda.

En definitiva, proliferan los artículos y revistas y libros que divulgan un supuesto saber científico en torno a las profundidades de la mente humana, como acabo de decir. Uno de estos libros ellos, centrado en la autoestima, llama poderosamente la atención por la manera en que explica el trato que suelen darse a estas cuestiones en los medios de comunicación. Otros, nada aportan de original y adolecen de la misma formulación autosuficiente que suele imperar en los actuales escritos sobre psicología: son la expresión de la obviedad elevada al rango de ciencia.

El autor de uno de estos libros dice: "no podemos medirlo, como el pulso o la temperatura del cuerpo". El único método para estudiar la conducta humana es preguntar. Todo se juega pues, en las preguntas, la calidad de las respuestas dependen de ellas; por eso los grandes filósofos se han distinguido siempre por la manera singular en que interrogan la realidad.

La psicología hegemónica actual, en su empeño por alcanzar el status de una ciencia empírica (cuando su objeto de estudio, la subjetividad humana, no puede ser más inasible a través de mediciones estadísticas) ha echo un tristísimo uso de los sentidos: planteando solo las preguntas más previsibles, limitando al máximo las respuestas, eliminando todo género de matices y detalles. Los resultados obtenidos son pobres, como herramien-

tas utilizadas, pero se vuelven incuestionables tras haber pasado por el filtro de las matemáticas y de la estadística.

Si hablamos del terapeuta familiar y del estilo literario, como es mi caso, abundan las citas y mis herramientas predilectas son los libros, los autores y las obras, con las cuales construir un léxico familiar, literario. La escritora Natalia Ginzburg (2007) cuenta una historia antifascista, en un lenguaje de "andar por casa", cosido de bromas y de voces que hilan el diario íntimo de una familia. Este diario solo puede ser entendido, con toda su ironía, en ese ámbito donde las palabras se ajustan al cuerpo familiar como unos viejos vaqueros moldeados por muchos lavados.

En mi familia, por ejemplo, cada vez que alguien va a meter la pata, se dice: "no seas un chisgarabís". A Josep Pla (1956) le gustaba la palabra Cafarnaún, que aunque es una ciudad de la antigua Judea, encierra una sorna de mucho calado y puede servir tanto para describir el caos como el último episodio de una situación familiar. En ocasiones una sesión familiar se salva gracias a una palabra pronunciada cuando ésta va por un terreno resbaladizo. Porque es el vocabulario personal el que nos permite ser huéspedes y habitar como realquilados, con nuestros *sentidos y estilos*, en ese mundo familiar, en esa familia.

Julio Cortázar (1963) llamaba *gliglico* a un idioma inventado que le servía para conversar con La Maga mientras caminaban por aquel París de Rayuela de cielo gris y puentes de plata. Antonio Gala (1988) en su libro *Dedicado a Tobías* nombra el censo familiar diciendo: "Quizás eran ellos la familia más verdadera, la más entrañable y a buena parte bochornosa. Por eso empleaban un vocabulario eficaz y hasta escatológico, no un acto para filíes".

Mi estilo en el saber y hacer

Deseo hablar de mi estilo terapéutico. No sólo por el gusto de transmitirlo, también por el deseo de compartirlo, como en un ejercicio de vasos comunicantes. Un poeta dijo una vez que escribir libros, hacer textos, pergeñar artículos, es preparar cartas más o menos voluminosas para los amigos ...para una posible comunidad de lectores, desconocidos la mayoría de las veces, quizás situados en un futuro incierto o en un presente opaco. Me pregunto hasta qué punto un terapeuta familiar se

asemeja más que otras especializaciones, a la esperanza paradójica de la correspondencia familiar que algún día puede o no llegar a descubrir. P. D. James (1964) calificaba a los epistolarios de "rehenes traicioneros" pues una carta podía ser "la más desveladora y la más engañosa de las confesiones". Pienso también que a una sesión familiar se le puede aplicar las reflexiones de que "atrapa el estado de ánimo del momento". La transitoriedad queda fijada para siempre... además adaptamos nuestro estilo al destinatario".

Los *e-mails* son las nuevas cartas electrónicas muy rápidas, más baratas en el hablar pero a diferencia de estas no transmiten sentimientos. Una carta es más lenta, más personal, tienes que pensarla, eso afecta al contenido. Porque ayudar a la salud de la familia, no solo es acercarse a la ciencia plena de la que se dispone, sino acercarme a mirar la salud como un todo, y es esa totalidad de la salud figuran la conversación y las palabras. Ser especialista en la salud y no en la enfermedad, precisa ofrecer –(regalar)– en los momentos de mayor incertidumbre el verbo y el silencio al mismo tiempo, hacerles confiar con la presencia y la palabra, en algo mucho más trascendente que la esperanza, la seguridad absoluta de nuestro apoyo.

Todo señalamiento creativo puede contener tanto la necesidad vital de expresarse como de encontrar sentido a lo epistolar en la realidad de la narrativa familiar. Pedro Salinas (2007) escribió: "guárdenme lo que puedan del olvido". Para un terapeuta literario, un creador de la palabra como herramienta, el resguardo del olvido puede quedar asegurado. Creo que con independencia del contenido apasionantemente transitorio de las palabras levantadas sesión tras sesión, con disciplina y talento se puede llegar a cumplir lo dicho por López de Gómara (1555) sobre el castellano: "ataja grandes razones con pocas palabras". La maestría del lenguaje respondería asimismo al mandamiento que otro poeta, Josep Brodsky (1967), que sitúa como primero de todo, cuidar el lenguaje. De manera que la transitoriedad, el estado de ánimo, el proceso entendido y del que podamos estar más o menos de acuerdo o desacuerdo, queda revestido de un lenguaje poderoso que al reunir todo el "epistolario familiar", todos los instrumentos de transitoriedad forman un conjunto en el que salen ciertos temas, ciertas obsesiones; ritos y mitos resultan un fresco contemporáneo, una pintura ágil y vivaz de un presente que logra transformaciones en las parejas o en las

familias que llevan su historia en su lenguaje.

Libertad de pensar las cosas en sí mismas por encima de lo políticamente correcto o de contenciones y convenciones sociales. Stanislaw Jerzi Lec (1997) decía: "no os dejéis imponer la libertad de expresión antes que la libertad de pensamiento" ¿Y de qué sirve todo este esfuerzo, la tarea de analizar el destino que la patología de la atmósfera en la que se produce el nacimiento o que el grupo familiar pretenden imponer?

Cada familia, cada pareja, abre su cofre cerebral y deja aquí un adjetivo, un brillo, un recuerdo en zigzag, una comida de aniversario, un padrenuestro en el cementerio, el primer escondite de un suspenso: "le robé a mi madre siete pesetas y me fui a ver *El forastero* de Gary Cooper". No se trata de deslumbrar al personal con acrobacias de sintaxis, como si la terapia fuese un concurso, sino de volver un texto relacional alejado de lo farragoso, con el mayor sentido de manera que el apellido familiar pueda rimar con salud, gratitud, actitud, *tacto*.

Sólo el conocimiento de las palabras y de las ideas que ellas transportan hacen fuertes a los hombres, a las familias y les permiten no ser esclavos sino ciudadanos emparejados o familiares con sentido. Que se acuda cuanto antes a proclamar lo evidente, el valor humano y desgarradamente terapéutico o enfermizo de las palabras. Deslumbrantes por sí mismas, potencias de vida y muerte.

Dicen de nosotros, los psicólogos, que asomarnos al dolor real o ficticio nos recompensa, nos refuerza. Eso tan terrible no sucede en nuestras familias. Nosotros no somos protagonistas de esa desgracia. O bien el dolor no nos golpea en exclusiva. Un consuelo cabe –entre otros–, una reacción de abandono, de abdicación de cualquier voluntad de reforma o arreglo. Todo es demasiado. Nada se puede hacer con tanto dolor como buscar una salida individual. *Carpe diem*. Aprovechemos lo que las familias nos dan, lo que las parejas nos muestran. Intentemos la dicha pues mañana moriremos. ¿Es tan difícil saber qué efecto tiene sobre nosotros el dolor del mundo? Un ejemplo en este sentido lo encontrarán en el capítulo 11 "La enfermedad de Cupido" (páginas 138 - 140) del libro de Oliver Sacks: *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*.

La falta de sentido, la búsqueda de un lugar

Repasemos, pues, algunas de las paradojas que conforman el miasma psicológico y existencial en que estamos sumidos. Recibimos inmigrantes pero al mismo tiempo buena parte de la juventud está en paro y los hijos se independizan de los padres pasados los treinta y tres años.

Se supone que la riqueza está mejor repartida pero con dos sueldos no se puede ni mantener a un hijo y medio. Se cuidan mejor que nunca los edificios del pasado y las catedrales góticas parecen recién estrenadas, a la vez que se destruyen parajes de primer orden en beneficio de un organismo que actúa sin ley en el que, para colmo, ponemos nuestra riqueza.

Se combaten con más rigor que nunca los abusos del machismo y sus siniestras emanaciones y, al mismo tiempo, aparecen adolescentes crueles, capaces de golpear a sus padres. Se potencia desde el Estado y las instituciones nuestra capacidad de frustración y de tolerancia, y a la vez surgen muchachos que no soportan ninguna contrariedad y con una capacidad de frustración tan mermada como la de un psicótico. Se recriminan los lenguajes políticamente incorrectos, pero al mismo tiempo asistimos al paroxismo de la incorrección lingüística en todos los medios de comunicación. Muchos matrimonios delegan en otros la educación de sus hijos y, a su vez, pueden agredir a un profesor que se haya permitido un mínimo comentario negativo sobre su vástago. Todo ello puede crear la impresión de que en este momento mucha gente está fuera de lugar, desplazada y desorientada. Profesores fuera de lugar, sin ningún lugar; padres e hijos fuera de lugar, parejas que dan la impresión de divergencia continua. Maduros y jóvenes fuera de lugar, políticos y discursos fuera de lugar.

Al margen de las razones económicas, se trata de una desvalorización seguida de una rápida corrosión y modificación del tejido social, que ha cambiado las líneas de juego, como sucede tan explícitamente en las familias, deshilvanando las anteriores formas de convivencia. Y cuando una familia se desteje es difícil hallar sentido y percibir su dirección.

Retomemos los sentidos

¡Ah! La transparencia, "ver una cosa a través de otra";

esa labor perogrullesca. En eso, según Ortega (1914), consiste la filosofía, como quizá todo arte y toda ciencia: de revelar lo obvio que precisamente por ello suele ser "obviado". Eso parece ser en tantas ocasiones el proceso terapéutico, una transparencia tras otra y, como dice Zubiri (1942), será la claridad de lo diáfano lo que se descubre en algunos pasajes o intervenciones. Si las familias o los pacientes ponen *con tacto* la mano en el pecho y se reconcilian consigo mismo, pueden encontrar el entendimiento, la paz, la cura.

En todos ellos me reconozco, a todos aprecio y de todos he podido aprender algo. Muchos me han enseñado y con su apertura impidiendo caer en el pensamiento único. Ellos implicaron mi horizonte, invitándome a ser terapeuta de lejanías que es el modo de ser cercano y comprensivo, integrador. Y, por ello, de todo saco su lado amable, lúdico, curioso, sin juicios ni moralizaciones. Porque la grandeza o la minoría de la vida, como suele suceder, "no es que nos niegue lo que pedíamos, sino que nos recompensa con lo que no habíamos pedido".

Los sentidos y las direcciones se multiplican con la incertidumbre a la que la vida nos convoca, que ahora es una enfermedad social que se propaga por grados, que tiende a ser de naturaleza variable y que puede modificar la naturaleza, las leyes de la comunicación familiar. ¿Como dar sentido a la narración misma de la vida y como dárselo a los relatos familiares, algunos hijos de la ficción? ¿Es lícito que una familia o una pareja lo tengan?. Para ser real o una sustitución ¿No tendrían que carecer del mismo sentido que carece la realidad? En épocas en que la falta de sentido aparece como único horizonte social suele resurgir el arte de lo absurdo, un arte del siglo XIX y que, de aparecer ahora, no dejaría de ser una figuración "realista" de la verdad.

Pensemos en la *vista*. Una familia tiene perspectiva y un terapeuta una mirada que se le supone más angular. Eso que vemos a primera vista y lo que queda en la retina después de la sesión. Nuestro estilo de mirar y de ver, la mirada que se nos dio y la que posamos sobre el caso; ese sentido tan inmediato de lugares, maneras de colocarse y vestirse y el ángulo visual. Hacia dónde dirijo la mirada y cómo me es devuelta conformará un "espacio ocular terapéutico" –además de los espejos unidireccionales, la cámara, los coterapeutas, etc.–.

Pasemos al *olfato*. Aseguro que una familia huele; la mía tiene olor inconfundible de la cocina y a mi madre

con los pucheros hirviendo; a mi padre llegando con la paternidad bienoliente en la boina y en las barbas, a mis hermanos con sus tiralíneas llenos de tinta china *Pelikan*. Sí, todo esto está en mi memoria familiar. ¿Cómo olfateo la que se coloca a mi lado que además de ser oída y escuchada es también olida?; luego mi olfato debería ser funcional para distinguir, diferenciar, reunir; la atmósfera que el espacio terapéutico desprende. ¿Cómo los huelo? De qué manera trasminan, sus alianzas, sus conflictos, sus parras enredadas, aromas múltiples, no siempre agradables.

Y el *oído*. Distingo como decía Machado "las voces de los ecos", distingo "entre las voces una". Existen familias cadenciosas, con estribillos de villancicos, y las hay sonoras y estridentes, disonantes y asonantes. En fin, orfeones, solos, dúos, tríos, orquestas, sintonías corales. Dentro de mí resuena la mía y entre mi eco y el exterior deberé poner un pentagrama que pueda ser leído por todos, o tal vez que aquel miembro calle para que otros perciban la sintonía coral. O al revés, para que perciban a ese miembro minoritario y le escuchen y se escuche el solo. Sé que de algún modo el silencio, a diferencia de callarse, tiene por sí mismo todo el sentido al que ahora me refiero. Ese ser educado es abrir un espacio, sin daño, donde el otro puede aparecer y contarnos su historia; un espacio de escucha.

Continuando, hablaremos del *gusto*. Cómo saboreamos el conflicto, la demanda y cómo nos llega ya sea de modo apetecible, gustoso, degustativo o inapetente. De como se amalgama el sabor que dejan sus miembros, con el que nos ha impregnado en nuestras familias de origen. O de aquellos momentos en que no existe el emulgente que cohesione un sabor con otro y dé sentido al *gusto* familiar. En no pocas intervenciones terapéuticas faltan ingredientes para algún o algunos miembros se acerquen a degustar el plato del cambio:"

Termino con el *quinto* que como he dicho antes no hay quinto malo. Tener poco tacto o utilizarlo con escasez o parsimonia es equivocado. No dudo que nos iría mejor de haber querido con más abandono este sentido; aunque hubiésemos visto y previsto menos, olfateado y gustado menos. Si la carencia de un sentido agudiza los otros, no quiero suponer que pasa con el deterioro por el desuso del *tacto*. Es preciso perder el miedo a ser tocados y a la repugnancia a tocar, una paciente dijo: "El abrazo que me dio ayer me curó". Quizá sea ese modo de curación al que debemos aspirar.

Diría como breve conclusión que de esto saben mucho las personas que han pasado una crisis psicológica. La pregunta realizada con tacto y respeto, se valora por encima de la mera curiosidad.

El apretón, el abrazo, el beso. Habría que dejarse acariciar o hacerlo de quien no es objeto consciente de nuestra ternura –un niño, un animal, un anciano comatoso–. Como si manifestar la ternura fuera un crimen o un acto vergonzoso. Mirarse a los ojos, frotarse las mejillas como hacen los gnomos. En una palabra, olvidándonos de los monstruosos corsés de nuestra infancia, de nuestro aprendizaje. Porque sólo se vive una vez y hay que vivir con *los cinco sentidos* o más si los hubiera.

Agradecimientos

A mis hermanos de sangre y corazón, José Luís y Juanito. A mis pacientes, parejas, familias y grupos para los que siempre tendré gratitud por tener permiso para tocarlos; con mi quinto sentido.

Bibliografía

- ANDOLFI, M (1991). *Terapia familiar, un enfoque interrelacional*. Barcelona. Paidós.
- BRODSKY, JOSEP (2000). *El dolor y la razón*. Barcelona. Destino.
- CORTAZAR, JULIO (1963). *Rayuela*. Cátedra.
- CHESTERTON, G. C (2004). *El regreso de Don Quijote*. Valdemar. El Club Diógenes.
- FOULKES, S. H (1981). *Psicoterapia grupo-analítica: métodos y principios*. Barcelona. Gedisa.
- FREUD, SIGMUND (1956). *Obras Completas*. Madrid. Alianza.
- GALA, ANTONIO (1988). *Dedicado a Tobías*. Barcelona. Planeta.
- GINZBURG, NATALIA (2007). *Léxico familiar*. Barcelona. Lumen.
- JAMES, PHYLLIS DOROTHY (2006). *Sabor a muerte*. Barcelona. Ediciones B.
- JERZI LEC, S (1997). *Pensamientos despeinados*. Barcelona. Península.
- JUNG, C. G (1982). *Símbolos de transformación*. Buenos Aires. Paidós.
- KLEIN, MELANIE (1990). *Amor, culpa y reparación (Obras completas)*. Barcelona. Paidós.
- LACAN, JACQUES (1958). *El inconsciente estructurado como*

Los cinco sentidos en el ser y saber hacer del terapeuta familiar

lenguaje. París. Senil.

LÓPEZ DE GÓMARA, F (2004). *Historia general de las Indias*. Barcelona. Linkgua S.L.

MACHADO, ANTONIO (1989). *Poesías Completas*. Madrid. Espasa Calpe.

MINUCHIN, SALVADOR (1997). *La terapia con la familia*. Roma. Casa Editrice, Astrolabio Ubaldini Editore.

ORTEGA Y GASSET, JOSÉ (1981). *La rebelión de las masas*. Madrid. Espasa Calpe.

PLA, JOSEP (1979). *Viaje a pie, cortesía de los libreros españoles*. Madrid. Destino.

PERCEBAL, JOSÉ (1995). *Nacionalismos, xenofobia y racismo en la comunicación*. Buenos Aires. Paidós.

PORTILLA EZKERRA, IMANOL (2005). *Obras escogidas*. Zarautz. Ed. Otxarreta.

RAOUL, WALSH (1941). *Murieron con las botas puestas*. MetroGoldwyn-Mayer DVD.

ROJAS MARCOS, LUÍS (2007). *La autoestima*. Madrid. Ed. Espasa.

SACKS, OLIVER (2002). *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. Barcelona. Anagrama.

SALINAS, PEDRO (2007). *Obras Completas*, Tomo I, II, III. Madrid. Ed. Cátedra.

ZUBIRI, XABIER (2006). *Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica*. Madrid. Alianza.

¿Vidas paralelas?: Hacia el año de vida (y II)*

J. L. TIZÓN¹; N. AMADO²; P. JUFRESA³; A. GAMIZ⁴; I. HERNÁNDEZ⁵; I. MINGUILLA⁶; M. MARTÍNEZ⁷

RESUMEN

Se comparan sesiones de observación realizadas según el método de Esther Bick. Dos corresponden a un niño observado en su familia, durante más de un año, según la técnica clásica. Otras dos corresponden a otro niño, ingresado desde el nacimiento en un Centro de Acogida de Menores del Departamento de Justicia. La técnica observacional es la misma, si bien la situación de la observación y el desarrollo difieren ampliamente entre un bebé y el otro. Se muestran dos observaciones aproximadamente coetáneas: a los seis meses de edad del niño y a los doce meses. Las sesiones fueron escogidas según el criterio de los observadores y participantes en el seminario y no del coordinador del mismo. Finalmente se aportan unas reflexiones sobre el desarrollo en la primera infancia y sus resultados en las dos situaciones. PALABRAS CLAVE: observación, primera infancia, institucionalización, cuidados en grupo, centros de acogida.

ABSTRACT

Parallel lives?: observation of a baby in his family and of a baby in a reception centre for minors (Part II). Two observation sessions, following Esther Bick's method, are compared. They correspond to a boy observed in his family and to a boy living from birth onwards in a Reception Centre for Minors pertaining to the Catalan Department of Justice. The observation technique employed was the classical one, although the contexts of observation and developments greatly differed between one baby and the other. Two approximately contemporary observations are compared: at 6 and 12 months. To avoid a preconception bias, the observation sessions were chosen according to the criteria of the observers and participants in the seminar, and not the seminar director. The paper finally makes some reflections concerning early childhood development and the outcomes in each case. KEY WORDS: observation, early childhood, institutionalization, group-care, reception centres.

RESUM

Vides paraleles?: observació d'un bebè en la seva família i d'un coetani acollit en una institució (i II). Es comparen dues sessions d'observació realitzades segons el mètode d'Esther Bick. Unes corresponen a un nen observat en la seva família, durant més d'un any, segons la tècnica clàssica. Les altres corresponen a altre nen que ha estat ingressat en un centre d'acollida de menors del Departament de Justícia des del naixement. La tècnica observacional és també la mateixa si bé la situació de l'observació i el desenvolupament són molt diferents entre un bebè i l'altre. Es comparen dues observacions aproximadament coetànies: als 6 i als 12 mesos. Les sessions es van escollir segons el criteri dels observadors i participants en el seminari i no segons el del coordinador del seminari. Finalment s'aporten unes reflexions sobre el desenvolupament en la primera infància i els seus resultats en les dues situacions. PARAULES CLAU: observació, primera infància, institucionalització, cures en grup, centres d'acollida.

* Versión adaptada de la presentación en el Taller sobre el tema, dirigido por Jorge L. Tizón, dentro del VIII International Congress on Infant Observation, Esther Bick method. Buenos Aires, 21-23 de agosto de 2008

1. Neuropsiquiatra y psicoanalista, Director del Equipo de Atención Precoz a los Pacientes en riesgo de Psicosis (ICS); 2 y 3, Psicólogas del Equipo de Atención Integral a la Infancia y Adolescencia del Departament de Família i Benestar Social; 4 y 5, Pediatras de atención primaria (ICS); 6 y 7, Diplomadas en enfermería en pediatría de atención primaria y en el Equipo de Prevención en Salud Mental (ICS).

Correspondencia: jtizon@gencat.cat

¿Vidas paralelas? Hacia el año de Vida (y II)

Continuamos en esta segunda parte las observaciones y reflexiones que nos propusimos en el artículo anterior. Como allí recordábamos, los efectos comparativamente desventajosos que la crianza en institución posee para los humanos en formación han podido documentarse en multitud de ocasiones, desde las observaciones pioneras de Spitz (1965) en la especie humana hasta la larga serie de experiencias de los Harlow y sus discípulos con especies no humanas (1971). Sin embargo, esos hallazgos siempre han sido discutidos por partidarios de otras posturas y vías educativas, que echaban en cara al psicoanálisis una cierta exageración de los efectos negativos de la institucionalización y una caricaturización de sus efectos, convirtiendo esa circunstancia vital, verdadero factor de riesgo para la salud mental, en una especie de determinante de graves problemas de salud mental.

Por eso pensamos que podría ser útil reflexionar junto con los lectores sobre dos niños sometidos a esos dos medios de crianza. Son niños observados en nuestro seminario de Observación Terapéutica en la Infancia durante más de medio año. Las presentes observaciones "de campo", realizadas según la técnica de Esther Bick de observación naturalística (Bick 1964,1968; Pérez-Sánchez 1981; Sandri 1994; Haag 2002) se acordaron por motivos formativos la una y por motivos preventivos la otra. Sólo a posteriori se nos ocurrió su interés para reflexionar en grupo sobre el tema mediante las aportaciones que las observaciones realizan. En este segundo trabajo, de entre el conjunto de observaciones, intentamos ilustrar el tema con sendas observaciones cuando ambos niños tenían alrededor de 12 meses.

Gabriel

Datos de la observación: 12,30 de la mañana, domicilio familiar. Están presentes G y la madre. Edad de Gabriel: 12 meses y 1 día.

Observación número 34

Llego puntual. Sale la vecina con un nene y me explica que está esperando a su hija. Le comento que igual Aurora no está, porque no se ve el carrito. Pero cuando llamo a la puerta del piso, me abren enseguida. Han llegado, pero el pequeño se ha dormido en el cochecito y su madre le ha dejado ahí. Ella se está cambiando y me va explicando que ahora a veces le ocurre (lo de dormirse al venir de la guardería), pero que lo despierta para

comer. Entramos, la madre se mete en la cocina y yo me quedo en el pasillo, observando a la madre y a G que duerme espatarrado en el cochecito. De tanto en tanto mueve el pie y la mano, pero está KO profundo. La madre le prepara la comida. Luego la pone en un plato y la mete en el microondas. El pequeño continúa durmiendo. La madre recoge la cocina y limpia los trastos.

Cuando ha acabado, va a ver a G y le desata el cinturón. Le va diciendo cosas cariñosas, lo saca del cochecito, y el pequeño, como si nada. Le saca el anorak: el pequeño reposa en su hombro y continúa durmiendo. La madre le va hablando con suavidad, le saca los zapatos, le acaricia la cabeza, los cabellos... Gabriel está sudado: ella le seca con la mano e intenta despertarlo. Gabriel levanta la cabeza, aunque con los ojos bien cerrados. Mantiene la cabeza recta, pero sigue durmiendo. La madre continúa intentando despertarlo, pero el pequeño está muy dormido. Poco a poco intenta abrir los ojos, pero no reacciona. La madre le explica que ya es hora de comer y que no le puede dejar dormir, porque si no, después ni comerá ni dormirá. Sienta al niño en la trona. Gabriel me ha visto, pero no sonrío ni expresa nada. Ya en la silla, el nene se queja y se revuelve. Comienza a despertarse. Ve los tomates y los quiere agarrar. Me mira y comienza a sonreír, pero poquito, tímidamente. Estira los brazos hacia el mármol de la cocina. La madre le dice "¿Qué has visto, qué quieres?". Pero el pequeño no alcanza y la madre llega con un plato y se lo pone en la mesita. Gabriel observa. Aurora toma el babero y se lo pone: es de mariquitas rojas y el pequeño se las mira. Parece que le gustan y las toca con la mano. La madre saca un quesito blando de la nevera, se sienta y comienza a dar de comer al niño, que abre la boca. Gabriel ya se ha despertado y está reaccionando. Me mira y ríe. Toma el vaso de agua y bebe. La madre le va dando la comida sin dejar demasiado tiempo entre las cucharadas. Cuando acaba, le dice que muy bien y Gabriel, sin más, se pone a aplaudir. La madre le enseña el quesito y le pregunta si quiere. Le dice que le gustará. Como está frío, se lo explica y se lo acerca a la mano. El pequeño ríe y habla con la madre. Ella comienza a dárselo y, sin más, se lo va comiendo. Cuando acaba, limpia al nene y lo saca de la trona. Lo acaricia y besa y le explica que "ahora tenemos que hacer la digestión. Aún no puedes ir a dormir".

Toma al nene en brazos y van hacia el comedor. Gabriel pasa muy cerca de mí, me estira la mano, quiere

tocarme o venir. Su madre le dice "Ya has visto a Núria". El me saluda con la mano. Su madre le dice: "Dile hola" y parece que él repite. De golpe, hace el gesto de mandarme un beso con la mano. Se dirigen a la alfombra. La madre deja a G sentado y busca un juguete: los cubos para construir y para pasar piezas por las aberturas. Se los da al nene, que parece que sabe manejarlos bien. G intenta poner la tapa del cubo bastante bien. Después toma una pieza pequeña y la quiere poner dentro. La madre le enseña dónde está el agujero, y el nene lo encuentra y la pone dentro. Después lo intenta con los otros pero no le sale. Le hace gracia ver la pieza que ha colocado dentro y va hablando: está muy expresivo. Con gestos, pide ayuda a su madre y ella le dice dónde va la pieza, pero él no consigue ponerla dentro hasta que su madre no le dirige la mano. El pequeño está contento, mueve el cubo y hace ruido con las dos piezas dentro. Lo deja y estira medio cuerpo sobre las piernas de su madre, ella le acaricia y él sonríe y se incorpora. Mientras, la madre ha hecho un castillo con cubos de diferente tamaño. Gabriel los ve, se los mira, nos mira y sonríe. Va hacia allá, los toca y caen. Pero él está contento. La madre le dice si los va a buscar y sale tras uno de los cubos que da vueltas: lo mira, lo toma y vuelve hacia la alfombra. Se sitúa medio sobre su madre y ella vuelve a hacer la torre. El agarra dos cubos e imita el gesto: no se le aguantan porque lo hace en el aire, pero ha situado bien el pequeño sobre el grande. Pierde el equilibrio y cae de espaldas sobre la alfombra. Mientras está estirado, su madre le hace cosquillas y Gabriel ríe escandalosamente. G va a buscar un libro que hay en el suelo, y su madre va hacia la cocina. G la observa y la deja ir. Toma el libro y lo abre. Parece que se lo esté contando. Cierra el libro y se queja: se ha pillado el dedo con el libro. La madre lo oye y le pregunta qué le ha pasado, pero él toma el libro y va hacia la estantería. Parece que tiene intención de colocarlo con los otros. Cuando llega, se sienta y lo vuelve a mirar. Lo abre y con el dedo señala el tigre pequeño y parece que se lo cuenta. Deja el libro en el suelo y me mira. Lo tengo a un palmo, va hacia mi bota y se distrae con los cordones. Después se endereza y se pone derecho, apoyado en mi pierna. Me acerca la mano y parece que pida tocarme los pendientes. Yo intento quedarme sonriente pero sin moverme. El me ríe y se explica con monosílabos con diferentes intensidades de timbre. Cuando ve que no le respondo, baja y se distrae con mi

bolso y mi abrigo: parece que sepa que son míos. Acaba junto al mueble de los juguetes y abre un cajón. Se estira con la cara en el suelo como si buscara la pose para dormir y se está así un ratito.

La madre pregunta por él y Gabriel levanta la cabeza. Poco a poco se sitúa y gatea hacia la cocina. Llega y ve a su madre cortando y preparando alcachofas. El pequeño se acerca hasta sus piernas. La madre le explica que son alcachofas y las hace "cantar", hacer ruido al abrirlas y al romperlas. Al bebé parece que le gusta, pero hace un gesto extraño. La madre repite el sonido con cada alcachofa que prepara y el pequeño, cuando ve la alcachofa, se gira... La madre dice que le preparará el biberón y comienza a hacerlo. Cuando G lo ve, se sienta en el suelo y se queja, levanta los brazos, parece que le haya entrado hambre de golpe. La madre lo acaba de preparar y se lo calienta. Lo deja en un bol con agua fría y toma en brazos a G, que hace un rato que reclama. Le explica que primero hay que ir a cambiar el pañal y limpiar el culete. Así lo hacemos. G está tranquilo y feliz. Ha hecho caca, su madre le ha cambiado y limpiado. Después le lava la cara y él va lamiendo el agua. Se queda con el pañal pero sin pantalones. Su madre, con él en brazos, va a buscar el biberón, se sienta en el sofá y con G encima, le va dando besitos en la cabeza y cariños en la barriga y piernas, le pone el biberón en los labios. Gabriel ríe. Su madre se lo saca y se lo vuelve a poner, como si le engañase. No es la primera vez y pueden jugar. Finalmente G toma el biberón con las manos y se lo pone él mismo en la boca. Luego se lo saca y su madre se lo vuelve a poner. Él lo toma y ya no lo deja. Cuando aún queda leche, se lo quita de la boca y juega con él. La madre entiende que ya tiene bastante y lo retira. G protesta, pero se conforma enseguida. La madre le dice "Ahora, a dormir". G pasa delante de mí, me saluda con la mano y va hacia la cama.

Nolasc

Datos de la observación: 11 de la mañana. En el centro de acogida. Están presentes 2 cuidadoras, Nolasc y 2 niños más. Edad de Nolasc: 11 meses y 25 días.

Observación número 20

Llego al centro a la hora habitual. Subo a la sala de siempre. En la sala solo está C. La terraza está abierta y veo a Ainoa barriendo. Le pregunto si Nolasc (N) está fuera. Me responde que sí. Salgo. N está jugando con

¿Vidas paralelas? Hacia el año de Vida (y II)

un coche. Ainoa le dice: "Mira quién te viene a ver". N se ríe, parece que me diga "Hola". También veo a Manel tumbado en el suelo junto a otro coche. N está de pié, empujando su coche. Después se monta en él y empieza a deslazar hacia atrás. Está contento. Ainoa le dice que vaya hacia delante. N camina hacia delante. A va haciendo: "Pi, pi, pii...". N hace "Rrrr..." con la lengua entre los labios, contento. Pasa por delante de donde estoy, me mira y me sonríe. Sigue andando hasta que llega a una casita de plástico. Se detiene junto a una de las ventanas que está cerrada con contraventanas. Baja del coche y se queda de pié junto a la ventana. La abre, mete la mano dentro de la casa y toca un grifo que está bajo la ventana. Saca la mano y vuelve a cerrar la ventana. La vuelve a abrir, mete la cabeza y mira dentro de la casa. Vuelve a salir y cierra la ventana. Sujetándose a la pared, se desplaza hacia otra ventana y de allí a la puerta. Abre la puerta y entra en la casa. En la entrada hay un escalón, que le hace caer. Se levanta, anda dos o tres pasos solo, sin agarrarse a nada, por dentro de la casa, hasta una mesa que está en el otro extremo, junto al grifo. Pega con las dos manos en la mesa. Toca el grifo, ahora desde dentro, y abre y cierra la ventana. Vuelve hacia la puerta y se cae. En el suelo, toca unas hojas de papel que estaban allí y se vuelve a poner de pié. Serafina me explica que ya anda solo. Le digo que ya lo he visto, pero ella insiste: que no solo unos pasitos, que ya cruza toda la terraza.

N sigue dentro de la casa. Va hacia la puerta y parece que quiere abrirla hacia dentro. Como no se abre, empuja hacia fuera: quiere salir. Vuelve a caer. Finalmente, sale gateando. Una vez está fuera, se incorpora y vuelve andando hacia la puerta. Mira, la abre, la cierra, sigue con la mano su contorno, se aparta, y se va andando hacia el coche. Vuelve a subir en él. Primero anda hacia atrás hasta, que choca con la pared. Después camina hacia delante. Va hablando, pasa junto a una pelota y la desplaza con la mano. Se acerca a la baranda de la terraza, baja del coche, oye a los niños que juegan en la terraza del piso de abajo y mira hacia allí. Después ve que Serafina ha dejado a Manel de pié junto a la ventana de la casita: se gira y va andando hacia allí. Va bastante rápido y se cae. Se vuelve a poner de pié y sigue andando. Entra en la casa y, como siempre, se cae. Se pone de pié y va hacia la ventana. Queda de pié frente a Manel. Parece que hablen entre ellos.

Están contentos, balbucean. N golpea con las dos

manos la mesa y después, parece que quiera subirse encima. Para ello, se ayuda trepando con los pies por la pared, pero no consigue subir. Se cae y vuelve a levantarse. Se dirige al otro lado. Ainoa le llama desde la ventana. La cierra y se esconde. N abre la ventana y la busca. Ainoa va a otra ventana. N la va siguiendo. Manel, mientras, se ha caído y está tumbado en el suelo. A dice: "¿Dónde está Manel?" N le señala con el dedo. N sale de la casa, se cae, se levanta y va hacia Ainoa, que le está llamando. N la sigue andando, solo. Van hasta el extremo de la terraza. Desde allí se ve la calle. Ainoa le señala cosas: "Mira, un coche". N intenta subir al escalón en que se aguanta la barandilla. Ainoa ve que tiene mocos y va a limpiarle. N va andando, solo. A medio camino, se cae, pero vuelve a levantarse y sigue andando hasta la puerta de entrada a la sala, que es donde tienen los pañuelos. Ainoa le limpia, N gesticula y se enfada, pero no llora. Después va hacia la baranda, para ver a los niños de abajo.

Ainoa entra en la sala y quedan en la terraza Serafina con los tres niños. Cristina hoy llora continuamente. Serafina me explica que tiene las encías muy inflamadas, y que, por ello, está prácticamente todo el tiempo tranquilizando a la pequeña. N se suelta de la baranda y se sienta junto a una pelota. Serafina le dice que se la tire. N la toma con las dos manos y la tira. La pelota sigue rodando hasta el extremo de la terraza. N no la sigue: prefiere volver al coche. Deja el coche y vuelve a la casa. Abre y cierra la puerta, después entra. Al entrar, cae, se levanta y va hacia la mesa. Toca el grifo, parece que acerca la boca al grifo. Serafina le dice "¿Hay agua, N?" N sigue jugando. Va de un lado a otro de la casa, abre y cierra la puerta. De vez en cuando se cae, y aprovecha para jugar con las hojas que hay en suelo. Se pone de pié y saca la cabeza por las ventanas. Abre la puerta, sube el escalón y ya no se cae al salir. Vuelve a entrar, cierra la puerta. La vuelve a abrir. Primero lo intenta hacia dentro, después hacia fuera. Sale, cae al salir y sale gateando. Se pone de pié.

Oye llorar a Cristina, y va hacia allí. Se queda parado junto a la niña, que está en su sillita. Serafina le dice que la mesa. N empieza a mecerla. Pasa entonces detrás de la sillita y la mece con más fuerza. Serafina le dice que vigile, que tenga cuidado. N le toca el cabello a la niña. Serafina le dice que la acaricie, pero no se fía, y se lo lleva con la excusa de limpiarle los mocos. N se enfada. Se queda sentado junto al otro coche. Lo empuja, inten-

ta subirse a él, pero no puede. Al intentarlo, vuelca el coche. Levanta el asiento y mira a ver que hay dentro. Serafina le dice: "Que, ¿lo arreglas?". N se está enfadando.

Serafina le dice que vaya a la casita. N ve que Manel vuelve a estar de pié junto a la casita y va hacia allá. Se pone de pié detrás de Manel y le toca. Parece que quiere que Manel se dé la vuelta y le mire. Serafina no se fía y le dice que vaya a cerrar la puerta. Le enseña el timbre y finalmente se mete en la casa. N va detrás de ella. Serafina sale de la casa y le dice: "Entra tú, que yo no quepo". N entra. Serafina le dice: "¿Dónde está Manel?". N le busca y cuando le ve, se dirige hacia él. Quedan de pié uno delante del otro. Manel se cae y N saca la cabeza por la ventana, para verle.

Después sale de la casa y va andando. Se para en medio de la terraza, me ve y viene caminando hacia mí. Se sujeta en mis piernas, me mira, sonrío. Como que yo no le sigo el juego, se gira y va hacia Cristina que está llorando otra vez. Se queda de pié junto a ella. Serafina le dice que le dé el chupete. Él intenta acariciar a la niña, pero más que una caricia parece un cachete. Serafina le dice que vigile, que vaya con cuidado. N mece la sillita, con bastante fuerza. Serafina se lo vuelve a llevar, esta vez para limpiarle los mocos. Le deja en el suelo. N llora. Serafina le dice: "Rabietas no". N hace pucheritos pero no llora.

Se va hacia la reja que impide la entrada en la sala, pero que en este momento está abierta. Se agarra a ella, quiere subir el escalón. Serafina tiene miedo de que se pille los dedos y cierra la reja. N se queda mirando hacia dentro. Oye llorar a los pequeños. Va andando a buscar el coche, primero lo empuja y después se monta en él. Entra la Directora del centro con un señor que viene a mirar los toldos. N se queda mirándoles. Vuelve a acercarse a mi lado. Se apoya un momento en mis piernas, me mira. Después se suelta y vuelve a la casita. Está un tiempo mirando la puerta. La abre, la cierra, entra, va hacia la mesa, intenta encaramarse a ella, no puede. Sale de la casa. Serafina le dice que toque el timbre. Nolasc busca el timbre, lo toca con el índice. Serafina hace: "Ring, ring..." Sale de la casa, se dirige al coche. Aprovecho para marchar, pues ya es la hora.

Discusión y reflexiones iniciales

Para no sesgar las reflexiones del lector (y, original-

mente, del taller), hemos omitido hasta después de las sesiones una serie de informaciones sobre los niños, informaciones que, por otra parte, no poseían los observadores ni siquiera al final de la observación. Pero creemos que para la discusión científica son elementos que hay que tener en cuenta.

Como ya hemos dicho, Gabriel tuvo un desarrollo bastante adecuado, sobre todo hasta que ingresó en la guardería, de forma temprana y bastante inopinada (patrones culturales de los padres, además de personales, debieron jugar un papel en ese hecho). Desde entonces, un niño que había destacado siempre por su salud y vitalidad, ha padecido numerosas recurrencias de diversas infecciones y molestias orgánicas que, sin embargo, no han alterado gravemente su desarrollo psicomotor ni, probablemente, psicoafectivo, ni la relación con sus padres.

Nolasc era el treceavo hijo de una familia de etnia gitana que vive en la calle. Los otros doce hijos les han sido retirados por la autoridad competente: nueve han crecido en centros de acogida (CRAE), tres en familias de acogida y Nolasc, en un centro, esperando –largo tiempo– ser acogido por una familia. Varios de los hermanos de Nolasc, a medida que han ido creciendo, han sido devueltos a la familia biológica (¿?). Casi todos los miembros de esta familia presentan problemas importantes de salud mental y toxicomanía y han pasado períodos en prisión a raíz de agresiones graves a otras personas.

El resultado es que Nolasc ha sido ingresado desde el nacimiento en una institución de acogida, a pesar de que nació de un embarazo controlado y de un intento de la madre de organizar su situación. La pareja recibía ayuda social, vivía en una pensión, y ese embarazo parecía representar para ellos una forma de vida nueva. Por otro lado, continuaban los problemas de toxicomanía y agresividad en el padre y la imposibilidad de la madre de afrontar la situación. De ahí que el niño ingresara en centro inmediatamente después de nacer. En lo que entendimos como un intento reparatorio, la madre le ofreció la canastilla que había ido preparando para él.

El desarrollo motor de Nolasc ha sido bueno. Desde las primeras observaciones hay desplazamiento autónomo. Primero se arrastró, después gateó y finalmente caminó, a los 11 meses (antes que Gabriel). Era un niño muy rápido en sus movimientos. Sin embargo, como pudimos ver en las observaciones, la psicomotoricidad

¿Vidas paralelas? Hacia el año de Vida (y II)

fina no era tan buena. Al principio le costaba abrir la mano, soltar los objetos. Al año de edad, abría y cerraba puertas, intentaba encajar piezas, podía apretar botones, hacía girar objetos, etc.

Durante la observación y al final de la misma, Nolasc se muestra como un niño sociable en extremo. Siempre sonríe al que llega, intentando captar su atención. Parece no extrañar a nadie, quizás por el gran número de personas que participan en el cuidado de los niños en esa institución: tutoras, educadoras, voluntarias, estudiantes en prácticas, monjas y personal de la casa. Todas le conocían y él no extrañaba a nadie. También busca el contacto con otros niños. Desde las primeras observaciones se acerca a los otros niños. Si oye llorar a uno de ellos intenta calmarlo, o parece que se dirija a las cuidadoras para que le atiendan. Aunque, por su brusquedad y falta de modulación, sus "caricias" son temidas, tanto por las cuidadoras como por los otros niños.

Al principio seguía siempre a uno de los niños mayores, hasta que éste fue adoptado. Después, siguió buscando la compañía de los otros niños más que la de los adultos. En su relación con los otros niños era bastante dominante, haciendo valer su superioridad física. Pasaba literalmente por encima del que encontraba en su camino, y solía ser el más fuerte cuando dos niños querían el mismo juguete: de ahí que, a menudo, fuera tildado con los sobrenombres de "machote" y *Terminator*. Cuando una de las cuidadoras atendía a un niño, él se acercaba reclamando también su atención: de hecho, las cuidadoras le calificaban de "celoso". Los días en que estaba enfermo o muy cansado, parecía necesitar más el contacto con la cuidadora. En esos días lloraba, cosa que no era habitual en él, y costaba más que se tranquilizara.

En cuanto al lenguaje, era muy incipiente: "baba", "papa" y otras vocalizaciones elementales. Al final de la observación, al año, hacía "sí" y "no" con la cabeza, y entendía las órdenes sencillas, como recoger los juguetes, hola y adiós. Conocía su nombre y los nombres de sus compañeros, y podía señalar alguna parte de su cuerpo. Una dificultad añadida, en cuanto al lenguaje, era la variedad de personal que atendía a los niños: unas hablaban catalán, otras castellano; con distintos acentos, además. Muchas veces las cuidadoras hablaban entre ellas y poco con los niños, y casi siempre sonaba en el centro alguna música de fondo, a veces con un volumen excesivo.

Otro elemento a reseñar es la diferente actitud de

Nolasc en las observaciones hechas en el centro de acogida, en las que parecía sentirse seguro y estaba muy activo, y las observaciones realizadas en el parque: allí el niño estaba mucho más quieto; quizás observaba más, se fijaba en todo, todo le llamaba la atención, pero le costaba desplazarse. Esperaba mucho más que en el centro la actuación de la cuidadora, aunque parecía disfrutar de los juegos, quizás porque comportaban una atención individual. En realidad, creemos que los juegos del parque de la zona al que acudíamos no eran adecuados para la edad de los niños, que en aquel momento solo gateaban.

Comparando el desarrollo de los dos niños, destaca, obviamente, la estrecha relación de Gabriel con su madre, que Nolasc no ha disfrutado nunca. La madre de Gabriel no faltó en ninguna observación y menudearon en las sesiones los momentos de juego, las palabras afectuosas, caricias, juegos y arrumacos, aprovechando la comida, el baño, los cambios de pañal, etc. A Nolasc, en cambio, le califican de *Terminator* y hasta temen sus caricias. En ningún momento se han visto juegos de falda y muy poca actividad individual con él solo. En los momentos en que hay que limpiarle, predominan las palabras y los gestos de asco sobre las palabras cariñosas.

Gabriel y su madre se entienden solo con mirarse: la mamá siempre sabe lo que el niño quiere o necesita en cada momento. Nolasc funciona con un horario: cuando toca levantarse, le sacan de la cama. Si es hora de jugar, juega; y cuando es hora de comer, le sientan en su silla, y allí está hasta que han acabado todos, sin tener en cuenta si está cansado, o si preferiría seguir durmiendo. Nolasc nunca ha tenido un adulto para él solo, aunque el hecho de que apareciera una observadora ha significado que todo el personal del centro le ha individualizado, diferenciado, atendido diferenciadamente. De alguna forma es lo que esperábamos y deseábamos en el seminario cuando planteamos su "observación terapéutica", pero el efecto ha sido mucho mayor del esperado, pues desde su nacimiento comparte habitación de día y de noche con siete-ocho niños, y le atiende un gran número de personas, repartidas en dos o tres turnos. Nolasc parece conocerlas a todas, pero la observadora no tiene tan claro que en realidad las diferencie.

A pesar de todo lo anterior, Nolasc parece tener un desarrollo motor mayor y/o más rápido que Gabriel. La observadora de entrada apuntó que ello deberse a que

desde el principio Nolasc ha tenido mucho espacio donde desenvolverse, sin muchas barreras físicas ni frenos, lo que le ha permitido explorar el espacio e ir desarrollando sus capacidades. En una casa familiar es más difícil disponer de un espacio amplio y sin obstáculos por donde desplazarse libremente. En cambio, Gabriel tiene mejor motricidad fina (y, por supuesto, una mayor y más fina modulación emocional): mira cuentos, pasa las páginas, puede ordenarlos. Conoce bien los juegos de que dispone y los va a buscar. Sabe los que pertenecen a su hermana y cuáles son suyos, en una clara manifestación de la organización del *self*, de la identidad. Por el contrario, Nolasc tiene acceso a muchos juguetes, que suelen ser adecuados a la edad y variados, pero siempre compartidos, a menudo con conflictos entre pares.

Al pensar comparativamente en las dos observaciones, nos dimos cuenta de que en ellas faltan sesiones de observación en las cuales se vea la relación de Gabriel con otros niños de su edad. Va a la guardería, pero no se ha realizado ninguna observación allí. Nolasc "vive" en la guardería. Está habituado a compartirlo todo. Disfruta con la compañía de otros niños, la busca, aunque de alguna forma pasa por encima de los demás, haciendo valer su superioridad física.

Algunas de las reflexiones anteriores hacen pensar hasta qué punto ciertas premisas que suelen postularse para el desarrollo de los niños de institución corresponden, en buena medida, a generalizaciones abusivas y poco asentadas en la observación cuidadosa o los estudios empíricos: se trata de un tema demasiado cargado de afectos e ideología como para que aún pueda observarse e investigarse sin prejuicios, al menos si no se utilizan técnicas estrictas. Y aún así, las posibilidades de sesgos y deformaciones ideológicas son notables: un observador o pensador de base colectivista, social, comunitarista, tenderá a seleccionar los logros, avances, la ausencia de daños aparatosos que Nolasc muestra en estas comparaciones. Un observador de base ideológica individualista, personalista, psicoanalítica tradicional, remarcará las diferencias entre uno y otro niño y las dificultades de Nolasc ya al año y en el futuro. Serían unas diferencias que, como mero apunte y para ayudar a la reflexión y a la discusión, nosotros hemos resumido en cinco ámbitos:

- *Desarrollo del lenguaje.* Mucho mayor y más matizado en Gabriel y con cierto retraso, al menos expresivo, en Nolasc.

- *Desarrollo psicomotor:* La motricidad amplia parece ser mejor y más avanzada en Nolasc. Sin embargo, muestra ya algunos déficits de psicomotoricidad fina, aspecto que queda remarcado por la delicada y cuidadosa psicomotoricidad desarrollada por Gabriel.

- Ambos niños parecen muy sociables e interesados por los demás. Nolasc, por todos, de tal forma que su interés social parece algo general, superficial e indiferenciado. Gabriel casi sólo ha podido ser observado en familia y, por tanto, sólo sabemos de su socialización familiar, aunque, en su día, dio claras muestras de "ansiedad ante el extraño" (el segundo organizador), algo que sólo pudimos intuir en Nolasc, y sólo ocasionalmente —un dato más para las dificultades de diferenciación—.

- Ambos tiene un gran capacidad e interés para interactuar en su medio habitual (familia y centro) y se muestran interesados por los avatares conductuales y afectivos de cada medio.

- Las habilidades y capacidades discriminativas en la comunicación afectiva son muy amplias y multimodales en Gabriel, mientras que en Nolasc, simplemente, son difíciles de observar, dada la escasez de respuestas afectivas directas que recibe. Es fácil hipotetizar que esa es la situación que seguirá en el futuro y que, por tanto, Nolasc poseerá una menor capacidad de comunicación emocional, de comunicación profunda, que su "teoría de la mente" del otro estará más o menos empobrecida en el futuro.

Pero esas diferencias, y otras muchas que nos hemos planteado a lo largo de estas difíciles observaciones, son hipótesis que habría que probar con un adecuado estudio, ya sea observacional, clínico, o incluso experimental, de niños colocados en esas situaciones —situaciones que, por desgracia, siguen dándose cotidianamente en nuestras sociedades y, por cierto, con resultados a menudo más aparatosamente deficientes que en Nolasc—. Nos referimos a las situaciones en las cuales los niños son dejados en instituciones durante semanas, meses o incluso años, sin que se defina un cuidador principal para cada uno, personalizado; sin que haya una estabilidad mínima de los cuidadores, que pueden rotar un mínimo de tres turnos y, en ocasiones, hasta en cinco turnos; sin actividades organizadas y dirigidas intencionalmente a sustituir, al menos parcialmente, la falta de relación primigenia de esos niños y una cierta carencia de estímulos (que pueden ser proporcionados, al menos

¿Vidas paralelas? Hacia el año de Vida (y II)

parcialmente, por el ambiente material y por las abigarradas relaciones con los pares que se establecen en tales instituciones, como muy bien mostraron las observaciones de Nolasco).

Para terminar diremos que en el seminario, al realizar el trabajo, nos planteábamos cómo todo lo anterior se estará representando en el mundo interno de ambos niños y cómo irá estructurándose éste en función de las grandes diferencias iniciales. Pero sobre todo, al final de la observación de Nolasco, predominaban en el seminario dos tipos de impresiones: En primer lugar, que la observación había sido de inestimable ayuda para que Nolasco fuera diferenciado y considerado en la institución. En segundo lugar, las dudas y temores sobre el porvenir de Nolasco. No sólo por este primer año de su desarrollo, sino por cómo esta (posible) fragilidad o vulnerabilidad inicial podrá soportar las presiones, desequilibrios y problemas del resto de la vida. A pesar de que Nolasco, ya de entrada, ha dado importantes muestras de *resiliencia*, y parece estar especialmente bien dotado a nivel connatal, la duda es hasta qué punto el desarrollo inicial puede llevar a dificultades en la estructuración del mundo interno, las relaciones afectivas internas y las relaciones sociales y afectivas externas. Porque no sabemos hasta qué extremo esa situación ha favorecido y favorecerá los sentimientos de tristeza, abandono y desesperación en Nolasco: hasta qué punto reaccionará maníacamente ante ellos, y hasta qué punto se va a sentir marginado en el futuro (o nuevos acontecimientos desventajosos van a hacérselo sentir así). En definitiva: cómo y con qué magnitud y cualidades esas situaciones y esos afectos están marcando ya sus relaciones de objeto presentes y futuras. Se trata de un asunto de máxima importancia, tanto a nivel individual, del desarrollo de Nolasco, como social, del desarrollo de los niños, hoy cada vez más institucionalizados.

Porque, si predominan los afectos y representaciones mentales ligadas a la tristeza, el abandono, la desvinculación, hoy ya sabemos que: *la marginación engendra desesperación, la desesperación engendra violencia, y la violencia, desesperación y marginación.*

Bibliografía (II Parte)

- BICK, E (1964). Notes on infant observation in psychoanalytic training. *International Journal of Psychoanalysis* 45, 4:538-566.
- BICK, E (1968). The experience of the skin in early object relations. *Int.J. Psycho Anal.*, 49, 484-486.
- HAAG, M (ED.) (2002). *Le méthode d'Esther Bick pour l'observation régulière et prolongée du tout-peut au sein de sa famille*. Paris: 2002 (autoédition).
- HARLOW, H. F., HARLOW, M. K., SUOMI, S. J (1971). From thought to therapy: lessons from a primate laboratory. *American Scientist*, 59 (5): 538-549.
- PÉREZ-SÁNCHEZ, M (1981). *Observación de bebés. Relaciones emocionales en el primer año de vida*. Barcelona. Paidós.
- SANDRI, R. (DIR.) (1994). *L'observation du nourrisson selon Esther Bick*. Lyon: Cesura.
- SPITZ, R. (1965). *El primer año de la vida del niño*. México: F.C.E.

Un proyecto de evaluación de resultados en psicoterapia psicoanalítica infanto-juvenil*

ABDON MONTSERAT A.^{1,3}; ENCARNA SÁNCHEZ C.^{2,3}; AMÈLIA CHANCHO N.^{2,3}; CARMÉ MIQUEL T.^{2,3};
ROSER NOGUERA C.^{2,3}; CARMEN RÍOS B.^{2,3}; JORDI SALA M.^{2,3}; ENRIQUE GER G.^{2,3}

RESUMEN

La evaluación de los tratamientos de psicoterapia psicoanalítica infantil es el objetivo principal de este trabajo. Del análisis de las variables de la población en tratamiento se destaca que aquellas psicoterapias que obtienen mejores resultados son las que su duración se acerca más a la preestablecida, las que se realizan en población de menor edad y en paciente con trastornos en que la ansiedad ocupa un papel predominante en la sintomatología clínica que presentan. PALABRAS CLAVE: Evaluación, psicoterapia psicoanalítica, psicoterapia infantil y juvenil.

ABSTRACT

A PROJECT OF EVALUATION OF RESULTS IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY. This paper presents a project of evaluation of child psychoanalytical psychotherapy treatments. The data analysis of the population studied revealed that psychotherapies obtaining the best results were those psychotherapies whose length came closest to the pre-established length, those undertaken with the youngest population groups and those with patients where anxiety had a predominant role amongst clinical symptoms. KEY WORDS: evaluation, psychoanalytic psychotherapy, child and adolescent psychotherapy.

RESUM

UN PROJECTE D'AVALUACIÓ DE RESULTATS EN PSICOTERÀPIA PSICOANALÍTICA INFANTIL I JUVENIL. L'avaluació dels tractaments de psicoteràpia psicoanalítica infantil és l'objectiu principal del treball. De l'anàlisi de les variables de la població en tractament es destaca que les psicoteràpies que obtenen millors resultats són les que tenen una durada que està més a prop de la preestablerta, les que es realitzen en una població de menor edat i en pacients amb trastorns en què l'ansietat ocupa un lloc predominant en la simptomatologia clínica que presenten. PARAULES CLAU: Avaluació, psicoteràpia psicoanalítica, psicoteràpia infantil i juvenil.

Con el presente estudio nos sumamos a otros trabajos que estudian la psicoterapia psicoanalítica breve en niños. Petri and Thieme (1978), trabajando con una muestra de 78 casos el año 1978, obtiene un resultado satisfactorio en un 57-66% de los casos evaluados desde la perspectiva del paciente, de los padres y de los terapeutas. Fharig (1996), a finales de los años noventa, con una muestra de 133 casos encuentra una eficacia de la psicoterapia psicoanalítica breve del 90%. Muratori en

el 2002 hace lo mismo con un estudio de 30 sujetos que incluyen el grupo control. Se observa, de todas maneras, que no hay demasiados estudios hechos alrededor de este tipo de tratamiento y, además, aparecen dificultades metodológicas con cierta frecuencia (Fonagy, 2002).

En este caso nuestra aportación se encamina en una doble vertiente: por un lado, evaluar la calidad de una parte importante de la actividad asistencial que realiza-

* Trabajo premiado con un accésit del III Premio convocado por la Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente, el año 2008.

1. Psiquiatra. 2. Psicóloga(o) clínica(o). 3. Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica Infanto-Juvenil (UPPIJ). Sant Pere Claver, Fundació Sanitària, Barcelona (Espanya).

Correspondencia: abdon@tinet.cat

Un proyecto de evaluación de resultados en psicoterapia psicoanalítica infanto-juvenil

mos en nuestra unidad. Por otro, sumarnos al grupo de trabajos publicados hasta el momento en relación a este tema. Este aspecto cobra especial importancia por la necesidad de potenciar los estudios de resultados y su difusión en psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, tal como exponen autores como Fonagy (2002). En el ámbito infanto-juvenil esta necesidad parecería especialmente relevante (Windau, 2005).

Nuestro estudio hace referencia a los tratamientos individuales de psicoterapia psicoanalítica infanto-juvenil. El objetivo fue analizar los cambios relativos al proceso terapéutico. Para ello se relacionó el número de visitas realizadas y la valoración final que hace el terapeuta del tratamiento con diversas variables previas al tratamiento. También se han cruzado algunas variables "pretratamiento" entre sí. Ambos tipos de cruces de variables están detallados en el apartado de material y métodos. Se estudiaron todos los casos hicieron una primera visita en nuestro servicio el año 2005 [1].

Material y métodos

Los casos estudiados, iniciados en el 2005, fueron en total 49 y son los que forman parte de la población de estudio. A partir de la base de datos que se creó de los pacientes en tratamiento psicoterapéutico individual focal [2], las variables que se estudiaron fueron:

Número de historia, fecha de nacimiento, género, centro de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ) de referencia [3], vinculación previa al CSMIJ (esta casilla siempre está marcada con el valor: sí), fecha de derivación a nuestro servicio, diagnóstico principal del derivador (1) y otros diagnósticos (2, 3 y 4), fecha de primera visita, diagnóstico principal del terapeuta de nuestra unidad (2.1) y otros diagnósticos (diagnóstico 2.2, 2.3 y 2.4), descripción de la dinámica familiar [4] según el siguiente baremo: 1. Manejo de límites, 2. Diferenciación de roles parentales, 3. Depositación de la patología familiar en el paciente aprovechando su rol de enfermo, 4. Nivel de emoción expresada, 5. Grado de contacto emocional y, finalmente el número de visitas.

Además de las anteriores variables se incluyó el diagnóstico final CIE-9 y la valoración final, según la siguiente clasificación:

1. Los que no terminaron el proyecto terapéutico: 1.a. Interrupción durante el proceso diagnóstico (después de hacer la primera visita y antes de comenzar el trata-

miento); 1.b. Interrupción pactada después de comenzado el tratamiento y, finalmente, 1.c. Interrupción no pactada.

2. Los que han finalizado el proyecto terapéutico, en dos variantes: 2.a. Los que han finalizado con escasas, pocas o pobres ganancias y 2.b. Los que han finalizado con ganancias que podríamos decir van desde buenas a excelentes.

Puesto que trabajamos atributos o cualidades que se clasificaron en categorías, el análisis estadístico empleado fue la prueba de chi-cuadrado, que compara datos o variables de tipo cualitativo, mediante las cuales un grupo de individuos se clasifican en dos o más categorías mutuamente excluyentes.

Las variables cuantitativas fueron distribuidas por categorías para así poderlas agregar de forma homogénea (por ejemplo: las edades se agruparon en diferentes intervalos, hasta que finalmente sólo se contemplan dos grupos: todos los niños y niñas hasta 11 años y de 12 en adelante). También se establecieron otras categorías como:

- Grupos de diagnóstico: angustia/no angustia (según ésta sea sintomatológicamente predominante o no).
- Grupos valoración final: tratamientos incompletos o completos con ganancias pobres (1 o mala) / tratamientos completos con ganancias de buenas a excelentes (2 ó buena).
- Grupos de número de visitas: hasta 49 inclusive / a partir de esta cifra.
- Grupos de edad: hasta los 11 años (*pequeños*) / a partir de los 12 años hasta los 18 años (*grandes*). Grupos CSMIJ de referencia: el vinculado a nuestra institución / el resto

El análisis estadístico se centró básicamente en tres grupos de datos:

I. *Número de visitas realizadas* —que sería un medidor indirecto del proceso terapéutico, al mismo tiempo que una variable postratamiento—. Con relación a "variables pretratamiento": diagnóstico del derivador (diagnóstico 1); diagnóstico de nuestra unidad (diagnóstico 2.1); género; fecha de nacimiento; CSMIJ de referencia

II. *Resultado final* con relación a "variables pretratamiento": cada uno de los 5 ítems de descripción de la dinámica familiar; diagnóstico del derivador (diagnóstico 1); diagnóstico de nuestra unidad (diagnóstico 2.1); género; fecha nacimiento; número de visitas

III. *El género de los pacientes* con relación a: diagnóstico

del derivador (diagnóstico 1); diagnóstico de nuestra unidad (diagnóstico 2.1); cada uno de los 5 ítems de la descripción de la dinámica familiar. Este último cruce sólo incluiría datos "pre-tratamiento" (tendría el sentido de un estudio descriptivo de asociación de variables en una población concreta que es aquella que se deriva para hacer tratamiento en la nuestra unidad. No aportaría información con respecto eficacia del tratamiento)

Resultados

A continuación se comentan los principales resultados obtenidos a lo largo del estudio.

Tabla 1. Relación entre el número de visitas y la valoración del resultado final del tratamiento. N = 37

Valoración	Número de visitas		Total
	- 50	+ 50	
Buena	7	13	20
Mala	11	6	17
Total	18	19	37

P = 0,0001

En relación al número de visitas y la valoración final del tratamiento, se observa que en el grupo de mayor número de visitas (a partir de 50 o más, teniendo en cuenta que 50 visitas equivaldrían aproximadamente a un año de tratamiento semanal) el tratamiento resulta mejor valorado. Cabe decir que esta relación no es estadísticamente significativa. Concretamente hay un 7,2% (porcentaje metodológicamente excesivo) de posibilidades de que la relación mostrada entre ambas variables sea debida al azar (P = 0,0001). Aún así, pensamos que los datos pueden tenerse en cuenta.

Tabla 2. Relación entre la edad y la valoración del resultado final del tratamiento. N = 36

Valoración	Edad		Total
	Pequeños	Grandes	
Buena	14	5	19
Mala	7	10	17
Total	21	15	36

P = 0,0001

Como se desprende de la Tabla anterior las valoraciones son más satisfactorias en el grupo de edad menor (hasta 11 años inclusive, en los más pequeños). En este caso el resultado es estadísticamente significativo (chi-cuadrado de 0,048 y P = 0,0001).

Tabla 3. Relación entre el diagnóstico y la valoración del resultado final del tratamiento. N = 30

Valoración	Diagnósticos		Total
	ANG	ALT	
Buena	10	7	17
Mala	3	10	13
Total	13	17	30

P = 0,0001

En la tabla 3 se observa que en la agrupación diagnóstica que corresponde los diagnósticos en los cuales predomina la angustia (ANG) obtenemos mejores valoraciones que en el resto (ALT). También aquí se obtiene un resultado estadísticamente significativo (chi-cuadrado de 0,05 y P = 0,0001).

Discusión

Respecto a los resultados reflejados en la primera Tabla, vemos que en el grupo de menos visitas (tratamiento incompleto) la valoración es más baja. Esto parece tener bastante sentido y de hecho coincide con la revisión de 763 historias clínicas efectuada en 1994 por Target y Fonagy (1996). No deja de ser, sin embargo, algo tautológico ya que los criterios de valoración al final del tratamiento tiene en cuenta, entre otros aspectos, la interrupción del tratamiento –de forma que la interrupción y la mala valoración al final dan lugar a una "mala" valoración–. Sin embargo, nos parece que el número de visitas es una variable de proceso que se relaciona con las variables del final de una manera similar a como lo hacen las variables de inicio. De esta manera los tres tipos de variables –de inicio, de proceso y de final–, quedan relacionadas entre sí.

Los resultados reflejados en la Tabla 2, hacen pensar, por ejemplo, en la necesidad de intervenciones precoces porque parecen tener mejores resultados. Probablemente esto tenga que ver con un menor tiempo de duración de la disfunción, si se interviene eficaz y pre-

cozmente. Estos resultados los podemos cotejar con la revisión mencionada anteriormente (Target y Fonagy, 1996) en los estudios del Centro Anna Freud 2 (ACF2). En ellos se halla que los tratamientos en niños más pequeños son más eficaces y que los tratamientos más largos tienen mejores resultados. Coincidimos con ambos hallazgos –hay que decir que en aquél estudio se mezclan casos de psicoanálisis y psicoterapia–.

Los resultados reflejados en la Tabla 3, sugieren la idea de la angustia como algo movilizador en el proceso de cura, aspecto ya mencionado ampliamente en la literatura psicoanalítica (Rosenberg, 1949). O también en el hecho de que los trastornos más agudos (aquéllos en los cuales predomina la angustia) tienen mejor pronóstico que aquéllos en los cuales el cuadro está más cronificado ya sea en el cuerpo (patología psicosomática), o bien cronificado en las relaciones (patología caracterial).

También, el hecho de que eso pase con los diagnósticos de nuestra unidad y no con los diagnósticos de los derivadores hace pensar que un diagnóstico más "benevolente" ya es factor de mejor pronóstico. Y que diagnosticar de una manera o de otra ya es terapéutico en sí. Esta "benevolencia" puede tener que ver con qué en nuestra unidad se puede hacer un diagnóstico que valora el niño o niña más positivamente y que el derivador ya ha hecho una intervención previa eficaz y contenedora.

Como ya hemos mencionado en la introducción, no hay demasiados estudios hechos en este campo, y aparecen problemas de diseños incluso en algunos de los más importantes (Fonagy and Target, 1996). En este sentido, se da la circunstancia de que en nuestro trabajo el proceso de elaboración de datos se ha hecho separado (efectuado por diferentes personas) del de recopilación de éstos, con lo que el diseño del estudio se acercaría al de uno en el cual se hubiera introducido un ciego de forma intencionada, lo cual es un valor añadido desde el punto de vista metodológico. Un valor añadido que se deriva del hecho de que los datos no están recogidos expresamente para la realización del trabajo.

Estos factores refuerzan más todavía en la necesidad recoger esta aportación, como profesionales que trabajamos en la clínica en el área infanto-juvenil, y concretamente con la técnica de la psicoterapia psicoanalítica focal. De todas maneras, creemos que vale la pena recordar que la investigación empírica probablemente sólo logre reflejar una parte de la compleja realidad que

es la interacción terapeuta-paciente durante la psicoterapia, y que precisa complementarse con otras formas de análisis.

Conclusiones

De todos los resultados obtenidos destacamos tres, eso quiere decir que en el cruce de una variable con la otra aparece una cierta relación o influencia entre ambas. Evidentemente la estadística no nos dice cuál es la causa o causas de esta influencia, sólo que existe. Siguiendo la metodología clásica de estudios médicos, entonces habría que hacer un estudio experimental o casi experimental que controle todas las posibles variables causales menos una (la que es objeto de estudio). Pensamos que en nuestro caso tiene mucho más sentido profundizar en la relación causa-efecto con otras herramientas (análisis de casos individuales o reflexiones teórico-clínicas, por ejemplo). Como posibles limitaciones del estudio señalar el tamaño muestral pequeño (aunque los resultados estadísticos se han obtenido teniendo en cuenta esta dificultad) y la no utilización de instrumentos de medida de resultado estandarizados.

El presente estudio incide en dos variables clínicas como posibles factores predictores de un buen resultado en los tratamientos de psicoterapia psicoanalítica infantil: corta edad del paciente y diagnósticos en que la forma de expresión clínica predominante es la angustia. Esta demostración empírica, pensamos, está en la línea de poder aportar evidencias, tanto a la administración pública como a la sociedad científica, de la utilidad de los tratamientos psicoterapéuticos de tipo psicoanalítico. En este caso el trabajo se llevó a cabo en la Unidad de Psicoterapia Psicoanalítica Infanto-Juvenil de la Fundació Sanitària Sant Pere Claver, centrándonos en una de las técnicas que desarrollamos en el ámbito de la asistencia pública, concretamente la psicoterapia psicoanalítica de tipo focal (Sala et al, 2009). También realizamos diversos tipos de tratamiento grupal y psicoterapias destinadas a niños con dificultades de base emocional en el aprendizaje. Es nuestro deseo que, a partir de esta experiencia, próximamente podamos ir desarrollando métodos de evaluación de resultados, también para dichas modalidades terapéuticas, y así poder mejorar la práctica cotidiana en nuestros pacientes.

Notas

1. En el futuro esperamos poder incluir más variables y casos correspondientes a los años consecutivos al 2005.

2. Tratamiento psicoterapéutico de aproximadamente un año de duración, de tipo focal en el sentido de que el trabajo se organiza alrededor de una área conflictiva y unos objetivos terapéuticos que se plantean en las entrevistas exploratorias previas a la realización de la terapia.

3. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil que nos ha derivado el caso, y que continúa interviniendo en éste a todos los niveles (familiar, psicofarmacológico, social, etc.) excepto el tratamiento psicológico individual.

4. Baremo elaborado por la propia unidad, con la ayuda de un experto externo (Dr. Jaume Aguilar).

Bibliografía

FAHRIG H ET AL (1996). Therapeutic outcome of analytic psychotherapy in children and adolescents. The Heidelberg study on analytic child and adolescent psychotherapy. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 4, 375-395.

FONAGY P, TARGET M (1996). Predictors of outcome in child psychoanalysis: A retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, 27-77.

FONAGY P (2002). *Una revisión de puertas abiertas de los estudios de resultados en psicoanálisis, informe preparado por el Comité de Investigación de la API* a pedido de su Presidente, Londres, API.

MURATORI F ET AL (2002). Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders. *Psychother Psychosom*, 71, 28-38.

PETRI H, THIEME E (1978). Follow-up study on analytic psychotherapy in childhood and adolescence. *Psyche - Z Psychoanal*, 32, 21- 51.

ROSENBERG, E (1949). Anxiety and the Capacity to Bear It. *Int. J. Psycho-Anal.*, 30:1-12.

SALA J, CHANCHO A, GER E, MIQUEL C, MONTSERRAT A, NOGUERA R, RÍOS C, SÁNCHEZ E (2009). *Psicoteràpia focal de nens: Una aplicació del model psicoanalític a la Xarxa Pública*. Publicació de Sant Pere Claver Fundació Sànitària, Barcelona.

WINDAUS E (2005). Efficacy studies in the field of psychotherapy psychoanalytical and psychodynamic psychology for children and adolescents: a survey. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 54 (7), 530-558.

Greenberg, Michel: *Hacia el amanecer*, Barcelona, Seix Barral, 2009, 272 páginas

El título original del libro que se presenta es *Hurry Down Sunshine* que sería traducible concretamente en algo así como: "Rápido bajo luz de sol". Luego de realizar algunos procesos de sustitución, nos acercamos a la idea de la traducción: "Repentino hundimiento en la luz de la manía". Y prosiguiendo en esta vertiente metafórica se llega al título con el que se publica esta traducción: *Hacia el amanecer*. La traducción misma intenta codificar y dar sentido.

En algunos casos, el objetivo del proceso terapéutico con la locura consiste en realizar una sustitución metafórica, una traducción y entrega de un sentido distinto de la metonimia y el delirio. *Hacia el amanecer* son las memorias que escribe un padre, en torno al momento en que irrumpe "la locura" en su hija. La escritura brinda una forma de procesar, al menos parcialmente, el inabarcable padecimiento que provoca la enfermedad mental en el paciente, en su familia, en la sociedad, y en este caso además es un relato impresionantemente lúcido, a pesar y con el pesar que conlleva la locura, lugar vacío de representación, imposible de asumir o asimilar.

La obra es una inestimable fuente de aprendizaje y conocimiento. El autor, emulando a Maimónides, a partir de escribir estas memorias, oficia de "Guía para los perplejos" de un modo absolutamente actual, vigente a "estos tiempos", tiempos plurales que atraviesan y arrasan al sujeto desde múltiples lugares, con una pluralidad desconcertante. Esta obra, a tener en cuenta en nuestra práctica clínica, agrega al estilo emocionante, entretenido y vivaz de su autor una inagotable cantidad de fenómenos que comprenden o se imbrican en los procesos de la salud mental y de los cuales se podrían desprender infinitos aprendizajes, ejemplos, y conclusiones.

Comentaré simplemente algunas de estas cuestiones que a título personal generaron mayor impronta. Encuentro sumamente rica la oportunidad que nos da, de primera mano, la prosa de este periodista neoyorquino, para observar y entender a quienes nos consultan

por su padecer o por el de sus hijos. Esto no se agota aquí, lo más jugoso del vistazo a la mirilla de la vida de los Greenberg creo que radica en la posibilidad de interpelarnos en nuestra praxis, de ejercitar la autocrítica y fomentar la escucha de lo que se produce allí, en la consulta. Michel Greenberg nos abre la puerta a otro entendimiento, mucho más profundo que el conocimiento de la enfermedad, y es el conocimiento de la persona que porta la enfermedad, su individualidad y la de su constelación familiar.

Otro eje fundamental de las cuestiones que abre este relato, en modo breve, consiste en las prácticas sanitarias en salud mental, aparentemente esterilizadas, supuestamente higiénicas, des-implicadas, y con un fuerte corte "erotómano" de las instituciones psiquiatras actuales: "trastorno bipolar, sabemos de que se trata, usted está enfermo, tome dos comprimidos de este medicamento, y uno de este, no puede recibir visita". Lugar abroquelado, continente seguro frente a lo destructurante de la locura que, en definitiva, es tanto o más psicótico en su funcionamiento que su contenido.

Para finalizar, me gusta pensar que el autor va ocupando paulatinamente una posición cada vez más próxima al lugar que debe portar y soportar el terapeuta. En palabras de Bión: "...para que haya tratamiento debe haber al menos dos sujetos angustiados"... Soportar la locura. En la búsqueda de una explicación a lo que le ocurre a su hija, consigue tolerar y acompañar el sinsentido de la manía y a partir de allí, abrir nuevos caminos.

Juan Pablo Rozen

Allué, Marta: *La Piel curtida*, Barcelona, Bellaterra, 2008, 234 páginas

En 1934 el psiquiatra austriaco de origen sefardí, Jakob Levi Moreno, publicó *Who Shall Survive? Foundations of Sociometry, Group Psychotherapy and Sociodrama*. Beacon House Inc. (reed. 1978, 3 vols). ¿Quién sobrevivirá?, convertido en quién sobrevive o quién va a

Reseñas Bibliográficas

sobrevivir es la pregunta de investigación de este libro singular y fascinante. A Marta Allué no le interesa teorizar sobre la supervivencia como un hecho individual y psicológico, sino elaborar una etnografía de las prácticas sociales que permiten a los individuos sobrevivir en situaciones extremas sin perder la piel; al contrario, curtiéndola, convirtiendo la situación crítica en un proceso iniciático que les llevará a una mayor capacidad de vivir. Moreno quería sugerir recetas de profesional para cambiar ciertos aspectos de la terapéutica de determinados trastornos mentales, sin partir de las experiencias y las prácticas de los sobrevivientes de carne y hueso que pudieron contarle. Allué cuenta lo que hicieron dos o tres centenares de personas para seguir viviendo. Habla de prácticas, habla de evidencias, con sus claroscuros. Habla de personas normales, no de patología en niños, adolescentes y adultos que estuvieron sometidas a situaciones vitales inimaginables de extrema violencia y opresión, en zulos o en campos de concentración. Emplea el pasado pero es consciente que en Guantánamo y en todos los Guantánamos del mundo sigue habiendo personas sometidas a vejaciones, a violencia y a opresión que van a sobrevivir y cuyos relatos en el futuro añadirán nuevos datos a sus argumentos, que quizás más adelante ayuden a algunos o algunas a sobrevivir a los nuevos Guantánamos o los nuevos Bergen-Belsen que los hay y los habrá.

Allué no es pedagoga, ni psiquiatra, ni psicóloga. Tampoco es una Hermana de la Caridad ni una trabajadora social. Es una etnógrafa. De las mejores y cree en la etnografía implicada, esto es, en una etnografía que no sea simplemente un ejercicio de onanismo académico para académicos. Cree que solo la etnografía es capaz de representar las prácticas, y sabe que solo las prácticas sirven para la supervivencia. Dice en bastantes momentos que los intelectuales y los académicos no sobrevivieron, lo hicieron los que estaban acostumbrados a sobrevivir. Por eso el libro se construye a partir de un par de centenares de actores que lo contaron tras sobrevivir a todo tipo de situaciones de crisis: secuestrados, internados en *Lager*, personas confinadas en unidades de cuidados intensivos y sometidas a situaciones límite de aislamiento, de privación alimentaria y sensorial. Añade a esos escritos algunas entrevistas y observaciones realizadas directamente por la autora en contextos muy diversos, pero principalmente en unidades de cuidados intensivos (UCI) de hospitales. Esto último pone de relieve

una extraordinaria capacidad de observación, casi entomológica, atenta a los más nimios detalles. Esta capacidad de observación la construyó precisamente durante un año de confinamiento en situaciones extremas de la que pudo sobrevivir. Le permitió, en la soledad, desarrollar hasta el extremo una enorme sensibilidad para la observación etnográfica, pues esta era la que le permitía llenar las horas de su encierro.

Esta sensibilidad la plasmó en su primer libro, *Perder la Piel* (Barcelona, Seix Barral, 1996), una autoetnografía sobre su supervivencia y un relato fascinante sobre el mundo hospitalario visto *desde la cama* de una UCI o desde un itinerario por distintos servicios, por una antropóloga. En *Discapacitados* (Barcelona, Bellaterra, 2003), *toma como objeto de estudio* a los temporalmente válidos que la rodean. La etnografía pasa de hablar de sí, a hablar de los otros desde el sí, a partir de un uso particularmente eficaz de las observaciones de campo y de los *faits divers* de la vida cotidiana. En ambos textos renunció voluntariamente a las corazas académicas y si las influencias del mejor Goffman y de la mejor etnografía del interaccionismo simbólico son notorias, es porque esta perspectiva era la que le permitía situar al lector en la tesitura de comprender, de tomar conciencia y de aprender.

En la *Piel Curtida*, que cierra la trilogía, los experimentos narrativos de sus dos libros precedentes adquieren un nivel de maduración y de sofisticación que desbordan los límites de las autoetnografías o de una investigación cuyo objeto inicial era una tesis doctoral. Ahora toma las autoetnografías, las biografías, las autobiografías, escritura más o menos lenitiva de dos centenares de personas, como el material de su observación para contestar a la muy racional pregunta de *¿por qué sobrevivieron?* y qué permite a los seres humanos de cualquier clase y condición —y en este caso clase y condición tienen un sentido universal puesto que la mayoría son gente anónima—, a escapar de la muerte, de las vejaciones, del maltrato, de la violencia y posteriormente afirmar su condición humana plena, su *normalidad* vivida no como unos traumatizados permanentes, sino como seres que se han dotado de una mayores capacidades para vivir. Lo actores implicados en el relato han sido víctimas bien a pesar suyo, de situaciones vejatorias, pero una vez superada la situación no quieren seguir siendo víctimas, si testigos que deben asegurar la persistencia de la memoria y el rechazo al olvido complaciente de según

qué. Víctimas tampoco, porque contra la vulnerabilidad con que algunos discursos profesionales tratan de explicar determinados traumas, Allué demuestra de manera implacable, como incluso hombres y mujeres sin apenas recursos *antes de* se sobreponen a ello y son capaces de imaginar lo inimaginable para garantizar su supervivencia. Y en esto los testimonios de los niños, las adolescentes y los débiles son particularmente impactantes.

El libro atrapa al lector desde la primera página, en una espiral narrativa puesto que el yo de la autora y los datos están en una constante relación dialéctica. Se inicia con un *tempo* pausado, tranquilo, como corresponde a una investigadora que empezó a coleccionar libros sobre el tema en distintas librerías. Sin dejar respiro, el relato lleva, paso a paso, a los actores, no al horror, puesto que el libro no es sobre el horror, sino cómo los actores dan la vuelta al horror para sobrevivir y por eso el relato transpira ironía, sarcasmo y afecto. Y ese dar la vuelta es una odisea en la que el lector queda atrapado, conmovido viendo como las cenizas se convierten en diamantes y la noche y la niebla pueden llegar a desvanecerse, por la misma razón con la que el gran Ulises supo esquivar las desgracias para volver a casa. Es un libro sobre la grandeza humana. Es la magia de la etnografía. Es *La Piel curtida*.

Josep M. Comelles

Sala, Jordi (Edición) y Chanco, Amèlia; Ger, Enrique; Miquel, Carme; Montserrat, Abdón; Noguera, Roser; Carme, Ríos; Sánchez, Encarna: *Psicoteràpia focal de nens. Una aplicació del model psicoanalític a la Xarxa Pública*. Barcelona, Sant Pere Claver. Fundació Sanitària, 2009, 268 páginas.

He leído con mucho interés el libro *Psicoteràpia focal de nens. Una aplicació del model psicoanalític a la Xarxa Pública*. Tal y como explican los autores se trata de una obra que tiene como eje dinamizador la línea teórica que va desde Freud y Klein hasta Bion, integrando aportaciones de la psicología evolutiva de inspiración psicoanalítica.

Uno de los mayores méritos es, pues, que ha tratado de plasmar la larga experiencia de los autores en el campo de la psicoterapia focal de niños y adolescentes, en el ámbito de la asistencia pública. En efecto, los autores han formado un equipo estable a lo largo de muchos años de actividad profesional, lo cual les ha

permitido sentar las bases de un modelo consistente, bien definido, y explicado con claridad y sencillez. Todos ellos poseen, además, una dilatada formación teórica, personal y clínica en psicoanálisis.

Una parte inicial y muy importante del libro explica la metodología que conduce a la estructuración de un foco de trabajo, como eje central de la labor psicoterapéutica. Las fases de diagnóstico, de indicación del tratamiento y de desarrollo del mismo están centradas en la metodología para obtener un foco de trabajo y en la evolución del mismo durante todo el desarrollo del tratamiento. Ello no solo es explicado teóricamente, sino que es ilustrado de forma clara y precisa a través de ejemplos clínicos.

Resultan especialmente interesantes, también, el capítulo dedicado a la finalización del tratamiento y uno último que, a modo de glosario, trata de definir los términos teóricos desarrollados a lo largo del libro. Son definiciones expresadas en un lenguaje sencillo y que huyen de tecnicismos innecesarios. Creo, asimismo, que este último permite el desarrollo de futuros trabajos orientados a hacer operativas las variables utilizadas. Definidas con suficiente precisión, hacen que sea posible estudiarlas en investigación de procesos psicoterapéuticos. Variables que, además, puedan ser predictivas de los resultados terapéuticos finales y por ello adecuadas para desarrollar trabajos de eficacia y eficiencia terapéutica.

Se trata, pues, de una pequeña joya que los autores depositan en manos del lector. Yo, como seguro que muchos otros lo harán, me alegro de haberla recibido y les doy las gracias.

Jaume Aguilar

Plataforma de difusión: A continuación se transcribe íntegramente el texto de manifiesto al cual hace alusión el editorial.

MANIFIESTO

Dos años de maternidad/paternidad garantizados por los poderes públicos

Desde hace más de un siglo se conoce la gran importancia que supone para toda la vida del niño y del futuro adulto disponer a su lado, desde el nacimiento y durante los primeros años de la vida, de una o dos figuras de vinculación suficientemente próximas y suficientemente estables en el tiempo. Con los conocimientos científicos actuales resulta evidente que, antes de los tres-cuatro años, es mejor evitar la institucionalización de los bebés y de los niños, si no existen graves motivos para ello. Estas afirmaciones están basadas en:

A. Las investigaciones de los últimos 50 años sobre la vinculación del niño pequeño a sus cuidadores, como base de su salud mental y de su autonomía posteriores. La figura de apego provee, en los primeros años, la seguridad básica esencial para poder explorar el mundo y en esta seguridad básica se sustenta la capacidad de relacionarse con los demás de modo sano y de aprender.

B. Las investigaciones de las últimas décadas sobre la relación entre el vínculo con el cuidador y el desarrollo de las estructuras neurológicas del cerebro que nos muestran, por ejemplo, que el desarrollo del cerebro depende de la calidad de la crianza.

C. Los efectos negativos probados de la institucionalización parcial o total sobre la evolución infantil.

Hoy sabemos que el niño necesita ser cuidado por personas suficientemente constantes en el tiempo, que establezcan con él un vínculo emocional intenso. Esto es lo que le permite desarrollar una vinculación segura y estas condiciones las reúnen, especialmente, los padres. Sólo mediante la continuidad y la constancia en el tiempo, niño y adulto pueden llegar a conocerse, demandar y recibir respuestas adecuadas, realistas y coherentes y, por tanto, estructurantes.

Hoy en día, con la legítima integración de la mujer a la formación y al trabajo remunerado, cada vez más globalizada, existe la indudable necesidad de conciliar el cuidado de los hijos con el trabajo de los padres. Eso significa atender al derecho de los hijos a unos cuidados adecuados para alcanzar un desarrollo personal y men-

tal saludable, así como atender a los derechos de los padres a su propio desarrollo personal y profesional -- lo cual, entre otras cosas, debe suponer unos ingresos familiares al menos suficientes para el crecimiento y la integración social de niños y familias.

Sabemos que la procreación, además de ser un deseo de los padres, es también una necesidad social. John Bowlby, un experto en estos temas, decía que "la energía que el hombre y la mujer dedican a la producción de bienes materiales aparece cuantificada en todos nuestros índices económicos. Pero la energía que el hombre y la mujer dedican a la producción, en sus propios hogares, de niños felices, sanos y seguros de sí mismos, no cuenta para nada en ninguna estadística. Hemos creado un mundo trastornado".

Las políticas educativas que pretenden arreglar el fracaso escolar con más horas de institución a cualquier edad, transmiten o incluso inculcan a los padres la creencia errónea de que hay que "socializar" a los bebés a los pocos meses; que asistir muchas horas a la escuela es mejor que los cuidados que ellos mismos pueden brindar, y que los padres deben trabajar más y esforzarse laboralmente aún más para poder pagar muchas actividades extraescolares en aras de supuestas mejoras en la formación de sus hijos.

Se invierten fondos y recursos en más plazas de guarderías (escuelas infantiles) y, después, en más plazas de aulas de refuerzo para niños con fracaso escolar; en más equipos de salud mental infanto-juvenil; en más hospitales de día; en más psicofármacos para la infancia; en más servicios hospitalarios para niños y adultos con problemas, etc. Sin embargo, se está ayudando poco a los padres, a nivel económico y laboral, a que mantengan un tiempo para estar con sus hijos, para realizar actividades con ellos, fomentando así una adecuada evolución personal y social. Es decir, su salud mental. Éstas son las verdaderas medidas preventivas. Y por eso resultan mucho más rentables económica, social, emocionalmente y en otros muchos sentidos.

Son sólo algunas de las principales razones por las cuales la sociedad debe contribuir a la crianza de sus jóvenes continuadores. Para ello, resulta fundamental que se comprometa con una verdadera conciliación de la vida laboral y familiar, ayudando a los padres que decidan cuidar personalmente a sus hijos a que tengan el tiempo para ello. En ese sentido, algunos países escandinavos, cuyos niños, por cierto, quedaron en los

Noticias

primeros puestos del último informe PISA (2006) sobre resultados educativos, van muy por delante de nosotros. Consideramos que las políticas educativas y de crianza deben tener en cuenta los conocimientos emanados de las importantes investigaciones llevadas a cabo en las últimas décadas, como se ha hecho en esos países.

Los padres y los bebés de nuestras sociedades se merecen la posibilidad de que, si las madres y padres quieren, puedan ser ellos los principales cuidadores de sus hijos, al menos durante los dos primeros años. Sobre todo, teniendo en cuenta que, con los niveles actuales de natalidad, eso sólo ocurrirá una o dos veces en la vida.

CONSCIENTES de esas necesidades de los niños, de las madres y de los padres de nuestra cultura,

PROFESIONALES de la psicología, la psiquiatría, la enfermería, el trabajo social, la sanidad en general y otras disciplinas conexas, interesados en la salud mental de la población, hemos puesto en marcha una campaña de sensibilización y apoyo CON EL FIN DE SOLICITAR a las instancias legislativas y ejecutivas de nuestro Estado:

-Prolongar hasta los dos años el tiempo de cuidado compartido por maternidad/paternidad con protección pública para todos aquellos padres que deseen ocuparse personalmente de sus hijos. Sobre todo, porque se trata de un sistema de cuidados más personalizado y, desde el punto de vista social, más económico y eficiente.

Son necesidades que hoy nos parecen urgentes en los países industrializados, tanto para un aumento de la felicidad de padres e hijos, como para preservar y aumentar la salud mental de las poblaciones. De ahí la reivindicación fundamental que deseamos difundir con esta campaña: Dos años de maternidad/paternidad garantizados por los poderes públicos.

La salud de los niños ha de ser lo primero, como muy bien afirma la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

ANEXO

Guarderías y escuelas infantiles para todos los que las necesiten.

Conscientes de que, de todos modos, hay momentos o situaciones en las cuales los padres pueden necesitar llevar a sus hijos a escuelas infantiles, consideramos que estas instituciones requieren de unas condiciones mínimas necesarias para desarrollar adecuadamente sus ser-

vicios, por lo que consideramos imprescindible, en estos casos:

- Que las guarderías y escuelas infantiles, para los padres que las necesiten, cuenten con personal y recursos suficientes y bien formados, en especial en los tres primeros años de la vida del niño; también, con espacios y educadores particularmente constantes y estables, para que puedan respetarse y atender las necesidades de los niños.

- Que haya una proporción adecuada de personal especializado por cada bebé. En ese sentido, las tasas normalmente aceptadas son de una persona por cada 3 ó 4 bebés; para los niños de más de 2 años, una persona para cada 5 ó 6 niños. -que los recursos sean accesibles para todos y gratuitos en el caso de familias más desfavorecidas.

- Que estén orientadas a fomentar la presencia de los padres y madres en la vida de los niños, con horarios adaptados a las necesidades de las familias.

Grupo Promotor

Demetrio Casado. Doctor en Farmacia, Director del Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPO-SO), Madrid.

Ana Pavón. Psicóloga de La Unidad de Salud Mental de Benidorm (Alicante).

Purificación Sierra. Profesora Titular de Psicología Evolutiva de la UNED.

Jorge L. Tizón. Psiquiatra, Psicólogo y Neurólogo. Director del Equipo de Prevención en Salud Mental - EAPPP del Institut Català de la Salut en Barcelona y profesor de la Universidad Ramon Llull. Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Eulàlia Torras. Doctora en Medicina y Cirugía. Psiquiatra y psicoanalista de niños y adolescentes. Presidenta de la Fundació Eulàlia Torras de Beà Institut de Psiquiatria-Psicologia del Nen i de l'Adolescent. Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Mercedes Valcarve. Profesora Titular de Psicología Evolutiva de la Universidad Complutense. Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

A 15 de septiembre de 2009

Convocatoria del IV Premio de Investigación en Salud Mental Infantil y Juvenil

BASES

1. El premio, que se convoca cada dos años, tiene en esta ocasión una dotación de 5.000 euros y está patrocinado por el Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat (Barcelona, España).

2. Se premiará el mejor trabajo de investigación, individual o en equipo, sobre temas relacionados con la salud mental infantil y juvenil. Podrán optar al premio todos los profesionales de la psiquiatría, psicología, ciencias médicas y sociales vinculados, directa o indirectamente, con la atención, prevención y promoción de la salud mental infanto-juvenil.

3. El plazo de presentación de los trabajos finalizará el 30 de junio de 2010.

4. El veredicto del jurado se hará público durante el mes de octubre de 2010, en un acto que se realizará con motivo del Día Mundial de la Salud Mental.

5. Los trabajos deberán ser originales y no haber sido presentados a otros premios o concursos.

6. Para la valoración de los trabajos, el jurado tendrá en cuenta, de forma prioritaria, el carácter novedoso del tema, el rigor metodológico, su claridad de exposición y su aplicabilidad.

7. Los trabajos deberán ser redactados, en castellano, a doble espacio, letra "Arial 11", programa WORD y formato DIN-A4. El documento que se presente a concurso no deberá superar los 30 folios, y se hará constar la finalidad, objetivos, metodología y técnicas empleadas, resultados, discusión, notas y bibliografía. Las tablas, gráficos u otras ilustraciones figurarán como anexos.

8. Los trabajos se enviarán a: *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*.

Calle de Vidal i Barraquer, 28 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona) - España.

De la manera siguiente:

- Dos copias en papel y una en diskett o CD-ROM. En ninguna de las copias ha de constar el nombre del autor/es ni de la institución o entidad a la que pertenecen.

- En un sobre aparte se pondrá el título del trabajo, nombre y apellidos, así como un breve currículum del autor/autores y se enviará junto con el trabajo.

9. El jurado, elegido por los miembros del Consejo

Directivo de la revista, estará integrado por profesionales de reconocido prestigio.

10. Los miembros del Consejo Directivo y las personas que formen parte del jurado, no podrán optar al premio.

11. El jurado, a la hora de fallar el premio, podrá declararlo desierto, concederlo de forma fraccionada o mediante accésit. La participación en el premio implica la aceptación de las bases y la decisión inapelable del jurado.

12. El trabajo premiado se publicará en la revista, en forma de artículo, con una mención expresa al premio.

13. Los trabajos son propiedad de sus autores. La revista sólo se reserva el derecho a publicar los títulos y los nombres de los trabajos presentados, si así lo considera oportuno. En el caso de futuras publicaciones del trabajo premiado en cualquier otro medio de difusión, el autor –o autores– deberá hacer constar el nombre del premio recibido y de la institución que lo otorga.

14. Las bases de la convocatoria se podrán solicitar por:

E-mail: recerca@fundacioorienta.com

También a: Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente. C/ Vidal i Barraquer, 28 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona) - España.

O consultarlas en la web: www.fundacioorienta.com

II Jornadas Pitiusas (Ibiza y Formentera) Pro Salud Mental. Ibiza, 8, 9 y 10 de octubre de 2009

Las II Jornadas Pitiusas Pro-Salud Mental, organizadas por la Asociación para la Docencia e Investigación en Salud Mental de Eivissa y Formentera (ADISAMEF), se han celebrado, una vez más en Ibiza, con el objetivo de generar un espacio de encuentro e intercambio entre afectados, familiares y profesionales, con ocasión del Día Mundial de la Salud Mental.

De forma coherente con el principio de salud mental comunitaria, hemos velado para que en la constitución y composición de ADISAMEF haya un máximo de representatividad y de interdisciplinariedad, con la inclusión de un amplio espectro que abarca desde las asociaciones de afectados y sus familiares hasta los profesionales que los atienden y sus respectivos colegios o asociaciones profesionales, tales como el Colegio Oficial de Médicos y el de Psicólogos de Baleares, la Asociación de Guarderías, los equipos multiprofesiona-

Noticias

les del ámbito de la educación, enfermería, trabajadores y educadores sociales etc. También hemos tratado de conseguir la implicación de múltiples y diferentes organismos y entidades, tanto públicas como privadas, en la organización, patrocinio y difusión de estas jornadas. A todos ellos nuestro reconocimiento y gratitud.

Al abordar el tema de este año, "La crisis psicológica en el ser humano y en sus diferentes contextos", nos hemos acercado a la comprensión de la crisis psicológica, como objeto de estudio y experiencia a compartir y tratar, en los diferentes contextos en que puede presentarse y desarrollarse. La crisis como necesidad evolutiva del ser humano (infancia, adolescencia, edad adulta y ancianidad); la crisis en los diferentes contextos significativos en los que se desarrolla el ser humano como persona y como ser social (escolar, pareja, familia); la crisis como resultado del sufrimiento y padecimiento de la enfermedad (crisis y traumatismos perinatales, enfermedad mental, enfermedad crónica e incurable); la crisis en los que se cuidan del sufrimiento de los demás (cuidador familiar y cuidador profesional); la crisis en situaciones de desesperación, impotencia y sensación de desamparo que llevan al ser humano hacia conductas suicidas; y por último, la crisis en situaciones sociales de emergencia.

Como el pasado año, hemos mantenido la presencia de espacios diferenciados y estrechamente relacionados entre sí que han ofrecido la posibilidad de propiciar el encuentro e intercambio de experiencias entre los asistentes a las jornadas. Han cumplido con este objetivo los tres talleres simultáneos constituidos por grupos limitados de personas para facilitar el intercambio y la interacción entre los participantes. Por otra parte, hubo dos espacios abiertos al público en general mediante los cuales pudimos hacer realidad la filosofía y el espíritu que inspira el modelo comunitario de atención a la salud mental, –salud mental, de, en y para la comunidad– los cuales tuvieron lugar el día 8 de octubre por la tarde tras los talleres y el sábado 10 de octubre por la tarde. Se trató, en este caso, de una mesa redonda con el tema "La crisis psicológica y su atención en nuestra comunidad. Su abordaje desde distintos ámbitos de intervención: servicios sanitarios, educativos, sociales, afectados, familias".

Igual que en la edición anterior, la obra titulada "La cuerda", de Patrick Hamilton (1924), sirvió de introducción a las jornadas del próximo año, –días 7, 8 y 9 de

octubre de 2010– que tratarán sobre "La organización de la personalidad y sus desviaciones hacia la psicopatología". ¡Os esperamos!

Juan Larbán Vera, Presidente del Comité organizador y Presidente de ADISAMEF

La Fundación Eulàlia Torras de Beà cumple 40 años

Con motivo de este aniversario, el viernes 5 de marzo de 2010 a las 9 de la mañana, en CaixaForum, celebraremos la Jornada *Propuestas asistenciales actuales*. En ella presentaremos actividades que hemos desarrollado especialmente en los últimos años.

Por la mañana, la Dra. Rosa Agulló presentará su investigación sobre la *Eficacia de las intervenciones exploratorias-psicoterapéuticas breves*. Seguirá una mesa redonda sobre *Respuestas asistenciales a una nueva realidad social*, con la participación del psicólogo Luís Díaz, la Dra. Remei Tarragó, la psicóloga Pilar Serón y la Dra. Montserrat Grau, que explicarán respectivamente los siguientes temas: "La Consulta *on-line*: nueva forma de atención a familias y profesionales", "La Asistencia psicológica a la unidad de prematuros del Hospital de San Pablo", "El Miedo al desamor, la sexualidad adolescente y su función relacional" y "¿Es válido el modelo asistencial actual para la población inmigrante?".

Por la tarde tendremos la segunda mesa redonda que llevará el título de *Trabajo en red* y en la que serán ponentes la Dra. Anna Taberner, la psicóloga Imma Marín, la psicóloga Beatriz Martínez, y la trabajadora social Sunsi Segú. Presentarán respectivamente las siguientes comunicaciones: "La atención a los niños entre 0 y 6 años: un modelo de integración de dos redes (CDIAP - CSMIJ de la FETB en Sant Andreu)", "El niño que aprende, el niño que siente: escuela, CDIAP y CSMIJ trabajando conjuntamente", "El trabajo en salud mental en la ABS: diálogo interprofesional hacia la prevención" y "La red social en el ámbito de la salud mental infantil: de las acrobacias por libre al trabajo en equipo".

Como fin de la Jornada el psicólogo Adrià López presentará la comunicación: "Cine: una mirada a la psicología de niños y adolescentes". Actuarán como moderadores la psicóloga Montserrat García Milà, la psicóloga Leticia Escario, la Dra. Maria Teresa Miró y el Dr. José Manuel Ibáñez. Nos despediremos con una copa de cava. ¡Estáis todos invitados! *E. Torras*

En el próximo número:

La transmisión de la temporalidad familiar

Rosa Jaitin (Francia)

Ajuriaguerra y la empatía

José Guimón (Bilbao)

El psicoanálisis y la protección a la infancia

Antonio Galán Rodríguez (Mérida-España)

Trabajo con padres de hijos prematuros en una unidad de neonatos

Marcel Cortada Esteve (Barcelona)

La confusión diagnóstica en la clínica infantil actual

Esperanza Pérez de Pla (México)