

Revista de

PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

del niño y del adolescente

Abril 2016

27

**Una aproximación a la sintomatología psicósomática en la primera infancia:
el efecto de la sensibilidad materna**

Carla Pérez, Sandra Simó, Ana D'Ocon y Pascual Palau

Hacia una comprensión integradora del autismo

Juan Larbán

Evolución de la sintomatología autista de los 2 a los 4 años: un estudio de seguimiento

Olga Casas Masjoan, Rosa Galceran, Ester Pla Colomer y Ferran Viñas

El lenguaje y la maduración emocional. ¿Cómo lo trabajamos en grupo?

Gemma Maspons, Ariadna Carreño, Cristina Fornells, Marta Pérez y Jordi Artigué

Maltrato en la infancia y la adolescencia:

características y psicopatología asociada en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil

Fátima Valencia Agudo

Tricotilomanía: tratamiento psicodinámico de un caso

Andrés García Siso

Terapia psicodinámica familiar de la anorexia nerviosa

Günter Reich, Antje von Boetticher y Manfred Cierpka

A través de las barricadas: entre profesores y estudiantes adolescentes

Tiziana Catta

Aproximación al lenguaje en el trastorno del espectro autista

Elisabet Vila Borrellas, Kristen Schroeder, Joana Rosselló Ximenes y Wolfram Hinzen

El papel de la mentalización en la etiología de la conducta violenta

Izaskun Vilora y Sergi Ballespí

Revista de

PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

del niño y del adolescente

Jefe de Redacción: **Xavier Costa**

Secretaría: **Núria Planas**

Administración y Contabilidad: **Josefina Martín**

Promoción y Difusión: **María de Querol**

Traducción: **Montserrat Balcells, Miguel Cárdenas, Josepa Carreras, Xavier Costa, Elena Fieschi, Jordi Freixas, Vicenç de Novoa, Mireia Ramon, Núria Ribas, Camille Riu, Pilar Tardío, Brenda Tarragona y Montserrat Viñas**

Maquetación: **María José Muñoz**

Diseño: **François Stauffacher**

Informática: **Maiol Pi**

Revisión de textos en inglés: **Will Bromberg**

Revisión de textos en catalán: **Núria Vidal (Servei de Normalització Lingüística de Sant Boi)**

Publicación semestral

Edición y Publicación: **Fundació Orienta**

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

Tel. +34 93 635 88 10

E-mail: recerca@fundacioorienta.com

Facebook: www.facebook.com/revistadepsicopatologia

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.

La Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente publica los resúmenes también en catalán en soporte a la lengua propia de Catalunya, donde la Fundación Orienta tiene su sede.

Impresión: **AGPOGRAF. Impressors**

ISSN: 1695-8691

Dep. Legal: 13716/2003

Puntos de venta: **La casa de la Paraula (Barcelona), Librería Diego Marín (Murcia).**

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: ISOC-CSIC, Psicología y Sumarios ISOC; PSICODOC, del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; LATINDEX; COMPLUCOC, Universidad Complutense de Madrid, IBECS, de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III y DIALNET.

CONSEJO DIRECTIVO

Director:

Alfons Icart *Psicólogo, Presidente del Grup TLP-Barcelona y Director de la Fundació Orienta. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)*

Vocales:

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

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

Jorge Tizón *Psiquiatra, Profesor de la Universidad Ramon Llull. Barcelona*

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*

Rubén D. Gualtero *Sociólogo. Ex Redactor jefe de la Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente. Barcelona*

CONSEJO ASESOR

Charo Alonso (Sevilla)

Jaume Aguilar (Barcelona)

Alejandro Ávila-Espada (Salamanca)

Valentín Barenblit (Barcelona)

Jaume Baró (Lleida)

Teresa Brouard Aldamiz (Bilbao)

María Jesús Buxó (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)

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 Traperero (Madrid)

Lúcia Viloca Novellas (Barcelona)

Otros países

Marina Altmann (Uruguay)

Delza María S. F. Araujo (Brasil)

Hilda Botero C (Colombia)

Maria 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

Abril / April 2016

27

Editorial.....7

Artículos / Articles

Una aproximación a la sintomatología psicósomática en la primera infancia: el efecto de la sensibilidad materna
An approach to psychosomatic symptoms in early childhood: the effect of maternal sensitivity
Carla Pérez, Sandra Simó, Ana D'Ocon y Pascual Palau.....9

Hacia una comprensión integradora del autismo
Toward an integrated approach to autism
Juan Larbán.....19

Evolución de la sintomatología autista de los 2 a los 4 años: un estudio de seguimiento
Evolution of autistic symptoms from two to four years: a follow-up study
Olga Casas Masjoan, Rosa Galceran, Ester Pla Colomer y Ferran Viñas.....31

El lenguaje y la maduración emocional, ¿Cómo lo trabajamos en grupo?
Language and emotional evolution: How to work on this area in groups?
Gemma Maspons, Ariadna Carreño, Cristina Fornells, Marta Pérez y Jordi Artigué.....39

Maltrato en la infancia y la adolescencia:
Características y psicopatología asociada en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil
*Maltreatment in Childhood and Adolescence:
characteristics and associated psychopathology in a Children and Adolescent Mental Health Centre*
Fátima Valencia Agudo.....49

Tricotilomanía: tratamiento psicodinámico de un caso
Trichotillomania: a case study in psychodynamic treatment
Andrés García Siso59

Terapia psicodinámica familiar de la anorexia nerviosa Psychodynamic family therapy for anorexia nervosa Günter Reich, Antje von Boetticher y Manfred Cierpka	69
A través de las barricadas: entre profesores y estudiantes adolescentes Through the barricades: between teachers and adolescent students Tiziana Catta.....	77
Aproximación al lenguaje en el trastorno del espectro autista An approach to language in autism Elisabet Vila Borrellas, Kristen Schroeder, Joana Rosselló Ximenes y Wolfram Hinzen.....	83
El papel de la mentalización en la etiología de la conducta violenta The role of mentalization in the etiology of violent behaviour Izaskun Vilora y Sergi Ballequí.....	91
Reseñas bibliográficas / Books reviews	101
Noticias / News	103

Editorial

En la última reunión del Consejo Directivo de la revista, la Dra. Eulàlia Torras, miembro desde su creación, nos hizo saber su decisión de darse de baja del mismo. Sus circunstancias personales y familiares la obligan a dar este paso. Su decisión fue aceptada con tristeza por todos, por el gran afecto que le tenemos, por todo lo que había representado su trayectoria en el Consejo Directivo de la Revista, y las muchas aportaciones que había hecho.

Gracias, Eulàlia, por estos 14 años de colaboración en la creación de la *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, y la gran dedicación que le has prestado.

Mi relación contigo, Eulàlia, viene desde hace muchos años y han sido muchas las cosas que hemos compartido, pero nunca olvidaré la larga conversación que tuvimos una tarde, en la primavera de 2001, al salir de una reunión científica, en la cual te hice saber nuestro deseo de crear una revista. En aquel momento no teníamos claro ni cómo tenía que ser ni las dificultades que comportaría. Si antes de aquel encuentro sólo teníamos pensado el deseo, después de nuestra larga conversación, ya era una realidad. Me sentí ilusionado y con las fuerzas necesarias para afrontar aquel proyecto. Con Rubén Gualtero, el anterior jefe de Redacción de la Revista, habíamos hablado mucho y planificado algunas ideas al respecto, pero aquel día, Eulàlia, después de discutirlo contigo, aquella idea empezó a hacerse realidad. Tu capacidad de análisis y de visualizar el futuro, resaltando todo lo positivo del proyecto, fue el empujón necesario para empezar a caminar. Aquel día, Eulàlia, empezamos a trabajar en serio sobre lo que sería más tarde esta Revista. Y los primeros pasos estuvieron encaminados a reunir a los actuales miembros del Consejo Directivo para, conjuntamente, poner en marcha esta publicación, que fue en febrero de 2002. Desde aquel día, entendí que, para ti, Eulàlia, las dificultades frente a un problema se convierten en posibilidades de conseguir un reto, una manera muy positiva de afrontar la vida.

Dra. Eulàlia Torras de Beà, desde esta Editorial y como Director de esta nuestra Revista, quiero agradecerte en nombre del Consejo Directivo y de los muchos compañeros que te quieren, las muchas aportaciones que has hecho, tu espíritu crítico constructivo necesario para ir mejorando día a día y tu empuje y tu predisposición a colaborar siempre que se ha pedido tu ayuda. Gracias, Eulàlia. Y quiero dar la bienvenida a Rubén D. Gualtero, que se ha incorporado como nuevo miembro del Consejo Directivo.

El presente número está compuesto por artículos de diferentes ámbitos, por lo cual, será de gran interés para los diferentes profesionales que tienen en común la asistencia a niños y adolescentes. Los cuatro primeros artículos, por ejemplo, están dedicados a la atención a la primera infancia. El primero, de Carla Pérez, Sandra Simó, Ana d'Ocon y Pascual Palau, de la Universidad de Valencia, es un estudio que examina la relación entre la sensibilidad materna y la sintomatología psicósomática de 102 niños de 18 meses de edad. El segundo, de Juan Larbán, es la primera parte de un artículo dedicado al autismo; una segunda parte se publicará en el próximo número. El del presente número está centrado en la comprensión actual del trastorno desde una concepción integradora. Después viene el artículo de Olga Casas, Rosa Galceran, Ester Pla y Ferran Viñas, que es un estudio de seguimiento que se ha llevado a cabo desde diferentes CDIAPS (centros de desarrollo infantil y atención precoz de Catalunya) de 15 pacientes de 24 a 47 meses de edad con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA). El cuarto también se ha realizado en el marco asistencial de la atención precoz, en este caso por profesionales del CDIAP del Maresme: Gemma Maspons, Ariadna Carreño, Cristina Fornells, Marta Pérez y su supervisor, Jordi Artigué, sobre la experiencia del trabajo grupal en pacientes con problemas en el lenguaje.

La siguiente parte está compuesta por artículos más centrados en la clínica infanto-juvenil. Fátima Valencia, del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de Oviedo, presenta un estudio sobre la psicopatología asociada al maltrato. Andrés G. Siso, del Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, analiza el tratamiento de un caso de tricotilomanía. Günter Reich, Antje Boetticher y Manfred Cierpka, de Göttingen, Alemania, explican el abordaje de la anorexia en pacientes adolescentes desde la psicoterapia familiar.

El siguiente artículo refleja la experiencia de Tiziana Catta, psicóloga y psicoterapeuta italiana, con los conflictos de los adolescentes en los institutos de secundaria.

Para finalizar, dos estudios realmente interesantes. El equipo de *Grammar&CognitionLab*, de Barcelona, presentan una aproximación al lenguaje en el TEA, haciendo todo un recorrido bibliográfico sobre lo que se ha dicho hasta ahora. Cierra el número de abril un artículo que será el primero de dos, sobre el papel de la mentalización en la etiología de la conducta violenta, a cargo de Izaskun Viloria y Sergi Ballespí, de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Sólo me queda recordaros que este año tenemos la convocatoria del VII Premio de nuestra Revista. Ya sabéis que se trata de trabajos sobre investigación o propuestas de nuevas experiencias de la atención en Salud Mental de niños y adolescentes. La fecha final de entrega de los trabajos es el 30 de junio. Este premio está patrocinado por el Excmo. Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat.

Y, para finalizar, animaros a enviar vuestras nuevas experiencias en la atención de la Salud Mental de niños y adolescentes, para ser publicadas en esta Revista.

Alfons Icart
Director

Una aproximación a la sintomatología psicósomática en la primera infancia: el efecto de la sensibilidad materna

CARLA PÉREZ¹, SANDRA SIMÓ², ANA D'OCON³ Y PASCUAL PALAU⁴

RESUMEN

El presente estudio examina la relación entre la sensibilidad materna y la presencia de síntomas psicósomáticos en niños de 18 meses de edad ($N = 102$), de los cuales el 40,2 % eran prematuros sin signos de riesgo. Los resultados indican que los niños prematuros muestran mayor probabilidad de presentar síntomas psicósomáticos relacionados con la alimentación y el sueño. Se observa que, especialmente en los casos de prematuridad, la sensibilidad materna puede funcionar como un factor protector ante estas alteraciones. Estos hallazgos muestran la importancia de considerar el funcionamiento diádico en la intervención de la sintomatología psicósomática en la primera infancia. PALABRAS CLAVE: síntomas psicósomáticos, sensibilidad materna, prematuros, regulación emocional.

ABSTRACT

AN APPROACH TO PSYCHOSOMATIC SYMPTOMS IN EARLY CHILDHOOD: THE EFFECT OF MATERNAL SENSITIVITY. The present study examines the relationship between maternal sensitivity and the presence of psychosomatic symptoms in children of 18 months of age ($N = 102$), including 40,2 % preterm infants with no risk signs. The results indicate that preterm children show a greater probability of psychosomatic symptoms related to feeding and sleep disorders. Especially, in cases of prematurity it is observed that maternal sensitivity can function as a protective factor against these alterations. These findings emphasize the importance of considering the dyadic functioning in the intervention of psychosomatic symptoms in early childhood. KEYWORDS: psychosomatic symptoms, maternal sensitivity, preterm children, emotional regulation.

RESUM

UNA APROXIMACIÓ A LA SIMPTOMATOLOGIA PSICOSOMÀTICA EN LA PRIMERA INFÀNCIA: L'EFECTE DE LA SENSIBILITAT MATERNA. El present estudi examina la relació entre la sensibilitat materna i la presència de símptomes psicósomàtics en nens de 18 mesos d'edat ($N = 102$), el 40,2 % dels quals eren prematurs sense signes de risc. Els resultats indiquen que els nens prematurs mostren més probabilitat de presentar símptomes psicósomàtics relacionats amb l'alimentació i la son. S'observa que, especialment en els casos de prematuritat, la sensibilitat materna pot funcionar com un factor protector davant d'aquestes alteracions. Aquestes troballes mostren la importància de considerar el funcionament diàdic en la intervenció de la simptomatologia psicósomàtica en la primera infància. PARAULES CLAU: símptomes psicósomàtics, sensibilitat materna, prematurs, regulació emocional.

Introducción

En el presente estudio se analiza la sintomatología psicósomática en la primera infancia desde un punto

de vista interactivo. Específicamente, se pretende reconocer el papel que juega la sensibilidad materna en la presencia de dichas alteraciones. El estudio de la interacción a lo largo del desarrollo infantil resulta de gran

¹ Estudiante de Doctorado en Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil, Universidad de Valencia.

² Profesora Contratada. Doctora del Departamento de Psicología Básica, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.

³ Profesora Titular del Departamento de Psicología Básica, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.

⁴ Psicólogo Clínico. Psicopatólogo especialista en bebés y niños. Responsable del Máster Oficial en Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil de la Universidad de Valencia.

Correspondencia: carpema4@alumni.uv.es

Recibido: 29/12/2014 - Aceptado: 7/10/2015

relevancia ya que, a través de ésta, el menor será capaz de integrar y dar sentido a los estímulos internos y externos que percibe. De esta manera, la calidad de los cuidados maternos cobra importancia en el desarrollo físico y psicológico del niño.

Sensibilidad materna

Tal como ha quedado de manifiesto en numerosas investigaciones, una de las cualidades más importantes de los cuidados maternos es la sensibilidad, que se refiere a cualquier patrón de conducta materna que satisface al niño, que reduce su malestar y que incrementa su nivel de atención y de conexión con la situación (Crittenden, 2000). A través de estas conductas, el cuidador favorece la regulación emocional del niño, definida como toda conducta, habilidad o estrategia dirigida a modular, aumentar o suprimir experiencias y expresiones emocionales en curso (Calkins y Hill, 2007).

Debido a la inmadurez física y psíquica, el bebé aún no dispone de suficientes estrategias para regular sus estados físicos y emocionales. Por tanto, necesita de un cuidador disponible y capaz de apoyarlo en la regulación de sus estados. El desarrollo de las habilidades de autorregulación emocional se ha asociado a una variedad de factores, tanto endógenos como exógenos, entre los que se encuentra el papel de los padres en su labor de ayuda y de guía en este proceso (Ato, González y Carranza, 2004). En consecuencia, para promover un desarrollo armonioso en el niño, es preciso que el menor sea parte de una relación interpersonal sincrónica con un cuidador que le provea de bienestar y seguridad para poder gozar de una adecuada salud mental (Isabella, 1993; Papoušek, Schiechey y Wurmser, 2004; Stern, 1991). Por el contrario, cuando el bebé presenta dificultades para hacer frente a la sobreestimulación y al malestar percibido, y no cuenta con un cuidador que le apoye en la regulación emocional y lo contenga, será más probable que se produzca un desbordamiento y un desequilibrio en el psiquismo del niño que lo hará más vulnerable a la patología psicosomática, debido a la falta de una adecuada regulación somatopsíquica (Palau, 2011).

Síntomas psicosomáticos en la primera infancia

Considerando la importancia de la interacción y que la manifestación somática es la vía de expresión del malestar emocional más utilizada por el bebé y el niño pequeño, Kreisler (2006) propone que los mecanismos

de defensa ante las alteraciones psicosomáticas están asegurados por los cuidados maternos, ya que el funcionamiento interactivo es el regulador del equilibrio psicosomático. Asimismo, este autor define la patología psicosomática como aquellos desórdenes orgánicos, lesionales o funcionales cuyo origen y evolución reconocen una participación psicológica prevalente (Kreisler, 1997, p. 1645). Entre los desórdenes psicosomáticos más prevalentes se encuentran los trastornos de la alimentación y del sueño (Pedreira, 1991).

Winters (2003) sugiere que la etiología de los desórdenes de la alimentación es multifactorial, ya que interactúan factores fisiológicos, conductuales y del entorno. Entre estos factores se encuentran: características de regulación y temperamentales, problemas de salud, disfunciones motoras, experiencias traumáticas, comportamientos a la hora de la alimentación, características del cuidador, de la relación cuidador-niño y del medio familiar y social (Benoit, Wang y Zlotkin, 2000; Chatoor et al., 2000; Chatoor et al., 1997; Cooper et al., 2004; Kerwin, 1999). De manera similar, se ha observado una co-morbilidad de los desórdenes de la alimentación, particularmente con alteraciones del sueño y diversas dificultades de regulación, así como diferentes problemas de salud (Benoit, Wang y Zlotkin, 2000; Kerwin, 1999). En relación a los problemas del sueño, éstos ocupan un lugar central en la clínica psicosomática del lactante debido a su frecuencia y a su arraigamiento en una función fisiológica fundamental para el ser humano (Nigolian y Rojas, 2013), así como por las implicaciones que tiene para la dinámica familiar.

Prematuros

Por otra parte, los bebés prematuros constituyen una población de riesgo al presentar mayor probabilidad de desarrollar problemas emocionales y de comportamiento durante la primera infancia, la niñez y la adolescencia (Müller y Ansermet, 2009), a menos que cuenten con un contexto de apoyo adecuado. A los seis meses, se han descrito problemas en la auto-regulación y mayores niveles de estrés en esta población, como por ejemplo, problemas con el control del estado emocional, alteraciones en la estabilidad autonómica, bajos niveles de vigilancia y altos niveles de irritabilidad (Wolf et al., 2002).

Asimismo, la prematuridad conlleva intensas reacciones emocionales en los padres que se reflejan en sus conductas de interacción y cuidados del niño (Müller y Ansermet, 2009) y, por tanto, afecta a la sensibilidad

materna. Diversos estudios indican que las madres con hijos pretérmino son más activas, sobreestimulantes e intrusivas, y al mismo tiempo más distantes en la interacción con el bebé en comparación con madres de niños nacidos a término (Barnard, Bee y Hammond, 1984; Field, 1979; Minde, Perrota y Marton, 1985). Estas diferencias persisten a los dos años de edad en algunos estudios (Macey, Harmon y Easterbrooks, 1987).

De acuerdo a las aportaciones científicas mencionadas con anterioridad, la presente investigación se centra en el estudio de los desórdenes psicósomáticos del sueño y la alimentación en niños de 18 meses de edad y su relación con la sensibilidad materna. Los objetivos del estudio son: 1) conocer si el grado de sensibilidad materna se relaciona con la presencia de síntomas psicósomáticos en los niños, y 2) identificar si existen diferencias en la frecuencia de dichas variables entre los niños prematuros y los niños nacidos a término.

Método

Participantes

Los participantes del presente estudio son 102 díadas madre-hijo (1), previamente seleccionadas por sus pediatras, según los criterios de selección: niños de 18 meses de edad que contaban con buen estado de salud. De esta manera, el tipo de muestreo fue no probabilístico intencional. Esta muestra fue seleccionada y constituida dentro del proyecto de investigación GV/2007/076.

Los niños se encontraban en un rango de edad cronológica de 16 a 25 meses, con una media de 18,71 ($sd = 1,51$). En los niños prematuros se consideró la edad corregida para su evaluación. Cabe mencionar que, aunque un alto porcentaje de niños nacidos pretérmino (40,2 %) formó parte del grupo de niños seleccionados, ninguno de ellos presentaba signos de riesgo (semanas de gestación = 37,5; peso al nacer = 2,81 gr.) ni daños neurológicos. Las características sociodemográficas de los participantes se recogen en la tabla 1.

Instrumentos de evaluación

Escala de Sensibilidad de Ainsworth et al. (1978). Consiste en una escala que puntúa de 1 a 9, donde 1 indica la falta de habilidad para reconocer el estado emocional del niño y la actuación no adecuada ni contingente hacia el menor (*p. ej.* “las respuestas de la madre suelen ser inapropiadas, fragmentadas e incompletas desde el punto de vista del bebé”). La puntuación de 5 señala una

habilidad moderada e inconstante para interactuar con el bebé (*p. ej.* “la madre puede ser sensible hacia unos aspectos de la experiencia, pero no hacia otros”). Por último, la puntuación de 9 indica una alta capacidad para reconocer el estado emocional del niño y ponerse en su lugar, así como para interactuar según los intereses del menor y facilitar la exploración y la iniciativa del niño (*p. ej.* “las interacciones son agradables y ambos se sienten satisfechos”). Dicha puntuación se asigna dependiendo de la descripción que se ajuste mejor a la conducta de la madre durante la grabación de una situación de juego libre durante 10 minutos aproximadamente, con juguetes administrados por los investigadores. La fiabilidad inter-observadores se llevó a cabo sobre el 20 % de las grabaciones. El porcentaje de acuerdo fue del 86,36 % ($kappa = 0,78$). En el presente estudio, esta variable se dicotomizó usando la puntuación de 5 como punto de corte, con base en criterios teóricos y clínicos que describen el nivel de funcionalidad de la conducta materna, para poder realizar los posteriores análisis estadísticos.

Cuestionario de Síntomas Psicósomáticos. Se trata de un breve cuestionario desarrollado específicamente para esta investigación y que es completado por el profesional durante la entrevista con los padres. Consta de tres preguntas que se puntúan de 1 a 5 dependiendo de la presencia del síntoma en el niño. Las respuestas se limitan a las siguientes opciones: 1) problemas del sueño: dificultad para irse a dormir; se despierta varias veces durante la noche; le cuesta volver a la cama; 2) problemas en la alimentación: rechaza la comida, la percibe como una experiencia negativa, vomita, sólo come lo que él quiere; 3) problemas psicósomáticos: mala digestión, asma, alergias, eccema, etc. Para el presente estudio se agruparon en una sola dimensión denominada “síntomas psicósomáticos” los problemas del sueño, de la alimentación y las alteraciones fisiológicas (síntomas psicósomáticos) para tener una visión más completa de ellos a nivel conceptual y psicométrico.

Procedimiento

Tras la autorización del consentimiento informado por parte de los padres, se citó a las madres acompañadas por sus hijos en el laboratorio de observación de la Facultad de Psicología. En primer lugar, se les solicitó que llevaran a cabo una situación de juego libre durante 10 minutos aproximadamente, y se les dio la siguiente consigna: “deberá jugar como habitualmente lo hace con su hijo”. Se proporcionaron diversos juguetes y se

les indicó que serían grabados en vídeo, garantizándoles la confidencialidad en el manejo de la información, así como su uso exclusivo con fines de investigación. Posteriormente, las grabaciones fueron codificadas de acuerdo a la observación del comportamiento de las diadas en la situación del juego, para evaluar el nivel de sensibilidad del cuidador con el cuestionario de Sensibilidad Materna de Ainsworth et al. (1978).

En segundo lugar, se realizó una breve entrevista a las madres en la cual se solicitaba información relativa a los síntomas psicosomáticos actuales del bebé. En la entrevista estuvieron presentes la madre con su bebé y el investigador, y tuvo una duración aproximada de 15 minutos. Después de la recogida de información, se procedió a crear las bases de datos para realizar posteriormente el análisis de la información.

Análisis de datos

Para llevar a cabo el análisis de los datos fue preciso dicotomizar la variable sensibilidad materna, creando las categorías alta y baja sensibilidad, y la sintomatología psicosomática se dividió en presencia y ausencia de síntomas. Se consideró como variable de clasificación el nacimiento a término o prematuro.

Se realizó un análisis de frecuencias para la muestra general, así como para cada subgrupo (niños a término y niños prematuros) con el fin de conocer la distribución de las variables. Posteriormente, se llevaron a cabo análisis de *Chi Cuadrado* (χ^2) para conocer la relación entre la sensibilidad materna y la sintomatología psicosomática en la muestra general, así como en los subgrupos de niños nacidos a término y prematuros. Estos procedimientos estadísticos se realizaron empleando el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Resultados

Los datos descriptivos de la muestra general, que incluye tanto a niños prematuros como nacidos a término, revelan que el 66,2 % de las madres presenta una alta sensibilidad y un 33,8 % muestra una baja sensibilidad ante las señales del bebé. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en sensibilidad materna entre los grupos de niños prematuros y niños nacidos a término [$t(72) = -1,16, p > 0,05$]. Por otra parte, el 58,5 % de los niños de esta muestra presentaba alguno de los síntomas psicosomáticos que se señalaban en el

cuestionario y un 41,5 % reportó la ausencia de aquellos síntomas.

Respecto a la distribución de la sensibilidad materna y la sintomatología psicosomática en cada uno de los subgrupos (niños nacidos a término y niños prematuros), en el análisis descriptivo se observó que los niños prematuros muestran mayor porcentaje de síntomas psicosomáticos que los niños nacidos a término, mientras que la distribución de madres con alta y baja sensibilidad es similar en ambos subgrupos (ver tabla 2).

Relación entre sintomatología psicosomática y sensibilidad materna

Con el propósito de analizar la relación entre la sensibilidad materna y la sintomatología psicosomática, se realizó un análisis de *Chi Cuadrado* (χ^2). La relación entre la sensibilidad materna y los síntomas psicosomáticos en la muestra general, que incluye tanto a niños prematuros como nacidos a término, fue estadísticamente significativa [$\chi^2(1, N = 102) = 4,96, p < 0,05$]. Como se refleja en la tabla 3, la presencia de síntomas psicosomáticos en los niños y las niñas es visiblemente mayor en los casos en los que las madres presentan una baja sensibilidad, en comparación con aquellas más sensibles.

En lo que se refiere específicamente al subgrupo de niños prematuros, se obtuvo una relación estadísticamente significativa [$\chi^2(1, N = 41) = 6,22, p < 0,05$] entre la sensibilidad materna y la sintomatología psicosomática. Se observa que en las diadas con madres que puntuaron con baja sensibilidad, el total de los niños prematuros presentaba síntomas psicosomáticos, mientras que los niños prematuros con madres altamente sensibles podían o no desarrollar alteraciones psicosomáticas (ver tabla 4).

En cuanto a la población de niños nacidos a término, no se encontró asociación significativa entre la sensibilidad materna y los síntomas psicosomáticos en los menores [$\chi^2(1, N = 61) = 0,890, p > 0,05$]. Sin embargo, los datos indican la tendencia observada en la muestra general: existe una mayor presencia de síntomas psicosomáticos en niños cuyas madres tienden a ser menos sensibles ante sus señales y sus necesidades (ver tabla 5).

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo reconocer el papel del cuidador principal como figura fundamental que apoya al bebé en la regulación de

las funciones psicosomáticas, tales como la alimentación y el sueño. Para comprobar este efecto con mayor claridad, el estudio consideró como participantes a niños prematuros y nacidos a término a los 18 meses de edad. Los resultados obtenidos indican que las madres de los niños que presentan algún tipo de alteración psicosomática a los 18 meses cuentan con bajos niveles de sensibilidad en la interacción con sus hijos. Esta observación es especialmente significativa en el caso de los prematuros. Estos hallazgos coinciden con las observaciones hechas por Kreisler (1997), al indicar que las defensas psicosomáticas en la primera infancia están garantizadas por los cuidados maternos. En caso de no existir una implicación conveniente por parte de la madre o el cuidador, los mecanismos de regulación de los estados fisiológicos y psicológicos del bebé corren el riesgo de alterarse, llevando a una mayor probabilidad de presentar síntomas psicosomáticos debido a la incapacidad infantil para el manejo de la propia ansiedad (Gooding, Kruth y Jamart, 2005).

Así, puede decirse que, a través de los cuidados sensibles, la madre ejerce el papel de regulación antes de que el psiquismo del niño haya adquirido un funcionamiento protector autónomo. Por tanto, la sensibilidad materna, a través de la promoción de una relación sincrónica con el menor, la dotación de afecto y el apoyo en la regulación de los estados físicos y emocionales del niño, constituiría un factor protector contra la aparición de síntomas psicosomáticos en la primera infancia. Respecto a la población de niños prematuros, se observó un alto porcentaje de síntomas psicosomáticos (71,4 %), probablemente debido a las dificultades de autorregulación en la primera infancia que se ha observado en los niños pretérmino (Minde, 2000; Wolf et al., 2002), así como al mayor riesgo que presenta esta población para una variedad de problemas de salud y de desarrollo en comparación con niños nacidos a término (Müller y Ansermet, 2009).

Asimismo, en los prematuros se observó que la ausencia de síntomas psicosomáticos está asociada a una alta sensibilidad por parte de la madre o del cuidador. Esto podría señalar que la sensibilidad materna se vuelve todavía más relevante en situaciones de mayor estrés, en este caso, ante un nacimiento prematuro, en el que los niños presentan una estructura psicosomática frágil. Por tanto, la acumulación de factores de riesgo, como una baja sensibilidad materna y un nacimiento prematuro,

puede dar lugar con mayor probabilidad a la aparición de síntomas psicosomáticos en el menor, como se observa en los resultados de esta investigación.

De manera similar, se ha observado que la prematuridad no sólo afecta al desarrollo neuroconductual del menor, sino que también influye en los patrones de interacción madre-niño (D'Ocon, Simó, Andrés y Borráz, 2010). Por una parte, se ha encontrado que a los 18 meses, el comportamiento interactivo de los niños prematuros difiere del comportamiento de los niños nacidos a término cuando se correlaciona con experiencias traumáticas de la madre (Müller et al., 2004). Por otra, se ha observado que los nacimientos prematuros son experiencias estresantes y emocionalmente demandantes, con un impacto a largo plazo para ambos progenitores (Müller y Ansermet, 2009).

La evidencia sugiere que algunas fuentes de estrés en estos padres son: la apariencia de fragilidad y de enfermedad del menor (Lindsay et al., 1992; Raeside, 1997), el miedo en relación a la supervivencia del niño (Meck, Fowler, Clafiny Rasmussen, 1995), o la alteración de su rol parental y su separación del bebé debido a la hospitalización (Hughes, McCollum, Seftel y Sánchez, 1994; Shields-Poe y Pinelli, 1997). Dichos hallazgos sugieren un mayor nivel de estrés en estos padres debido a la situación de prematuridad, que los lleva a actuar de manera menos sensible en la interacción con el menor.

Müller et al. (2004) observaron que las madres de prematuros de alto riesgo, así como las madres con alto estrés en el periodo perinatal, eran menos sensibles y más controladoras en el juego diádico, en comparación con las madres de niños nacidos a término. Un análisis más detallado indica que la conducta intrusiva y controladora por parte de las madres se observa sobre todo en los casos de prematuridad de riesgo (D'Ocon, Simó, Andrés y Borráz, 2010). No obstante, en el presente estudio no se encontraron diferencias significativas respecto a la sensibilidad materna entre las díadas compuestas con niños nacidos a término y pretérmino, probablemente debido a que en la muestra no se incluyeron a grandes prematuros ni a niños que presentaban signos de riesgo o daño neurológico.

Los resultados obtenidos en esta investigación enfatizan el rol central que juegan los cuidados sensibles de los padres en el desarrollo del menor, sobre todo en situaciones de riesgo. De la misma manera, se puede

comprobar que los desórdenes del sueño y la alimentación son alteraciones que guardan un elevado valor semiológico de la interacción madre-bebé, como también observa Pedreira (Pedreira et al., 2001). Esto significa que dichos síntomas psicosomáticos surgen con mayor frecuencia en situaciones donde la interacción del bebé con la madre o el cuidador se ha visto afectada, modificada o perturbada.

Como conclusión, los trastornos de la alimentación y el sueño en la primera infancia son alteraciones psicosomáticas complejas en las cuales median factores biológicos, psicológicos y del entorno. En este sentido, la sensibilidad materna es sólo uno de los factores que se relacionan con la aparición de la sintomatología psicosomática en la primera infancia, pero puede ser un factor de protección en casos en los que el estrés sea mayor; por ejemplo en los nacimientos pretérmino.

De esta manera, el presente estudio evidencia que, sobre todo en los niños prematuros, es incuestionable la importancia de las conductas de alta sensibilidad materna para la salud física y mental infantil, pues a través de los cuidados sensibles se favorecerá la regulación de los estados de malestar del bebé y se podrá disminuir la probabilidad de aparición y mantenimiento de síntomas psicosomáticos.

Por otro lado, la adecuada evaluación de la sensibilidad materna requiere considerar este constructo desde una perspectiva transaccional y dinámica, pues dicha variable está influida por múltiples factores, entre ellos el estado emocional, la actitud y las respuestas del niño a la interacción. Por tanto, resulta necesaria la detección precoz de cuidadores que se encuentren en situaciones de riesgo y con altos niveles de estrés y malestar, ya que estos elementos pueden dificultar el desarrollo de su sensibilidad materna y llevar al niño a un estado de desequilibrio somatopsíquico.

Finalmente, es preciso destacar el apoyo familiar con el que cuentan las figuras parentales, pues éste resulta ser un factor protector para la sensibilidad materna. En la muestra general del presente estudio, el 92,7 % de las madres contaba con este tipo de ayuda, lo que podría explicar, en cierta parte, el alto porcentaje de alta sensibilidad materna encontrado.

En definitiva, existe la necesidad de apoyar desde el ámbito familiar y profesional a los padres en su rol de cuidadores y en la interacción con el menor, para favorecer las conductas de sensibilidad materna, disminuir los niveles de estrés y facilitar la regulación

somatopsíquica del niño, que se traducirá en una mayor salud física y mental infantil.

Notas

(1) Para facilitar la lectura, se utiliza “hijos” y “niños” en masculino haciendo referencia a ambos géneros (nota del redactor).

Bibliografía

- AINSWORTH, M., BLEHAR, M., WATERS, E. Y WALL, S. (1978). *Patterns of Attachment: A psychological study of the strange situation*. EEUU: Lawrence Erlbaum Associates.
- ATO, E. L., GONZÁLEZ, S. C. Y CARRANZA, C. A. J. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *Anales de Psicología*, 20 (1), 69-79.
- BARNARD, K., BEE, H. Y HAMMOND, M. (1984). Developmental changes in maternal interactions with term and preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 7, 101-113.
- BENOIT, D., WRANG, E. L. Y ZLOTKIN, S. H. (2000). Discontinuation of enterostomy tube feeding by behavioral treatment in early childhood: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatrics*, 137, 498-503.
- CALKINS, S. D. Y HILL, A. (2007). Caregivers influences on emerging emotion regulation. En: J. J. Gross (Ed.) *Handbook of emotion regulation* (pp. 229-248). New York: The Guilford Press.
- CHATOOR, I., GETSON, P., MENVIELLE, E., BRASSEAU, C., O'DONELL, R., RIVERA, ET AL. (1997). A feeding scale for research and clinical practice to assess mother-infant interactions in the first three years of life. *Infant Mental Health Journal*, 18, 76-91.
- CHATOOR, I., GANIBAN, J., HIRSCH, R., BORMAN-SPURRELL Y MZAREK, D. (2000). Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1217-1224.
- COOPER, P. J., WHELAN, E., WOOLGAR, M., MORRELL, J. Y MURRAY, L. (2004). Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family environment. *British Journal of Psychiatry*, 184, 210-215.
- CRITTENDEN, P. (2000). Maternal Sensitivity. En: P. Crittenden y A. H. Claussen (Eds.) *The Organization of Attachment Relationships. Maturation, Culture and Contexts* (pp. 115-124). New York: Cambridge University Press.

- D'OCÓN, A., SIMÓ, S., ANDRÉS, M. Y BORRAZ, S. (2010). *Early mother-infant interaction and quality of attachment in preterm and at term children*. Ponencia presentada en el 12º Congreso Mundial de la Asociación Mundial para la Salud Mental Infantil, Leipzig, Alemania.
- FIELD, T. M. (1979). Interactions patterns of preterm and term infants. En T. M. Field, A. Sostek, S. Goldberg, y H. Shuman (Eds.), *Infants born at risk-behavior and development* (pp. 333-356). New York: Spectrum.
- GOODING, V., KRUTH M. Y JAMART J. (2005). Joint consultation or high-risk Asthmatic children and their families, with pediatrician and child psychiatrist as co-therapists: model and evaluation. *Family Process*, 36(3): 265-280.
- HUGHES, M., MCCOLLUM, J., SEFTEL, D. Y SÁNCHEZ, G. (1994). How parents cope with the experience of neonatal intensive care. *Childrens Health Care*, 23:1- 14.
- ISABELLA, R. A. (1993). Origins of attachment: maternal interactive behavior across the first year. *Child Development*, 64, 605-621.
- KERWIN, M. E. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: severe feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 24 (3), 193-214.
- KREISLER, L. (2006). La expresión somática en la Psicopatología del lactante. En: S. Leboviciy F. Weil-Halpern. *La psicopatología del bebé*. (pp. 265-283). México: Siglo Veintiuno Editores.
- KREISLER, L. (1997). La pathologie psychosomatique. En: S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé. *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 1641-1666). Paris: Presses Universitaires de France.
- LINDSAY, J. K., ROMAN, L. A., DE WYS, M., EAGER, M., LEVICK, J. Y QUINN, M. (1992). Creative caring in the NICU: parent-to parent support. *Neonatal Network*, 12(4):37-44.
- MACEY, T., HARMON, R. Y EASTERBROOKS, M. (1987). Impact of premature birth on the development of the infant in the family. *J Consult Clin Psychol*, 55, 846-52.
- MECK, N. E., FOWLER, S. A., CLAFLIN, K. Y RASMUSSEN, L. B. (1995). Mothers' perceptions of their NICU experience 1 and 7 months after discharge. *Journal of Early Intervention*, 19(3):288-301.
- MINDE, K. (2000). Prematurity and serious medical conditions in infancy: implications for development, behavior, and intervention. En C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 176-194). New York: The Guilford Press.
- MINDE, K., PERROTA, M., Y MARTON, P. (1985). Maternal caretaking and play with full-term and premature infants. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 26 (2), 231-244.
- MÜLLER, N. C. Y ANSERMET, F. (2009). Prematurity, risk factors, and protective factors. En: C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 180-196). New York: The Guilford Press.
- MÜLLER, N. C., FORCADA GUEX, M., PIERREHUMBERT, B., JAUNIN, L., BORGHINI, A. Y ANSERMET, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79 (2), 145-158.
- NIGOLAIN, I. Y ROJAS, C. (2013). Troubles du sommeil chez le nourrisson. En: P. Ferrari y O. Bonnot (Dir.). *Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 516-518). Paris: Lavoisier.
- PALAU, P. (2011). Psicoterapia Perinatal: alteraciones en psicopatología y de la interacción en el bebé. *Revista de Psicoterapia y Psicopatología*, 31 (77), 79-103.
- PAPOUŠEK, M., SCHIECHE, M. Y WURMSER, H. (2004). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- PEDREIRA, J. L. (1991). Diagnostic problems in Child and Adolescent Psychiatry. En A. Seva (Dir.). *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. (pp. 497-512). Barcelona: Anthropos Prensas Universitarias de Zaragoza.
- PEDREIRA, J. L., PALANCA, I., SARDINERO, E. Y MARTIN, L. (2001). Los trastornos psicopatológicos en la infancia y la adolescencia. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente*, 3 (1), 26-51.
- RAESIDE L. (1997). Perceptions of environmental stressors in the neonatal unit. *British Journal of Nursing*, 6(16):914-23.
- SHIELDS-POE, D. Y PINELLI, J. (1997). Variables associated with parental stress in neonatal intensive care units. *Neonatal Network - Journal of Neonatal Nursing*, 16(1):29 -37.
- STERN, D. (1991). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós.
- WINTERS, N. C. (2003). Feeding problems in infancy and early childhood. *Primary Psychiatry*, 10 (6), 30-34.
- WOLF, M. J., KOLDEWIJN, K., BEELEN, A., SMIT, B., HEDLUND, R. Y DE GROOT, I. J. (2002). Neurobehavioral and developmental profile of very low birth weight preterm infants in early infancy. *Acta Paediatrica*, 91 (8), 930-938.

Anexos

Tabla 1. Características sociodemográfica de la muestra

Sexo (%)	Niño	49,0 %
	Niña	51,0 %
Edad Madre (años); Media (DT)	= 32,74 <i>sd</i> = 4,82	
Nivel educativo madre	Estudios básicos	15,9 %
	Estudios medios	56,1 %
	Estudios superiores	28,0 %
Situación socioeconómica	Padre trabaja	97,5 %
	Padre no trabaja	2,5 %
	Madre trabaja	61,7 %
	Madre no trabaja	38,3 %
Apoyo familiar	Sí	92,7 %
	No	7,3 %

Tabla 2. Distribución de las variables de sensibilidad materna y síntomas psicosomáticos en niños nacidos a término y prematuros a los 18 meses de edad

Variables		Nacidos a término	Prematuros
Sensibilidad materna	Alta	67,4 %	64,3 %
	Baja	32,6 %	35,7 %
Síntomas psicosomáticos	Ausencia	51,1 %	28,6 %
	Presencia	48,9 %	71,4 %

Tabla 3. Porcentaje de síntomas psicosomáticos en niños de 18 meses de edad con madres con alta y baja sensibilidad en la muestra general

Variables		Síntomas Psicosomáticos	
		Ausencia	Presencia
Sensibilidad materna	Alta	49 %	51 %
	Baja	24 %	76 %

Tabla 4. Porcentaje de síntomas psicossomáticos en niños prematuros de 18 meses de edad con madres con alta y baja sensibilidad

Variables		Síntomas Psicossomáticos	
		Ausencia	Presencia
Sensibilidad materna	Alta	44 %	56 %
	Baja	0 %	100 %

Tabla 5. Porcentaje de síntomas psicossomáticos en niños nacidos a término de 18 meses de edad con madres con alta y baja sensibilidad

Variables		Síntomas Psicossomáticos	
		Ausencia	Presencia
Sensibilidad materna	Alta	55 %	45 %
	Baja	60 %	40 %

Hacia una concepción integradora del autismo*

JUAN LARBÁN VERA**

RESUMEN

Desde una perspectiva psicológica y psicopatológica relacional, las manifestaciones clínicas estables y duraderas del trastorno autista serían la consecuencia de un proceso psicopatológico tan precoz que se podría detectar, diagnosticar y tratar en el primer año de vida. Para efectuar una temprana intervención que pueda evitar el inicio del funcionamiento autista en el bebé, tendríamos que basarnos en el estudio y tratamiento de las alteraciones precoces de la interacción entre éste y su cuidador que dificultan o impiden el acceso a una necesaria integración perceptiva del flujo sensorial para lograr hacerse una imagen interna de la realidad percibida, así como a la intersubjetividad, definida como la capacidad de compartir la experiencia subjetiva vivida en la interacción con el otro en tanto que otro. PALABRAS CLAVE: autismo temprano, lo genético y lo ambiental, desarrollo psíquico y cerebral, visión interactiva integradora, interacción cuidador-bebé, intervenciones tempranas.

ABSTRACT

TOWARD AN INTEGRATED APPROACH TO AUTISM. From a psychological and relational psychopathological perspective, stable and long-lasting clinical manifestations of autistic disorder are seen as the consequence of a psychopathological process that begins so early in life that it can be detected, diagnosed and treated in the child's first year. To carry out a nearly intervention that can prevent the onset of autistic functioning in the baby, we must rely on the study and treatment of early alterations in the interaction between the child and his or her caregiver that hinder or prevent access to the necessary perceptual integration of the sensory flow that allows the infant to achieve an internal image of perceived reality and intersubjectivity, defined as the ability to share the subjective experience lived in the interaction with the other as the other. KEYWORDS: early autism, genetic and environmental, psychological and brain development, integrating interactive vision, caregiver-infant interaction, early interventions.

RESUM

CAP A UNA COMPRESIÓ INTEGRADORA DE L'AUTISME. Des d'una perspectiva psicològica i psicopatològica relacional, les manifestacions clíniques estables i duradores del trastorn autista serien la conseqüència d'un procés psicopatològic tan primerenc que es podria detectar, diagnosticar i tractar durant el primer any de vida. Per portar a terme una intervenció primerenca que pugui evitar l'inici del funcionament autista en el nadó, hauríem de basar-nos en l'estudi i el tractament de les alteracions precoces de la interacció entre aquest i el cuidador que dificulten o impedeixen l'accés a una necessària integració perceptiva del flux sensorial per poder-se fer una imatge interna de la realitat percebuda, així com a la intersubjectivitat, entesa com la capacitat de compartir l'experiència viscuda en la interacció amb l'altre. PARAULES CLAU: autisme primerenc, el genètic i l'ambiental, desenvolupament psíquic i cerebral, visió interactiva integradora, interacció cuidador-bebè, intervencions primerenques.

La situación en España

El Grupo de Estudios de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) del Instituto de Investigación

de Enfermedades Raras, Instituto de Ciencias de la Salud Carlos III, en su informe (Demora Diagnóstica en los TEA, 2003-2004), expone, entre otros, los siguientes y alarmantes datos que lamentablemente

*La segunda parte del artículo, centrado en los mecanismos de defensa y los signos de alarma, así como en la intervención temprana, se publicará en el número 28 (noviembre de 2016).

**Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos. Ibiza.

Correspondencia: juan.larban@gmail.com

Recibido: 11/05/2015 – Aceptado: 4/03/2016

pensamos que siguen vigentes hoy día:

1. Las familias son las primeras en detectar signos de alarma en el desarrollo de su hijo, genérico en este texto. Entre un 30 y un 50 % de padres detectan anomalías en el desarrollo de sus hijos en el primer año de vida.
2. Desde que las familias tienen las primeras sospechas de que su hijo presenta un trastorno en su desarrollo hasta que obtienen un diagnóstico final, pasan dos años y dos meses de promedio.
3. La edad media en la que el niño recibe un diagnóstico de TEA es de cinco años.
4. El diagnóstico de los TEAs es fruto, hasta el momento, más de los Servicios Especializados en Diagnóstico de TEAs (a los que acuden las familias de forma privada) que de los Servicios Sanitarios de Atención Primaria.
5. Hasta tres o cuatro años pueden pasar antes de que un niño, que muestra los primeros síntomas de autismo, sea diagnosticado y reciba el tratamiento adecuado.
6. Aunque las familias acuden a consultar a Servicios Públicos de Salud, la mayoría de los diagnósticos más específicos se realizan en Servicios Privados (incluyéndose en esta categoría las propias asociaciones de familias de personas con autismo).

Trastornos mentales y autismo: mito y realidad

Sobre los trastornos mentales, incluido el autismo, hay creencias que, habiendo arraigado en nuestra sociedad con la categoría de mitos, están influyendo muy negativamente en la confrontación adecuada del problema y en su posible solución. El mito es una creencia que atribuye a personas o cosas una realidad de la que carecen (Larbán, 2011). Veamos algunas de esas creencias míticas invalidadas por los avances de la ciencia.

Autismo: lo genético y lo ambiental

Hoy día, la investigación genética pura (aislada de las otras ciencias que pueden enriquecerla y complementarla), que ha permitido un avance útil en un porcentaje reducido de casos (5 – 10 %) en los que junto con el retraso mental y síntomas autísticos asociados, se identifican otros trastornos de base genética (como ocurre por ejemplo en el caso del síndrome de Rett, la esclerosis tuberosa, el síndrome x frágil, etc.), nos está llevando por camino equivocado al intentar asociar

directamente los trastornos mentales a unas alteraciones genéticas determinadas a través de una relación de causalidad directa y linear. Es la epigenética la que ofrece más posibilidades de avance en el estudio de las enfermedades y trastornos que hasta hace bien poco se creía que estaban genéticamente determinados.

La epigenética describe al conjunto de interacciones existentes entre los genes entre sí (genoma) y su entorno, que conducen a la expresión del fenotipo. Dicho de otro modo: el material genético existente en los genes se expresará, se manifestará, y se hará visible o no, en función de la interacción con el medio. Esos cambios de expresión genética no se transmiten a la siguiente generación de manera biológica, sino que culturalmente transmitimos los reguladores de la expresión. Esto quiere decir que hay una evolución cultural, que modifica la expresión de la genética a través del aprendizaje, que es muy rápida, y otra natural, biológica, basada en mutaciones, de una lentitud que se mide por decenas de milenios.

Autismo, psiquismo y cerebro

Se sabe hoy día, gracias a los avances de la psicología y psicopatología del desarrollo, así como de las neurociencias, que el desarrollo psíquico y cerebral del ser humano está estrechamente unido, en interacción constante e interdependencia mutua, con el ambiente, que en el caso de los niños sería sobre todo el entorno cuidador (familiar, profesional, institucional y social).

Si bien los resultados experimentales que demuestran la existencia de la plasticidad cerebral son recientes, la hipótesis es antigua. Santiago Ramón y Cajal ya la había formulado hace más de un siglo: “las conexiones nerviosas no son, pues, ni definitivas ni inmutables, ya que se crean, por decirlo de algún modo, asociaciones de prueba destinadas a subsistir o a destruirse según circunstancias indeterminadas, hecho que demuestra, entre paréntesis, la gran movilidad inicial de las expansiones de la neurona” (Ramón y Cajal, S. 1909-1911).

Más recientemente, las investigaciones de Kandel (psiquiatra, psicoanalista y neurofisiólogo), que obtuvo el Premio Nobel de Medicina en el año 2000 estudiando los circuitos de la memoria, han logrado demostrar que el aprendizaje y las experiencias son las que modelan la estructura del cerebro y su funcionamiento; que la memoria constituye la espina dorsal de nuestra vida mental y que los recuerdos condicionan nuestra existencia (Kandel, 2001). La investigación llevada a cabo

por Ansermet, psiquiatra y psicoanalista y por Magistretti, neurofisiólogo, ponen de relieve una vez más la estrecha interacción entre lo genético, lo constitucional, lo neuronal y la experiencia del sujeto en la interacción con su entorno y en este caso, con el entorno cuidador; esta experiencia es capaz de modular y cambiar no solamente la huella psíquica con anclaje somático, sino también la huella neuronal y por tanto, el desarrollo cerebral del sujeto que la vive (Ansermet y Magistretti, 2006). Los avances de la neurociencia del desarrollo han destacado la importancia de la integración de las relaciones interpersonales y el desarrollo del cerebro. La interacción entre el niño y su cuidador tiene un impacto directo en el desarrollo del mismo. Las interacciones cara a cara modulan no sólo el desarrollo del niño sino algunas funciones cerebrales del otro participante de la interacción tal y como se ha podido comprobar gracias al descubrimiento en 1996 del sistema neuronal llamado “neuronas espejo” (Rizzolatti, et al., 1996; Rizzolatti, G. y Arbib, M. A., 1998; Gallese, V., 2001).

La neurogénesis (producción y regeneración de las células del sistema nervioso central) no es patrimonio exclusivo de la infancia y adolescencia como se creía antes; ocurre en el adulto y puede persistir en la vejez. Lo que se ha visto que ocurre también con el cerebro humano es el fenómeno llamado “poda neuronal”: las redes neuronales que no se utilizan durante mucho tiempo pierden su función y mueren. La desaparición de redes neuronales no utilizadas se hace en beneficio de otras redes neuronales que se desarrollan más, al ser más utilizadas.

Autismo, empatía y neuronas espejo

El reciente descubrimiento del sistema neuronal llamado “neuronas espejo” o “neuronas de la empatía” muestra de nuevo la estrecha e inseparable interacción entre lo neurobiológico y lo ambiental. La investigación en neurociencias ha puesto en evidencia que la capacidad de relacionarse y comunicarse con empatía con el otro tiene su correlato anatómico y fisiológico en redes neuronales llamadas “neuronas espejo”, en alusión a la relación especular que se establece con el otro a través de la empatía, que sería la capacidad de ponerse en el lugar del otro (en lo emocional y en lo cognitivo) sin confundirse con él. Es como si el sujeto observador pudiese vivir de forma “virtual” la experiencia del otro en la interacción que mantiene con él. Gracias a esta capacidad, a la vez neurológica (neuronas

espejo), y psicológica (empatía emocional y cognitiva), el ser humano, en etapas muy precoces de su desarrollo psíquico (1) puede compartir la experiencia emocional y cognitiva con el otro, así como predecir y anticipar sus intenciones y respuestas, facilitando de esta forma el ajuste y adaptación recíprocos en la interacción entre ambos (Larbán, 2012).

Para Golse, la empatía, que posibilita el acceso a la intersubjetividad en el ser humano, sería “la capacidad de reproducir en nuestro propio psiquismo los sentimientos, los movimientos, las intenciones o motivaciones del otro y también, tomando como base y vehículo de transmisión las emociones, los pensamientos y representaciones asociados, sean conscientes o no” (Simas y Golse, 2008).

Hacia una comprensión integradora del autismo

Desde hace varios años observo con preocupación cómo por cuestiones ideológicas, muy alejadas del pensamiento y actitud considerado como “científico”, se confunden las consecuencias con las causas en el caso de la investigación etiológica o causal de los trastornos mentales. Los importantes descubrimientos que se están haciendo en el campo de las neurociencias son interpretados “interesadamente” por un sector de los profesionales de la salud mental que se proclaman portadores (con actitud intolerante y excluyente de lo diferente) de la “verdad científica”. Del imperialismo de lo psicológico se está pasando, en los últimos años, a través de un movimiento pendular a los que el proceso histórico nos tiene acostumbrados, a un imperialismo de lo biológico.

La confusión interesada y alejada del pensamiento científico se manifiesta, por ejemplo, interpretando que un descubrimiento “X”, que muestra a través de la resonancia magnética u otra técnica de neuro-radioimagen que algunas regiones cerebrales tales como el lóbulo temporal superior (LTS) -de adultos o niños ya de cierta edad y con funcionamiento autista- presenta alteraciones anatómicas y funcionales es un claro e inequívoco signo de que la causa del autismo es de etiología orgánica o genética, excluyendo la importancia de la interacción de lo genético-constitucional con el ambiente, que incluye lo psico-social del ser humano. Esta actitud omite el hecho de que, en el momento de la investigación, y dada la edad del colectivo investigado, las perturbaciones precoces en la interacción entre

el cuidador y el bebé ya han podido alterar tanto el proceso madurativo del cerebro y del sistema nervioso central como el adecuado desarrollo de sus múltiples y complejas funciones, así como el proceso de constitución y desarrollo del psiquismo temprano del niño.

Golse y Robel, abordando el debate entre el psicoanálisis, la psicopatología cognitiva y las neurociencias, nos muestran que el lóbulo temporal superior del cerebro se encuentra hoy día en el centro de las reflexiones en materia de autismo infantil, trastorno psicopatológico que representa el fracaso del acceso a la intersubjetividad con la imposibilidad de integrar el hecho de que el otro existe en tanto que otro. Los trabajos de investigación de los cognitivistas nos han mostrado que un objeto no puede ser percibido como exterior a sí mismo si no es aprehendido a la vez por, al menos, dos canales sensoriales (Streier, 1991; Streier y Hatwell, 2000). El acceso a la intersubjetividad parece implicar al lóbulo temporal superior del cerebro humano debido a las diferentes funciones que en él se encuentran localizadas: reconocimiento de los rostros (gyrus fusiforme del LTS), reconocimiento de la voz humana (surco temporal superior del LTS), análisis de los movimientos del otro (zona occipital del LTS) y, sobre todo, la articulación de los diferentes flujos sensoriales que emanan del objeto-sujeto relacional (surco temporal superior del LTS), permitiendo que éste pueda ser percibido como exterior a sí mismo.

En el momento en que el abordaje psicoanalítico y el cognitivo (teoría de la mente) se juntan para considerar la intersubjetividad como el fruto de la integración del flujo sensorial percibido que proviene del objeto-sujeto relacional, estudios recientes de neuroimagen cerebral revelan anomalías anatómicas y funcionales del lóbulo temporal superior en los niños de cierta edad y en adultos con funcionamiento autista. Un diálogo es, pues, posible entre estas diferentes disciplinas, esperando que se abra camino un abordaje integrador del autismo infantil en el cual el lóbulo temporal superior podría ocupar un lugar central, no como el lugar de una hipotética causa primaria del autismo, sino como un eslabón intermediario y como reflejo del funcionamiento autístico temprano del niño (Golse y Robel, 2009).

El modelo relacional de comprensión de los trastornos mentales, incluido el autismo

El punto de vista neurocientífico actual se está aproximando cada vez más a una comprensión del

desarrollo humano de naturaleza esencialmente relacional en el que se integran, potenciándose mutuamente, los aspectos físicos con los psíquicos, a través de la interacción con el otro, que permite una reprogramación de lo biológicamente programado.

Los trastornos psíquicos y del desarrollo no serían el resultado de los desajustes y disfunciones interactivas sino reorganizaciones adaptativas del programa inicial para seguir evolucionando. En términos neurofisiológicos, se ha propuesto como fórmula sintética, como muy acertadamente nos recuerda el Dr. Juan Manzano, que el cerebro del recién nacido, esta programado (genéticamente) para entrar en relación con la persona que le cuida, y para reprogramarse en función de esa relación. El desarrollo es, por consiguiente, concebido aquí como la modificación adaptativa del programa innato en contacto con el otro. Comparto con Manzano (2010) la forma de ver el desarrollo humano y sus desviaciones psicopatológicas, así como su tratamiento.

El postulado que defiende Manzano es el de considerar que el niño, desde su nacimiento e incluso antes, es un organismo, un todo, una estructura viva, programada y adaptada al entorno cuidador que espera encontrar, entrando inmediatamente en relación con él, para reprogramarse en función de la experiencia de esa relación. Ese otro que va a encontrar es otro organismo, la madre, o la persona que va a ejercer la función materna, que a su vez está programada para entrar en relación con el bebé y reprogramarse ella también en función de esta relación. Desde un punto de vista neurofisiológico, considera que el cerebro del recién nacido está programado para entrar en relación con una persona que le ayude a reprogramarse en función de la interacción con ella. En términos psicodinámicos, desde el nacimiento, el niño dispone de una parte organizada de la personalidad (un yo) con una cierta representación de “sí mismo” y una relación diferenciada de “sí mismo” con la madre o equivalente.

La estructura de la personalidad del bebé va a cambiar en esta relación. Cualesquiera que sean los factores que intervienen (lesionales, genéticos, conflictos, etc.), los trastornos del desarrollo no son jamás una simple expresión de esos factores sino reorganizaciones –o ajustes– del programa para continuar el desarrollo a pesar de las alteraciones. Como se trata de ajustes adaptativos del programa no son jamás rígidos ni inmutables. Por el contrario, pueden evolucionar de nuevo en la interacción. Puesto que el desarrollo es relacional, el

tratamiento es también necesariamente relacional. Las diversas medidas pedagógicas educativas, farmacológicas, psicoterapéuticas u otras, deberán integrarse, coordinarse y supeditarse a la dinámica relacional subyacente y tendrán siempre como objetivo el establecimiento de una relación y el de garantizar su continuidad, para permitir un nuevo cambio de la organización, de la estructura de la personalidad del paciente.

Este modelo -relacional, evolutivo y adaptativo- de comprensión del desarrollo humano y sus desviaciones psicopatológicas defendido por Manzano nos permite tener una visión más comprensiva con los síntomas y trastornos en tanto que representan un trabajo de reorganización adaptativa que desarrolla la persona afectada para vivir con menos sufrimiento, en situaciones adversas que no puede cambiar.

Desde esta perspectiva, nos vemos obligados a pensar la ayuda terapéutica como un proceso evolutivo co-construido y desarrollado con el paciente y su familia. Con la ayuda relacional adecuada, hemos visto que se puede cambiar la estructura de la personalidad y el modo de relación (consigo-mismo y con los demás), desarrollando otra más funcional, menos sintomática, más evolutiva, más adaptada al entorno, y más cercana a un desarrollo normalizado.

Como vemos a través de lo expuesto hasta aquí, la psicoterapia basada en la relación psicoterapéutica sería un elemento esencial, que no exclusivo, en el tratamiento de los trastornos psíquicos y el sufrimiento humano que generan, tanto en el paciente como en su familia y contexto social más cercano. Para nosotros, la relación psicoterapéutica se basaría en un proceso interactivo de vinculación interpersonal, intersubjetivo e intrasubjetivo, teniendo como fundamento la alianza terapéutica establecida entre una o más personas y su terapeuta.

La base de la alianza terapéutica sería el resultado de la identificación empática, parcial y transitoria que vive el terapeuta en relación con la forma de ser del paciente, su sufrimiento, sus emociones (empatía emocional), con el problema del paciente (empatía cognitiva) y también de su familia, lo que permite a su vez de forma interactiva, una identificación empática, también parcial y transitoria del paciente y su familia hacia y con la forma de ser, la actitud y el trabajo del terapeuta. Para el desarrollo de una buena alianza terapéutica, el terapeuta tiene que contar y tener en cuenta los mecanismos de defensa así como las resistencias del paciente y de la familia en el caso del niño, ajustándose progresivamente a

ellas (Despars, J., Kiely, M.C. y Perry, C., 2001).

¿Qué es el autismo?

Etimológicamente, autismo proviene del griego, “auto”, de “autós”, que significa propio, uno mismo. Es curioso ver como su significado etimológico contribuye a darle un sentido metafórico al concepto de autismo. Podemos imaginar al niño con autismo como un niño muy suyo, excesivamente suyo, tan suyo, que parece no necesitar de los demás. Tan metido en lo suyo, en su mundo propio que nos parece muy difícil y a veces incluso imposible atraerlo al nuestro para poder comunicarnos con él. Podemos verlo también como un niño con unas peculiaridades propias que lo hacen diferente o muy diferente de los demás niños. Estas consideraciones así planteadas nos dan una pista inicial muy valiosa para la comprensión del niño que padece de autismo. Nos sugieren que estamos ante un trastorno del desarrollo de las bases de la personalidad del niño más que ante una enfermedad en el sentido clásico del término. Algo que afecta a la forma de ser de la persona. Por las consecuencias que conlleva ese excesivo, intenso y duradero ensimismamiento del niño que lo aísla y desconecta de su entorno podemos deducir que el desarrollo de su funcionamiento psíquico y cerebral va a verse afectado. Sin el otro, sin la relación y comunicación con el otro no podemos constituirnos como sujetos con psiquismo y personalidad propios. Es a través de las identificaciones, algo mucho más complejo y enriquecedor que la mera imitación, que vamos incorporando a nuestro mundo interno aspectos del otro que vamos haciendo nuestros. Es de esta forma que vamos construyendo nuestra forma de ser, base de nuestra personalidad. Para que un bebé se identifique con quien le cuida necesita sentirse atraído por él y tener la curiosidad que, en general, tienen todos los niños cuando todo va bien en su desarrollo. Curiosidad para observar y explorar atentamente su mundo, empezando por su propio cuerpo y el del otro, así como el mundo externo que le rodea. Para verse, conocerse, reconocerse, comprenderse, y al mismo tiempo abrirse al exterior, al mundo interno del otro para explorarlo y comprenderlo, el niño necesita que, previamente, la persona que le cuida, de forma interactiva, haya sido capaz de ponerse en su lugar, comprendiéndolo en sus manifestaciones y necesidades, sin confundirse con él. Estamos refiriéndonos ahora a la empatía, o capacidad

de identificación empática, algo de lo que los niños con funcionamiento autista suelen carecer o poseer como un bien escaso, incluso cuando en algunos casos hacen una evolución considerada como favorable.

La “coraza o armadura” defensiva con la que intenta protegerse el niño con funcionamiento autista es imperfecta y tiene siempre y en determinados momentos, brechas o rendijas por las que se “cuela la luz” de la interacción positiva y evolutiva con su entorno cuidador. Son momentos de apertura a la interacción y en la interacción con el entorno que representan el acceso, aunque fugaz y transitorio en los casos más graves, a cierto grado de comunicación intersubjetiva con el otro. La posibilidad o no de que estas experiencias compartidas sean realidad en la interacción padres-bebé depende de múltiples factores imposibles de predecir y detectar en un “corte” transversal de la situación existencial del bebé pero son más fácilmente detectables cuando la observación y evaluación del riesgo evolutivo del bebé se hace en un continuo evolutivo que incluye la interacción entre bebé y su entorno cuidador.

Las personas afectadas por un funcionamiento autista tienen dificultades -variables en función de la gravedad del trastorno- para relacionarse y comunicarse de forma empática con el otro. También presentan dificultades para la integración de la sensorialidad (de los estímulos que llegan por diferentes canales sensoriales, no pudiendo por tanto hacerse una representación mental global del objeto-sujeto relacional percibido), así como para establecer relaciones intersubjetivas, ya que no han podido desarrollar adecuadamente su mundo subjetivo, ni han podido separarse-diferenciarse suficientemente del otro, condiciones indispensables para captar y comprender el mundo subjetivo de los demás (Larbán, 2008, 2010).

¿Qué ocurre con estos niños que rechazan la comunicación con el otro?

Como vemos por lo expuesto anteriormente, el inicio del proceso del funcionamiento autista en el niño sería una desviación psicopatológica del desarrollo normal del psiquismo temprano del bebé (primer año de vida) y tendría que ver con fallos básicos e invasivos (las dificultades en un área del desarrollo, invaden, se extienden a otras áreas del desarrollo a causa de su interdependencia mutua) que afectan esencialmente

a dos áreas fundamentales, tanto para su desarrollo psíquico-cerebral, como para unirse-separarse-diferenciarse con/del otro, para el conocimiento del otro y de sí mismo y también, para la relación-comunicación (no-verbal y verbal) con los demás. Las dos áreas del desarrollo afectadas, que son fundamentales en estos primeros meses de evolución para el desarrollo psíquico-cerebral adecuado del niño, serían por el orden indicado, las siguientes:

1. Dificultades importantes y duraderas para desarrollar la capacidad de integración de la sensorialidad, ya que los estímulos (internos y externos) percibidos que le llegan por diferentes canales sensoriales, sin la ayuda interactiva empática (emocional y cognitiva) del otro cuidador, quedarían disociados, privilegiando la recepción por un solo canal sensorial a expensas de los otros. Nos encontramos entonces con un bebé hipersensible, que parece sordo, ausente, enganchado a algún estímulo auto-sensorial pero que reacciona con pánico cuando oye un ruido inesperado, ya que en este caso no podría hacerse una imagen global interna de la realidad percibida (primeras representaciones mentales). El bebé, a través de una competencia que desarrolla desde los primeros días de vida, la capacidad de percepción transmodal puede, con la ayuda del entorno cuidador, integrar estímulos tales como un ruido que le asusta, con la voz tranquilizadora, la mirada, las caricias de la madre, y la forma de acogerlo en su regazo (estímulos percibidos que le llegan por canales sensoriales diferentes) en un esbozo primitivo de representación mental del objeto madre-consuelo o madre-tranquilizadora, por ejemplo. Así, poco a poco, el bebé no solamente integra su sensorialidad sino que la vive en su contexto (dándole sentido a la experiencia) y en la relación emocional con el otro. De esta forma, poco a poco, va viendo, va sabiendo de qué va lo que está pasando, lo que está viviendo, y va aprendiendo de la experiencia a medida que la va construyendo. Es muy conocida la experiencia realizada con bebés de algunos días; el bebé chupa la tetina de su biberón de una determinada forma sin haberla visto antes y, sin embargo, es capaz de orientar de forma preferente su mirada hacia la representación gráfica de esta misma tetina entre otros dibujos de tetinas diferentes que se le presentan. Podemos deducir de esta experiencia que el bebé es capaz de extraer de sus sensaciones táctiles (succión) una estructura morfológica que

localiza enseguida en el seno de sus sensaciones visuales, lo que se podría considerar como un esbozo o un comienzo del desarrollo de la capacidad de abstracción en el bebé. Las dificultades importantes y duraderas en la integración sensorial, al no permitir la constitución de representaciones mentales (subjetivas) de la realidad (interna y externa), percibida por el bebé, lo colocan en la situación de incapacidad para establecer una interacción intersubjetiva con el otro.

2. Dificultades también importantes y duraderas en la constitución del ser humano como sujeto (con subjetividad), y por tanto, en la vivencia de intersubjetividad (2). Para lograr este importante objetivo, “el trabajo” del bebé tiene que ser facilitado de forma empática por el entorno cuidador. Las dificultades interactivas del entorno cuidador-bebé que no facilitan e incluso obstaculizan los procesos psíquicos e interactivos indicados anteriormente colocan al bebé en una situación de riesgo de posible evolución hacia un funcionamiento autista, generando además déficits emocionales, cognitivos y relacionales. La dificultad de integración sensorial que se puede manifestar en algunos niños mayores, como un miedo fóbico al estallido de globos, al ruido de los truenos, del aspirador, etc. y también a ser abrazados, así como la dificultad para establecer relaciones empáticas con los demás, para jugar con los símbolos, con las palabras, para comprender la poesía, las adivinanzas, los chistes, los sueños, etc., pueden ser las secuelas del funcionamiento autista que en el caso de una buena evolución suelen permanecer como síntomas cuando los tratamientos son tardíos, o más instrumentales (métodos, técnicas, disociadas de la relación-comunicación, que es lo fundamental) que relacionales (Grandin, 2006; Haddon, 2004). Las manifestaciones clínicas del trastorno autista que clásicamente se reagrupan en la “triada de Wing” (en homenaje a Lorna Wing, su descubridora), es decir, las dificultades en la interacción social, en la comunicación verbal y no verbal, y un patrón restringido de intereses o comportamientos, serían la consecuencia de un proceso psicopatológico mucho más precoz que se desarrollaría en el primer año de vida del niño.

La evolución del proceso autístico en el niño

La evolución del funcionamiento autista en el niño

puede ser progresiva, regresiva y fluctuante entre ambos. Los niños con *evolución progresiva* del funcionamiento autista serían aquellos que, desde las primeras semanas, muestran una evolución progresiva hacia un funcionamiento autista que se va instalando lenta y progresivamente en el funcionamiento psíquico del bebé. Los niños con *evolución fluctuante* serían los que alternan algunos momentos de acceso a la intersubjetividad primaria (primer semestre), es decir, a la comunicación social y emocional con el otro, gracias sobre todo a la insistencia del cuidador, con otros de repliegue, aislamiento, desconexión emocional y relación “inter-objetiva” (con objetos) más que intersubjetiva. Estos niños, en el segundo semestre, son incapaces la mayor parte del tiempo de acceder a la intersubjetividad secundaria basada en la triangulación relacional que permite la atención compartida con el otro hacia un objeto externo. El mundo psíquico del niño evoluciona normalmente desde un mundo dominado por la interacción, a un mundo dominado por la intersubjetividad primaria (relación diádica) en el primer semestre, y hacia la intersubjetividad secundaria (relación triádica), desde el segundo semestre (Trevvarthen y Hubley, 1978; Hubley y Trevvarthen, 1979). Este importante progreso evolutivo, el acceso a la intersubjetividad secundaria, permitirá al niño sano desarrollar la capacidad de relación no solamente con el otro y con lo otro, que ocupa el lugar de un tercero, sino también su integración grupal y social.

Los niños con *evolución regresiva* del funcionamiento autista serían esos niños que durante el primer año de vida logran acceder de forma fluctuante (que suele pasar desapercibida para su entorno) a cierto grado de intersubjetividad primaria y secundaria pero con “anclajes” poco sólidos y duraderos en su psiquismo. Estos niños, con una débil capacidad de resiliencia, muy buenos niños, se presentan como “apagados”, con poca iniciativa relacional en el plano social y dependiendo mucho del adulto cuidador para ello. Ante situaciones traumáticas de pérdidas que afectan a la cantidad y calidad de la presencia interactiva con ellos de su cuidador de referencia, hacen una regresión psíquica, con pérdida de las adquisiciones logradas hasta entonces en los aprendizajes, en el lenguaje y en la relación social; se repliegan en sí mismos y se encierran progresivamente en un funcionamiento autista.

Una sucesión de pérdidas externas e internas tales

como una ausencia prolongada y/o repetida del cuidador o cuidadores de referencia para el niño, pérdidas vividas por el cuidador que desembocan en un proceso de duelo de tipo depresivo con desconexión emocional, pérdida del lugar y la presencia de un tercero, etc., pueden desencadenar en el niño, para protegerse del sufrimiento, vacío y desorganización internos, una vuelta al funcionamiento defensivo de tipo autístico. Su frágil vinculación con el otro y con lo otro, diferente del nosotros, *de lo que somos tú y yo*, así como su dificultad para mantener una imagen interna del otro ausente, hacen de estos niños unos sujetos muy vulnerables a este tipo de pérdidas. La capacidad de recuperar lo perdido en el niño depende en estos casos de la comprensión empática del entorno cuidador y de la forma como aportan o no la seguridad relacional necesaria para que el niño que se encierra en un funcionamiento autístico pueda superar sus miedos y angustias catastróficas y abrirse de nuevo a la interacción con el otro, recuperándolo de nuevo en su interior.

Según esta visión interactiva del desarrollo sano y patológico del bebé, parece lógico y legítimo pensar que el funcionamiento autista del niño, visto como un mecanismo de defensa utilizado por él para evitar el displacer y sufrimiento generado en la interacción con su entorno cuidador, pueda ser tratado etiopatogénicamente, ayudando a la madre, a los padres, a cambiar el tipo de interacción que en la relación con su hijo está facilitando, sin querer, su instalación en un proceso autístico. De persistir este proceso, puede generar déficits psíquicos, emocionales y sociales que, una vez instalados en el niño, son más difíciles de tratar.

La fluctuación de los signos y síntomas del bebé considerados aisladamente como factores de riesgo evolutivo hacia un posible funcionamiento autista hacían prácticamente imposible el desarrollo de una herramienta adecuada y eficaz para su detección temprana. Sin embargo, el estudio de la evolución de los factores de riesgo presentes en el bebé, al que se añade el de la evolución de los factores de riesgo presentes en los padres, pero sobre todo y fundamentalmente, el de la evolución de la interacción entre éstos y su hijo (constatado mediante escalas de evaluación aplicadas a los tres, seis y doce meses de vida del bebé), nos permite afinar mucho dicha detección y hacerla posible en un importante número de casos (Larbán, 2008).

¿Cuál es la causa del autismo?

No hay causa única; ni genética, ni ambiental. En la causalidad plurifactorial de los trastornos mentales en el ser humano, incluido el autismo, intervienen tanto los factores de vulnerabilidad psicológicos y biológicos (incluidos los constitucionales y genéticos), como los factores de riesgo psicológicos y sociales (incluidos los interactivos con el entorno), en estrecha interacción potenciadora de los unos con respecto a los otros. De la misma forma, los factores protectores de la salud mental (biológicos y psicosociales), interactuando entre sí, potencian la resiliencia y la salud mental del sujeto (Larbán, 2011, 2012a, 2012b).

Los riesgos aparecen como no específicos en cuanto a las consecuencias para el desarrollo del bebé; diferentes factores de riesgo pueden provocar el mismo efecto y un mismo conjunto de factores de riesgo puede dar lugar a trastornos de naturaleza diferente. Se hace, pues, necesario que la evaluación de los factores de riesgo se haga en un continuo evolutivo que permita observar cómo un determinado tipo de interacción por su carácter repetitivo y circular nos lleva en una dirección determinada y no otra. Dicho de otro modo: hace falta que la observación se haga en un espacio-tiempo lineal, con un antes y un después, para poder ver la convergencia de los factores de riesgo interactivo y de los distintos signos de alarma hacia un determinado proceso evolutivo (Larbán, 2007).

Los factores de riesgo interactivos presentes en la relación cuidador-bebé, así como los signos de alarma presentes en el bebé en su primer año de vida, tienen que ver con dificultades y desajustes duraderos de la interacción, con disfunciones y alteraciones del vínculo, con frecuentes desencuentros dolorosos, frustrantes y repetitivos entre el bebé y su cuidador, que les pueden llevar a conductas de evitación y rechazo, con la dificultad añadida de no poder estar atento, motivado y presente en la relación con el otro; dificultades expresadas en la interacción tanto a través de la mirada como de la sonrisa, de las emociones y del cuerpo. Su gravedad estaría determinada por la intensidad, la duración, y la repetición de los signos de alarma y de los factores de riesgo, pero también por su capacidad potenciadora de los unos con los otros, presentes en ambos partícipes de la interacción. Dependerá también de si el bebé no

responde, o si responde muy débilmente cuando se le estimula, o solamente cuando se solicita su respuesta de forma persistente (Larbán, 2008).

En un lado de la interacción, estaría el bebé y en el otro, los padres. Si a las dificultades para comunicarse y relacionarse con su entorno cuidador presentes en el niño, bien sea a través de su temperamento o de la presencia de un déficit de funcionamiento, o de una malformación orgánica, se añaden dificultades parecidas y presentes de forma repetitiva y duradera en los padres, podemos comprender la situación de riesgo evolutivo que esto representa para el bebé, que es el miembro más necesitado y vulnerable de los dos elementos de la interacción (Larbán, 2006).

En el desarrollo del autismo temprano del bebé es de suma importancia diferenciar el proceso interactivo autistizante y el proceso defensivo-autístico.

El proceso interactivo autistizante

La interacción evolutiva padres-bebé es en espiral. La interacción circular, repetitiva y no creativa es cronificante y cronificadora. En la interacción entorno cuidador-bebé incluimos tanto la relación basada en los cuidados (real) como la relación psíquica, basada en las fantasías conscientes y sobre todo inconscientes (fantasmática). Incluimos también en la interacción, la comunicación no verbal, la pre-verbal y la verbal, tanto en lo que respecta al contenido (información) como al continente (ritmo, prosodia, alternancia, reciprocidad) y a la forma de comunicarse (significado), sin olvidar el contexto de la comunicación, que es lo que le da el sentido.

El proceso interactivo autistizante (Hochmann, 1990) sería un factor de riesgo interactivo que se desarrolla -de forma inconsciente y no intencional- en el seno de la interacción temprana entre el bebé y su cuidador. Según este modelo interactivo, poco importa quién lo inicia. Sea el adulto que se muestra insuficientemente disponible desde el punto de vista psíquico, o sea el niño que muestra un comportamiento relacional especial, se crea rápidamente un círculo vicioso auto-agravante, ya que la inadaptación de las respuestas interactivas de uno de los elementos de la relación acentúa el desarrollo en el otro de respuestas también inadaptadas, encerrándose ambos en una interacción circular de difícil salida. El proceso autistizante es un concepto que permite subrayar que el

autismo infantil no es una enfermedad estrictamente endógena, sino que se *co-construye* y se organiza en el marco de disfuncionamientos interactivos o de una espiral perturbada de intercambios entre el bebé y los adultos que le cuidan. El origen primario del disfuncionamiento puede situarse, según los casos, sea del lado del bebé, sea del lado del adulto cuidador. En todos los casos, el disfuncionamiento interactivo de uno de los miembros de la interacción desorganiza al otro, que, debido a esto, va a responder de forma inadaptada, agravando a su vez las dificultades del otro y viceversa, en una peligrosa espiral de cronificación y agravación.

Factores de riesgo interactivo autistizante

Los factores de riesgo interactivo autistizante que pueden llevar precozmente al niño hacia un funcionamiento defensivo autístico serían los siguientes:

1. La interacción cuidador-bebé que dificulta e impide de forma duradera y repetitiva en el bebé la integración sensorial, es decir, la integración perceptiva de los flujos sensoriales que le llegan al bebé por diferentes canales sensoriales desde el objeto-sujeto relacional. Esta dificultad, potenciada por la imposibilidad de encontrar, en la interacción, los necesarios momentos de ensimismamiento y de desvinculación relacional transitoria que permiten al bebé la autorregulación y equilibrio psicósomáticos, la integración sensorial de los estímulos percibidos y la regulación de la interacción con su cuidador, sería un factor de riesgo interactivo autistizante y también, de riesgo evolutivo hacia los trastornos psicósomáticos del lactante. Pueden darse estos factores de riesgo cuando la persona que ejerce la función materna, en la interacción con su bebé, tiene dificultades importantes y durables para identificarse de forma empática sin confundirse con él y responder así adecuadamente a sus necesidades vitales y evolutivas. En el caso de un déficit importante de empatía, la madre tiene la sensación de vivir con él desencuentros frecuentes, repetitivos y duraderos y ocurre lo mismo, aunque no sea consciente de ello, en el caso de un exceso importante de empatía, ya que tiene la creencia de conocerlo tan bien que "lo adivina", anticipándose excesivamente y de forma no realista a sus necesidades, debido al hecho de confundirse inconscientemente con él. Para estas personas, adivinar a su bebé es vivido sin el entrecomillado, ya que frecuentemente en su mundo interno hay una fantasía inconsciente de

fusión-confusión con el otro que es actuada mediante identificación proyectiva (negación-proyección en el cuidador, e identificación con lo proyectado en el niño) sobre el bebé. Esto hace que, al no tener dudas sobre sus necesidades, no se esté suficientemente atento al hecho de verificar lo acertado o no de nuestra respuesta en función de la demanda del bebé. Lo proyectado en el otro, tratado como ajeno a uno mismo, no puede ser reconocido como propio en el otro. La identificación del bebé con lo negado en el otro y por el otro, que ha sido proyectado inconscientemente sobre él, está en el origen de esos “cuerpos extraños”, que, incorporados a su psiquismo sin poder ser integrados, constituyen lo que llamamos “núcleos psicóticos” de la personalidad del sujeto. El exceso de anticipación del cuidador puede impedir el desarrollo de la capacidad de anticipación en el niño. El bebé puede rechazar también esas proyecciones, prolongando su necesidad de ensimismamiento, desconectando del exterior, aislándose y ausentándose de forma más o menos duradera de la relación con el otro, evitando la realidad exterior y su relación con ella, refugiándose tras sus defensas autísticas. En ambos casos, el bebé puede tener tendencia a protegerse con defensas autistas ante un defecto o exceso de estímulos. En el primer caso de carencia de estímulos, se protegería, refugiándose en la auto-sensorialidad, procurándose él mismo una autoestimulación sensorial. En el segundo caso, se aislaría y desconectaría de la relación con el otro, como una forma de protegerse de proyecciones narcisistas inconscientes, constriñentes y anexantes, en palabras de Cramer y Palacio, que obstaculizan el proceso de separación-diferenciación-individuación del bebé. En la realidad clínica, ambos extremos pueden fluctuar de un polo al otro, con las consiguientes dificultades para el bebé (3). Las madres que han pasado por estas dificultades de comunicación empática, sea por exceso o por defecto en la relación con su hijo, suelen vivir frecuentes y repetitivos desencuentros relacionales y emocionales con su bebé que hacen que la interacción cada vez sea más frustrante y dolorosa para ambos. El bebé puede entonces protegerse de estos momentos repetitivos y durables de sufrimiento y frustración compartidos mediante mecanismos de defensa de tipo autístico.

2. La interacción cuidador-bebé que dificulta e impide de forma duradera y repetitiva el acceso del niño a la intersubjetividad, tanto primaria (relación a dos) como secundaria (relación a tres), con la correspondiente imposibilidad de separarse y diferenciarse del

otro. Este proceso le impide constituirse como sujeto con subjetividad propia, crear su propio mundo interno, relacionarse intersubjetivamente con el otro y, por tanto, compartir la experiencia subjetiva vivida en la interacción con el otro. Esta dificultad sería un factor específico de riesgo interactivo autistizante. En la práctica, estas situaciones interactivas de riesgo autistizante, descritas anteriormente, pueden darse en los siguientes casos:

- Cuando la persona que ejerce la función materna en la interacción con el bebé sufre de un estado psíquico de desconexión emocional y sensorial duradero, como mecanismo de defensa (de tipo “anestesia”) para no sufrir más (trastorno depresivo y/o, obsesivo grave) acompañado o no de períodos que cursan con angustia paralizante (agravación del cuadro depresivo y/o obsesivo desconectado y “parálisis” psicomotora además de “anestesia” emocional y sensorial), o bien, alternando con períodos de ansiedad intensa con agitación psicomotora e hiperactividad física y mental (defensas maníacas). Este es un estado psíquico persistente y/o con tendencia a la agravación.
- Las madres que han pasado por este estado psíquico en la interacción precoz con su bebé tienen la impresión repetitiva y durable de “estar, pero sin estar del todo presentes” en la relación con su hijo, viviendo, sin mostrarlo, un sufrimiento intolerable, impregnado de un grado de frustración y culpabilidad importantes. Esta “ausencia emocional” de la persona que ejerce la función materna es la que puede provocar en el bebé la activación de mecanismos de defensa autísticos con repliegue sobre sí mismo y ausencia relacional, refugio en el sueño y en actividades de estimulación auto-sensorial, así como la evitación de la interacción como una forma de protegerse del malestar y dolor emocional que el estado psíquico de la madre genera en él. La alternancia de este estado depresivo-obsesivo “desconectado” con períodos de angustia paralizante y ansiedad intensa, acompañada de agitación psicomotora, incrementa la situación de riesgo para el bebé, al añadirse el factor de desorganización en los cuidados y la imprevisibilidad de las respuestas del entorno cuidador a sus necesidades y demandas. El bebé, en estas situaciones de alternancia anímica extrema de la madre, vive una interacción de gran inseguridad con ella, oscilando entre un déficit de estímulos que le hacen recurrir a la auto-estimulación sensorial y un exceso de estímulos no integrables de

los que tiene que protegerse, ausentándose de la interacción.

- El no reconocimiento y negación de sus dificultades por parte de la persona que ejerce la función materna empeora el pronóstico, pues hace que sea más difícil pedir ayuda. Además, lo negado, y sobre todo lo repudiado, tiene más posibilidades de ser actuado/proyectado sobre el bebé.

3. La interacción padres-bebé puede ser un factor de riesgo interactivo autistizante cuando éste se halla afectado desde su nacimiento por una malformación o discapacidad sensorial y/o motora que dificulta de forma importante y duradera la relación y comunicación con su entorno cuidador y cuando a su vez, esta situación, a largo plazo, no puede ser asumida por los padres, que tienen dificultades importantes y duraderas para investirlo adecuadamente. En tal situación de duelo imposible del hijo ideal para aceptar e invertir el hijo real, la interacción padres-bebé sería un factor de riesgo que se convertiría progresivamente en específico (funcionamiento autista) al potenciar y ser potenciado por los anteriores.

4. La interacción padres-bebé puede ser un factor de riesgo interactivo autistizante cuando la persona que ejerce la función materna ha vivido situaciones traumáticas perinatales que no ha podido elaborar ni integrar, con el consiguiente posible riesgo de un efecto traumatógeno para el bebé y un efecto también perturbador en la interacción con su hijo. En estos casos, la madre puede presentar una vivencia traumática insuperable que puede evolucionar, de forma intensa y duradera si no es ayudada adecuadamente por su entorno familiar y profesional, hacia un cuadro clínico de trastorno por estrés post traumático (TEPT). En esta situación, cuando es vivida con un sufrimiento intolerable, la madre, para protegerse de él, puede poner en marcha defensas fóbicas de huida y evitación de la relación próxima y emocional con el hijo que cuida, así como lo que éste representa para ella. A su vez, el hijo intenta protegerse del sufrimiento intolerable y no integrable compartido con su madre, poniendo en marcha mecanismos de defensa parecidos, evitando, y si el sufrimiento compartido persiste, rechazando la interacción. Frecuentemente, estos síntomas presentes en la madre como consecuencia de un TEPT, se enmarcan dentro de síndromes clínicos tales como los trastornos ansiosos, crisis de pánico, trastornos depresivos, fóbicos y obsesivos. La interacción madre-

bebé, en estos casos, se puede convertir en conflictiva y ambivalente por ambas partes, con el consiguiente aumento del riesgo para la evolución y sano desarrollo del bebé. Los movimientos afectivos de acercamiento y alejamiento, que se dan inconscientemente y de forma no intencional, según las necesidades vitales y defensivas de uno y otro, aumentan las posibilidades de que se desarrolle una interacción desajustada y no sincrónica, a destiempo entre la madre y su bebé, con el consiguiente desencuentro que puede hacerse repetitivo entre ambos si la madre no es ayudada a superar su estado psíquico de estrés post traumático. Este tipo de interacción, en el caso de bebés muy sensibles y receptivos, puede convertirse en un factor autistizante, si dificulta o impide, de forma importante y duradera, su acceso a la necesaria integración sensorial y a la capacidad de establecer relaciones intersubjetivas con el otro.

5. Cuando en la interacción padres-bebé la persona que ejerce la función paterna se encuentra ausente o poco presente en la interacción, no pudiendo desarrollar, o desarrollando muy poco la función paterna, apoyando, conteniendo, limitando y sosteniendo la relación diádica de cuidados (maternaje) madre-bebé, con el consiguiente riesgo de ausencia de la triangulación relacional necesaria para el adecuado desarrollo del bebé, podemos encontrar también en una situación de riesgo interactivo autistizante. Este riesgo se acentúa y se agrava al potenciar y ser potenciado por los otros factores de riesgo descritos.

Notas

(1) La sonrisa intencional o social que aparece en el bebé a partir de la sexta semana, si todo va bien, es un indicador específico y fiable del comienzo del proceso de identificación empática con su cuidador y del acceso a la capacidad de intersubjetividad.

(2) La intersubjetividad hace referencia al desarrollo de la capacidad de establecer relaciones intersubjetivas con el otro, de compartir la experiencia subjetiva con el otro, tanto en lo intencional de las acciones y motivaciones del otro, como en la sensación de movimiento que comporta una determinada acción. También se refiere a lo cognitivo, es decir, la forma de pensar y sobre todo, y fundamentalmente, a lo emocional, es decir, en la forma de sentir del otro (Stern, 1991, 1999, 2005).

(3) Con la consiguiente dificultad para regular la integración sensorial y la empatía interactiva, base

del desarrollo de la intersubjetividad, que a su vez, regula la intimidad del sujeto y entre sujetos.

Bibliografía

ANSERMET, F. Y MAGISTRETTI, P. (2006). *A cada cual su cerebro*. Buenos Aires. Katz.

Grupo de Estudios de los Trastornos del Espectro Autista, Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (2004). *Demora Diagnóstica en los TEA, 2003-2004*. Madrid: Instituto de Ciencias de la Salud Carlos III.

GALLESE, V. (2001). The shared manifold hypothesis from mirror neurons empathy, *J. Consciousness Stud*, 8, 33-50.

GOLSE, B. Y ROBEL, L. (2009). Pour une approche intégrative de l'autisme infantile. Le lobe temporal supérieur entre neurosciences et psychanalyse. *Recherches en psychanalyse*, 2009/1 n° 7, 45-51. DOI : 10.3917/rep.007.0045. Recuperado en: <http://www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-1-page-45.htm>

GRANDIN, T. (2006). *Pensar con imágenes. Mi vida con el autismo*. Barcelona : Alba.

HADDON, M. (2004). *El curioso incidente del perro a medianoche*. Barcelona : Salamandra.

HOCHMANN, J. (1990). L'autisme infantile : déficit ou défense?, en: *Soigner, éduquer l'enfant autiste?*, 33-55. París: Masson.

HUBLEY, P. Y TREVARTHEN, C. (1979). Sharing a task in infancy. En: *Social Interaction During Infancy: New Directions in Child Development*, Vol. 4, ed. I. C. Uzgiris. San Francisco: Jossey-Bass, 57-80.

KANDEL, E. R. (2001). The molecular biology of memory storage: a dialogue between genes and synapses. *Science*, 294, 1030-1038.

LARBÁN, J. (2007). El proceso evolutivo del ser humano: desde la dependencia adictiva hacia la autonomía, *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 43-44, 171-195. Recuperado en: <http://www.sepypna.com/articulos/proceso-evolutivo-ser-humano/>

LARBÁN, J. (2008). Guía para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el niño/a, en su primer año de vida, *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 45/46, 63-152. Recuperado en: <http://www.sepypna.com/articulos/guia-prevencion-deteccion-precoz-funcionamiento-autista-nino/>

LARBÁN, J. (2010). El proceso autístico en el niño: intervenciones tempranas. *Revista de psicoterapia y psicopatología*, 75, 35-67. Recuperado en: <http://www.asmi.es/arc/doc/EL%20PROCESO%20AUTISTICO%20EN%20EL%20NINO%20-%20INTERVENCIONES%20TEMPRANAS.pdf>

LARBÁN, J. (2011). Autismo: mito y realidad, *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 18, 113-123. Recuperado en: <http://es.scribd.com/doc/66217375/AUTISMO-Mito-y-Realidad>

LARBÁN, J. (2012a). Autismo temprano, neuronas espejo, empatía, integración sensorial, intersubjetividad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 54, 79-91. Recuperado en: <http://www.sepypna.com/articulos/autismo-temprano-neuronas-espejo-empatia/>

LARBÁN, J. (2012 b). *Vivir con el autismo, una experiencia relacional. Guía para cuidadores*. Barcelona: Octaedro.

MANZANO, J. (2010). El espectro del autismo hoy: un modelo relacional. *Cuadernos de psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 50, 133-141. Recuperado en: <http://www.sepypna.com/articulos/espectro-autismo-hoy-modelo-relacional/>

RAMON Y CAJAL, S. (1909-1911). *Histologie du système nerveux de l'homme et des vertébrés*. París: A. Maloine.

RIZZOLATTI, G., FADIGA, L., GALLESE, V. ET AL. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Brain. Res. Cogn. Brain. Res.*, 3, 131-141.

RIZOLATTI, G. Y ARBIB, M. A. (1998). Language within our grasp, *Trends Neurosci.* 21, 188-194.

SIMAS, R. Y GOLSE, B. (2008). Empathie(s) et intersubjectivité(s). Quelques réflexions autour de leur développement et de ses aléas. *La psychiatrie de l'enfant*, LI, 2, 339-356.

STERN, D. (1991). *El mundo interpersonal del lactante*. Buenos Aires: Paidós.

STERN, D. (1999). *Diario de un bebé*. Buenos Aires: Paidós.

STERN, D. (2005). Le désir d'intersubjectivité. Pourquoi? Comment? *Psychotérapies*, XXV, 4, 215-222.

STRERI, A. (1991). *Voir, atteindre, toucher*, París: P.U.F.

STRERI, A. Y HATWELL, Y. (2000). *Toucher pour connaître*, París: P.U.F.

TREVARTHEN, C. Y HUBLEY P. (1978). Secondary inter-subjectivity: Confidence, confiding and acts of meaning in the first year. En: *Action, Gesture and Symbol: The Emergence of Language*. London: Academic Press, 183-229.

Evolución de la sintomatología autista de los dos a los cuatro años: un estudio de seguimiento

OLGA CASAS MASJOAN*, ROSA GALCERAN**, ESTER PLA COLOMER*** Y FERRAN VIÑAS****

RESUMEN

La detección e intervención temprana en el trastorno del espectro autista (TEA) es de gran relevancia para su pronóstico y su evolución. El principal objetivo de este estudio es analizar y detectar qué síntomas destacan como más significativos y cuáles son los que se mantienen en el tiempo. Se ha realizado un estudio longitudinal de tres años con una muestra clínica de 15 niños, de 24 a 47 meses de edad. Los síntomas han sido evaluados mediante los instrumentos ATA y ADI-R. Los resultados indican que las dimensiones detectadas en la escala ATA manipulación del ambiente, lenguaje y comunicación, hiper e hipoactividad, son las que presentan mayor estabilidad temporal. Las dimensiones restantes presentan menor estabilidad. PALABRAS CLAVE: Trastorno del espectro Autista (TEA), sintomatología, estabilidad, estudio de seguimiento.

ABSTRACT

EVOLUTION OF AUTISTIC SYMPTOMS FROM TWO TO FOUR YEARS: A FOLLOW-UP STUDY. Early detection and intervention in autism spectrum disorder (ASD) is of great importance for prognosis and evolution. The article aims to highlight the importance of detection and early intervention. Specifically in children with autism spectrum disorders (ASD), difficulty in detection involves a delay in the onset of therapeutic intervention, and therefore affects their prognosis and evolution. The aim of the study to analyze and detect the symptoms that stand out as especially significant and determine which are maintained over time. We performed a three-year longitudinal study with a clinical sample of 15 children, aged from 24 to 47 months. ATA-scales and ADI-R were used to evaluate symptoms. The results indicate that of the dimensions measured on the ATA scale, the manipulation of the environment, difficulties in language and communication and hyper and hypoactivity are those that display the greatest degree of stability over time. The other symptoms show lesser stability. KEYWORDS: Autism spectrum disorders (ASD), symptomatology, specificity, follow-up study.

RESUM

EVOLUCIÓ DE LA SIMPTOMATOLOGIA AUTISTA DELS DOS ALS QUATRE ANYS: UN ESTUDI DE SEGUIMENT. La detecció i intervenció primerenca en el trastorn de l'espectre autista (TEA) és de gran rellevància pel seu pronòstic i evolució. El principal objectiu d'aquest estudi és analitzar i detectar quins símptomes destaquen com a més significatius i quins són els que es mantenen en el temps. S'ha realitzat un estudi longitudinal de tres anys amb una mostra clínica de 15 nens, de 24 a 47 mesos d'edat. Els símptomes han estat avaluats mitjançant els instruments ATA i ADI-R. Els resultats indiquen que les dimensions detectades a l'escala ATA manipulació de l'ambient, llenguatge i comunicació, hiper i hipoactivitat són les que presenten més estabilitat temporal. La resta de dimensions presenten menys estabilitat. PARAULES CLAU: trastorn de l'espectre autista (TEA), simptomatologia, estabilitat, estudi de seguiment.

Introducción

En los últimos 10 años, se ha observado un aumento en el número de niños diagnosticados de trastorno

multisistémico del desarrollo (TMSD) en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP). Podríamos pensar que la mejora en la detección precoz del trastorno (Cabanyes, y García, 2004; Charman et

*Psicóloga, CDIAP Gironès Grup Fundació Ramon Noguera, **Psicóloga Clínica, CDIAP Fundació Oreig,

Psicóloga Clínica, CDIAP Integra Garrotxa y *Psicólogo y Profesor, Universitat de Girona

Correspondencia: epla@integraolot.cat

Recibido: 21/4/2015 – Aceptado: 19/5/2015

al., 2005) y del uso de la clasificación específica para los niños de 0-3 años contribuyen a este aumento.

Partiendo de la clasificación diagnóstica de 0 a 3 años (NC, 1998), los niños con trastorno multisistémico del desarrollo se caracterizan por presentar deficiencias cualitativas en la interacción social, comunicación, lenguaje, y alteraciones conductuales caracterizadas por patrones repetitivos y estereotipados de intereses y actividades. Generalmente, se correspondería al diagnóstico más conocido de TEA, trastorno del espectro autista, de la clasificación diagnóstica DSM 5 (APA, 2014). La característica principal del TEA es la dificultad en la relación y comunicación con un patrón de conducta rígido a lo largo de la vida, aspectos también destacados por Chawarska et al. (2007) y el Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III (2005).

Aunque actualmente contamos con la escala T del ADOS 2 (Lord et al., 2015) específica para los primeros años de vida, en los primeros 3 años es difícil confirmar un diagnóstico de TEA, debido a las características evolutivas, los factores externos sociales de los niños, la capacidad de estimulación parental, y las situaciones pre y perinatales que interfieren o que ayudan en el desarrollo psicomotor y emocional del niño (García-Ron y otros, 2012; Mundy y Crowson, 1997) destacan que no se puede constituir un diagnóstico de certeza en este período y la importancia en la detección en los signos de alarma precoces. La clasificación DC 0-3 (1998) permite dar un tiempo de evolución de la sintomatología sin estigmatizar con el diagnóstico. Según la DC 0-3, el TMSD se caracteriza por: deterioro de la aptitud para comprometerse en una relación emocional y social con el cuidador primario; deterioro de la formación, mantenimiento y desarrollo de la comunicación (preverbal, verbal); disfunción del procesamiento auditivo; y disfunción sensorial: reactividad expresiva o insuficiente y la planificación motriz.

Se pueden diferenciar tres niveles de gravedad, de mayor a menor: A, B y C. Por el interés de este estudio reflejamos la sintomatología del Patrón B y C debido a que el patrón A corresponde a un cuadro diagnóstico claramente autista. En la tabla 1 se recogen los síntomas según la gravedad.

Aunque encontramos mucha bibliografía sobre el Trastorno del espectro autista referente a su prevalencia, funcionamiento, sintomatología y alteración del lenguaje (Ferrando, Martos et al., 2002; Landa y Garret-

Mayer, 2006), existen pocos estudios realizados únicamente con una muestra clínica entre los dos y los cuatro años de edad y menos aún usando la clasificación 0-3. Charman et al. (2005) realizaron un seguimiento de la persistencia del trastorno a lo largo de dos años. Ruiz y otros (2001), con una muestra de niños atendidos en un CDIAP, analizaron los síntomas más relevantes que permiten detectar y analizar las áreas más afectadas.

Se ha observado que en nuestros centros (CDIAP) la mayoría de niños suelen empezar el tratamiento antes de los 30 meses. ¿Podemos encontrar unos síntomas más relevantes y más iniciales que nos ayuden a detectar antes? ¿Varían a lo largo del crecimiento o son estables? ¿Cómo explicamos que niños con síntomas parecidos inicialmente mejoren con el tratamiento de estimulación? Éstas son las preguntas que nos formulamos y nos llevaron a iniciar un estudio longitudinal de tres años de seguimiento, con niños diagnosticados con TMSD.

El objetivo de este estudio es conocer si existen unos síntomas claves que permitan detectar precozmente el trastorno multisistémico del desarrollo. También si se observan síntomas más estables a lo largo del tiempo y cuáles mejoran en tres años de seguimiento.

Material y Método

Se ha realizado un estudio multicéntrico de cuatro comarcas de la provincia de Girona (Garrotxa, Gironès, Baix Empordà y Alt Empordà). El diseño es longitudinal transversal con un tiempo de realización de tres años y con una muestra clínica. Han participado todos los niños y familias que iniciaron su atención en los citados CDIAPs durante el 2007 y cuyo diagnóstico fue TMSD patrón B y C.

La muestra está formada por 15 niños y niñas de 24 a 47 meses de edad, cuya distribución se puede consultar en la tabla 2. El 20 % de la muestra tiene 31 meses y el 50 % tiene edades inferiores o iguales a 30 meses. El 30 % restante tienen edades superiores a los 32 meses.

Un 67 % son niños y el 33 %, niñas. A lo largo de los tres años hemos perdido un 7 % de la muestra, por lo tanto la mortalidad es baja.

El 50 % de los niños iniciaron su atención en el CDIAP antes de los 30 meses y un 50 % empezaron a partir de los 30 meses.

A nivel de atención terapéutica, el 93 % de los casos recibieron tratamiento únicamente desde el CDIAP.

Un 80 % recibió atención por parte de un psicólogo con una frecuencia de una hora semanal y el 20 %, de dos horas semanales. En el 60 % se realiza la atención conjunta padres-niño.

En el gráfico 1 se muestran los instrumentos utilizados en este estudio y el tipo de informante, que a continuación detallamos.

Escala d'Avaluació de Trets Autistes (A.T.A., Jané, Capdevila y Domènech, 1994), diseñado para un primer estudio diagnóstico del síndrome autista. Es una prueba estandarizada que da un perfil conductual. Se basa en la observación y permite realizar un seguimiento longitudinal de la evolución de la sintomatología autista. A mayor puntuación en la escala, mayor gravedad en la sintomatología. El punto de corte indicador de sintomatología autista es 18. La escala consta de 23 subescalas, cada una de ellas dividida en diferentes ítems: dificultad en la interacción social; manipulación del ambiente; utilización de las personas de su entorno; resistencia a los cambios; búsqueda de un orden estricto; mirada indefinida, poco contacto; inexpresividad facial; problemas en el sueño; alteraciones en la alimentación; dificultades en el control de esfínteres; exploración de objetos; uso inadecuado de los objetos; baja atención; poco interés por el aprendizaje; pereza; alteraciones del lenguaje y la comunicación; encubrimiento de habilidades y conocimiento; reacciones inadecuadas a la frustración; omisión de obligaciones; hiperactividad/hipoactividad; movimientos estereotipados y repetitivos; ignorancia del peligro; aparición antes de los 30 m. El tiempo de aplicación es de aproximadamente 20-25 minutos, a partir de los dos años de edad. La consistencia interna (α de Cronbach) es de 0,81. Según los autores tiene una elevada sensibilidad pero baja especificidad, lo que le convierte en un instrumento adecuado para realizar un primer screening del TEA.

Entrevista para el Diagnóstico del Autismo revisada (Autisms Diagnostic Interview Revised, ADI-R; Rutter, Le Couteur y Lord, 2006). Es una entrevista diseñada para obtener información completa y necesaria para determinar el diagnóstico de autismo y ayudar a su evaluación. Se centra en las conductas específicas del TEA. Se puede aplicar a partir de una edad mental superior a dos años y proporciona una valoración categorial. Se utiliza para realizar el diagnóstico u obtener una descripción de la conducta actual. La entrevista consta de cuatro apartados: alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca, alteraciones cualitativas de la comunicación, patrones de conducta restringidos,

repetitivos y estereotipados, alteraciones en el desarrollo a los 36 meses o antes.

Cuestionario de padres. Se recogen datos a partir de la familia relacionados con el embarazo, parto, evolución del niño, antecedentes familiares y comportamiento.

Para participar en el estudio, se solicitó a las familias la debida autorización mediante un documento firmado voluntariamente por los tutores legales del niño. Dada la complejidad en la realización del diagnóstico y uso de instrumentos, se realizó un periodo de formación para los cuatro profesionales implicados en el estudio. De esta forma se crearon unos criterios diagnósticos homogéneos y una metodología común. El diseño del estudio es longitudinal transversal y consta de las siguientes fases.

Fase 1: inicial. Inicio de la administración de los instrumentos. Descripción de la muestra. Recogida de datos demográficos y evolutivos.

Fase 2: seguimiento. Nueva administración de pruebas de forma anual.

Fase 3: final. Contraste de valores evolutivos y en el diagnóstico al cabo de tres años. Análisis estadística de datos con el programa estadístico SPSS Statistic v. 20.

Resultados

Analizando el cuestionario ATA, se ha encontrado que no todos los síntomas persisten a lo largo de los tres años de seguimiento. Únicamente tres ítems o aspectos nucleares son inamovibles: manipulación del ambiente ($\chi^2 = 0,744$; $P = 0,004$), lenguaje y comunicación ($\chi^2 = 0,745$; $P = 0,004$), e hipo-hiperactividad ($\chi^2 = 0,595$; $P < 0,05$).

Las alteraciones del lenguaje y comunicación tanto gestual, pre verbal, no verbal, como la comunicación simbólica, se mantienen en los tres años.

Analizando los distintos ítems se ha encontrado una asociación positiva entre la utilización de las personas de su entorno en el inicio del estudio con presencia de mirada indefinida ($\chi^2 = 0,61$; $P = 0,024$), alteraciones del lenguaje y la comunicación ($\chi^2 = 0,728$; $P = 0,05$) y reacciones inadecuadas a la frustración ($\chi^2 = 0,608$; $P = 0,028$) al cabo de tres años.

También aparecen asociaciones significativas entre las alteraciones en la alimentación con mayor dificultad en la interacción social ($\chi^2 = 0,571$; $P = 0,042$) y manipulación del ambiente al final del estudio ($\chi^2 = 0,744$; $P = 0,004$).

A partir de pruebas no paramétricas, los dos instrumentos ATA y ADI-R, administrados en el inicio del estudio, no se observan correlaciones de Pearson significativas entre los ítems del instrumento ATA y la escala A del ADI-R (alteraciones cualitativas en la interacción recíproca).

La escala B (alteraciones cualitativas de la comunicación) correlaciona significativamente con ausencia de expresión facial en el ATA ($r = 0,826$; $P = 0,043$). Los niños con patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados (Escala C), muestran asociaciones significativas con la puntuación total del ATA ($\chi^2 = 0,735$; $P = 0,03$) y en los ítems de búsqueda de un orden estricto ($q = 0,741$; $P = 0,035$), exploración de los objetos ($q = 0,835$; $P = 0,010$), alteraciones del lenguaje y la comunicación ($r = ,765$; $P = 0,027$), omisión de obligaciones ($r = ,737$; $P = 0,037$) y movimientos estereotipados ($r = ,855$; $P = 0,007$).

Discusión

Existen pocos estudios que analicen la evolución de la sintomatología en los niños con TEA en la primera infancia; aunque se ha utilizado una muestra clínica y a nivel estadístico representativa, ésta es pequeña y, por lo tanto, sería recomendable en futuros estudios poderla ampliar. Resulta difícil la comparación con otros estudios, debido a que los parámetros utilizados como la edad, tiempo de seguimiento, instrumentos y la clasificación diagnóstica utilizada no son totalmente equiparables, pero al menos permite partir de la singularidad propia de la primera infancia.

No hemos encontrado estudios que hayan utilizado la clasificación diagnóstica de 0 a 3 años (*National Center for Clinical Infant Programs*, 1998) como marco de referencia. Sería conveniente tenerla en cuenta en estas edades para así poder entender mejor la evolución del niño. Desde la atención precoz debemos dar un margen evolutivo de los síntomas, debido a la posibilidad de cambio en estas edades y por lo tanto ser precavidos en el diagnóstico hasta los 3 o 4 años de vida y en función del tiempo de atención recibida.

Nuestro interés radica en la primera infancia, en saber si aparece y se perpetúa la misma sintomatología o ésta se modifica a lo largo de su desarrollo. Este estudio ha permitido observar que hay unos síntomas relevantes y persistentes en el tiempo. Los síntomas centrales que configuran la base para el diagnóstico y

que permanecen en los tres años de seguimiento son: la alteración en el lenguaje y comunicación (propio del trastorno), la manipulación del ambiente (se refiere al uso de múltiples conductas que regulan la interacción social) y la hipo-hiperactividad (dificultad en la regulación). Éstos serían síntomas claves para la detección y diagnóstico precoz del trastorno del espectro autista.

En nuestro estudio, al igual que Charman y colaboradores (2005), constatamos un empeoramiento en los aspectos cognitivos, del lenguaje y sintomatología autista a lo largo de los años (Pla et al., 2014) y como Bárbaro y Dissanayake (2009), no encontramos que las estereotipias y los movimientos repetitivos sean la sintomatología principal en todos los niños, ni que persistan durante los 3 años. Las deficiencias principales se encuentran en la comunicación y en la interacción social. El criterio diagnóstico B que actualmente especifica el DSM 5, se refiere no sólo a estereotipias sino también a inflexibilidad, hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales e intereses inusuales, criterios que coinciden con los síntomas que han destacado en nuestro estudio como persistentes en el tiempo.

Por otro lado, hay síntomas y aspectos que mejoran o son más moldeables, que permiten plantear si las variaciones son debidas a la intervención terapéutica o a otros aspectos individuales o familiares. Hemos observado que la atención terapéutica precoz de forma regular es muy importante especialmente a los 2 años, cuando se percatan los primeros síntomas. La intervención basada en modelos psicoeducativos, cognitivos, y en la relación social (Rogers y Dawson, 2015), basada especialmente en el papel de los padres, permite al niño mejorar en aspectos interactivos de forma precoz.

Según Pla y otros (2014), hay niños que presentan una mejoría en su desarrollo y posiblemente puedan presentar otro diagnóstico (retraso mental, hiperactividad, trastorno de la comunicación social pragmático) o disminuir la severidad encontrada en un inicio en la sintomatología TEA inicial. Por otro lado, cuando la mejoría es escasa o nula, en edades superiores podríamos pensar en un posible diagnóstico de autismo.

Aunque cuando se habla de intervención hay muchas variables que intervienen, cabe decir que, en todos los centros, se han trabajado dos horas semanales de atención psicológica con un enfoque basado en la relación, los intereses del niño y trabajando con la familia. En nuestro estudio no hemos recogido diferencias relevantes entre mejorías y los distintos centros, aunque en

algunos se utiliza una línea más cognitivista (Rogers y Dawson, 2015).

Para concluir

No se encuentra correlación significativa entre la escala A del ADI-R y los ítems del ATA; sí encontramos una relación en el inicio del estudio entre los ítems del ATA y ADI-R, escalas B y C. Los ítems de dificultad en la interacción social, expresividad facial y omisión de obligaciones se correlacionan con la ausencia de expresión facial (B) y la resistencia y rigidez mental y conductual de la escala C.

Este estudio ha permitido observar que hay unos síntomas relevantes y persistentes en el tiempo. Los síntomas centrales que configuran la base para el diagnóstico y que permanecen en los tres años de seguimiento son: alteración en el lenguaje y comunicación, manipulación del ambiente (uso de múltiples conductas que regulan la interacción social) e hipo-hiperactividad (dificultad en la regulación).

Cuando en la primera valoración aparece una ausencia de interés hacia el aprendizaje, a los tres años se observa una mayor necesidad de manipular el ambiente y es más difícil ver sus habilidades y conocimientos reales. Cuando más interés tienen por los aprendizajes, más interés para interactuar adecuadamente y su evolución tiende a ser más satisfactoria.

Por otra parte, cuando aparecen más movimientos y conductas estereotipadas en el inicio del estudio, se relacionan con mayor uso inadecuado de los objetos y mayor ignorancia del peligro al cabo de 3 años.

Los síntomas restantes presentan mayor variabilidad en la muestra, no obstante aparecen destacados: la utilización de las personas de su entorno, alteraciones en la alimentación, ausencia de interés para el aprendizaje, estereotipias, dificultad de interacción social, ocultación de sus conocimientos y habilidades, uso inadecuado de los objetos y, finalmente, la ignorancia del peligro.

Bibliografía

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ª Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

BARBARO, J. Y DISSANAYAKE, C. (2009). Autism spectrum disorders in infancy and toddlerhood: A review

of the evidence on early signs, early identification tools, and early diagnosis. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 30(5), 447-459.

CABANYES, J. Y GARCÍA, D. (2004). Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 39, 81-90.

CHARMAN, T., DREW, A., BROWN, J. A. Y BAIRD, G. (2005). Outcome at 7 years of children diagnosed with autism at age 2: predictive validity of assessments conducted at 2 and 3 years of age and pattern of symbol change overtime. *Journal Child Psychol Psychiatry*, 46, 500-513.

CHAWARSKA, K., KLIN, A., PAUL, R. Y VOLKMAR, F. (2007). Autism spectrum disorder in the second year: stability and change in syndrome expression. *Journal Psychol Psychiatry*, 48, 128-138.

FERRANDO, M. T., MARTOS, J. ET AL. (2002). Espectro Autista. Estudio epidemiológico y análisis de posibles subgrupos. *Revista de Neurología*, 34, 49-50.

GARCÍA, G., CARRATALÁ, F., ANDREO, P., MESTRE, J. L. Y MOYA, M. (2012). Indicadores clínicos precoces de los trastornos generalizados del Desarrollo. *Anales de Pediatría*, 77(3), 171-175.

GRUPO DE ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (2005). Guía de buena práctica para la investigación de los trastornos del espectro autista (I). *Revista de Neurología*, 41(4), 237-245.

GRUPO DE ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III. (2005). Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista (II). *Revista de Neurología*, 41, 299-310

JANÉ, M. C., CAPDEVILA, R. M. Y DOMÉNECH, E. (1994). Escala d'avaluació dels Trets Autistes (A.T.A). Validez y Fiabilidad de una escala para el examen de las conductas autistas. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 4, 254-263.

LANDA, R. Y GARRET-MAYER, E. (2006). Development in infants with autism spectrum disorder: a prospective study. *Journal Child Psychol. Psychiatry*, 47, 629-638.

LORD, C. (1995). Follow-up of two-years-old referred for possible autism. *Journal Child Psychol. Psychiatry*, 36, 1365-1382.

LORD, C., RUTTER, M., DiLAFORE, P. C., RISI, S. ET AL. (2015). ADOS-2. *Escala de observación para el diagnóstico de autismo-2*. Madrid: TEA Ediciones.

MUNDY, P. Y CROWSON, M. (1997). Joint Attention

Evolución de la sintomatología autista de los dos a los cuatro años: un estudio de seguimiento

and Early Social Communication: Implications for Research on Intervention with Autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 27(6), 653-676.

NACIONAL CENTER FOR CLINICAL INFANT PROGRAMS. (1998). *Clasificación Diagnóstica 0-3*. Barcelona: Paidós.

PLA, E., GALCERAN, R. M., CASAS, O., VIÑAS, F. Y BUSCATÓ, J. C. (2014). *Psychology*, 5, 640-652. Recuperado en: <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2014.57076>

ROGERS, S. Y DAWSON, G. (2015). *Modelo Denver de*

atención temprana para niños pequeños con autismo. Ávila: Asociación Autismo Ávila.

RUIZ, G. Y OTROS. (2001). Trastorno de Espectro Autista en la Primera infancia. Aportación a su Comprensión desde un CDIAP. *Revista de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç*, 1992,17-18:153-184.

RUTTER, M., LECOUREUR, A. Y LORD, C. (2006). ADIR. *Entrevista para el diagnóstico del autismo, edición revisada*. Madrid: TEA Ediciones.

Anexos

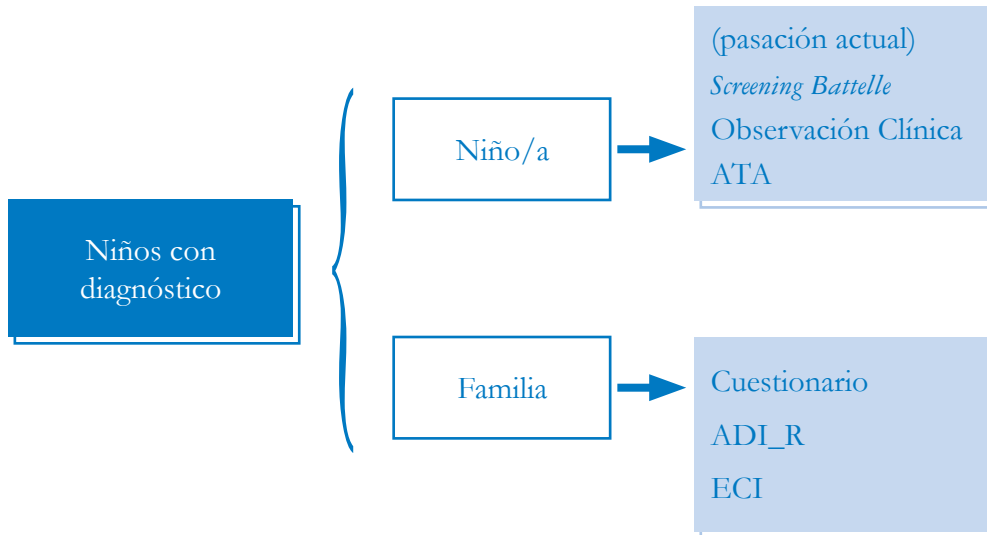
Tabla 1. Sintomatología TMSD según la gravedad

A	B	C
Relación	Intermitente	Más conservada
Comunicación	Comunicación no verbal simple	Gestos sociales y comunicación intencionada
Lenguaje	Esporádico	Palabras o frases simple
Auto estimulación y conductas rítmicas	Medio	Bajo
Resistencia al cambio	Alta	Perseverante, pero moderadamente interactiva
Planificación motriz	Desorganizada	Más organizada
Afectividad	Intermitente	Afectividad presente en ocasiones
Reactividad sensorial	Mixto, pero más congruente	Mixto con tendencia a Hiperactividad a les sensaciones

Tabla 2. Distribución de la muestra según centro de atención

	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
CDIAP integra	2	2	4
CDIAP OREIG	1	3	4
CDIAP PACEM	2	0	2
CDIAP FUNDACIÓ RAMON NOGUERA	5	0	5
TOTAL	10	5	15

Gráfico 1. Instrumentos utilizados



El lenguaje y la maduración emocional ¿Cómo lo trabajamos en grupo?¹

GEMMA MASPONS^{2,3,A}, ARIADNA CARREÑO^{2,A}, CRISTINA FORNELLS^{4,A},
MARTA PÉREZ^{5,A} Y JORDI ARTIGUÉ^{3,5}

RESUMEN

En este artículo se expone el tratamiento de problemas de lenguaje y maduración emocional a través de grupos. En el CDIAP del Maresme, a menudo la demanda viene focalizada en el retraso de lenguaje, pero observamos que un grupo importante está relacionado con alteraciones en la vinculación. Estos casos se tratan en grupos de niños y padres. Se presentan dos experiencias: grupo de niños y padres con las mismas terapeutas y grupo paralelo de padres. Los beneficios terapéuticos se concretan en la mejor integración de las emociones y su reflejo en el avance en las relaciones con los iguales y en los aprendizajes. PALABRAS CLAVE: grupos, primera infancia, lenguaje, tratamiento.

ABSTRACT

LANGUAGE AND EMOTIONAL EVOLUTION: HOW TO WORK ON THIS AREA IN GROUPS? In this article we deal with the treatment of language and emotional maturation problems through groups. In CDIAP Maresme, demand it is often focused on problems of language delay, but we have noted that a significant number of cases are related to alterations in entailment. These cases can be treated in groups of children and parents. Two experiences are presented: a group of children and parents with the same therapists, and a parallel group of parents. The therapeutic benefits take the form of improved integration of emotions and their reflection in the progress in relations with peers and learning. KEYWORDS: groups, early childhood, language, treatment.

RESUM

EL LLENGUATGE I LA MADURACIÓ EMOCIONAL, COM HO TREBALLEM EN GRUP? En aquest article, s'exposa el tractament dels problemes de llenguatge i maduració emocional mitjançant els grups. En el CDIAP del Maresme, sovint la demanda està focalitzada en el retard de llenguatge, però observem que un grup important està relacionat amb alteracions en la vinculació. Aquests casos es tracten en grups de nens i pares. Es presenten dues experiències: grups de nens i pares amb les mateixes terapeutes i grup paral·lel de pares. Els beneficis terapèutics es concreten en la millor integració de les emocions i el seu reflex en l'avançament en les relacions amb els iguals i en els aprenentatges. PARAULES CLAU: grups, primera infancia, llenguatge, tractament.

Introducción

El retraso en el lenguaje es uno de los motivos de consulta más frecuentes en el Servicio y que ha ido progresivamente en aumento hasta la actualidad. También hemos apreciado que, en relación al conjunto de CDIAP de Catalunya, en el del Maresme el porcentaje

era algo más elevado: cuando en el conjunto de Catalunya, por ejemplo en 2013, era del 36 %, en el Maresme era del 37,69 %; cuando en el conjunto de Catalunya en 2014 fue del 37 %, en el Maresme fue del 41,43 %. Junto con el del lenguaje, los motivos de consulta más recurrentes son los relativos al desarrollo motriz, la atención, la conducta y la relación-comunicación.

¹Trabajo presentado en la 22ª Jornada del CDIAP del Maresme en la mesa redonda del mismo nombre, realizada el 23 de Marzo de 2015.

²Psicóloga, ³Psicoterapeuta, ⁴Logopeda, ⁵Psicóloga clínica, ⁶Responsable del asesoramiento técnico del CDIAP Maresme,

⁷Psicoanalista (IPB) y Supervisor de grupos, ^ACDIAP del Maresme

Correspondencia: mperez@fundacionmaresme.cat

Recibido: 26/11/2015 – Aceptado: 22/01/2016

Pero el diagnóstico de retraso en el lenguaje no deja de ser una hipótesis de trabajo. Es un entramado de factores los que conforman dicho diagnóstico: la naturaleza de aquel niño o de aquella niña, de su familia, de su entorno más próximo. Los terapeutas serán los encargados de acompañarlos en un proceso que se espera lleno de cambios significativos y positivos para todos ellos.

La palabra condensa estados anímicos. Puede ser expresión de miedos inconfesables, de situaciones sentidas como traumáticas. Desde la óptica psicológica es un instrumento que sobrepasa el propio significado simbólico para convertirse en una comunicación emocional. Es un acto organizador (Thomas, 1995) porque su aparición comporta la constitución de una nueva estructura del desarrollo. El niño es diferente antes y después de la aparición de la palabra. Desde hace casi un siglo, Sapir (1921) constató que, en el lenguaje, la palabra en su forma externa (por ejemplo, “casa”) es un hecho lingüístico que combina las siguientes experiencias sensoriales: efecto acústico de las consonantes y las vocales pronunciadas en un orden determinado, efecto táctil de los procesos motores que intervienen a la articulación de la palabra, percepción visual del que escucha la articulación de la palabra, y efecto sobre la memoria de quien pronuncia la palabra.

Además, existe una forma interna, el simbolismo del lenguaje, que es inconstante y depende de cada individuo. La palabra absorbe la realidad conceptual de la experiencia interna y externa del niño. Por ejemplo, un niño en el grupo puede pedir jugar a *monstruos* después de haber vivido una experiencia ansiosa en éste, de haberse sentido en peligro. La terapeuta hace el vínculo, la asociación, entre la petición del niño y la experiencia emocional vivida cuando le sugiere que quizás ha pasado miedo en el juego anterior. En ese momento, se establece un puente entre el mundo interno del niño y la situación grupal. La palabra *monstruos* vincula la vivencia con el recuerdo que tiene en su memoria y sintetiza el miedo que la terapeuta observa en el niño ofreciéndole un pensamiento, una elaboración o mentalización del sentimiento de peligro. El ofrecimiento de un significado simbólico ayuda a crear uno en el niño, y si no es el adecuado, si no le resuena, ya nos lo hará saber. Pero si esto no ocurre, se produce una ausencia de simbolismo que siempre es desestructurante de cara al crecimiento.

En este artículo se expone la metodología del trabajo en grupo como medio de elaboración y mentalización de las emociones que dificultan que el lenguaje, como organizador del desarrollo, pueda fluir. Se escoge el trabajo en grupo frente al trabajo individual en niños y niñas de edades igual o superior a 3 años porque este tipo de tratamiento incorpora también objetivos como la mejora de la comunicación, de la escucha y del compartir con sus iguales. Pero al ser grupos pequeños, en contra de los grupos grandes como suelen ser los del aula, la confianza y la cohesión grupal favorecen el aprendizaje interpersonal, promueven la esperanza. Así, el grupo pequeño se convierte en una especie de espacio intermedio (objeto transaccional) entre el trabajo en el CDIAP y la familia y el colegio como entornos naturales.

La vinculación al centro

Cuando una familia consulta en el Servicio por un retraso en el lenguaje, explica que el niño no habla, que habla muy poco, que habla mal, que casi nadie le entiende, que habla “su idioma”. Centran el contenido de lo que comunican alrededor del lenguaje oral del niño y suelen resaltar que es lo único que no va bien y lo único que les preocupa. A partir de aquí, durante la visita de acogida intentamos ampliar el discurso de los padres y conocer más detalles sobre la imagen que tienen de su hijo, así como de su vida cotidiana en familia.

En el proceso de exploración y diagnóstico, les pedimos que nos hablen de sus intereses, de las cosas a las que le gusta jugar, de si creen que tiene ganas y suficientes herramientas para comunicar cosas y hacerse entender, de si le consideran un niño difícil de llevar, si tiene amigos, si reclama a la familia para que jueguen con él, de cómo se relaciona con los más cercanos, si tiende a estar solo, también de si los padres tienen, a su criterio, suficiente tiempo para pasar con su hijo, qué hacen cuando están juntos, entre otras muchas cosas. También es interesante conocer y entender lo que ha sido su vida desde el embarazo, deteniéndonos en los principales hitos del desarrollo hasta el momento de la consulta: desarrollo motriz, alimentación, sueño, inicio del lenguaje oral, enfermedades destacables, interés por ir adquiriendo una autonomía saludable, respuesta ante los cambios y ante las experiencias de separación del núcleo familiar, al ir a guardería, al colegio, debido a ingresos hospitalarios u otras razones.

Se trata, pues, de ir perfilando una imagen más completa del niño y de lo que ha sido su vida hasta ese momento, partiendo de la mirada de los padres y poniendo atención en las comunicaciones en las que éstos ponen más énfasis. Así es como en la mayoría de estas entrevistas nos acaban mostrando un dibujo que no sólo es oscuro en el área del lenguaje, sino que también pueden observarse sombras en la conducta, en las habilidades para relacionarse, en los intereses (porque son restringidos o peculiares), en la adquisición general de aprendizajes, en el clima emocional de la familia, o cierta penumbra, un desenfoque global en la trayectoria vital del niño.

Ante esta nueva imagen y juntamente con los padres, si observamos cierta disponibilidad, intentamos repensar el motivo de consulta inicial devolviéndoles lo que nos han comunicado, ligándolo con la preocupación que ellos traían sobre el retraso del lenguaje y les ofrecemos la posibilidad de observar, profundizar conjuntamente y darles una respuesta. Creemos que, cuando es posible, es importante mostrar a la familia desde un inicio que hay otras formas de pensar en su hijo y en lo que les preocupa de él, y que de hecho ellos mismos nos las han mostrado a través de lo que nos han comunicado.

A menudo, el diagnóstico inicial es diferente al de retraso en el lenguaje y abre paso a otros, como los trastornos de la regulación y del comportamiento, trastornos de relación y comunicación, trastornos afectivos y emocionales. También pueden detectarse factores de riesgo en relación a familia y entorno. Esto nos llevará a elaborar un plan de trabajo inicial y a decidir desde qué disciplina profesional puede ser más conveniente atender al niño. También da lugar a explicar a los padres, que llegaron preocupados porque el hijo hablaba poco, que esto es como la punta del iceberg y que, bajo esta dificultad, hay un entramado de factores que están comprometiendo el acceso al lenguaje de su hijo.

Metodología: el trabajo en grupo con niños pequeños

En este punto se exponen las características y el marco de trabajo utilizado. Frecuentemente, en servicios públicos la decisión de si una alteración se aborda individualmente o en grupo viene marcada por la presión asistencial. Pero en este caso, en niños pequeños, es diferente. El grupo a nivel de recursos asistenciales puede

consumir el mismo número de horas o más que el abordaje individual: la atención a los padres, las coordinaciones y las incidencias, además de las sesiones del grupo ocupan al terapeuta una buena parte de su tiempo.

En el grupo de niños, el lenguaje no verbal, principalmente la acción, es parte importante de la comunicación grupal. Precisamente, la finalidad del grupo es ayudar a transformar las acciones en pensamiento y poderlas expresar en palabras. En su trabajo, los terapeutas necesitan un tiempo para analizar las vivencias grupales, donde se pueden observar tres espacios o dimensiones diferentes:

- El grupo de la sesión en sí, donde la terapeuta es observadora y participante.
- El grupo de la transcripción escrita, ya sea para ser supervisado o no, donde se registran hechos e intervenciones que, pensados, pueden tener más de un significado a lo visto y vivido en el grupo.
- El grupo que se conforma en la mente de los terapeutas cuando se discute y se supervisa con otros profesionales. En las supervisiones, se elabora el material que aportan los terapeutas (acciones, sensaciones, vivencias emocionales) para analizar la dinámica grupal, lo que allí está pasando, que, generalmente, es difícil de comprender con amplitud porque el terapeuta está inmerso en ese mar de proyecciones de sentimientos. Desde dentro del grupo es difícil ver cuál es su trayectoria. Podemos aplicar el símil del río: debemos salir de su cauce para poder observar su trayectoria. El terapeuta no deja de ser un observador-participante, como en antropología.

En todas las actividades terapéuticas se utilizan técnicas similares como observar, escuchar y elaborar sin emitir juicios, pero en las grupales hay una serie de intervenciones específicas basadas en el *aquí y ahora* de la dinámica grupal. Vinogradov y Yalom (1996) nos proponen desglosar esta función en tres condiciones y siete funciones que debería reunir y utilizar el terapeuta y que aquí adaptamos a la práctica con grupos de niños pequeños:

- Centrarse en el presente, en las transacciones que suceden a la sesión, dejando de lado el pasado de los miembros del grupo.
- Favorecer la interacción entre los miembros del grupo (juego libre - juego dirigido).
- Analizar, en la misma sesión de grupo, la experiencia emocional que se está produciendo (interpretación). El conductor de grupo de niños pequeños es el que

muestra a sus componentes aquello que se hará. El objetivo es acceder a la experiencia emocional que está presente detrás del movimiento, del comportamiento, de la acción sensorial. Esta tarea educativa se desglosa en siete funciones:

- Educar a los niños a conducirse en grupo: no se les dice, como por ejemplo pasa en adultos: “venimos a hablar de sentimientos”. Pero sí decimos que pueden jugar y hablar, que son, en estas edades, dos herramientas básicas para elaborar y expresar sentimientos.
- Reforzar el *aquí y ahora*, relacionando lo que pasa con lo que sabemos de los niños por lo que han explicado los padres o por sesiones anteriores.
- Intervenir conduciendo el grupo hacia lo emocional, con comentarios que eviten que las acciones queden sin significado.
- Favorecer el análisis de la experiencia emocional que sucede en la sesión.
- Relacionar comportamientos y emociones, es decir, aquello interno con aquello externo.
- Analizar las relaciones que se producen dentro del grupo.
- Dar seguridad al grupo, empoderarlo, en el sentido de que es posible entender lo que pasa allí dentro.

Pero ¿cómo funciona la psicoterapia de grupo? ¿Qué es lo que hace que los niños (y los padres) evolucionen, desarrollen el lenguaje, simbolicen o se relacionen mejor? Yalom (en Vinogradov y Yalom, 1996) aísla once factores terapéuticos que se pueden reconocer en la práctica grupal. También los adaptamos, en su significado, a los grupos de niños. Son las siguientes.

Promover la esperanza. Los niños pueden jugar y compartir en un entorno seguro.

Universalidad. Cada niño convive con otros que tienen también problemas, no son los únicos que pasan miedos, o que tienen dificultades en el lenguaje.

Transmisión de información (didáctica). Cómo entramos, cómo nos tratamos.

Altruismo. Se puede compartir un juguete, nos ayudamos en el juego.

Socialización. Compartimos, opinamos, nos respetamos, no estamos solos.

Imitación o aprendizaje vicario. El clima de confianza hace que nos fijemos en cómo responden e intervienen otros niños o las terapeutas.

Catarsis. Asociada a la cohesión grupal, favorece el desbloqueo de las emociones, el grupo no rechaza a un

niño cuando llora o se agita.

Vivencias familiares. Los niños traen al grupo la forma en cómo son tratados en casa, reproduciendo así las vivencias que tienen con los padres.

Factores existenciales. Fantasías de abandono, de no sentirse escuchados, amados, terrores nocturnos.

Cohesión grupal. Es fundamental para desarrollar las funciones anteriores, se basa en la confianza con las terapeutas.

Aprendizaje interpersonal. Hay experiencias “correctivas”, los terapeutas ayudan a dar respuestas diferentes ante, por ejemplo, las frustraciones.

Hasta aquí las características básicas del funcionamiento de los grupos aplicadas a los grupos de niños pequeños. Una práctica interesante es simultanear éstos con los grupos de padres, ya sean “paralelos” o no. Su finalidad es la comprensión de los procesos emocionales que están viviendo sus hijos. Si ésta se produce, mejora la “rentabilidad terapéutica”. El niño es el protagonista en el CDIAP, pero la familia es uno de los escenarios, quizás el principal, donde desarrollará o no lo aprendido en el centro. Si este escenario no está sensibilizado y preparado para aceptar cambios será difícil el progreso.

De forma esquemática, la Dra. Torras (1996) resume las funciones, temas y evolución más habitual de los grupos de madres y padres (ver anexo 1).

En definitiva, pueden pasar de una postura de dependencia, o a veces reivindicativa, de querer normas y consejos a otra de elaboración entre todos, como un grupo de trabajo y aprendizaje sobre la crianza de sus hijos. El grupo de padres, en definitiva, facilita la comprensión del vínculo con los hijos (Taborda y Toranzo, 2005).

Material derivado del trabajo con un grupo de niños y dos grupos de padres

El grupo de niños

Queremos presentar a continuación una experiencia clínica de cómo trabajamos el lenguaje y la maduración emocional desde un abordaje grupal. El grupo de niños fue dirigido por una logopeda y una psicóloga del equipo. Como se ha dicho, el papel de la familia es básico en el desarrollo emocional del niño y por eso decidimos hacer un encuadre en el que se incluyera a los progenitores de estos niños. La frecuencia fue semanal pero alternando tres sesiones del grupo de niños con una del

grupo de padres, sin los niños. El grupo estaba formado por cuatro niños que tenían 4 años en el momento de iniciar el tratamiento grupal. El motivo de consulta eran dificultades en el desarrollo del habla y el lenguaje. En el proceso diagnóstico, observamos que estos niños presentaban varios puntos en común, a parte del retraso de lenguaje: eran niños inhibidos en el aula, inseguros, con un *self* frágil, juego poco imaginativo y no compartido. Presentaban dificultades para relacionarse con sus iguales, les costaba gestionar los conflictos y eran descritos como “los pequeños de la clase”. Por lo que respecta a los padres, observamos que tenían una imagen frágil de sus hijos, a los cuales sentían que tenían que proteger de los peligros del mundo exterior.

Objetivos globales de este grupo de niños. Además de plantearnos para cada niño unos objetivos clínicos específicos, se esbozaron unos objetivos a nivel grupal, es decir, comunes en todos ellos:

- Favorecer la construcción de un yo más seguro, capaz y autónomo.
- Significar los sentimientos y poner palabras a las emociones. Favorecer la expresión y comprensión de éstas.
- Compartir una experiencia con sus iguales en un entorno contenedor y seguro, que permitiese trabajar una parte educativa de cómo nos hablamos, cómo nos escuchamos los unos a los otros, y cómo pedir y dar ayuda.
- Desarrollar herramientas de socialización: mostrar los conflictos y pensar alternativas para resolverlos.
- Potenciar un juego compartido, elaborado e imaginativo.
- Usar el lenguaje para expresar y estructurar pensamiento.

Estructura de una sesión. En este grupo, en principio, una sesión la estructurábamos en dos partes. Una parte inicial en la cual siempre nos sentamos alrededor de una mesa para recordar los nombres de todos, mirar quién falta y recordar qué hicimos en la sesión anterior. Es una oportunidad para explicar acontecimientos personales (nacimiento de un hermano, Reyes, Carnaval...) y decidir a qué quieren jugar y cómo hacerlo. Este momento inicial favorece el reflexionar sobre uno mismo (¿Quién soy? ¿Qué me gusta?), aprenden a escuchar al compañero y a sentirse escuchados; a expresar y defender ideas.

La segunda parte fue evolucionando. Inicialmente, era más estructurada, las terapeutas proponían

la actividad y la dirigían. Esto nos permitió conocer mejor a los niños en el grupo, reelaborar objetivos terapéuticos y sirvió para calmar las angustias iniciales (qué haremos, dónde vienen...). Progresivamente, esta función que asumían las terapeutas la fueron asumiendo ellos mismos: elegir y recordar la actividad.

Desarrollo del grupo. En la primera sesión, como comentábamos antes, la actividad fue propuesta por las terapeutas. Les invitamos a hacer un puzle que eran las diferentes partes de una casa como símbolo de que queríamos construir algo y de que lo teníamos que hacer juntos. Nuestro objetivo inicial era, sobretodo, fomentar y facilitar el vínculo.

Pudimos observar las defensas de cada uno ante lo nuevo. Ante lo desconocido, los niños se mostraban más inhibidos, mostraban más desconexiones o mayor impulsividad. En una de las sesiones, a raíz del hipo que empezó escandalosamente en uno de ellos, otro pudo decir “susto”. Esto permitió poder hablar sobre el miedo, sobre cómo estaban asustados por venir a un sitio nuevo, con gente que no conocían (además, algunos de ellos sólo conocían a una de las dos terapeutas que había participado en su proceso diagnóstico).

En las sesiones también se producen momentos de confusión, en los cuales es difícil la comprensión de lo emocional. Como ejemplo se muestra lo que pasó en la segunda sesión después de la interrupción de las vacaciones de Navidad. En ella había dos niños que faltaron a la sesión anterior y que sólo podían decir palabras sueltas, seguramente por la emoción del reencuentro después de una interrupción más prolongada:

M: ¡Ponis! ¡Arcoiris! (*mala pronunciación, cuesta entender*)

T (1): ¿Nos lo puedes decir más despacio?

M: ¡Ponis! (*Silencio*) ¡Caca!

C: Yo he visto un bichito verde. ¡Allí! (*Señalando*)

T: Tenéis muchas ganas de explicar cosas... La semana pasada no vinisteis ¿Qué os pasó?

C: ¡Varicela!

T: Tuvisteis la varicela, os salieron unos granitos. Igual que M, que también tuvo la varicela.

(*Avanza la sesión. Intentamos recordar a qué jugamos la sesión anterior*)

M: Ponis

C: Nino nino...

T: ¿Qué nos queréis decir con esto? Poni... es un animal... ¿Que os lo han traído los Reyes?

C: ¡A mí me han traído un camión de bomberos!

T: ¡ Ab! Tenías ganas de explicar lo que os trajeron los Reyes Magos, como no nos vimos, no nos lo habíais explicado.

El trabajo en grupo nos permite trabajar aspectos que en sesión individual no sería posible. Los niños aprenden a ayudarse los unos a otros. Desarrollan la capacidad de pedir ayuda:

D: ¡ Amigos! ¡ Tengo un problema! ¡ No hay vía!

Nadie contesta.

D: ¡ Amigos! ¡ Tengo un problema, no hay vía!

T: D tiene un problema, está pidiendo ayuda ¿Quién le puede dibujar una vía?

A i C se acercan a dibujarla.

El niño que no tiene camino, está perdido y no sabe cómo continuar lo puede hacer gracias a que el grupo le pone las vías. Ese sentimiento de pertenecer al grupo y poder solicitar ayuda nos parece un aspecto evolutivo significativo. Es importante también destacar lo que implica la diferenciación y la cohesión de los diferentes componentes. Cada uno como individuo diferente y, a la vez, entre todos, hacemos un grupo con unas características concretas. El niño no se siente sólo con sus dificultades. Constantemente surge la ocasión para hablar sobre ellas sin individualizar. El grupo es un espacio para hablar de cómo nos sentimos; el entender lo que nos pasa ayuda a gestionar mejor las emociones y expresarlas con lenguaje verbal disminuye la necesidad de actuar. Mostramos una viñeta clínica del final de una sesión.

Cada uno tiene un instrumento. Hemos cantado una canción de Navidad y, luego, como ya es la hora de marchar, cantamos una canción de despedida.

C: Ésta no me gusta.

T: Es que es una canción para decir adiós.

D se arrodilla y llora. Hasta ahora lloraba al llegar a la sala de espera y ver a la madre. Es la primera vez que llora dentro en sesión.

T: D se pone triste siempre cuando terminamos.

(Silencio)

T: Al igual es que te lo has pasado muy bien, y cuando lo pasamos muy bien, es triste decir adiós.

D se levanta, todos están callados y apagados.

T: ¿Se os ocurre una idea para que D no esté triste? ¿Qué os hacen cuando estáis tristes? ¿Qué os gusta que os hagan los papás cuando estáis tristes? (Silencio) ¿Un abrazo?

T: ¿Le damos un abrazo a D?

Nos damos un abrazo todos juntos.

Cada niño puede mostrar intereses diferentes a la hora de escoger el juego al que vamos a jugar, en principio, juntos. En este grupo, inicialmente, los niños tendían

a escoger siempre lo mismo. Pero poco a poco fueron surgiendo nuevas ideas de juego. Pueden tolerar no jugar a lo que ellos han propuesto y tienen más capacidad para esperar a realizar lo que ellos quieren. En cambio, en las sesiones finales, cuando las terapeutas explicábamos al grupo que éste ya se estaba terminando, los componentes empezaron a realizar un juego más individual, reflejando la realidad más próxima. Pudimos observar también cómo la calidad del juego mejoró, ya que progresivamente fueron eligiendo juegos más imaginativos y simbólicos.

Los grupos de padres

Grupo de padres “paralelo” (2) de frecuencia mensual. Las expectativas de los progenitores respecto al grupo fueron muy diversas. Los padres llegaron con malestar y preocupación y sentían que hay ciertos problemas que ellos no podían resolver. En un inicio, tendieron a pedir soluciones concretas para las dificultades emocionales o relacionales de sus hijos: “¿Qué le puedo decir si se enfada cuando pierde?”. Pero todos coincidían con la necesidad de sentirse escuchados y de ser reconocidos como competentes con sus funciones parentales. En este grupo, en un inicio, los padres expresaron la preocupación sobre cómo las dificultades de lenguaje podían condicionar a sus hijos, cómo los frustraba y/o limitaba a la hora de relacionarse con los otros niños. Se sentían angustiados por el futuro: si tendrían dificultades en los aprendizajes, si encontrarían otras maneras de relacionarse, etc. Observamos que coincidían en tener un modelo educativo de familia donde predominaba el estilo de crianza sobreprotector. Estos padres mostraron un funcionamiento desconfiado, evitativo; vivían lo externo como algo peligroso. Por ejemplo, un padre lo decía así: “yo ya le digo a C que hay niños malos. No se tiene que acercar a los niños malos”. Otro motivo de preocupación era lo que les podía pasar a sus hijos en el colegio y a menudo proponían situaciones de control para resolver estas angustias. Intentamos señalar en el grupo cómo se transmitía este sentimiento a los hijos, cómo esto se proyectaba y cómo les podía provocar sentirse inseguros y más pequeños. Los niños necesitaban contrastar, experimentar y probar. La dificultad para confiar, para validar el potencial del niño se podía ir traduciendo en una estructuración del yo frágil. A medida que transcurrió el grupo, los padres fueron pensando diferentes alternativas para ayudar a que sus hijos tuvieran más confianza en ellos mismos.

Se preocuparon por cómo poder capacitar al niño para las tareas. Desde el grupo intentamos ayudarles a pensar también en cómo dar confianza a sus hijos. Cuando el mundo es vivido como peligroso, es muy difícil establecer un vínculo seguro. El vínculo seguro es lo que nos ayuda a crecer a nivel emocional, tal y como se ha mencionado en la parte teórica. En el grupo de padres también trabajamos cómo nos manejamos con las emociones. Un denominador común de estos padres era cómo trataban el miedo.

La madre de A. comenta que su hija está muy sensible, llora por todo, todo le afecta. El otro día se apoyó en una papelería y ésta se rompió. Se asustó mucho y se puso a llorar. Tenía miedo de que viniera la policía. No entendió que era un accidente, le pedía a su padre que la arreglara.

El padre de F. comenta que éste también tiene mucho miedo de que la profesora le regañe o le castigue.

Se les habló de cómo trataban ellos los miedos, de qué pensaban al respecto y enlazando estas vivencias con la visión que tenían del mundo peligroso. A menudo los padres padecen con el sufrimiento de sus hijos y piden, hacen o buscan soluciones rápidas para calmar, aligerar o disipar este dolor.

Uno de los padres explica que, discutiendo con su mujer, el hijo les dijo: “así no se hace, ¡tenéis que gritar!” El padre rápidamente le explicó que no se estaban discutiendo, “los papas se quieren”.

Otro tema frecuente fue el cómo se sienten cuando ven que pegan a su hijo o es rechazado por sus compañeros. El trabajo en grupo se centra, en estos casos, en reflexionar sobre las repercusiones emocionales de estas situaciones para que puedan favorecer primero la expresión del niño y, posteriormente, elaborar estrategias para afrontar lo que ha sucedido, procurando no precipitarnos ni dar soluciones. A través del grupo, pudimos pensar sobre conceptos como la agresividad (si es saludable), la competición, qué quiere decir “ser malo”, ¿Qué me pasa por dentro cuando pego?, etc. En este grupo de padres no predominó la inhibición, se sintieron tranquilos y confiados. El hecho de poder compartir la complejidad que implica la crianza y el facilitar que los padres se sientan más contenidos fomenta el desarrollo saludable de sus hijos.

Grupo de padres paralelo de frecuencia semanal (3). A continuación, expondremos otra modalidad de trabajo con padres. En este caso fue con cuatro familias que consultaron en nuestro servicio. Sus hijos estaban siendo atendidos en grupo de lenguaje y psicomotricidad, y

paralelamente pensamos en ofrecer un espacio grupal para trabajar con sus padres. En los cuatro casos son niños de cuatro años. Se había realizado una valoración inicial; esto significa que se hizo una entrevista inicial con los padres y dos o tres visitas de observación. El motivo de consulta en todos los casos fue de dificultades relacionadas con el retraso del habla y el desarrollo del lenguaje. En los cuatro casos se observaron niños con buenas capacidades cognitivas con un retraso de lenguaje expresivo y ciertas dificultades para la regulación atencional y emocional. La hipótesis fue que estas dificultades en el desarrollo del lenguaje estaban relacionadas con dificultades de regulación emocional y pensamiento. Durante las visitas, las familias mostraron poca preocupación más allá del lenguaje expresivo. Justificaban las dificultades de sus hijos de relación con los iguales y adaptación a la escuela como consecuencia del retraso de lenguaje. Son padres que aportaron poca información acerca de las vivencias y comprensión emocional de sus hijos. Se ofreció a las familias un espacio semanal para compartir con otros padres sus experiencias y preocupaciones. El objetivo de este espacio era conocer con más profundidad las dinámicas relacionales y emocionales de las familias y los estilos comunicativos subyacentes y explorar e incidir en la capacidad de los padres para pensar acerca de su parentalidad y las vivencias de sus hijos.

A continuación, describiremos algunas características de los miembros del grupo de padres.

Padre y madre de M. Es una familia de origen magrebí. En las sesiones de grupo asistieron tanto padre como madre. Estaban pasando por un momento económico difícil, y tuvieron que trasladarse a casa de los abuelos maternos donde convivían también con los primos y tíos. Para la madre, venir a Europa implicó dejar de estudiar, casarse y tener a su hija muy joven. Explicó con mucho sufrimiento su infancia e historia familiar. Estaba pasando por una depresión y episodios muy continuados de fatiga y vómitos. Es una madre que mostraba muchas ganas de comunicar pero que se expresaba con un lenguaje muy sencillo, concreto y con un vocabulario muy pobre. El padre también asistió a las visitas con muchas ganas de hablar, pero con dificultades en el lenguaje expresivo y comprensivo.

Padre y madre de E. Inicialmente, asistió la madre, pero por motivos de trabajo dejó de venir y empezó a venir el padre. Son padres procedentes de la República Dominicana. El padre vino a España de mayor para

conocer a su propia madre. Tenían horarios de trabajo muy complicados. En las sesiones hablaron de muchas dificultades de rivalidad entre los hermanos y sus dificultades para manejarlo.

Madre y padre de D. La madre es procedente de Perú. Asistieron padre y madre en el grupo. La madre, desde el nacimiento de sus hijos, se sentía muy ambivalente entre desear volver a su país de origen y las ventajas de estar aquí. Mostraba muchas dificultades para separarse y diferenciarse de sus hijos y a aceptar la presencia del padre en la crianza. El padre asistió al grupo de forma irregular y hacia el final pudo expresar más su opinión.

Madre de W. Madre soltera procedente la República Dominicana; vino a España de mayor a buscar a su madre, sentía que no se adaptaba y echaba de menos a su país. Convivían con su madre y hermanos.

Los temas más frecuentes que han ido apareciendo y hemos trabajado con las familias han sido los siguientes.

Duelos migratorios. Han podido compartir las ambivalencias, las ganas de volver a su país, las dificultades para adaptarse. Durante el tiempo que duró el grupo, dos familias viajaron a sus países de origen y se vivió con mucho entusiasmo. Expresaron claramente cómo sus hijos hablaban más y mejor cuando volvían a su país, y cómo ellos, como padres, se sentían acompañados y acogidos por sus familias, bajando el estrés y presión que sentían aquí.

Propia infancia. Han podido cuestionarse qué modelo de crianza han vivido y cómo éste les ha hecho sentir, preguntándose qué modelo estaban ofreciendo a sus hijos.

Otros temas. Se han abordado también las dificultades de alimentación, la rivalidad entre hermanos, los límites, la sobreprotección y el desarrollo del lenguaje.

A través de éstos se ha observado la capacidad de los padres para atender a sus propias emociones, para autorregularse y pensar en cómo empatizar con la experiencia subjetiva de sus hijos. Hemos observado cómo ante la realidad y los conflictos estas familias solían crear una idea simple y actuaban como si ésta fuera una verdad absoluta, sin interrogarse con respecto al entorno, evitando afrontar los conflictos, negando que existieran o “actuando sin pensar” para calmar el sufrimiento que les genera el conflicto. También observamos un déficit en la percepción y representación mental de sus hijos y dificultades en

la comunicación.

Son padres que han podido explicar cómo han sobrevivido a su propia infancia, con situaciones precarias donde no han recibido lo que se supone que ahora tendrían que ofrecer a sus hijos. En su día vivieron situaciones muy complicadas de vida que no les han ayudado a desarrollar la capacidad para interrogarse y pensar. Para ellos, ha sido un reto participar en el grupo de padres y adentrarse en el ejercicio de pensar en profundidad respecto a ellos mismos e imaginar cómo perciben y sienten sus hijos. Es un ejercicio que puede resultar muy cansado cuando no está integrado en su vida cotidiana.

El trabajo con estos padres ha sido, sobre todo, el de ayudarlos a pensar a través de las situaciones y dudas que ellos planteaban, mirar estas situaciones con detalle, para poder después adquirir consciencia de los sentimientos que les generaban y qué pensamientos y qué actos comunicativos dirigían hacia sus hijos; también ayudarlos a poder imaginar cómo se sentían sus hijos y qué había detrás de sus conductas, para que después de este proceso puedan pensar nuevas soluciones a las dudas de la crianza.

Estas cuatro familias fueron derivadas a nuestro Servicio por sus centros escolares, ya que a los niños les costaba expresarse. Pensamos que este síntoma de los niños nos ha abierto la puerta a conocer a sus familias, a poder observar lo que había *debajo del iceberg*. La comprensión de la complejidad a la que se enfrentan estas familias nos ayuda a entender las dinámicas que establecen con sus hijos y los estilos comunicativos que repercuten directamente en el desarrollo emocional y de lenguaje de éstos. El abordaje grupal permite explorar y señalar los conflictos que subyacen a la relaciones padre e hijos (Fontag, Taborda, Toranzo, Mergenthaler y Ross, 2011).

Conclusiones

El grupo ayuda a vivir experiencias de confianza, en contra de los miedos y vivencias de peligro que bloquean a niños y padres. Genera vínculos seguros ya desde la explicación de cuál será el marco de trabajo: siempre a la misma hora, el mismo día de la semana, siempre habrá terapeutas para llevar el grupo. El vínculo seguro es la base del crecimiento emocional y de una estructuración de la personalidad saludable.

En el grupo, los niños, a través de la experiencia

emocional satisfactoria en el ámbito grupal, han podido adquirir herramientas útiles para sus relaciones. Éstas han diluido el síntoma por el que consultaron, reforzando sus capacidades de expresión verbal. En la escuela informaron que, acabado el tratamiento grupal, participaban más en los espacios comunicativos y las profesoras explicaron que tenían más estrategias para comunicarse con sus iguales.

El trabajo en grupo permite al Servicio clarificar un diagnóstico desde un punto de vista integral o biopsicosocial al poder observar en directo el ámbito relacional con sus iguales y los síntomas que se deducen de esta interacción. De acuerdo con De Turelli (2006), el grupo permite al terapeuta observar en vivo, el “cómo”, “cuándo” y “dónde” ocurren las situaciones angustiantes y las defensas y resistencias que el niño utiliza. Si, además, se incorporan a los progenitores al grupo de padres, integramos y afinamos el diagnóstico familiar (Sariol y Ger, 2007).

Los procesos migratorios, unidos a las situaciones económicas desfavorables, son acontecimientos vitales adversos. Están presentes con frecuencia en una parte de los niños que consultan por retraso en el lenguaje. En estos casos, el síntoma es producto de las ansiedades y conflictos emocionales que se generan y que se transmiten con facilidad a los hijos y descendientes.

Notas

(1) T = Terapeuta. El resto de iniciales corresponden a niños y niñas.

(2) Se alternaron las sesiones del grupo de niños con las del grupo de padres. Es decir, las mismas terapeutas vieron a los niños tres veces al mes y una vez al mes a los padres.

(3) Las terapeutas del grupo de niños no han sido terapeutas del grupo de padres. Los padres, al mismo tiempo que el grupo de niños, realizaban este grupo en otra sala y con otra terapeuta.

Agradecimientos

A los padres y familias que confiaron el tratamiento de sus hijos al CDIAP en una época de la infancia tan sensible y que no se inhibieron a la hora de participar activamente en dicho tratamiento.

A nuestros compañeros y compañeras del CDIAP que, aunque no participaron directamente en los grupos, nos animaron a realizarlos, soportaron nuestras dudas y escucharon nuestras ansiedades después de sesiones especialmente confusas o agitadas.

Bibliografía

DE TURELLI, G. H. S. (2006). El grupo psicoterapéutico. Consideraciones sobre sus posibilidades diagnósticas. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, (8), 27-34.

FONTAG, M., TABORDA, A., TORANZO, E., MERGENTHALER, E. Y ROSS, T. (2011). Estudio piloto del proceso terapéutico de un grupo de padres en el abordaje de grupos paralelos. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, (17), 65-74.

SAPIR, E. (1921). *El Lenguaje*. México: Fondo de Cultura Económica.

SARIO, M. Y GER, E. (2007). Experiencia en Grupos paralelos de madre e hija. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, (9), 65-77.

TABORDA, A. Y TORANZO, E. (2005). Psicoterapia psicoanalítica de grupos paralelos padres-hijos: una modalidad diagnóstica para padres. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, (6), 19-26.

THOMAS, J. (1995). *Niveles de la organización mental*. Madrid: Instituto Europeo de Estudios de Psicoterapia Psicoanalítica.

TORRAS, E. (1996). *Grupos de hijos y de padres*. Barcelona: Paidós.

VINOGRADOV, S. Y YALOM, ID. (1996). *Guía Breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.

Anexos

Anexo 1. Funciones, temas y evolución natural de los grupos de madres y padres (Torras, 1996)

A. Funciones de las terapeutas:

1. Aguantar la presión y no precipitarse: contención emocional.
2. Integrar los elementos culturales de los padres o cuidadores sin que enmascaren los problemas.
3. Observar y relacionar las intervenciones para proponer hipótesis.

B. Temas más frecuentes:

1. Quieren pautas para saber cómo actuar: pero no hay normas o pautas, se debe ayudar a pensar.
2. ¿Qué le dicen a los hijos cuando preguntan por qué van al grupo?
3. Los límites y los castigos. La autoridad.
4. Opiniones diferentes, rivalidades entre los padres.
5. Rivalidad con los terapeutas.
6. Sensación de fracaso como padres.
7. Irritación hacia los hijos: “no puedo más”.
8. La propia infancia: para entender a los hijos o para ser atendidos.
9. Temor a que el hijo no vaya bien antes de que pase.

C. Etapas en los grupos de padres:

1. Queja e investigación de normas y fórmulas magistrales.
 2. Evocación de la propia infancia: sobre lo que hacían ellos y lo que hacían sus padres.
 3. Elaboración de opiniones sobre lo que les pasa a ellos y a otros padres.
 4. Cambios sobre la imagen que tienen de los hijos.
-

Maltrato en la infancia y la adolescencia: características y psicopatología asociada en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil

FÁTIMA VALENCIA AGUDO*

RESUMEN

Multitud de estudios han demostrado los efectos psicopatológicos que el maltrato tiene en niños y adolescentes, que en muchos casos persisten en la edad adulta. En este trabajo se describen las características de una muestra de pacientes de Salud Mental Infanto-juvenil con situaciones de maltrato ($N = 150$). La sintomatología más prevalente tiene que ver con dificultades de relación, síntomas ansioso-depresivos, alteraciones de conducta y problemas de rendimiento escolar. Resulta fundamental detectar e intervenir sobre casos de maltrato, previniendo la aparición de trastornos clínicos. PALABRAS CLAVE: maltrato, infancia, adolescencia, trauma, psicopatología.

ABSTRACT

MALTREATMENT IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE: CHARACTERISTICS AND ASSOCIATED PSYCHOPATHOLOGY IN A MENTAL HEALTH CENTER FOR CHILDREN AND ADOLESCENT. Multiple studies have shown the psychopathological effects of child and adolescent maltreatment, which frequently persist into adulthood. This work describes the characteristics of a sample of a Child and Adolescent Mental Health Service patients with experience of previous or current maltreatment situations ($N = 150$). The most prevailing symptoms are relationship difficulties, anxiety and depressive symptoms, behavioural problems and academic performance difficulties. It is fundamental to detect and intervene in maltreatment cases in order to prevent the onset of clinical disorders. KEYWORDS: maltreatment, childhood, adolescence, trauma, psychopathology.

RESUM

MALTRACTAMENT A LA INFÀNCIA I A L'ADOLESCÈNCIA: CARACTERÍSTIQUES I PSICOPATOLOGIA ASSOCIADA EN UN CENTRE DE SALUT MENTAL INFANTIL I JUVENIL. Molts estudis han demostrat els efectes psicopatològics que el maltractament té en nens i adolescents, que en molts casos persisteixen a l'edat adulta. En aquest treball es descriuen les característiques d'una mostra de pacients de Salut Mental Infantil i Juvenil amb situacions de maltractament ($N = 150$). La simptomatologia més prevalent té a veure amb dificultats de relació, símptomes ansiosos i depressius, alteracions de la conducta i problemes de rendiment escolar. Resulta fonamental detectar i intervenir sobre casos de maltractament, per prevenir l'aparició de trastorns clínic. PARAULES CLAU: maltractament, infància, adolescència, trauma i psicopatologia.

Introducción

A pesar de que en nuestra sociedad cada vez se concede más importancia a las necesidades de niños y adolescentes, la incidencia del maltrato sigue siendo elevada. Ésta se estima entre el 5 y 15 por mil, pero se sabe que los datos están subestimados y que el porcentaje

de detección ronda el 5 % (Becedóniz y Álvarez, 2006).

Los tipos de maltrato infanto-juvenil más habituales en las guías son el maltrato físico, el psicológico o emocional, la negligencia y el abuso sexual. Otros tipos de maltrato frecuentes en nuestra sociedad y con importantes consecuencias en el desarrollo son el acoso escolar (Del Barrio, Martín, Almeida y Barrios, 2003) y

**Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Becaria de Formación Avanzada de la Fundación Alicia Koplowitz en Imperial College London. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Teatinos (Oviedo). Área sanitaria IV del Servicio de Salud del Principado de Asturias.*

Correspondencia: Fatima-valencia@hotmail.es

Recibido: 28/2/2015 - Aceptado: 17/5/2015

ser testigo de situaciones de violencia familiar (Russell, Springer y Greenfield, 2010).

Parece que la negligencia es el tipo de maltrato más frecuente, seguido del maltrato emocional (Becedóniz y Álvarez, 2006). Sin embargo, algunos autores plantean que el psicológico es el subtipo más frecuente y más subestimado, ya que normalmente suele ir acompañado de otras formas de abuso más “llamativas”, como por ejemplo el maltrato físico, y generalmente no es el objetivo de la intervención (Hibbard, Barlow, MacMillan, Christian et al., 2012; Trickett, Mennen, Kim y Sang, 2009).

El presente estudio pretende realizar una aproximación descriptiva acerca de las situaciones de maltrato infanto-juvenil observadas en los servicios públicos de Salud Mental de la infancia y la adolescencia.

Maltrato y psicopatología

Las consecuencias del maltrato a nivel psicológico están bien establecidas en la literatura científica. Algunas de las dificultades detectadas implican trastornos del vínculo, problemas de desarrollo y educativos, problemas de socialización, conducta disruptiva (Hibbard et al., 2012), somatizaciones (Van Tilburg, Runyan, Zolotor, Graham et al., 2010) y menor desarrollo del lenguaje (Moreno, 2003).

Varios estudios han relacionado el trastorno por déficit de atención con el maltrato o abuso. Parece que en niños que presentan síntomas de dicho desorden se ha encontrado una tasa mayor de antecedentes de maltrato (Ouyang, Fang, Mercy, Perou y Grosse, 2008; Prayez, Wodon, Van Hyfte y Linkowski, 2012). Los estudios apuntan a una relación causal del maltrato y también a un peor pronóstico del cuadro si los cuidadores se comportan de forma maltratadora. Con respecto al trastorno opositor-desafiante, se ha encontrado una relación entre este diagnóstico y antecedentes de abuso físico y sexual (Ford, Racusin, Ellis, Daviss et al., 2000).

Además, se ha relacionado la presencia y gravedad de síntomas psicóticos en menores con haber sufrido situaciones traumáticas y de maltrato (Arseneault, Cannon, Fisher, Polanczyk et al., 2011; Bartels-Velthuis, Van de Willige, Jenner, Wiersma y Van Os, 2012; Schreier, Wolke, Thomas, Horwood et al., 2009). Algunos de estos autores se centran en el bullying y recomiendan valorar siempre la presencia de situaciones de maltrato en niños y adolescentes con sintomatología psicótica. Además, Kim y Leventhal (2008) llevaron a

cabo una revisión en la que informaban de relaciones dosis-efecto entre experiencias de acoso escolar e ideación y riesgo suicida.

En cuanto a los adolescentes con antecedentes de maltrato, parece que sufren más problemas emocionales y de comportamiento que los que no han sido maltratados. Un 74 % tenía un diagnóstico clínico en el estudio de Shaffer, Huston y Egeland (2008). Presentan en mayor medida abuso de alcohol y sustancias, comportamientos sexuales de riesgo, comportamiento delictivo, intentos de suicidio, autolesiones y más estrés psicológico (Gilbert, Widom, Browne, Fergusson et al., 2009; Shenk, Noll y Cassarly, 2010; Tanaka, Wekerle, Schmuck y Paglia-Boak, 2011). También se han encontrado mayores niveles de agresión, depresión, disociación, ansiedad, síntomas de estrés postraumático, problemas sociales y de pensamiento (Lansford, Dodge, Pettit, Bates et al., 2002).

Parece que el abuso sexual y el maltrato emocional son los más relacionados con sintomatología postraumática y con la severidad de los síntomas (Sullivan, Fehon, Andres-Hyman, Lipschitz y Grilo, 2006). Sin embargo, no hay que subestimar la importancia de otros tipos de maltrato, ya que parece que la negligencia tiene efectos al menos igual de negativos a largo plazo (Gilbert, Widom, Browne, Fergusson et al., 2009).

Por otra parte, cada vez son más los estudios que demuestran que un porcentaje importante de personas adultas que sufren algún trastorno mental tiene antecedentes de maltrato en la infancia o adolescencia. Los pacientes psiquiátricos con historia de abuso presentan el primer ingreso antes, hospitalizaciones más largas y frecuentes, toman más medicación, tienen mayor tendencia a autolesionarse y más intentos de suicidio y su gravedad global es mayor (Read, Goodman, Morrison, Ross y Aderhold, 2006).

El trastorno límite de personalidad (TLP) es quizás el cuadro clínico con el que la investigación actual más relaciona el maltrato infantil (Ball y Links, 2009; Minzenberg, Poole y Vinogradov, 2006), especialmente con el abuso sexual. En los últimos años se ha desarrollado también una importante línea de investigación en relación a los síntomas psicóticos, encontrando que pacientes con dicha psicopatología tienen 2,72 veces más probabilidad de haber sufrido experiencias traumáticas en la infancia (Varese, Smeets, Drukker, Lieveise et al., 2012). En cuanto al trastorno bipolar, se ha visto que personas con antecedentes de maltrato presentan características de mayor gravedad y peor

curso clínico (Garno, Goldberg, Ramirez y Ritzler, 2005; Leverich, McElroy, Suppes, Keck et al., 2002; Nolen, Luckenbaugh, Altshuler, Suppes et al., 2004).

Otras alteraciones psicopatológicas con las que se ha conectado el maltrato y abuso en la infancia son los trastornos de la conducta alimentaria, en especial la bulimia y el trastorno por atracón (Grilo y Masheb, 2001; Fosse y Holen, 2006; Léonard, Steiger y Kao, 2003), la depresión (Widom, DuMont y Czaja, 2007; Harkness y Monroe, 2002), los trastornos de ansiedad, problemas de sueño, el trastorno de estrés postraumático, somatizaciones (Chen, Murad, Paras, Colbenson et al., 2010; McCabe, Antony, Summerfeldt, Liss y Swinson, 2003; Weil, Florenzano, Vitriol, Cruz et al., 2004), trastornos por consumo de sustancias (Lo y Cheng, 2007) y otros trastornos de personalidad además del TLP, en particular el trastorno antisocial y el paranoide (Bierer, Yehuda, Schmeidler, Mitropoulou et al., 2003).

Aunque son numerosos los trabajos que han investigado la presencia de psicopatología en menores maltratados (López-Soler, Fernández, Prieto-Larrocha, Alcántara-López et al., 2012; Mills, Scott, Alati, O'Callaghan et al., 2013; Moylan, Herrenkohl, Sousa, Tajima et al., 2010), las muestras generalmente se toman de Servicios Sociales, de contextos escolares o de la población general. Mediante una búsqueda en la base de datos *Medline* con los términos *maltreatment*, *psychopathology*, *mental health* y seleccionando la edad de los participantes hasta los 18 años, no se han detectado artículos específicos en el campo de la Salud Mental Infanto-juvenil en nuestro país. Por ello, parece relevante llevar a cabo estudios acerca de las características de casos relacionados con maltrato en los servicios públicos de salud. Sería importante conocer a qué clase de situaciones nos enfrentamos los profesionales y qué tipo de respuesta podemos ofrecer a las familias.

El objetivo de este trabajo es realizar una aproximación descriptiva acerca de las características del maltrato y la psicopatología asociada en niños y adolescentes que son atendidos en un Centro de Salud Mental Infanto-juvenil.

Método

Muestra

La muestra se toma de aquellos niños y adolescentes que han sido o son atendidos en el Centro de Salud Mental (CSM) Infanto-juvenil de Teatinos (Oviedo) y

que han sufrido algún tipo de maltrato o abuso, según consta en historia clínica. Todos ellos tienen 16 años o menos, es decir, están en edad de acudir a dicho centro aunque en el momento actual no lo hagan.

El proceso de selección de la muestra se realizó a través de las siguientes vías:

- Informe por parte de los clínicos del centro de casos de maltrato que atendían o habían atendido en el último periodo de tiempo.
- Análisis de historias clínicas, revisando el volante de derivación y las notas del clínico en las primeras consultas. En caso de encontrar información correspondiente con las definiciones de maltrato y abuso, se seleccionaba el caso.
- Se solicitó a la Unidad de Evaluación de los Servicios de Salud Mental información acerca de casos de usuarios menores de 16 años con códigos específicos de maltrato según la CIE-10 (por ejemplo, Z61.4 abuso sexual o Z61.6 abuso físico) (OMS, 1992).

Variables

Variables sociodemográficas. Se recogen las siguientes: edad, sexo, convivencia y situación relacional de los padres. La edad se categorizó en tres grupos: el primero, de 2 a 6 años; el segundo, de 7 a 11 y el tercero de 12 a 16.

Variables relativas al maltrato. Referente al tipo de maltrato, se incluyen los siguientes (definidos de acuerdo a la guía de actuación en maltrato, Becedóniz y Álvarez, 2006): maltrato físico, maltrato o abandono emocional, negligencia y abuso sexual. Además se incluyen la violencia familiar y el acoso escolar.

Violencia familiar. Se incluyen tanto casos de violencia de género como casos en los que existe un importante nivel de conflicto entre familiares, siempre que estas agresiones hayan sido presenciadas por el niño o adolescente.

Acoso escolar. Casos en los que los menores se han visto expuestos a una situación de violencia verbal y/o física por parte de pares, en casos en que se encuentren en una posición de inferioridad y aislamiento con respecto al resto (Del Barrio, Martín, Almeida y Barrios, 2003). Para considerar que se está produciendo acoso escolar se tiene en cuenta la gravedad y persistencia de los episodios, así como el hecho de que el colegio haya tomado medidas (por ejemplo, la activación del protocolo de maltrato entre iguales o la intervención de los docentes en el conflicto). Si existen dudas acerca de si

se ha producido o no una situación de abuso el paciente no es incluido en el estudio.

El perpetrador del maltrato se trata de aquella o aquellas personas que llevan a cabo el maltrato hacia el menor. En caso de ser varios individuos se codifican todos. La persistencia del maltrato consiste en una variable nominal dicotómica (sí / no) que valora si sigue produciéndose alguna situación de maltrato o, por el contrario, el menor ya no se ve expuesto a ningún tipo de abuso. En aquellos casos en que ha sufrido varias formas de maltrato se entiende que este persiste cuando alguna de las situaciones sigue ocurriendo, aunque otras hayan cesado. La intensidad del maltrato se trata de una variable en la que se tiene en cuenta si el menor ha sufrido uno, dos, tres o cuatro o más tipos de maltrato. Se entiende que, a mayor número de experiencias traumáticas diferentes, mayor es la intensidad del maltrato.

Variables clínicas. Respecto el diagnóstico, se incluyen los diagnósticos de la CIE-10 (OMS, 1992) establecidos por los clínicos del centro. Respecto las manifestaciones psicopatológicas, se establecen una serie de categorías que son codificadas de manera dicotómica nominal, es decir, sí (presencia) / no (ausencia). Las categorías son las siguientes: síntomas ansioso-depresivos, dificultades en el rendimiento escolar, autoagresiones, síntomas psicóticos, síntomas disociativos y conversivos, alteraciones en la alimentación, somatizaciones, consumo abusivo de sustancias, verbalización de ideas autolíticas y/o intentos autolíticos, conductas obsesivas o tics, problemas de relación o vínculo, alteraciones del sueño, alteraciones de conducta, conducta disocial, comportamiento sexual inadecuado, trastornos de la eliminación y otras manifestaciones diferentes (por ejemplo, déficit de autocuidado).

No se incluyen síntomas que estaban presentes antes del inicio del maltrato. Cabe mencionar que estas manifestaciones no se entienden como indicadores de patología, sino que forman parte en muchos casos de un proceso evolutivo e indican un malestar en el niño. La presencia de determinados síntomas no conlleva la existencia de un trastorno clínico, siendo, de hecho, en ocasiones, reacciones funcionales que permiten que el menor consiga ayuda o que pueda adaptarse a la situación de manera que reciba el menor daño posible.

El número de síntomas detectados se trata de la suma de los síntomas registrados en historia clínica en un determinado caso. Esta variable se entiende como una

medida del grado de interferencia que se está produciendo en el desarrollo y en las tareas evolutivas del menor.

Procedimiento

Se trata de un estudio transversal descriptivo. Cuenta con la aprobación del Comité Ético Regional, de la Subdirección de Gestión del Conocimiento del Hospital Universitario Central de Asturias y de la responsable del CSM Infanto-juvenil. Además, se ha informado a la Fiscalía de Menores de la realización del mismo.

Una vez se determina que el niño o adolescente puede ser seleccionado para la investigación por haber sufrido una situación de maltrato, se recogen variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el maltrato. Para el estudio no se contactó con pacientes ni familiares, sino que se utilizó únicamente la historia clínica.

Los datos se toman del volante de derivación, de la parte administrativa de la historia, de las notas del clínico responsable del caso, de informes sanitarios o escolares, de informes de Servicios Sociales, de sentencias y denuncias judiciales y de otros documentos, como, por ejemplo, escritos del propio paciente o de su familia. Esta información se registra de forma transversal, es decir, no se intercalan datos de diferentes periodos de desarrollo sino que todos corresponden al mismo momento temporal y evolutivo del paciente (generalmente a las primeras consultas). Toda la información se categorizó de acuerdo a las variables propuestas.

Análisis de datos

Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico *SPSS v.17*. Se llevaron a cabo pruebas de estadística descriptiva y pruebas bivariadas para comprobar la relación existente entre variables. Se utilizó la prueba *Chi Cuadrado* (χ^2) para variables nominales. Además, se determinó la correlación de Spearman para correlaciones que incluían una variable ordinal o cuyas variables no se ajustaban a la normalidad, y la correlación biserial para medir la asociación entre una variable nominal y una cuantitativa.

Resultados

Medidas descriptivas

Variables sociodemográficas. En la tabla 1 se presenta la distribución de las variables sociodemográficas recogidas en la muestra ($n = 150$).

Variables del maltrato. Se calculó la prevalencia de casos de maltrato en el CSMIJ en el año 2013. Hubo un total de 549 primeras consultas y se detectaron 50 casos de maltrato. Por tanto, la prevalencia en ese año fue de 9,1 %. Respecto al tipo de maltrato, se encuentra que la violencia familiar es el subtipo más frecuente (53,3 %), seguido del maltrato emocional (33,3 %), el maltrato físico (30,7 %), la negligencia (20,7 %), el abuso sexual (18 %) y finalmente el acoso escolar (11,3 %). Estos datos incluyen todos los pacientes que sufren un determinado tipo de maltrato, aunque haya también otros asociados. En un 49,33 % de la muestra se detecta más de un tipo de maltrato. Los resultados muestran que el perpetrador más frecuente fue el padre (48 %), seguido de ambos progenitores (14 %) y de las parejas o ex parejas de alguno de los padres (14 %). Otro familiar fue el perpetrador en el 12 % de los casos, la madre en el 11,33 %, pares o compañeros del colegio en el 10 %, una persona ajena a la familia en el 6 % y, por último, la pareja únicamente en un caso. El 27 % de los sujetos sufrieron maltrato por parte de más de una persona. En el 22 % de los casos hubo dos perpetradores y en el 5 %, tres. En un 59 % de los casos no persiste el maltrato, mientras que en el 41 % se sigue produciendo algún tipo de abuso. Respecto a la intensidad del maltrato, el 50 % de la muestra ha sufrido un tipo de maltrato; el 34 %, dos tipos; el 13 %, tres tipos diferentes y, por último, el 3 % ha sido objeto de cuatro o más formas de maltrato.

Variables clínicas. El grupo diagnóstico más frecuente fue el de reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (36,67 %), seguido de trastornos de las emociones de comienzo en la infancia (10,67 %) y posteriormente de trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo en la infancia o adolescencia (9,33 %). Un 4 % había sido diagnosticado de trastornos del desarrollo psicológico; un 2 %, de trastorno depresivo y otro 2 %, de trastorno disocial. Otros diagnósticos se presentaron en menor porcentaje y un 32,67 % de sujetos no recibió ningún diagnóstico clínico. Respecto a las manifestaciones psicopatológicas, en la tabla 2 se presenta el porcentaje de sujetos en los que se detectó cada tipo de sintomatología.

Pruebas bivariadas

Asociación entre grupos de edad y sintomatología. Las pruebas de *Chi Cuadrado* (χ^2) cuyos resultados fueron significativos son las siguientes. Respecto a los síntomas ansioso-depresivos, a medida que aumenta la edad,

aumenta la prevalencia de este tipo de sintomatología ($\chi^2 = 15,461; p < 0,01$). Los problemas de rendimiento y el fracaso escolar van aumentando con la edad ($\chi^2 = 16,516; p < 0,01$). Es el tercer grupo de edad en el que se observan autolesiones en mayor medida ($\chi^2 = 7,319; p < 0,05$). El tercer grupo de edad es el que presenta mayoritariamente consumo de sustancias ($\chi^2 = 6,186; p < 0,05$). Sólo el tercer grupo de edad presenta ideas o intentos de autolisis. ($\chi^2 = 23,188; p < 0,01$). La conducta disocial va aumentando con la edad, siendo el tercer grupo en el que más se detecta ($\chi^2 = 9,035; p < 0,05$). Cuanto más pequeños son los menores, más se manifiesta una conducta sexual inapropiada ($\chi^2 = 7,818; p < 0,05$). A medida que aumenta la edad, disminuye la probabilidad de trastornos de la eliminación ($\chi^2 = 24,897; p < 0,01$).

Asociación entre sexo y sintomatología. A continuación se exponen las pruebas de *Chi cuadrado* (χ^2) significativas. Las niñas y las adolescentes presentan ideas o intentos de autolisis con mayor frecuencia ($\chi^2 = 4,856; p < 0,05$). Respecto a las alteraciones de conducta, la prueba es cercana a la significación, siendo los varones quienes más muestran alteraciones del comportamiento ($\chi^2 = 3,686; p = 0,055$). Es en los varones en quienes más se detectan obsesiones o tics ($\chi^2 = 5,045; p < 0,05$).

Relación entre la intensidad del maltrato y el número de síntomas. Se llevó a cabo la correlación de Spearman para determinar el grado de asociación entre ambas variables. Ésta resultó ser significativa y positiva ($r_s = 0,39; p < 0,01$), es decir, a mayor intensidad del maltrato sufrido, mayor número de síntomas.

Relación entre el número de perpetradores y el número de síntomas. Se llevó a cabo la correlación de Pearson, encontrando una asociación significativa ($r = 0,214; p < 0,01$).

Relación entre la persistencia del maltrato y el número de síntomas. Dado que se trataba de relacionar una variable nominal y una cuantitativa, se realizó la correlación biserial, cuyo resultado fue significativo ($r_b = 0,179; p < 0,05$).

Discusión

Algunos de los resultados encontrados coinciden con lo esperado de acuerdo a otras investigaciones, mientras que otros difieren. Dado que no se han encontrado estudios realizados en servicios específicos de Salud Mental, los datos pueden suponer una primera aproximación a la descripción de diferentes variables en este contexto.

Encontramos que el subtipo de maltrato más frecuente fue la violencia familiar, no incluido en estudios previamente referenciados. Esto nos lleva a pensar que debería prestarse más atención a aquellas situaciones que, sin suponer un ataque directo al menor, influyen en su bienestar. Además, hemos de tener en cuenta que existe un porcentaje importante de casos en los que además de producirse violencia familiar, se dan otros tipos de maltrato hacia el niño.

El segundo tipo de maltrato más frecuente fue el emocional, lo que corresponde con el planteamiento de algunos autores (Hibbard et al., 2012; Trickett et al., 2009). Esto tiene implicaciones en nuestro ámbito de trabajo, ya que habrían de llevarse a cabo valoraciones específicas acerca de los cuidados emocionales y el desarrollo de una relación de apego saludable.

La prevalencia es muy superior a la establecida en la guía de maltrato (Becedóniz y Álvarez, 2006), lo cual es comprensible dado que se trata de una muestra diferente a la población general, en la que se presupone mayor probabilidad de circunstancias psicosociales adversas. El 9,1 % probablemente sea una infraestimación, teniendo en cuenta el método de estudio y que en muchos casos no se revela el maltrato en consulta.

Se observa que aproximadamente la mitad de los niños sufren más de un tipo de maltrato, lo que lleva a pensar que en un amplio porcentaje de casos los menores están expuestos a situaciones graves que afectan de forma amplia a su vida. Además, el 27 % sufre maltrato por parte de más de una persona, lo que indica un mayor grado de alteración en la red de apoyo familiar y social.

Asimismo, el número de casos en los que se sigue produciendo el abuso es elevado, lo que hace que la intervención no vaya destinada únicamente a superar las consecuencias del maltrato, sino que también implique objetivos asociados a la disminución de situaciones de riesgo y al fomento de estrategias de autoprotección y de protección por parte de los adultos responsables. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de una mayor coordinación con Servicios Sociales, con el objetivo de poder establecer sistemas de protección al menor y también de proporcionar ayuda a las familias.

En cuanto a la sintomatología detectada, la más frecuente fue la relacionada con problemas de relación, seguida de síntomas ansioso-depresivos, alteraciones de conducta y problemas de rendimiento escolar. Cabe destacar también la frecuencia de las alteraciones del

sueño, las autolesiones y los síntomas alimentarios. En general, se puede decir que estos síntomas son inespecíficos, dada su frecuencia en la infancia y adolescencia, tanto en poblaciones clínicas como no clínicas. Por ello, a partir de esta investigación no podemos establecer indicadores de maltrato en el ámbito de Salud Mental. Parece fundamental valorar las circunstancias psicosociales y familiares en todos los casos, incluyendo aquellas demandas relacionadas con problemas de rendimiento escolar o síntomas de TDAH. Es preciso tener en cuenta que el maltrato o las situaciones de riesgo no siempre se declaran verbalmente por parte del adulto responsable o del niño o adolescente.

El diagnóstico más frecuente fue el de reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, probablemente porque el clínico relaciona un tipo de sintomatología con un evento estresante o con un cambio de situación vital. Esto nos lleva a pensar en aquellos casos en los que la situación de maltrato se está produciendo pero el secreto queda dentro del sistema familiar, lo que podría hacer que se diagnosticase otro tipo de patología al no relacionar aparentemente los síntomas con ningún acontecimiento.

A pesar de la imposibilidad de establecer indicadores sintomatológicos de maltrato, sí que podemos ver en los resultados diferencias en función de la edad. Así, parece que la población adolescente es la que presenta mayor riesgo de psicopatología ante el maltrato. Con respecto al sexo, también se detectan algunas diferencias. Considerando sexo y edad en su conjunto, podemos decir que en casos de maltrato la ideación e intentos autolíticos son más frecuentes en chicas adolescentes. Por ello, ante dicha situación clínica es importante prestar especial atención a cuestiones psicosociales y a la historia vital.

Parece existir una asociación significativa entre la gravedad de la situación de maltrato y la intensidad de la sintomatología. Esto induce a pensar en que la modificación de las situaciones estresantes para el menor es un objetivo fundamental. Una hipótesis para futuras investigaciones es que la especificidad de las manifestaciones psicopatológicas esté asociada a la gravedad de las mismas. Es decir, que observados una serie de síntomas (podría decirse inespecíficos), lo que nos ponga en alerta sea su intensidad.

Por otra parte, encontramos que la correlación entre la persistencia del maltrato y la intensidad de los síntomas es baja (aunque significativa), lo que implica que aquellos

niños y adolescentes que ya no son sometidos a ningún abuso siguen presentando psicopatología y, por tanto, otro objetivo es el tratamiento de las secuelas.

Cabe destacar el importante porcentaje de separaciones y divorcios encontrado en la muestra, lo cual puede dar lugar a dinámicas de maltrato diferentes a las que hasta ahora han ocupado a los profesionales de Salud Mental o Servicios Sociales. Esta circunstancia puede significar que los menores dejen de ser expuestos a diario a situaciones de violencia entre sus familiares o hacia ellos mismos. Sin embargo, también parece dar lugar a “nuevos” perfiles de maltrato, como, por una parte, niños o adolescentes que sufren eventos negativos durante el tiempo que pasan con uno de los progenitores. Es un tema complejo, ya que el menor no está en desamparo y no requiere medidas de protección (hay un cuidador principal con el que tiene un vínculo estable y seguro), pero aun así está en riesgo. Otras veces, se producen graves conflictos entre ambos progenitores, en los cuales se lleva a cabo una instrumentalización del menor, que se ve expuesto a un auténtico maltrato psicológico.

Por último, cabe destacar una implicación fundamental de los resultados en nuestra práctica clínica. El porcentaje de niños y adolescentes atendidos en Salud Mental que están en centros de protección no llega al 10 %, lo que significa que la gran mayoría de ellos siguen viviendo o teniendo visitas con sus progenitores. En un número importante de casos han sido éstos los que han llevado a cabo el maltrato. Por ello, parece necesario que los profesionales de Salud Mental dispongamos de estrategias para valorar habilidades parentales y fomentar el cambio tanto en cuidadores que no están protegiendo lo suficiente como en personas que llevan a cabo prácticas maltratantes (Cirillo, 2012).

Este trabajo tiene múltiples limitaciones que impiden aceptar directamente sus resultados y conclusiones, y hacen que se trate de una primera aproximación al maltrato en servicios de Salud Mental de infancia y adolescencia. En primer lugar, no existe grupo control para comprobar si los datos son específicos de situaciones de maltrato. El método de estudio utilizado también es criticable, ya que el análisis de las historias clínicas dificulta la tarea de determinar la existencia o no de maltrato, impide valorar determinados aspectos como por ejemplo la gravedad de cada episodio, y hace que se pierda información concreta de las variables incluidas en el estudio.

Debido al método de investigación no es posible conocer el nivel de gravedad de cada tipo de maltrato. Se han desarrollado indicadores de intensidad del maltrato a través del número de tipos sufridos y del número de perpetradores, pero hay que tener presente que un solo tipo de maltrato y un solo maltratador puede conllevar mayor gravedad que varios.

En cuanto a la muestra, resultó imposible llevar a cabo una aleatorización de la misma. Por tanto, ésta puede estar sesgada y que los resultados no sean representativos, de forma que se ve comprometida la validez externa o posibilidades de generalización de los datos a otras muestras de Salud Mental.

Por último, sería importante tener en cuenta variables tan fundamentales como el grado de apoyo por parte de personas significativas o las capacidades personales de afrontamiento.

Bibliografía

- ARSENEAULT, L., CANNON, M., FISHER, H., POLANCZYK, G. ET AL. (2011). Childhood Trauma and Children's Emerging Psychotic Symptoms: A Genetically Sensitive Longitudinal Cohort Study. *Am J Psychiatry*, 168: 65–72.
- BALL, J. S. Y LINKS, P. S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Curr Psychiatr Rep*, 11(1): 63-68.
- BARTELS-VELTHUIS, A. A., VAN DE WILLIGE, G., JENNER, J. A., WIERSMA, D. Y VAN OS, J. (2012). Auditory hallucinations in childhood: associations with adversity and delusional ideation. *Psychol Med*, 42(03), 583-593.
- BECEDÓNIZ VÁZQUEZ, C. Y ÁLVAREZ MÚÑOZ, M. B. (coords.) (2006). *Maltrato Infantil: Guía de Actuación para los Servicios Sanitarios de Asturias*. Recuperado en https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Preencion/guiamaltrato.pdf.
- BIERER, L. M., YEHUDA, R., SCHMEIDLER, J., MITROPOULOU, V. ET AL. (2003). Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectr*, 8(10): 737 – 754.
- CHEN, L. P., MURAD, M. H., PARAS, M. L., COLBENSON, K. M. ET AL. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc*, 85(7): 618-629.
- CIRILLO, S. (2012). *Malos padres*. Barcelona: Gedisa.
- DEL BARRIO, C., MARTÍN, E., ALMEIDA, A. Y BARRIOS,

- A. (2003). Del maltrato y otros conceptos relacionados con la agresión entre escolares, y su estudio psicológico. *Infancia y aprendizaje*, 26(1): 9-24.
- FORD, J. D., RACUSIN, R., ELLIS, C. G., DAVISS, W. B. ET AL. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreat*, 5(3): 205-217.
- FOSSE, G. K. Y HOLEN, A. (2006). Childhood maltreatment in adult female psychiatric outpatients with eating disorders. *Eat Behav*, 7(4): 404-409.
- GARNO, J. L., GOLDBERG, J. F., RAMIREZ, P. M. Y RITZLER, B. A. (2005). Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry*, 186(2): 121-125.
- GILBERT, R., WIDOM, C. S., BROWNE, K., FERGUSON, D. ET AL. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373(9657): 68-81.
- GRILO, C. M. Y MASHEB, R. M. (2001). Childhood Psychological, Physical, and Sexual Maltreatment in Outpatients with Binge Eating Disorder: Frequency and Associations with Gender, Obesity, and Eating-Related Psychopathology. *Obes Res*, 9(5): 320-325.
- HARKNESS, K. L. Y MONROE, S. M. (2002). Childhood adversity and the endogenous versus nonendogenous distinction in women with major depression. *Am J Psychiatry*; 159(3): 387-393.
- HIBBARD, R., BARLOW, J., MACMILLAN, H., CHRISTIAN, C. W. ET AL. (2012). Psychological maltreatment. *Pediatrics*, 130(2): 372-378.
- KIM, Y. S. Y LEVENTHAL, B. (2008). Bullying and suicide. A review. *Int J Adolesc Med Health*, 20(2):133-154.
- LANSFORD, J., DODGE, K., PETTIT, G., BATES, J. ET AL. (2002). A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral and academic problems in adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156: 824 – 830.
- LÉONARD, S., STEIGER, H. Y KAO, A. (2003). Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: Prevalences and psychological correlates. *Int J Eat Disord*, 33(4): 397-405.
- LEVERICH, G., MCELROY, S., SUPPES, T., KECK, P. E. ET AL. (2002). Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Soc Biol Psychiatry*, 51: 288–297.
- LO, C. C. Y CHENG, T. C. (2007). The Impact of Childhood Maltreatment on Young Adults' Substance Abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 33(1): 139-146.
- LÓPEZ-SOLER, C., FERNÁNDEZ, M., PRIETO-LARROCHA, M., ALCÁNTARA-LÓPEZ, M. V. ET AL. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *An Psicol*, 28(3), 780-788.
- MCCABE, R. E., ANTONY, M. M., SUMMERFELDT, L. J., LISS, A. Y SWINSON, R. P. (2003). Preliminary examination of the relationship between anxiety disorders in adults and self-reported history of teasing or bullying experiences. *Cogn Behav Ther*, 32(4): 187-193.
- MILLS, R., SCOTT, J., ALATI, R., O'CALLAGHAN, M. ET AL. (2013). Child maltreatment and adolescent mental health problems in a large birth cohort. *Child Abuse Negl*, 37(5), 292-302.
- MINZENBERG, M. J., POOLE, J. H. Y VINOGRADOV, S. (2006). Adult social attachment disturbance is related to childhood maltreatment and current symptoms in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis*, 194(5): 341-348.
- MORENO MANSO, J. M. (2003). Estudio sobre las repercusiones lingüísticas del maltrato y abandono emocional infantil. *Rev Logop Fon Audiol*, 23(4): 211 – 222.
- MOYLAN, C. A., HERRENKOHL, T. I., SOUSA, C., TAJIMA, E. A. ET AL. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *J Fam Violence*, 25(1), 53-63.
- NOLEN, W. A., LUCKENBAUGH, D. A., ALTSHULER, L. L., SUPPES, T. ET AL. (2004). Correlates of 1-year prospective outcome in bipolar disorder: results from the Stanley Foundation Bipolar Network. *Am J Psychiatry*, 161(8); 1447-1454.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- OUYANG, L., FANG, X., MERCY, J., PEROU, R. Y GROSSE, S. D. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: a population-based study. *J Pediatr*, 153(6): 851-856.
- PRAYEZ, F., WODON, I., VAN HYFTE, S. Y LINKOWSKI, P. (2012). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and child maltreatment: a review. *Rev Med Bruxe*, 33(2), 75 – 86.
- READ, J., GOODMAN, L., MORRISON, A. P., ROSS, C. A. Y ADERHOLD, V. (2006). *Trauma infantil, pérdida y estrés*. En Read, J., Mosher, L. R., Bentall, R. P. (Eds). *Modelos de locura* (pp. 271 – 305). Barcelona: Herder.
- RUSSELL, D., SPRINGER, K. W. Y GREENFIELD, E. A. (2010). Witnessing domestic abuse in childhood as an

independent risk factor for depressive symptoms in young adulthood. *Child Abuse Negl*, 34(6), 448-453.

SCHREIER, A., WOLKE, D., THOMAS, K., HORWOOD, J. ET AL. (2009). Prospective Study of Peer Victimization in Childhood and Psychotic Symptoms in a Nonclinical Population at Age 12 Years. *Arch Gen Psychiatry*, 66(5):527-536.

SHAFFER, A., HUSTON, L. Y EGELAND, B. (2008). Identification of child maltreatment using prospective and self-report methodologies: A comparison of maltreatment incidence and relation to later psychopathology. *Child Abuse Negl*, 32(7): 682-692.

SHENK, C. E., NOLL, J. G. Y CASSARLY, J. A. (2010). A multiple mediational test of the relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury. *J Youth Adolesc*, 39(4): 335-342.

SULLIVAN, T. P., FEHON, D. C., ANDRES-HYMAN, R. C., LIPSCHITZ, D. S. Y GRILO, C. M. (2006). Differential relationships of childhood abuse and neglect subtypes to PTSD symptom clusters among adolescent inpatients. *J Trauma Stress*, 19(2): 229-239.

TANAKA, M., WEKERLE, C., SCHMUCK, M. L. Y PAGLIA-BOAK, A. (2011). The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-

compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse Negl*, 35(10): 887-898.

TRICKETT, P. K., MENNEN, F. E., KIM, K. Y SANG, J. (2009). Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. *Child Abuse Negl*, 33(1): 27-35.

VAN TILBURG, M. A., RUNYAN, D. K., ZOLOTOR, A. J., GRAHAM, J. C. ET AL. (2010). Unexplained gastrointestinal symptoms after abuse in a prospective study of children at risk for abuse and neglect. *The Ann Fam Med*, 8(2): 134-140.

VARESE, F., SMEETS, F., DRUKKER, M., LIEVERSE, R. ET AL. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull*, 38(4): 661-671.

WEIL, K., FLORENZANO, R., VITRIOL, V., CRUZ, C. ET AL. (2004). Trauma infanto juvenil y psicopatología adulta: Un estudio empírico. *Rev Med Chile*, 132(12): 1499-1504.

WIDOM, C., DUMONT, K. Y CZAJA, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry*, 64(1), 49 – 56.

Anexos

Tabla 1. Variables sociodemográficas

Variables	Porcentaje de casos (N = 150)
Edad (Media = 10, Desv. típica = 3,84)	
<i>Entre 2 y 6 años</i>	16 % (n = 24)
<i>Entre 7 y 11 años</i>	48 % (n = 72)
<i>Entre 12 y 16 años</i>	36 % (n = 54)
Sexo	
<i>Varón</i>	55,33 % (n = 83)
<i>Mujer</i>	44,67 % (n = 67)
Convivencia	
<i>Ambos padres</i>	19,33 % (n = 29)
<i>Madre</i>	56 % (n = 84)
<i>Padre</i>	4,67 % (n = 7)
<i>Otro familiar</i>	6 % (n = 9)
<i>Institución</i>	9,33 % (n = 14)
<i>Con madre en casa de acogida</i>	2,67 % (n = 4)
<i>Custodia compartida</i>	0,67 % (n = 1)
<i>Padres adoptivos</i>	1,33 % (n = 2)
Situación relacional de padres	
<i>Casados</i>	18 % (n = 27)
<i>Separados</i>	79,33 % (n = 119)
<i>Uno de los padres fallecido</i>	2 % (n = 3)

Tabla 2. Psicopatología observada

Tipo de sintomatología	Porcentaje de casos (N = 150)
Síntomas ansioso-depresivos	67,3 %
Problemas en el rendimiento escolar	43,3 %
Autoagresiones	15,3 %
Síntomas psicóticos	2 %
Síntomas disociativos y conversivos	2 %
Consumo abusivo de sustancias	4 %
Síntomas alimentarios	14 %
Somatizaciones	11,3 %
Ideas o intentos autolisis	8 %
Alteraciones de conducta	52 %
Conducta disocial	8 %
Obsesiones/tics	4 %
Conducta sexual inapropiada	7,3 %
Problemas de relación	69,3 %
Alteraciones del sueño	19,3 %
Trastornos de eliminación	10 %
Otros (déficit autocuidado, etc.)	8 %

Tricotilomanía: tratamiento psicodinámico de un caso

ANDRÉS GARCÍA SISO*

RESUMEN

Se presenta la psicopatología de la tricotilomanía y otras conductas repetitivas centradas en el cuerpo, así como las claves de su tratamiento a través de la psicoterapia psicoanalítica breve aplicada a un caso. Se obtienen varias conclusiones: la paciente tricotilomaniaca, a pesar de aparentar baja mentalización, muestra una actividad imaginaria que permite el acceso al análisis de sus sueños; la fijación a un conflicto oral reprimido, que atañe al proceso arcaico de separación, formación del yo y diferenciación psique/soma, es el núcleo principal del trastorno; para el acceso y elaboración de los contenidos inconscientes es importante un trabajo terapéutico sobre la diada madre-hija. PALABRAS CLAVE: tricotilomanía, psicoanálisis, tratamiento.

ABSTRACT

TRICHOTILLOMANIA: A CASE STUDY IN PSYCHODYNAMIC TREATMENT. The psychopathology of trichotillomania and other repetitive behaviors focused on the body is presented. We describe the keys to their treatment, through a brief process of psychoanalytic psychotherapy applied to a case. Several conclusions are reached: the trichotillomaniac patient, despite appearing to have a low degree of mentalization, displays imaginary activity that allows for access to the analysis of his or her dreams; the fixation on a repressed oral conflict, associated with the archaic process of separation (on formation of the Ego and of the psyche / soma differentiation), is the core of this disorder; in order to help the patient access and process unconscious contents, it is important to undertake therapeutic work on the mother-daughter dyad. KEY WORDS: trichotillomania, psychoanalysis, treatment.

RESUM

TRICOTIL·LOMANIA: TRACTAMENT PSICODINÀMIC D'UN CAS. Es presenta la psicopatologia de la tricotil·lomania i altres conductes repetitives centrades en el cos, així com les claus del seu tractament mitjançant la psicoteràpia psicoanalítica breu aplicada a un cas. S'obtenen diverses conclusions: la pacient tricotil·lomaníaca, tot i aparentar baixa mentalització, mostra una activitat imaginària que permet l'accés a l'anàlisi dels seus somnis; la fixació a un conflicte oral reprimat, que pertoca al procés arcaic de separació, formació del jo i diferenciació psique/soma, és el nucli principal del trastorn; per l'accés i l'elaboració dels continguts inconscients, és important un treball terapèutic sobre la díada mare-filla.

Introducción

La finalidad de este trabajo es presentar el tratamiento de un caso de tricotilomanía, mediante psicoterapia psicoanalítica breve. La tricotilomanía fue descrita por el médico francés Hallopeau en 1889 como “una alopecia por arrancamiento de pelo” (Jaramillo-Borges, 2007), del cabello lo más frecuente, y más raramente de pestañas y cejas. También en adultos puede ser de

otras zonas del cuerpo, como la barba, etc. La epidemiología de la tricotilomanía se presenta en el 1,5 % de los varones y en el 3,5 % de mujeres, a lo largo de la vida (Jaramillo-Borges, 2007). Por tanto, un 2-3 % de la población general puede presentarlo. De éstos, el 5-18 % muestran tricotilofagia (se tragan los cabellos arrancados). Y de éstos, el 37,5 % forman tricobezoares, de los cuáles un 22 % son asintomáticos y el resto presentan molestias leves, aunque un 1 % de éstos necesitan

*Paidopsiquiatra, Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII.
Correspondencia: angarsiso@gmail.com

Recibido: 27/3/2015 - Aceptado: 2/6/2015

intervenirse quirúrgicamente (si se fija en el intestino delgado y lo obstruye).

La edad de inicio puede ser a partir de los 2 años, siendo de buen pronóstico cuando aparece y se trata antes de los 6 años, aunque la edad media de inicio suele ser de 12 años en las niñas y de 8 en los niños (Reilly, 2006). Hay inicios al año y después de los 50 años. El inicio después de los 13 años es un factor de riesgo para la cronicidad.

Espacio nosológico

En el DSM IV se cataloga como un trastorno de los impulsos. Forma parte de las *Conductas repetitivas centradas en el cuerpo*. Los criterios diagnósticos son: a) conducta dirigida a remover una parte del propio cuerpo (piel, mucosa y anejos); b) sensación de inquietud o tensión creciente, que aumenta si se resiste el acto; c) bienestar o liberación mientras se realiza la acción, seguido de dolor, arrepentimiento, culpa y vergüenza; d) interferencia social, ocupa tiempo y causa daños físicos; y e) no se explica mejor por otro trastorno mental, obsesivo-compulsivo, dismórfico, delirio parasitario, dermatitis...

Tratamiento de la tricotilomanía

Tratamiento farmacológico

La tricotilomanía se relaciona con un incremento de actividad serotoninérgica (Jaramillo-Borges, 2007), asociada a conductas repetitivas, de acicalamiento, con buena respuesta a inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y a tricíclicos. Se han ensayado sertralina, fluvoxamina, fluoxetina a dosis habituales. También se han mostrado eficaces, como en segunda opción, otros medicamentos que utilizan dianas diferentes: el dronabinol (Grant, Odlaug, Chamberlain y Kim, 2011), olanzapina (Van Ameringen, Mancini y Patterson, 2010) y la N-acetilcisteína (Grant, Odlaug y Kim, 2009).

Terapia conductual

Franklin y colaboradores demostraron que ocho sesiones de esta terapia del comportamiento son más eficaces que tres entrevistas estándar y cinco más de seguimiento telefónico (Franklin, Edson, Ledley y Cahill, 2011). Les queda pendiente examinar si la mejoría se mantiene a plazo medio y largo.

Hipnosis

La hipnosis de Erickson busca inducir la sustitución del arrancar por el acariciar el cabello, así como favorecer el autocontrol general (Reilly, 2006). También se usa la hipnosis para crear aversión a la conducta tricotilomaniaca.

Tratamiento psicodinámico

Keren y colaboradores (2006), que estudian casos en la infancia, descubren que la tricotilomanía se asocia con factores estresantes previos, hipersensibilidad del niño al dolor y relación materno-filial con poca tolerancia a la expresión agresiva y poco acogedora (falta de contacto físico materno, calor). El niño muestra ansiedad, irritabilidad en sus intentos de juego simbólico, donde no recibe apoyo participativo, alternancia entre intrusión y retirada en la relación. Este trabajo psicoanalítico presenta el tratamiento de 9 niños (6 se curan sin recaer, 3 mejoran), mediante 4 a 21 sesiones, observando la presencia insuficiente del objeto transicional. Otros autores (Lewis, 2013) retoman el factor de estrés como generador de un trauma, identificando una pérdida o muerte en la familia, que desencadena una disociación cuya expresión es la conducta tricotilomaniaca. Estos autores la interpretan antropológicamente, observando que el arrancar el pelo corresponde a rituales frente a situaciones de duelo.

Material y método

En este trabajo se presenta la patografía y el tratamiento psicoterápico de un caso de tricotilomanía, junto con otras conductas repetitivas, de inicio en la primera infancia. Se realiza una psicoterapia psicodinámica breve (inferior a 15 sesiones), aunque como cada sesión se desdobra entre la paciente a solas y un trabajo madre-hija, podemos decir que son sesiones de una hora y a veces algo más. Se muestra un resumen de las 13 sesiones realizadas, reagrupadas en tres tiempos. El hilo conductor de la psicoterapia con la paciente es el análisis de los sueños, aunque se tratan otros aspectos de su vida cotidiana.

El trabajo conjunto madre-hija, post-sesión de la hija, es considerado de especial relevancia para poder intervenir sobre complejos reprimidos en la paciente. Se decide la elección de este encuadre porque inicialmente no era previsible la capacidad de la niña para hablar y menos asociar libremente, pues se mostraba

callada, agradable pero contenida, capaz de atender a las recomendaciones conductuales, a razonar, pero no a acceder ni mostrar algo de su interioridad, por lo que se optó a que la madre formara parte relevante del tratamiento, procurando que ejerciera de portadora-tractora en la transferencia de lo que le pasaba a la hija. Este método me había resultado útil en el tratamiento del mutismo selectivo, cuando se logra que la madre sea la portavoz de los fantasmas del hijo. En nuestro caso veremos que la paciente será capaz de expresarlos, pero la madre permite complementar la apertura del inconsciente personal de Flor con dimensiones familiares.

A pesar de la inhibición inicial de la paciente, su vergüenza y parquedad, por otra parte habitual en estas pacientes con tricotilomanía, su capacidad para mentalizar, su edad e inteligencia, así como la transferencia por la que capta que el adentrarse en los sueños puede reportarle beneficio, es lo que propicia las condiciones de una psicoterapia psicodinámica centrada en los sueños.

Patografía y tratamiento de una niña con tricotilomanía

Nos es derivada por su pediatra de atención primaria, con el diagnóstico de tricotilomanía. Acudirá a la consulta paidopsiquiátrica durante año y medio, inicia el tratamiento con 12 años y lo finaliza a los 13 y medio. Se realizan 13 sesiones, inicialmente con visitas más frecuentes (cada 3 semanas) y luego más espaciadas.

Primera visita

En el momento de la primera visita, Flor manifiesta tricotilomanía desde hace un año, desde los once años. Sin embargo, en sus antecedentes personales veremos que esta conducta la acompaña desde hace más tiempo. La madre le ayuda a disimular con el peinado la ausencia del cabello, alopecia de unos 2/3 del cuero cabelludo (sobre todo por arriba). En esta primera visita se queda muda al preguntarle detalles sobre ello. Se necesitarán varias entrevistas para que me conteste sobre la ingesta del pelo arrancado. También realiza pica; su preferencia es la ingesta de trocitos de esponja.

El hecho de que el terapeuta se acerque a los detalles de las sensaciones, acciones y vivencias que comportan el síndrome es de utilidad para crear un clima de confianza. No obstante, es fundamental respetar los límites de intimidad que la paciente marque, evitando que se sienta invadida, puesto que la vergüenza intensa suele acompañar a este trastorno.

La paciente estuvo en tratamiento en el centro de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) hasta hace un año, cuando recibe el alta clínica. Seguía psicoterapia de apoyo por inseguridad y baja autoestima desde hacía algo más de un año, en relación con una situación de acoso escolar, según me explica la madre. En la actualidad duerme y come bien. Practica la natación, va a la catequesis, al Centro de esparcimiento y toca la guitarra. De todas estas actividades, la que más le gusta es la guitarra. Es una persona muy responsable y temerosa de fracasar. Es muy estudiosa y perfeccionista.

La reactivación de la tricotilomanía y la pica, a pesar de que, según dice la madre, nunca habían desaparecido del todo (en la historia del centro de atención primaria (CAP), se anotaban en todas las revisiones del niño sano), en esta ocasión parecen coincidir con la separación, por alta, de su terapeuta, quien debía cumplir una función calmante y de apoyo.

Antecedentes familiares

Es una familia de origen andaluz. Los padres de Flor son quienes emigran a Cataluña, y tanto la paciente como su hermana nacen aquí. El abuelo materno, jubilado del campo en Jaén, también vive aquí con su mujer desde hace unos años, y tiene una parcela donde se reúne la familia. El padre tiene 45 años y es empleado fabril. Acude durante las dos primeras sesiones, guarda el acento de su origen, los ademanes y cierta dureza expresiva en el rostro. Habla poco y piensa que su hija ha de ser fuerte y abandonar “esas manías”. La madre, de 39 años, es ama de casa. Inicialmente, da la impresión de pasiva y distante afectivamente, como si le fuera difícil entender lo que pueda sentir su hija, aunque está perfectamente al tanto de la enfermedad y de su desarrollo evolutivo. Tiene una hermana de 6 años, sin problemas a resaltar. La madre añade que es de carácter reservado, pero que le gusta tirar petardos. Los componentes de la familia nuclear y extensa parecen estar bien avenidos. Las hermanas suelen discutirse entre ellas. No hay antecedentes de enfermedades mentales en la familia.

Antecedentes personales

Parto con fórceps a término. Durante el primer año de vida, dormía poco, lloraba mucho; sólo descansaba al estar en contacto con la madre. Presentó cólicos del lactante durante los 6 primeros meses; luego desaparecieron y comenzó a dormir mejor. Tiene diagnóstico de piel atópica. Veremos que, años después, también se

la diagnóstica de enfermedad celíaca. No refieren accidentes ni intervenciones quirúrgicas. Hizo lactancia materna durante 9 meses, que se interrumpe porque le mordía. Comía bien. Comienza a andar a los 9 meses, pero se cayó y, con el susto, guardó mucha precaución para retomar la deambulación. A partir del primer año, tiene pesadillas; se relata el miedo que tenía la niña de ver un “monstruo de ojos rojos”, pesadillas que permanecen durante el segundo y tercer año. Se levantaba de la cama y hablaba “como en sueños”.

Entre los tres y los cinco años, predominaban los miedos estando despierta. Se imaginaba una cara que se desvanece, que se borra. Impresiona mucho pensamiento mágico y viva imaginación. Habló pronto. Controló esfínteres precozmente, a los 20-21 meses. Fue a guardería y al colegio; muy apegada a la madre y sobre todo al padre. Ahora al padre lo idealiza y lo teme. Manifiesta muchos celos de la hermana menor, a la que le lleva 6 años.

Sintomatología

Presenta tricotilomanía desde los tres años, con periodos de remisión, y brotes en periodos críticos, tales como al inicio de la enseñanza primaria (6 años). Se reactiva la tricotilomanía en el colegio a los 9 años, con ocasión de sufrir burlas. Se defendía, pero no decía nada en casa, salvo rabietas. Esto la lleva a un estado de depresión, motivo por el que consulta al CSMIJ. “No sabe pedir ayuda”, dice la madre.

En el momento presente destaca la tricotilomanía, que es el motivo de la nueva derivación. En sus antecedentes personales vemos que este síndrome aparece precozmente y reaparece en situaciones de ansiedad, presión, estrés, es decir, cuando sus rasgos de autoexigencia, perfeccionismo y vergüenza se disparan, generando posiblemente una sobrecarga agresiva coartada, casi sin expresión conductual.

Durante esta primera visita se van desgranando algunas recomendaciones terapéuticas. En primer lugar, poder mejorar su comunicación personal, ser capaz de comentar vivencias cotidianas con su madre, amigas, ir cambiando su tendencia a callar, a no pedir ayuda, aceptando su necesidad de apoyo-contacto, que al mismo tiempo le permitirá que se rebaje su autocontrol perfeccionista. Se le permitirá comprar un chupete, pues comenta que también se chupa el dedo cuando se arranca el pelo, y ver si le ayuda a aminorar la tricotilomanía. Ésta se desencadena tanto cuando se relaja (por

ejemplo, viendo la televisión), como cuando se tensa. También ha de procurar controlar la pica, permitiendo a la madre que le dé un aviso para que ella caiga en la cuenta de lo que hace y cambie de actividad. No prescribo intervención farmacológica.

El tratamiento psicoterápico

Descripción psicodinámica del tratamiento

Tras esta primera sesión se realizarán doce intervenciones más, de psicoterapia individual, junto a otras tantas intervenciones con la díada madre-hija (como segunda parte en cada visita), donde se reelaboran algunos contenidos evocados por la niña. El tratamiento se desarrolla principalmente en el tiempo que cursa primero de ESO (educación secundaria obligatoria). Veremos que los contenidos principales vertidos en las entrevistas serán sobre los sueños, buscando completar el análisis realizado con la niña, mediante la participación con las asociaciones de la madre, lo que favorece la aparición de nuevos significados familiares y de la vida pasada de la niña.

Inicio del tratamiento (sesiones 1 a 3)

Se revisan las razones de su anterior tratamiento en el CSMIJ, que fue, según la madre, por “el perfeccionismo, el control emocional, en realidad como ahora”. Al hablar de la tricotilomanía, recomponemos alguno de sus rituales corporales, que ella cuenta así: “cuando me lavo los dientes, me veo en el espejo, luego me tiro del pelo, y suelo pensar que me veo pequeña, tengo miedo a no crecer” (de hecho tiene talla baja, pero equilibrada con su peso P10). La madre, en ocasiones, le ayuda y acoge sus temores. Ella siente todo esto con fuertes emociones que no logra pensar. Pero, de todos modos -añade la madre- ahora sabe defenderse, haciendo alusión a las antiguas burlas del colegio. Parece que se asocia el tratamiento previo con una mejoría en el sentimiento de seguridad propia y de autodefensa. La hipertensión-distensión personal juega un papel energético en su tricotilomanía.

La imagen del cuerpo, como representante de sí misma, está íntimamente unida al ritual del síntoma. El mirarse se acompaña de inseguridad y de una ansiedad que parece llegar a confundirla. La paciente, aunque reticente, es capaz de relacionar esta compulsión, la de su “vergonzoso” síntoma, con la vergüenza sobre su cuerpo “imperfecto”. Por otro lado, también constata

el deseo que tiene de pasarlo bien con sus amigos y el de poder sentirse menos tensa y más relajada. La madre le avisará cuidadosamente cuando tienda a arrancarse el pelo, y luego le preguntará si está nerviosa o disgustada (cuando lo hacen, primero Flor se enfada, pero luego comprueba que le ayuda).

Este primer tiempo del tratamiento nos remite a la oposición ser pequeña o ser mayor (de cuerpo y de emociones), y la tricotilomanía parece descargar esos miedos. También se muestra la oposición entre auto-agresividad y ternura corporal (arrancar-acariciar). También se trasluce la función de contención-rêverie por parte de la madre. El tocar algo nuevo se asocia con el cambio, y en todo cambio, como en la tricotilomanía, se arranca algo enraizado.

Mitad del tratamiento (sesiones 4 a 9)

Está haciendo 1º de ESO, es noviembre, durante octubre se sintió más nerviosa. En el Instituto cree que no hay nada que le preocupe. Dice que se toca más el pelo. Sacó un 5 en inglés, como era poco para ella, dice, “intento olvidarlo, pero sigue dentro de mí”. Frente a este perfeccionismo obsesivo, los sábados disfruta en el Centro de esparcimiento y, otros días, se divierte en la parcela de los abuelos. Se arranca el cabello y se lo come, sobre todo en casa por las tardes. Otras tardes hace guitarra y va a confirmación. Se los arranca más por la tarde, cuando los deberes son más difíciles o muchos. Sin embargo, los deberes le suelen ocupar menos de una hora. Cree que su padre se disgusta cuando no saca buenas notas. También se los arranca antes de acostarse. Lo que piense su padre es muy importante para el sentimiento de sí misma.

Bromeo con historias de canibalismo, le señalo que tenga cuidado en no devorarse a sí misma, lo que me permite percibir en ella una fuerte impresión. Parece sentir un impacto afectivo, como un pre-insight sobre el contenido de la incorporación oral, debiendo por mi parte distender la situación, lo que va a favorecer la transferencia. A una persona tan callada y vergonzosa, le resulta difícil el confiar y abrirse.

Sueños iniciales. Relata un primer sueño que califica como nuevo, por oposición a otro que lo señalará como repetitivo. Aparece una persona mayor que ella, vestida de naranja, una mujer con pelo largo, castaño y flequillo, con pantalones tejanos y botas marrones, y la cara borrosa. Ella está hablando con otra niña pequeña. La niña tiene siete años y están conversando tranquilamente. Están en una casa de madera. La niña pequeña le recuerda a su hermana, porque tiene coleta con pelo

rizado. La mujer parece adolescente.

En este sueño aparece el dilema entre la niña y la adolescente-mujer, capaces de dialogar entre sí. La adolescente-mujer viene definida por su cabellera larga y el estilo de ropa, por su cuerpo, y a pesar de reconocer a la niña como su hermana, es incapaz de reconocerse a sí misma en la adolescente-mujer, todavía la cara está borrosa, la propia identidad es borrosa, evanescente, como los rostros que se le aparecían de niña entre las sombras y el miedo. Este sueño, asociado mientras se habla de su ideal de sí y el de su padre, también desvela connotaciones edípicas, en la dificultad de ser una mujer (también para el padre).

Otro sueño, el que se repite desde pequeña: se trata de un batallón de hámsteres que destrazan el mundo y matan a todos menos a ella. Lo asocia con el miedo a estar sola si se pelea con alguien.

Este sueño es pre-edípico, remite al sadismo oral y al sentimiento de soledad. Ya vimos que, en la memoria de la madre, la mordedura del pecho fue la causa del destete. Por tanto, suponemos que la coartación de la agresividad ha de protegerla de la soledad. Se hace intervenir a la madre tras comentarle el sueño, se nota que a la hija le agrada que se comparta y comente con su madre el contenido de su sueño. Este trabajo con la diada madre-hija será clave en el tratamiento, a la hora de elaborar la dimensión oral del conflicto inconsciente. El trabajo de la psicoterapia se centra en los sueños, pero sin desligarlos de las vivencias, experiencias y conductas conscientes.

La paciente continúa con su conflicto entre perfeccionismo y decepción, entre la tensión-excitación y las maniobras autocalmantes o de descarga (tricotilomanía, chuparse el dedo, pica, rabia contra la hermana...). Los síntomas permanecen y me planteo el uso de medicación (sertralina, imipramina...). Sin embargo, ninguna medicación llegará a necesitarse durante el tratamiento. Va cambiando el lugar donde la paciente siente y manifiesta la tensión-excitación, oponiendo dos espacios, el colegio y la casa, y en especial en las clases de ciertas asignaturas difíciles. Por otro lado destaca un mayor disfrute del espacio de amistad. Los espacios parecen resignificarse.

Otro sueño: en la escena inicial, unas personas (un chico, una chica y ella) se caen por barrancos de la selva amazónica. La paciente nos dice que la chica se pierde en una escena falsa; el chico la busca, ella también se pierde y entonces su padre la busca. Cuando la chica y ella se encuentran, entonces se despierta.

El sueño muestra una doble representación de sí misma, en dos escenas, una vivenciada como verdadera y otra como falsa. La falsa parece remitir a un perderse falsamente, quizás a un ocultarse para que el chico la busque, un deseo. La que denomina verdadera, connota que se pierde de verdad y entonces la ha de buscar el padre, una realidad. Sin embargo, quien la encuentra a ella será la otra chica, la cual también representa a ella misma; al producirse el encuentro de ellas en el sueño, se despierta. Ambas son la paciente, tanto la chica deseada por el chico como la chica perdida (protegida a distancia por el padre, o simplemente unida a él). Entre ambas chicas se identifica otra, la soñante que se despierta, que es la misma y diferente, pues ahora es sexuada. Además, este relato es asociado por la paciente con algo que va a acontecer los próximos días.

Se trata de que en dos semanas será el centro de atención de la clase, ya que tiene que realizar una disertación. Dice tener mucha vergüenza, porque no le gusta nada que la miren. Piensa que la miran mal, que la critican por su físico. Se siente mal con su cuerpo cuando compara su pelo, su altura.

Vemos que en los sueños se cumple el deseo de poseer una larga melena, deseo contrario a sus acciones de tricotilomanía en la vida vigil, como si en la realidad presente ejerciera una prohibición sobre el significado de atracción erótica de la melena, o un castigo. Vemos a continuación cómo las asociaciones hacia el pasado las facilita la madre.

Aunque es capaz de imaginarse con veinte años y siendo como ahora, pero alta y con melena, sigue preocupada por su cuerpo y comiendo trocitos de esponja (con la que se lava el propio cuerpo) o el relleno del cojín. La madre recuerda que desde pequeña se chupaba el dedo y el chupete. Al quitarle el chupete a los dos años y medio, porque lo destrozaba mordéndolo, siguió chupándose el dedo, como en la actualidad. A estas conductas orales se le une el tocar-arrancarse el pelo sobre los tres años, desapareciendo hacia los cuatro o cinco, pero reapareciendo hacia los seis o siete. La madre constata que no se tocaba mientras ella estuvo embarazada de la pequeña. Vuelve a recordar que le dio el pecho hasta los nueve meses y que dejó de dárselo porque se lo mordía; la madre recuerda a la niña muy enfadada (recordamos que no dormía y que padecía de dolores cólicos).

Sueño terminal. Estamos en la segunda mitad del tratamiento, y éste será el último sueño que nos relate. En este sueño, “van ella y su familia nuclear a cenar a un sitio con sus tíos, van caminando juntos a otra casa,

donde vive una amiga suya. Saliendo le dicen que, debajo del coche, hay una urraca, casi muerta, y los padres pasan y la madre la ve. Se está muriendo como si hubiera tomado veneno”. Me explica que la urraca es carnívora y que va a los nidos de otros pájaros para comerse los huevos y que sus nidos son muy grandes. El nido es grande para protegerse del águila. Su abuelo materno y sus padres se lo enseñaron, la vida de la urraca y la de otros animales del campo. La madre comenta que, cuando Flor era pequeña, le contó que su chupete se lo había llevado la urraca. La niña dice que hasta ahora se lo había creído, y que además, hace unos años, vio esta escena en sueños.

Hemos llamado a este sueño “el de la urraca”; en él aparecen miembros de su familia extensa, también por asociación su abuelo, a quien quiere y de quien aprende cosas que le interesan sobre el campo, sobre los animales, porque fue jornalero en Andalucía; de hecho, su vocación de veterinaria parece relacionarse con él. Vemos la persistencia del mito familiar del chupete desaparecido, prolongando hasta la actualidad el pensamiento mágico infantil que rodeaba a la oralidad de la niña con el robo del chupete por la urraca. También se trasluce la prohibición canibalística, de que comer de lo prohibido puede matar. El sadismo oral se vuelve contra el sujeto (la urraca en el sueño está moribunda por haber ingerido un veneno, alguien la castiga). ¿Acaso M. Klein encontraría aquí una fantasía arcaica donde se reúnen el deseo de devorar el pecho y un temor a ser envenenada por él? La madre urraca, que con frecuencia no diferencia a sus propios hijos de los ajenos-adoptados (del críalo), quizás es vista de otro modo por Flor cuando comprueba que su madre puede incubar un nuevo niño. De esta manera, reconoce la buena función materna, la cual podrá calmar la venganza o retaliación del pecho materno contra ella (como hija voraz-adoptiva). Es durante este periodo del embarazo materno cuando se apaciguan los síntomas de tricotilomanía. Por otra parte, también sabemos que en este tiempo, cuando Flor tenía cuatro años, comienza la admiración y amor por el padre. Seguramente estas vivencias la fijan al segundo tiempo del Edipo, fantasía donde el padre lo tiene todo y ella es su preferida. De hecho, lo que en este proceso terapéutico va apareciendo es, primero, el conflicto edípico, y luego el conflicto oral, más reprimido. La tricotilomanía clínica aparece hacia los tres años, tras el castigo que sobre su sadismo oral ejerce la urraca privadora de la oralidad del chupete (a la urraca le gusta “robar” objetos brillantes para llevárselos a su nido). El chupete desaparece como desapareció el pecho, sorpresivamente, pero es reinterpretado por el inconsciente de la niña gracias al mito familiar de la urraca (transmitido por la madre) y del

posterior conocimiento consciente de la vida real de la urraca (que escucha del abuelo materno). La tricotilomanía condensa la necesidad de devorar con el castigo posterior, sin diferenciar el cuerpo propio del ajeno-materno. Ahora entendemos el efecto emocional que le produjo el decirle que se comía a sí misma, y los comentarios sobre si los caníbales comen a sus enemigos y a veces a sus próximos. El castigo por chupar, morder, devorar... se desplaza, en forma de síntoma, a la tricotilomanía, que conserva su dinámica, reprimiendo el significado. Las peleas con la hermana son otra válvula para expresar agresividad (aunque la mayor parte la ejerce sobre sí misma a través del carácter tan autoexigente, para ser digna del amor de su padre).

La elaboración de este sueño reaparecerá en las sesiones siguientes, de forma conjunta, asociando elementos de éste con interpretaciones y recuerdos de la infancia, que aporta la madre. Cuenta la madre que Flor, de pequeña, devoraba el chupete, destrozándolo, mordiéndolo y metiéndolo todo entero en la boca, y el miedo que tenía que pudiera atragantarse o ahogarse (no llega a decir morirse). Por todo ello decidió quitárselo, inventándose la historia de la urraca. La historia de la urraca, como mito familiar, explica la pérdida del chupete y, como decimos, se lo sigue creyendo en la actualidad, a pesar de sus 12 años. Flor reacciona sorprendida ante la pérdida de esta verdad mágica e ilusoria, cuando la madre le aporta otro sentido de la realidad. Aunque la niña no suele expresar rabia, según cuenta la madre (no atribuye este afecto a las peleas con la hermana), ni antes ni ahora, sin embargo recuerda el enfado que de pequeña mostraba mordiéndolo a los otros. Volvemos a retomar con humor la etapa libidinal del canibalismo oral y de su autocanibalismo. Se muestra todavía inquieta e incómoda con el tema. Más tarde, lo valorará como descubrimientos sobre sí misma. A pesar de que la mordedura de uñas ha disminuido, a pesar de no pintárselas, y de que parece estar más tranquila y contenta, sin embargo, desde hace dos semanas se ha incrementado el arranque-ingestión de pelo y de pica. Pensamos que el incremento sintomático suele corresponder a una apertura de la represión del conflicto oral sádico, que se hace consciente a través del sueño.

La historia mítica familiar en que la madre dice que un pájaro es el responsable de la pérdida del chupete, y el comentario materno que reconoce el dolor que esto le causó a la niña, y añadido yo, quizás como si una parte del propio cuerpo le fuese arrancado, seguramente le permite a la niña retrospectivamente dar sentido a aquel dolor. Pasados los años, Flor tiene otro sueño, donde ve a la urraca robándole el chupete, constatando la

fuerza que en su inconsciente tiene este mito familiar con valor de explicación verdadera. Por otro lado, se interesa “científicamente” por la vida de las urracas, a través de los conocimientos que su abuelo le transmite sobre la naturaleza, y que asimila con gran curiosidad. La urraca puede representar, en el sueño, a ella misma y a la madre, que es, junto a los tíos, la representación del núcleo familiar que participan del mito (el abuelo se encuentra fuera de la escena, es un representante de la realidad, por asociación). Los familiares son testigos de la muerte de la urraca, como castigo por su maldad (las urracas mueren envenenadas por el hombre, castigadas por considerar que se comen los huevos de perdiz).

En el sueño, a continuación, la familia es invitada a comer de otra forma, en casa de su mejor amiga (como si fuera ella misma quien da de comer). El mito familiar que el sueño condensa y relaciona con las vivencias personales deja de tener una carga emocional reprimida, al poder expresarse con las palabras maternas y propias, que reconstruyen la biografía de la niña.

Final del tratamiento (sesiones 10 a 13)

Tras dejar la conducta tricotilomaniaca, tuvo una pequeña recaída, a pesar de que ya estaba de vacaciones y sin estrés, pero luego, como dice ahora, ya no se tocó más ni le vienen ganas de hacerlo. La tutora la notó durante el primer trimestre como aislada. Luego fue constatando que se relacionaba bien y con todas las compañeras. De hecho, es de las primeras del curso. Por otra parte, durante el verano ha madurado en varios sentidos. Menos discusiones con su hermana y ausencia de las habituales pataletas de rabia, como de niña pequeña, cuando la reprendían o le prohibían algo. Además, durmió en casa de una amiga, salieron de noche por la feria, le gusta ir de Colonias y conocer nuevos lugares, no se siente nerviosa o intranquila en sitios desconocidos. Esta separación familiar, insuperable en otros tiempos, ahora se acompañó de disfrute. Le gusta arreglarse. Come mejor y con más apetito. El deporte le gusta desde siempre. Este año se apuntará a judo y a deportes con patines. Aunque físicamente sigue siendo menuda, va sintiéndose más segura, animada ante el nuevo curso. Hablamos sobre la alimentación, que parece resultar algo escasa. No realiza pica, pero de vez en cuando se “fuma una pipa” (chuparse el dedo). Bromeamos con que ha fabricado pulseras para regalar a miembros de su familia y otra para un amigo; dice que éste no le gusta, aunque le cae bien. Le pregunto si ya considera que está curada y me dice que,

de todas formas, ella prefiere volver a la visita dentro de dos meses. Se prepara el final del tratamiento.

Cuando acude a la que será la última visita, pensamos en su modo de ser, de carácter algo nervioso, pero sin ser excesivo o causarle problemas, salvo el morderse las uñas cuando no se las pinta. Es capaz ahora de afirmarse frente a la autoridad del padre (recordemos que antes la relación era de idealización temerosa). La agresividad no tiene dificultades en encauzarla hacia deportes de lucha y a través de la caza. Fue a cazar con su abuelo. Esta vez me solicita el alta, dice encontrarse bien, más segura, sabe “sacar el carácter”, quiere apuntarse a judo y con su hermana se lleva bien. Sin embargo, relata que ha tenido una sensación durante la clase, de tipo *déjà vécu*, posiblemente señal del normal del proceso de individuación en la adolescencia.

Revisión tras un año del alta

Al consultar la historia clínica interdisciplinar, puedo constatar que un año después del alta, continuaba libre de cualquier síntoma psíquico, también de la tricotilomanía. Sin embargo, me encuentro que se le acaba de diagnosticar una enfermedad celíaca sin expresión sintomática digestiva, con anemia ferropénica, baja estatura y retraso puberal. Revisando la historia del CAP, se constata un retraso del crecimiento, que de ir sobre el Percentil 25 (P25) durante la infancia, a los doce y catorce años desciende al P10.

Reunidos el equipo pediátrico (paidopsiquiatría, endocrino y pediatra de CAP), constatamos que los frecuentes cambios de pediatra en el CAP, junto a la sintomatología aparatosa de la tricotilomanía, contribuyeron a que se desatendiera el descenso en la curva de crecimiento de la niña, a pesar de ser un equipo que trabaja habitualmente desde una perspectiva psicósomática.

Interpretación metapsicológica del tratamiento

Retomando la alimentación y el sueño durante el primer año de vida, observamos señales de disfunción, e incluso de sufrimiento, en su desarrollo oralimentario (cólicos del lactante y la agresividad oral del morder) y del sueño (insomnio persistente), lo que probablemente va parejo con alteraciones de la pulsión de contacto, que incluirá a la piel (diagnóstico de piel atópica). El envoltorio físico que separa al cuerpo del sujeto del mundo exterior, la piel y el tubo digestivo, padecen de enfermedades autoinmunes (a los catorce

años se le diagnostica la enfermedad celíaca). Es D. Anzieu (1985) quien subraya que la constitución del yo-piel, como prototipo del límite del Yo (que primero es corporal para luego ser mental) depende del proceso integrador de las envolturas sensoriales, y en particular las oro-táctiles (además de la visual, auditiva...), que a su vez ayudan a la formación de la pantalla de los sueños, que entre los seis y doce meses, con el aumento de la fase REM, acogerá el soñar.

En esta niña, las dificultades que se constatan durante la primera infancia respecto del dormir no van a restringir o anular la capacidad de representar sueños, pero sí se afecta su capacidad de contenerlos. Por eso, la carga afectiva y representativa de las imágenes desbordan los límites del dormir, tanto en forma de pesadillas, como en una imaginación viva y temerosa, donde el pensamiento mágico tiende a excederse más allá de los contextos de juego, y se sobrecarga de agresividad que acaba proyectándose. Es así que las pesadillas se repiten hasta despertar al yo, que se continúan en alucinosis o miedos de duermevera, como es el caso repetido de “el monstruo de ojos rojos”. La niña, con el miedo suscitado por estas alucinosis persecutorias, busca el contacto protector, la calma, la seguridad que la madre pueda reportarle (la *función alfa* de Bion). Los rostros que se desvanecen son rastros de los rostros que ya no se reconocen, imágenes que ya no identifican lo suficiente a sí misma o al otro.

En el estudio psicodinámico de Keren y colaboradores (2006) sobre la tricotilomanía infantil, se constatan las disfunciones del vínculo materno-filial. Durante la psicoterapia, la madre es capaz de ayudarlo a completar, a poner en orden y, por consecuencia, a comprender mejor los sueños de ahora con los recuerdos de antes, aunque también hay que ayudarla a ella, tirando de sus palabras. De todos modos, en el presente, la madre es capaz de desarrollar la capacidad de ayuda a la comprensión de los recuerdos de la niña (la *función alfa* materna aparece). Si ahora la madre pudo desarrollar su capacidad de observación y de empatía, no sabemos si en aquel tiempo pasado esta capacidad pudo estar bloqueada de su parte, o bien porque la niña presentara excesivas dificultades para calmarse.

Viene a cuento esta reflexión sobre la primera infancia, porque allí comienza a gestarse el trastorno actual. Siguiendo a M. Klein, podemos sospechar que la agresividad mostrada hacia el pecho a los nueve meses coincide con el paso de la oralidad incorporativa al sadismo

oral intenso y con un adelantamiento de la fase anal-retentiva (manifestada en un precoz control de esfínteres, e incluso por un dominio de la deambulación), que posiblemente aminoró, sino impidió, la expresión del sadismo anal. El displacer sufrido durante los primeros meses, por el dolor cólico y la dificultad para calmarse y dormir, seguramente favoreció la agresividad hacia el pecho-madre, que, al manifestarse con la mordedura, supuso la pérdida real del mismo. Así, se redobló la incapacidad para encontrar calma y tranquilidad a partir de la función contenedora de la madre (con independencia de que los requerimientos de la niña fueran excesivos), de manera que la niña reacciona recurriendo a su gran capacidad de autocontrol sensorio-motor y producción de representaciones mentales, pero tan cargadas afectivamente que no pueden ser suficientemente contenidas. Y por ello se siente perseguida, de ahí que los monstruos aparezcan en las pesadillas y en el duermevela en forma de alucinosis, o como miedos en la vigilia. En el rostro del monstruo, se vislumbra la ira proyectada de sus ataques al pecho-madre, perdiendo los límites que habrían de diferenciar, a sí misma cargada de ira, de una madre insuficientemente contenedora.

Las alucinosis en duermevela o vigilia muestran su dificultad para contener la producción mental, debido a la fragilidad de la pantalla-piel de los sueños. Esta incapacidad del yo para contraerse, para limitarse, hace que su pensamiento mágico exceda al habitual en los niños. El rostro de ojos ensangrentados luego se desvanece, como siendo capaz de borrar la agresividad proyectada, con lo que el miedo se aminora al contener la proyección de la imagen y del afecto ligado, el rostro y el odio. Una primera forma de autocontrol-adaptativo, de características anal-retentivas, se expresa por su precocidad en el control de esfínteres y en la deambulación. Conforme disminuye la proyección de la agresividad, ésta parece volverse contra ella misma, tomando la expresión de un sentimiento de fragilidad-inseguridad, que constituirá, junto a la compulsión de la tricotilomanía, la expresión de autocontrol de la agresividad. Su tricotilomanía consiste en excorporar e incorporar el cabello, tarea que, sin pensamiento ni afecto, sustituye en el círculo conductual-somático al trabajo psíquico de la proyección e introyección de los representantes psíquicos y sus afectos. Otros acontecimientos posteriores, como las burlas escolares, ahondarán en la herida de la inseguridad.

Se va calmando la agresividad oral, mediante el autocontrol compulsivo y desprovisto de pensamiento. Al mismo tiempo que aparece este autocontrol, sobre los cuatro años, se manifiesta, según la madre cuenta, la veneración y el temor del padre, mostrándose sobre esta imago paterna. Más tarde, se manifiesta la referencia del ideal del Yo y la desvaloración de sí o el sentimiento de fracaso como decepción frente al ideal. Si lo interpretamos dentro de la relación edípica, la niña cambia el objeto parcial primario (el pecho), y se constituye ella misma en un objeto ideal que completa la falta del otro, posición fálica. Se dirige hacia el padre como siendo lo que el otro puede desear, surgiendo así la vergüenza que la irá acompañando cuando trata de evitar que se pueda descubrir que ella no es ese todo de perfección. De ahí que proyecte dicho temor en el padre que juzga, al tiempo que proyecta en él su ideal de completud-perfección, con el que se identifica. Durante la pre-pubertad, la autoexigencia esconde el temor de “no ser perfecta”.

Los celos por su hermana ya vimos que podían tener una conexión con la oralidad, pero también se encuentran en el centro de su conflicto edípico. Necesita ser la preferida, pero no lo manifiesta directamente. Su dimensión histérica toma una forma recatada, a través de la vergüenza y del perfeccionismo, aunque en casa protesta y se enfada con su hermana. La agresividad oral va persistiendo e influyendo diferentes áreas del psiquismo, a lo largo de la evolución de la niña, destacando en la clínica unos síntomas, como son las conductas compulsivas de expresión somática (tipo tricotilomanía, dificultades para comer), y los rasgos de carácter (tipo vergüenza, autoexigencia, inseguridad).

Dada la fijación pre-edípica del trastorno, las entrevistas conjuntas realizadas con la hija y la madre, a partir de ciertos contenidos de los sueños de la hija, permitieron a la niña reencontrar en sí misma a una madre suficientemente buena, al mismo tiempo que desinfla su autoexigencia y puede comenzar a disfrutar en mayor grado de la realidad cotidiana, desprendiéndose de la inseguridad y del exceso de vergüenza (que ocultan el sentimiento de omnipotencia).

Desde un punto de vista psicossomático, vemos como esta niña sufre de enfermedad autoinmune, con un ataque a la envoltura corporal, a la piel con la atopía y al tubo digestivo con la enfermedad celiaca. Puede que ambas formen parte del mismo proceso de fragilidad del yo-piel ante el extraño, en el sentido de Sami-Ali (1979).

Conclusiones

La paciente tricotilomaniaca, a pesar de aparentar alexitimia y baja mentalización, muestra una actividad imaginaria que permite el acceso a la subjetividad y a los conflictos inconscientes. En este caso, a través de los sueños.

La edad pre-puberal seguramente favorece la presencia en los sueños de los conflictos edípicos, a los que la paciente accede en primer término, pero es la fijación al conflicto oral reprimido donde parece radicar el núcleo del conflicto. Este conflicto se extiende y atañe al proceso arcaico de separación, formación del yo e incluso a la separación psique/soma, que quizás favorezca la aparición de enfermedades psicosomáticas.

El acceso al núcleo oral reprimido es favorecido por el trabajo terapéutico madre-hija.

Bibliografía

- ANZIEU, D. (1985). *Le moi-peau*. París: Dunod.
- DSM IV (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- FRANKLIN, M., EDSON, A., LEDLEY, D. Y CAHILL, S. (2011). Behavior therapy for pediatric trichotillomania: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* vol. 50, 8, 763-771.

GRANT, J., ODLAUG, B. Y KIM, S. (2009). N-acetylcysteine, a glutamate modulator, in the treatment of trichotillomania: a double-blind, placebo-controlled study. *Archives of general psychiatry* vol. 66, 7, 756-763.

GRANT, J., ODLAUG, B., CHAMBERLAIN, S. Y KIM, S. (2011). Dronabinol, a cannabinoid agonist, reduces hair pulling in trichotillomania: a pilot study. *Psychopharmacology* vol. 218, no. 3, 493-502

JARAMILLO-BORGES, Y. (2007). Tricotilomanía, tricofagia y el Síndrome de Rapunzel. *AMC*, vol 49 (1).

KEREN, M., RON-MIARA, A., FELDMAN, R. Y TYANO, S. (2006). Some reflections on infancy-onset trichotillomania. *The Psychoanalytic study of the child* vol. 61, 254-272.

LEWIS, J. (2013). Hair-pulling, culture, and un mourned death. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, Vol 8(2), 202-217.

REILLY, M. (2006). Trichotillomania. *Gale Encyclopedia of Children's Health: Infancy through Adolescence*. Vol. 4, Detroit: Gale.

SAMI-ALI, M. (1979). *Cuerpo real, cuerpo imaginario*. Barcelona: Paidós

VAN AMERINGEN, M., PATTERSON, B., BENNETT, M. Y OAKMAN, J. (2010). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine in the treatment of trichotillomania. *The Journal of clinical psychiatry* vol. 71, 10, 1336-1343.

Terapia familiar psicodinámica de la anorexia nerviosa*

GÜNTER REICH¹, A. ANTJE VON BOETTICHER^{2, A} Y MANFRED CIERPKA³

RESUMEN

La anorexia nerviosa es un grave trastorno psicossomático, aunque muchas veces está íntimamente enlazado con las relaciones familiares. En algunos casos, también se produce en un contexto multifactorial, diferenciando cuatro niveles de desarrollo de la patología: el nivel biológico (neurofisiológico), el social, el familiar y el individual (psíquico). La dinámica familiar de la patología suele tener un elevado impacto en la relación terapéutica y en la dinámica de transferencia y contratransferencia. A continuación, se presentan la experiencia clínica y algunos resultados de estudios efectuados en las dinámicas familiares de la anorexia, así como también los pasos de su tratamiento. También se hablará sobre la indicación de las sesiones de terapia familiar y su ajuste al caso concreto. PALABRAS CLAVE: anorexia nerviosa, dinámica familiar, especificidad, terapia familiar.

ABSTRACT

PSYCHODYNAMIC FAMILY THERAPY FOR ANOREXIA NERVOSA. Anorexia nervosa is a severe psychosomatic disorder, but one that is often deeply interwoven with family interactions. In some cases it also appears in a multigenerational context. Four levels of development of the illness must be differentiated: the biological (neurophysiological), social, family and the individual (psychic) levels. The family dynamics involved with this illness often have a high degree of impact on the therapeutic relationship and the dynamic of transference and countertransference. Clinical experiences and some research results on the family dynamics of anorexia are presented, as well as the steps for treatment. Questions of indications for family therapy sessions and their setting will also be discussed. KEY WORDS: anorexia nervosa, family dynamics, specificity, family therapy.

RESUM

TERÀPIA FAMILIAR PSICODINÀMICA DE L'ANORÈXIA NERVIOSA. L'anorèxia nerviosa és un greu trastorn psicossomàtic, tot i que moltes vegades està íntimament enllaçat amb les relacions familiars. En alguns casos també es produeix en un context multifactorial, i es diferencien quatre nivells de desenvolupament de la malaltia: el nivell biològic (neurofisiològic), el social, el familiar i l'individual (psíquic). La dinàmica familiar de la malaltia sovint té un elevat impacte en la relació terapèutica i en la dinàmica de transferència i contratransferència. Seguidament es presenten l'experiència clínica i alguns resultats d'estudis efectuats en les dinàmiques familiars de l'anorèxia, així com també els passos del tractament. També es parlarà sobre la indicació de les sessions de teràpia familiar i de l'ajustament al cas concret. PARAULES CLAU: anorèxia nerviosa, dinàmica familiar, especificitat, teràpia familiar.

Desarrollo actual en terapia familiar de la anorexia nerviosa

Hay una larga tradición de asociación entre la anorexia nerviosa con las interacciones y las circunstancias

familiares, sobre todo con problemas de separación e individuación en la adolescencia. Cualquier técnica de terapia familiar, tanto psicodinámica, como estructural o sistémica, tiene, de alguna manera, su origen en el conflicto por superar esta patología crónica y, en muchos

*Comunicación presentada en el Congreso de la EFPP (European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy), en Berlín, entre el 26-28 de Junio de 2015.

¹Profesor y doctor en Psicología. Psicoterapeuta. ²Psicóloga. ³Psiquiatra, psicoanalista y terapeuta familiar del Instituto de Investigación Cooperativa, Psicossomática y Terapia Familiar, Clínica Universitaria de Heidelberg (Alemania).

^ADepartamento de Medicina Psicossomática y Psicoterapia de la Clínica Universitaria para la Terapia Familiar y los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Universidad de Göttingen (Alemania).

Correspondencia: greich@gwdg.de

Recibido: 29/10/2015 - Aceptado: 11/3/2016

casos, mortal, y en la comprensión de sus mecanismos (Cierpka y Reich, 2010).

Las técnicas de terapia familiar contemporáneas prefieren un enfoque en las repercusiones de la anorexia nerviosa en los padres y en los hermanos. En gran parte, intentan entrenarlos en cómo hacer frente a la conducta alimentaria y a los aspectos del paciente relacionados con ésta. Intentan evitar explorar la posible participación de las relaciones familiares en el origen y el mantenimiento de la patología, entre otras causas para no acusar a los padres de ser los causantes de ésta y generar en ellos sentimientos de culpabilidad (Lock et al., 2013; Reich, 2015).

Esta aproximación contrasta no sólo con la psicodinámica, que hipotetiza sobre la posibilidad de que los casos precoces y en la adolescencia en situaciones con fuertes vínculos tienen un elevado impacto en el desarrollo psíquico de las personas. También hay una serie de descubrimientos que muestran una indiscutible influencia de los factores familiares en el desarrollo de los trastornos de la alimentación, como una estrecha relación entre actitudes inadecuadas respecto a la alimentación de los padres, una fuerte preocupación en las dietas y en estar delgada y las correspondientes conductas y trastornos alimentarios de los niños, así como una percepción de la imagen corporal negativa, sobre todo en niñas (Cierpka y Reich, 2010; Field et al., 2008; Kluck, 2010; Quiles Marcos et al., 2013; Neumark-Sztainer et al., 2010; Reich, 2015).

En efecto, la acusación o el juicio de la actitud de los padres de los niños y adolescentes con un trastorno de la alimentación, en muchos casos, no es útil para construir una alianza terapéutica y mantener a los padres en un proceso terapéutico, ya sea individual o familiar. La visión multigeneracional de los procesos familiares (que incluye, al menos, una exploración de tres generaciones por su relevancia y el mantenimiento de trastornos psíquicos graves) puede permitirnos ver los aspectos del desarrollo y las necesidades de los padres, con sus circunstancias históricas y sociales, así como evitar juzgarlos, para poder explorarlos.

La especificidad

La discusión sobre las dinámicas familiares y la terapia familiar de patologías específicas también trata la cuestión de la especificidad respecto a la no especificidad. De hecho, el patrón de relaciones o de interacción

familiar no específico tiene un claro impacto en el desarrollo de la patología y actúa como causa directa de determinados síntomas.

Los niveles biológicos, individuales, familiares y sociales de las patologías psicósomáticas como la anorexia funcionan por sí mismos de acuerdo con sus propios mecanismos. Se influyen entre ellos, pero siguen sus regularidades específicas. Así pues, cada nivel del sistema involucrado en el proceso anoréxico hay que estudiarlo en su propia globalidad. Por ejemplo, la influencia de los medios de comunicación y de los grupos de iguales, que contribuyen a la insatisfacción con el propio cuerpo, es sólo parcial, si es que lo es de alguna manera, bajo el control de la familia o del individuo. A nivel neurobiológico, la anorexia se caracteriza por una serie de diferencias estructurales y funcionales en comparación con los controles sanos, algunos de los cuales persisten después de la recuperación del peso, como la reducción de la materia gris, pero no del volumen de la blanca. La pérdida de volumen de la materia gris corresponde a áreas implicadas en la regulación de las emociones. El déficit de dopamina (importante en la conducta alimentaria, la motivación y las conductas de refuerzo y recompensa) y de serotonina (importante, por ejemplo, en la regulación de las conductas obsesivas, la ansiedad y el control de impulsos) también se ha observado. Los niveles bajos de leptina podrían ser los responsables de la hiperactividad compulsiva (Elbrug y Treasure, 2013; Phillipou et al., 2014). La inanición y la catexia reducen los efectos potenciales de las intervenciones psicoterapéuticas, que sólo podrían actuar de manera incompleta, y que sólo pueden ser parciales y muy indirectamente influenciadas por los cambios en las interacciones familiares. Los psicoterapeutas de orientación psicodinámica pueden tender a subestimar las consecuencias de los efectos neurobiológicos.

El Modelo Familiar en las Patologías Psicósomáticas

El tipo de familia más influyente para la anorexia es el *modelo familiar de las patologías psicósomáticas*, creado por Minuchin y colaboradores (1978). En contra de los rumores que sugieren lo contrario, el grupo nunca contempla factores familiares, como la evitación de conflictos, la sobreprotección y la rigidez como la “causa” de la anorexia. Tanto las características de la anorexia y de las interacciones familiares como proceso co-evolutivo tienen que ser tratadas en las intervenciones de

terapia familiar. El modelo ha inspirado muchos estudios empíricos sobre la interacción familiar. Al menos, parte de éstos tienen que ser validados por subgrupos de pacientes con trastornos de la alimentación y sus familias (por ejemplo, Kog y Vandereycken, 1989).

Aunque no son aplicables de forma global para todas las familias de pacientes anoréxicos, las características descritas pueden encontrarse, al menos parcialmente, en la práctica clínica. En su posterior elaboración del modelo de Minuchin, Beatrice y colaboradores describían mecanismos de retroalimentación entre interacciones disfuncionales y la vulnerabilidad de los niños de sufrir de asma, colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn (Wood et al., 2000). Toman la “reactividad bioconductual” como un enlace entre procesos biológicos y psicológicos en el modelo familiar bioconductual (Wood et al., 2008).

Relaciones familiares y la *familia interior*

La teoría psicoanalítica de las relaciones de objeto ofrece un concepto satisfactorio a la hora de entender el desarrollo de los procesos interactivos entre los individuos y la familia. La identificación de procesos mediante la formulación psicosocial del compromiso en la familia determina lo que el sujeto internaliza como la *familia interior* (Cierpka et al., 1998, pág. 321). Los niños asimilan el concepto de familia en general y la específica en su origen de manera gradual a lo largo del tiempo. Durante su desarrollo, los niños intervienen en la evolución del sistema familiar creando cambios en sus padres, que tienen que adaptarse a nuevas tareas y asumir nuevos roles más adecuados. Este rol de inducción de relaciones de los niños significa que éstos no sólo se identifican con las funciones y los procesos de la familia, sino que contribuyen en el desarrollo de estas funciones. Los niños han ayudado a crear los modelos de interacción, identificación e internalización como representantes familiares (Cierpka et al., 1998, pág. 322).

A continuación, se habla de los procesos de identificación y se muestra la co-evolución de los factores individuales, familiares y sociales en la etiopatogénesis de los trastornos alimentarios. Se hace especial énfasis en la visión longitudinal del desarrollo de estos trastornos. En el continuo de los factores causales, la familia tiene un rol muy importante, pero no es el único. Además de los factores hereditarios, como el temperamento y la

afectividad (Van Elburg y Treasure, 2013), los factores sociales, como el ideal de delgadez y los aspectos del rol del género femenino (que tienen un riesgo abrumadoramente más alto), los factores de desarrollo, especialmente las transiciones a la adolescencia y a la edad adulta, y el mismo refuerzo de conductas alimentarias disfuncionales con sus propias implicaciones neurobiológicas también tienen un papel importante (Cierpka et al., 1998).

El desarrollo adolescente

Las tareas en el desarrollo de la adolescencia requieren una reorganización en los individuos, no sólo del adolescente en sí mismo, sino también de los hermanos y de los padres, y del conjunto familiar en su totalidad. Para los adolescentes es una fase crucial en su desarrollo personal, de género y de su identidad sexual, y para la integración de sus expectativas en los roles familiares y culturales. El cuerpo y la apariencia externa cambian, a menudo de manera espectacular, en las chicas, con un elevado incremento de células adiposas. La admiración hacia el propio cuerpo suele disminuir o fluctuar considerablemente (Cierpka et al., 1998, pág. 322). La comparación con los estándares sociales, tanto los imaginarios como los reales, representados por los medios de comunicación y por los compañeros, se intensifica. El esquema cultural de estar delgado, asociando este hecho con el atractivo, el éxito social y profesional y, por tanto, con la propia autoestima, resulta muy importante. El riesgo de sufrir un trastorno alimentario aumenta a medida que aumenta la relación de la autoestima con el esquema de delgadez. Las interacciones familiares dan forma a la manera como el esquema de delgadez es integrado e internalizado y a como se experimentan y se gestionan los conflictos de autoestima (Cierpka et al., 1998, pág. 322).

Influencias familiares en el desarrollo de los trastornos de alimentación

Los trastornos de alimentación suelen estar entretelados con los procesos familiares disfuncionales (Cierpka y Reich, 2010; Holton-Vissel y Allan, 2015; Reich, 2003a, 2003b; Reich, 2015; Tetley et al., 2014). Hay diferentes vías de influencia, que comentamos a continuación.

Ya se ha señalado la relación entre actitudes parentales irregulares respecto la comida, una preocupación por la delgadez y las dietas, y las conductas respecto las ingestas y la dieta (“familias centradas en la apariencia”) y la conducta correspondiente en el trastorno alimentario. De esta manera, la familia tiene un impacto directo en las conductas y comportamientos alimentarios patológicos.

Hay evidencias empíricas que hablan del vínculo entre las dificultades de individualización-separación y los trastornos alimentarios (Cella et al., 2014; Cierpka y Reich, 2010; Reich, 2015).

Parece que las personas anoréxicas tienen vínculos muy fuertes con su familia de origen. “En familias con vínculos interpersonales e intergeneracionales permeables y un elevado grado de control interpersonal, ambos factores también están relacionados con manifestaciones en la conducta alimentaria y en forma de rituales alimentarios. A menudo, los vínculos entre estas familias y el mundo externo son muy cerrados. Estas familias no dan suficiente soporte a los adolescentes para que adquieran más autonomía, y la alimentación se convierte en un secreto o una batalla abierta para conseguirla” (Cierpka et al., 1998, pág. 323).

En los sistemas familiares donde las necesidades básicas de afectividad, de consolación y de reconocimiento y de apoyo emocional no están cubiertas, éstas son evitadas. Tienden a manifestarse en forma de estados más disfóricos, que el individuo tiene dificultad de diferenciar y de manejar en sus diferentes formas. La ingesta o el rechazo del alimento puede convertirse en el principal mecanismo para la regulación de los afectos. En familias de anoréxicas “clásicas”, la expresión del afecto suele combinarse con intentos de control y de negación de sus diferentes necesidades.

Los sistemas con vínculos intrafamiliares permeables y vínculos cerrados entre la familia y el entorno y un elevado control interpersonal parece que tiendan más a promover la evitación de los daños y una elevada dependencia de la recompensa, tal y como Strober (1991) describe para las anoréxicas. La protección y el control de los vínculos entre el individuo y los otros y de la autoestima son desplazados a la ingesta de comida y a la delgadez, ambos visibles dentro y fuera del ámbito familiar, y que conducen a la anorexia nerviosa (Cierpka et al., 1998; Reich, 2003b).

Además, el auto-refuerzo de la interacción de los círculos viciosos de la anorexia también conduce a

círculos viciosos fisiológicos, que, al mismo tiempo, refuerzan los patrones de interacción intrapsíquicos desadaptativos. La inanición lleva a alteraciones en el equilibrio hormonal y a una bajada de los niveles de serotonina, aumentando las posibilidades de sufrir estados depresivos.

Aproximación a nuestra terapia familiar

En nuestro método de terapia familiar para el tratamiento de la anorexia nerviosa, se siguen tres etapas o estadios:

1. Estabilización del peso y de la ingesta, incluyendo los estadios progresivos de ganancia de peso. A partir de este plan, se establece la necesidad de tratamiento a nivel hospitalario o el seguimiento a nivel ambulatorio.
2. Trabajar en los aspectos relacionales de la familia, enfrentándonos a los conflictos familiares, mayoritariamente con los de separación-individuación, y en su posible resolución. En esta fase, también se exploran los aspectos multigeneracionales y el desarrollo individual de los padres en sus familias, así como en la misma pareja, intentando producir cambios en creencias preformadas muy interiorizadas, fantasías, sentimientos y patrones de interacción.
3. Una fase en la que los problemas de desarrollo personal y de los iguales, como aspectos sobre su sexualidad, la imagen corporal y las relaciones, acaban siendo el foco de atención de las sesiones de terapia individual y, a veces, para sesiones de pareja, para poder trabajar en los conflictos entre los padres sobre estos aspectos.

El caso de Julia: terapia familiar multigeneracional

Julia, una chica de 13 años, fue derivada a nuestro equipo por su terapeuta, que la trataba mediante terapia cognitivo-conductual (TCC) por presentar rituales compulsivos y ansiedad. Empezó a sufrir de anorexia con un índice de masa corporal (IMC) inferior a 14 (166 cm, 387 Kg).

Las dos primeras sesiones vino acompañada de su madre, una enfermera de aproximadamente 30 años. Los padres se habían divorciado hacía un año aproximadamente, pero ya se habían separado cuando Julia tenía alrededor de siete años.

Durante las primeras sesiones, supimos que Julia y su

madre se habían trasladado a casa de los abuelos, en un piso aparte. El abuelo había muerto hace más o menos un año y la anorexia se había desarrollado entonces. La abuela pasaba mucho tiempo con Julia, acompañándola al colegio, con los amigos, a clases particulares, y preparando gran parte de las comidas para las tres.

Organizamos sesiones de terapia individual para Julia centrándonos en su imagen corporal, la conducta alimentaria y el desarrollo de sus iguales. También invitamos a la abuela a participar en las sesiones de terapia familiar, que aceptó como una oportunidad para mostrarnos su punto de vista sobre el desarrollo no sólo de Julia, sino también sobre el de su madre, con el que estaba totalmente insatisfecha.

Durante las primeras sesiones con la abuela, observamos grandes discusiones entre ella y Julia, mientras que la madre se mantenía tranquila, respondiendo sólo a las preguntas que se le formulaban y contribuyendo poco a la comprensión de la dinámica, básicamente minimizando posibles aspectos conflictivos. Observamos a Julia como posible representación de su madre y de sus conflictos sin resolver con la abuela, sobre la propia individuación y posición en la familia, representando estos conflictos a nivel no verbal.

Cuando vimos la madre y la abuela en dos sesiones a parte, la abuela acusaba con reproches a la madre de su rechazo a los estudios, consiguiendo únicamente una diplomatura de poco valor, no haciendo una carrera sino siendo una enfermera y casándose con un incompetente, que resultó ser un bebedor, que tenía muchas fobias y ansiedades y problemas con el control de los impulsos. La escalada de conflictos entre la madre de Julia y su exmarido, presenciados por la hija, las llevó finalmente a vivir a casa de los abuelos maternos. Todavía mantenía el contacto con aquel hombre, ayudándole dándole dinero, a veces comprándole algunas cosas (incluso bebidas alcohólicas), siempre con la desaprobación de la abuela. Presentaba todavía una fuerte dependencia hacia él, blindándose así de la presión de su propia madre.

La abuela era arquitecta y trabajaba con un importante constructor de una empresa en una posición líder, supervisando grandes proyectos hasta que se jubiló. Después de la jubilación, ayudó a su marido en su propia empresa de construcción, de la que tomó el relevo mayoritariamente uno de sus hijos (el tío de Julia, hermano de su madre). El otro tío (el segundo hermano de la madre de Julia) era un abogado de éxito en una gran

ciudad de Alemania.

La abuela parecía muy capaz de imponer su voluntad a los otros, tanto en la empresa de construcción, donde la llamaban “la Helena de hierro”, como en relación con su marido e hijos. Con las únicas personas con las que no lo pudo conseguir fue con la madre de Julia, con su resistencia pasiva, i con Julia, con una resistencia más activa.

Sugerimos la posibilidad de ver el padre de Julia en una sesión para poder tomar consciencia de su rol en las interacciones familiares y en su posición respecto las dificultades de su hija. Esta propuesta fue fuertemente rechazada por la madre de Julia, que creía que supondría todavía más problemas, y que recibió un apoyo significativo de la abuela, que esperaba “una mayor claridad en determinados asuntos”, que, supusimos, significaban una mayor división entre el padre de Julia y ella y, por otra parte, entre la madre y la abuela. Como no quisimos ponerlos de parte de la abuela contra la madre de Julia en este aspecto tan importante, dejamos la decisión en manos de la segunda.

Explorando la tríada Julia-madre-padre en la siguiente sesión, observamos que Julia representaba un fuerte rol parental respecto a su padre, que la telefoneaba a ella y a su madre al menos una vez al día, explicándoles sus problemas y angustias, y también de su madre, de la que Julia se preocupaba mucho.

En este punto de la terapia se llegó a un impasse, no respecto al progreso de Julia con las ingestas, aumentando de peso y mejorando las relaciones con los iguales, sino respecto el trabajo de los conflictos familiares. La madre de Julia reaccionó de forma muy evasiva, minimizando y reticente. En este proceso de transferencia-contratransferencia parecía que nosotros adoptásemos más el rol de la abuela, apuntando a las dificultades, los defectos y errores de la madre en el cumplimiento de su rol respecto a Julia. Adoptamos el papel de jueces de la familia, teniendo que decidir sobre quién tenía razón y quién se equivocaba; y también de mejores padres para Julia.

En esta fase, decidimos implicar los parientes cercanos, invitando al tío de Julia, el hermano de la madre, a una sesión de terapia, que tenía una buena relación con la madre de Julia y que más adelante podría ser de apoyo para aportar posibles nuevos puntos de vista a las dinámicas familiares.

En una sesión conjunta con él, la madre de Julia, su abuela y Julia, conocimos el papel de mediador del

abuelo en el conjunto de la familia, sobre todo entre la madre y la abuela y el papel de cuidador que él ejercía respecto a Julia. Los síntomas de anorexia evolucionaron poco después de su muerte inesperada. También su fobia a ahogarse, ya que el abuelo murió por una parada respiratoria secundaria a la enfermedad pulmonar que sufría. Evidentemente, Julia se identificaba con él de una manera muy clara.

La sesión también aportó nueva información sobre aspectos de la vida de la abuela. Nacida en una granja, propiedad de la familia de su padre desde hacía generaciones, se le permitió seguir con estudios superiores. Mientras, su hermana pequeña tuvo que casarse con un granjero y hacerse cargo de la granja. Para su educación, la abuela fue acogida por una profesora de la ciudad más cercana, con quien vivió, educó y crió desde los 12 años, cuando empezó la escuela secundaria. Después marchó a la universidad a otra ciudad, donde conoció al que sería su marido. Cuando fue madre no quiso dejar de trabajar e hizo que su “madre adoptiva” fuera a su casa para ejercer de institutriz para sus hijos, sobre todo para la madre de Julia, que sufrió la extrema rigurosidad y los castigos, muchas veces abusivos, rebelándose contra ella, desobedeciéndola o rechazando los estudios.

La hermana pequeña de la abuela, que se hizo cargo de la granja familiar, tuvo un matrimonio muy infeliz con un hombre borracho y agresivo, del que se divorció con el apoyo de la abuela. Mucho poco después del divorcio, murió de cáncer de forma muy dolorosa. La abuela temía una repetición de la historia de su hermana en su hija, que acabó siendo parcialmente así, y en Julia, quien ella temía que fuera demasiado débil y sugestionable, y que fracasara en la escuela, tal y como había hecho su madre, y que eso la hiciera dependiente de un hombre.

Esta sesión fue un punto crucial en toda la terapia. Las conclusiones de esta sesión aliviaron a Julia y a su madre. Desde entonces, la madre y la abuela se mostraron más contrarias en algunos aspectos fundamentales sobre la convivencia en casa de la abuela y también sobre la red intergeneracional creada.

Como se dieron cuenta de que había menos conflictos evitando algunos puntos de este tema en sesiones posteriores, pudieron hablar claramente entre ellas sin que Julia tuviera que hacer de mediadora entre su madre y su abuela, consiguiendo más espacio para su propio desarrollo. Superó los síntomas de la anorexia, sus rituales anancásticos y parte de sus fobias.

La aproximación multigeneracional

Como en muchas familias con síntomas psíquicos graves, aquí también observamos “compulsiones repetitivas” intergeneracionales, una tendencia a repetir relaciones problemáticas y conflictivas a lo largo de diferentes generaciones y una fuerte resistencia a hablar y solucionarlas.

También pudimos ver que los conflictos de separación-individuación y de lealtades a menudo se desarrollan a lo largo no sólo de dos, sino de tres o más generaciones y que los problemas en la generación de los niños, nuestros pacientes, podrían ser resueltos de una forma más eficaz trabajando también los conflictos entre la generación de los padres y la de los abuelos.

Traducción del inglés de Josepa Carreras

Bibliografía

CELLA, S., IANCONI, M. Y CORUFO, P. (2014). How perceived parental bonding affects self-concept and drive for thinness: a community based study. *Eat Behav* 15:110-115

CIERPKA, M., REICH, G. Y KRAUL, A. (1998). Psychosomatic Illness and the Family. En: L'Abate L (Ed): *Handbook of Family Psychopathology*. Guilford Publications, New York, 311-332.

CIERPKA, M. Y REICH, G. (2010). Familien- und paratherapeutische Behandlung von Anorexie und Bulimie. En: Reich, G., Cierpka, M. (Ed.s): *Psychotherapie der Essstörungen*. Stuttgart, Thieme. 3. Edición completamente revisada, p. 164-198.

FIELD, A. E., JAVARAS, K. M. Y LAIRD, N. M. (2008). Family, peer and media predictors of becoming eating disordered. *Arch Pediatr Adolesc Med* 162:574-579

HOLTON-VIESEL, A. Y ALLAN, S. (2015). A systematic review of literature on family functioning across eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clin Psychol Rev* 34: 29-43.

KLUCK, A. S. (2010). Family influence on disordered eating: the role of body image dissatisfaction. *Body Image* 7:8-14.

KOG, E. Y VANDEREYCKEN, W. (1989). Family interaction in eating disorder. Patients and normal controls. *Int. J. Eating Disorders* 8, 11 - 23.

LOCK, J., LEGRANGE, D., AGRAS, W. S. Y DARE, C. (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa: a family-*

based approach. New York: Guilford Press.

MINUCHIN, S., ROSMAN, B. Y BAKER, L. (1978). *Psychosomatic families. Anorexia in context*. Cambridge: Harvard University Press.

NEUMARK-SZTAINER, D., BAUER, K. W. Y BERGE, J. M. (2010) Family weight talk and dieting: How much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls? *J Adolesc Health* 47: 270-276.

PHILIPPOU, A., ROSSEL, S. L. Y CASTLE, D. J. (2014). The neurobiology of anorexia nervosa: A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 48:128-152.

QUILES MARCOS, Y., SEBASTIÁN, M. J., AUBALAT, L. P., AUSINA J. B. Y TREASURE, J. (2013). Peer and family influence in eating disorders: a meta-analysis. *European Psychiatry* 28: 199-206

REICH, G. (2015). Familientherapie. En: Herpertz S., de Zwaan, M. y Zipfel, S. (Eds): *Handbuch der Essstörungen und Adipositas*. Springer, Heidelberg, 2. Aufl. S. 255-262.

REICH, G. (2003a). *Familientherapie der Essstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

REICH, G. (2003b). *Familienbeziehungen bulimischer Patientinnen. Eine Vergleichs-Studie zu Patientinnen mit Anorexia nervosa und einer nicht-essgestörten Kontrollgruppe*. Heidelberg: Asanger.

STROBER, M. (1991). Family-genetic studies of eating disorders. *J Clin Psychiatry*, 52, 9-12.

TETLEY, A., MOGHADDAM, N. G., DAWSON, D. L. Y RENNOLDSON, M. (2014). Parental bonding and eating disorders: a systematic review. *Eat Behav* 215: 249-59.

VAN ELBURG, A. Y TEASURE, J. (2013). Advances in the neurobiology of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 26:556-561.

WOOD, B. L., KLEBBA, K. B. Y MILLER, B. D. (2000). Evolving the biobehavioral family model: The fit of attachment. *Fam Proc* 39:319-344.

WOOD, B. L., JUNGHA, L., MILLER, B. D., CHEA, P., ZWETSCH, T., RAMESH, S. Y SIMMENS, S. (2008). Testing the biobehavioral family model in pediatric asthma: pathways of effect. *Fam Proc* 47:21-40.

A través de las barricadas: entre profesores y estudiantes adolescentes*

TIZIANA CATTA**

RESUMEN

La experiencia psicoanalítica y la práctica clínica pueden contribuir enormemente a las tareas educativas, tal y como apuntaba Winnicott (2014). Existe una reciprocidad en la relación de los adolescentes con los adultos y el conflicto depende de las expectativas narcisistas expresadas en ambos lados, tanto en la escuela como en el hogar. No podemos dejar de considerar la importancia de las implicaciones afectivas que subyacen en la relación entre estudiante y profesor, así como las relaciones entre éste y sus compañeros. La autora propone una reflexión acerca de las dificultades más frecuentes que se producen en la relación entre profesores y estudiantes adolescentes, haciendo hincapié en la complejidad de los afectos expresados a través de las barreras erigidas a la defensiva en ambos lados. PALABRAS CLAVE: barreras, a través, adolescencia, estudiantes, profesores, reciprocidad.

ABSTRACT

THROUGH THE BARRICADES: BETWEEN TEACHERS AND ADOLESCENT STUDENTS. Psychoanalytic experience and clinical practice can contribute greatly to educational tasks, as Winnicott (2014) pointed out. There is a reciprocal relationship between adolescents and adults conflict rises from the narcissistic expectations expressed on both sides, at school and at home. We can't fail to consider the importance of the emotional implications underlying the relationship between students and teachers, as well as relations between classmates. The author offers a reflection about the most frequent difficulties occurring in the relationship between teachers and adolescent students, emphasizing the complexity of the affections expressed through the barriers defensively erected on both sides. KEY WORDS: Barriers, through, adolescent, students, teacher, reciprocity.

RESUM

A TRAVÉS DE LES BARRICADES: ENTRE ELS PROFESSORS I ELS ESTUDIANTS ADOLESCENTS. L'experiència psicoanalítica i la pràctica clínica poden contribuir enormement a les tasques educatives, tal i com apuntava Winnicott (2014). Existeix una reciprocitat en la relació dels adolescents amb els adults i el conflicte depèn de les expectatives narcisistes expressades en tots dos costats, tant a l'escola com a la llar. No podem deixar de considerar la importància de les implicacions afectives subjacents en la relació entre estudiant i professor, així com les relacions entre aquest i els seus companys. L'autora proposa una reflexió al voltant de les dificultats més freqüents que es produeixen en la relació entre professors i estudiants adolescents, emfatitzant en la complexitat dels afectes expressats a través de les barreres erigides a la defensiva en tots dos costats. PARAULES CLAU: barreres, a través, adolescència, estudiants, professors, reciprocitat.

Cuando estaba realizando mi curso de especialización en Psicoterapia de Adolescentes en el Instituto ARPAD de Roma (1), trabajando, al mismo tiempo, como profesora de una escuela de secundaria, uno de mis supervisores solía provocarme preguntándome:

“¿Cuándo vas a escribir *Desde la Pedagogía al Psicoanálisis?*”. Hacía referencia al famoso trabajo de Winnicott *Through Pediatrics to Psychoanalysis* (A través de la pediatría al Psicoanálisis, 2014), que, en Italia, de hecho, se ha traducido utilizando las preposiciones *de/a* (*from*)

*Comunicación presentada en el Congreso de la EFPP (European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy), en Berlín, entre el 26-28 de Junio de 2015, basada en el artículo “Through the barricades. Tra docenti e allievi adolescent”, publicado en *Adolescenza e Psicoanalisi*, Anno VII, 2, 2012.

**Psicóloga, psicoterapeuta, miembro de ARPAD.
Correspondencia: tizicat@hotmail.com

Recibido: 1/7/15 - Aceptado: 21/10/15

to en inglés). En mi opinión, producen un efecto de *lost in translation* (2). Respecto la preposición *a través* de (en inglés *through*), el mismo Winnicott hace uso del término *thurth* en inglés antiguo, y la forma más arcaica alemana *durth*, que denota un movimiento de un sitio en un lado hacia otro en el otro lado, habitualmente el opuesto. De forma parecida, en latín, el término *trans*, que significa mover, presionar hacia adelante, se refiere al acto de moverse en una dirección precisa, mientras que, en griego, *tarasso* significa “empezar a moverse rápido” y el sanscrito *tarima* se refiere a moverse a lo largo, pasar.

No puedo dejar de destacar lo que realmente implica moverse hacia el lado opuesto, es decir, lo que probablemente ocurre cuando alguien o algo se mueve *a través*, lo que ocurre entre el punto de partida y el destino, determinando así si se puede alcanzar la destinación y cómo. En la introducción de su recién mencionado famoso trabajo (2014), Winnicott dice: “mi experiencia clínica ha sido variada. Nunca he cortado con la práctica pediátrica, que fue mi punto de partida. Ha sido valioso para mí para estar en contacto con la presión social, que he tenido que cumplir como médico en un hospital de niños. También he disfrutado el desafío constante de la práctica privada y la consulta terapéutica. Estos intereses me han proporcionado una oportunidad para aplicar de manera general lo que tengo, y al mismo tiempo se aprende a través de la práctica del psicoanálisis propiamente dicho”.

Como Winnicott, he alcanzado el psicoanálisis desde un sitio diferente pero, mientras que el famoso psicoanalista siguió haciendo el mismo tipo de trabajo de toda su vida porque siempre cuidó de los niños enfermos, en mi caso no hace falta extenderse sobre las diferencias entre el trabajo de un profesor y el de un psicoanalista. Me limitaré a decir que un profesor tiene que “formar” estudiantes y que los enseña a través de estudios y evaluaciones que la teoría y la práctica psicoanalítica no emplean. En particular, he tenido que adquirir, a través del tiempo y la experiencia, la actitud del psicoterapeuta para escuchar y relacionarse con pacientes adolescentes (a menudo tan mayores como mis propios alumnos). No como un profesor que es bueno guiando a sus pupilos sino como un terapeuta que, como ya dije en un artículo publicado hace cinco años (Catta, 2011), no camina delante de su paciente adolescente. De hecho, un psicoterapeuta sigue a la persona que tiene a cargo, especialmente un adolescente enfermo; tolera

el callejón sin salida, que es la persona en los momentos de tratamiento con dificultad para desarrollarse; preserva la neutralidad, tan a menudo subrayada; espera hasta que el paciente es capaz de seguir adelante.

Mi experiencia psicoanalítica personal y el trabajo clínico sin duda han mejorado mi capacidad de relacionarme con los estudiantes y con frecuencia he pensado que Winnicott tenía razón cuando subraya la importancia de los descubrimientos psicoanalíticos para aquellos que tienen tareas educativas.

Como profesora, yo misma he experimentado situaciones difíciles y embarazosas, a veces impredecibles y peligrosas. Por ejemplo, hace unos años no pude evitar suspender la evaluación de final de curso de una estudiante, a quien voy a llamar a María, ya que su examen final había sido muy pobre. Unos días más tarde, después de la publicación de las calificaciones finales, algunos colegas y asistentes escolares me dijeron que había una madre de pie junto a la entrada principal de la escuela que preguntaba a todo el mundo si creían que su hija no merecía pasar de curso, cuando era ligeramente insuficiente y el profesor había dicho que pasaría sin ninguna duda. La madre estaba segura de que yo había actuado a espaldas de María, con sadismo y maldad, porque la última vez que se había reunido conmigo le había dicho con optimismo que pensaba que María podría y mejoraría su rendimiento al final del curso escolar. Recuerdo que estaba sorprendida, incrédula y apenada con la conducta de la madre de la estudiante. La mujer era también profesora y me preguntaba por qué no se daba cuenta de que no había tenido otra elección cuando hablé con ella en la entrada de la escuela unos días después. No pude evitar decirle, con resentimiento, que no debería haberme hablado mal ni dentro ni fuera de mi escuela, merecía un respeto. Le pregunté por qué lo había hecho y me había gritado en la cara que yo era una mala profesora. Le dije entonces que pensaba que ella debía tener problemas para manejar el papel de madre, ya que, con su comportamiento, no ayudaba a su hija frente a la frustración después de su fracaso.

Lo que ocurrió después fue más allá de cualquier posible predicción. La policía llegó a la escuela poco después de nuestra discusión, con una carta de denuncia penal por difamación y citación para ir a la comisaría. No voy a alargarme con la crónica de los días siguientes. Me limitaré a decir que una semana más tarde, gracias a mi director, que había ofrecido su

ayuda y apoyo en esa situación angustiosa, me reuní con María y con su temperamental madre en la escuela en un intento de esclarecer lo que había sucedido. Fue una conversación larga y dolorosa durante la cual escuchaba en silencio las acusaciones y recriminaciones de la mujer contra mí. Ella declaró, en tono quejumbroso, su propia decepción y la de su hija. Me habían considerado durante mucho tiempo una persona maravillosa, un punto de referencia, y nunca habrían esperado que pudiera ser tan estricta en mi valoración de los logros de la niña en la materia que enseñé. Cuando finalmente se calmó, mencioné los resultados tan bajos que había obtenido María en la prueba final, que habían determinado que suspendiera. Ella dijo que no sabía nada de esa prueba y poco a poco comenzó a cambiar su actitud hacia mí, mientras que su hija comenzó a llorar y dijo que ella misma ignoraba que su examen había sido tan pobre, ya que no había estado en la escuela cuando mostré los resultados a los compañeros de clase. Ella fue, evidentemente, tratando de encontrar una excusa para no explicarlo todo a su madre, que se sentía sorprendida y avergonzada, y dijo que, en cualquier caso, cambiaría a su hija de escuela después de lo que había sucedido. Yo le dije que estaría muy triste si lo hacía porque pensaba que para su hija era mejor quedarse con sus compañeros de clase y que yo no era una persona rencorosa. Comprendí, de hecho, que todo había sido un gran malentendido, así como, tal vez, un intercambio de proyecciones entre nosotras, en la medida en que las dos estábamos tratando de hacer frente a nuestra propia sensación de responsabilidad por el fracaso de la chica. Probablemente, compartimos una sensación de insuficiencia en ofrecer a la chica la ayuda que necesitaba. Todavía me conmuevo cuando recuerdo la reacción de la mujer a mis palabras: se puso a llorar y confesó su dolor y dificultades en la crianza de sus dos hijas sola. De hecho, se había separado hacía unos años y su exmarido estaba física y emocionalmente ausente. Sintiendo mi simpatía y una verdadera tristeza, la madre de la chica se disculpó conmigo por su comportamiento agresivo y retiró la denuncia. Más tarde, después de las vacaciones de verano, María volvió a realizar la prueba y la aprobó con un notable. Lo más importante, sin embargo, fue que ella no cambió de escuela y se hizo cada vez más competente en los siguientes tres años hasta que obtuvo su diploma. María es ahora una bióloga y una de mis amigas de *Facebook*.

La experiencia que he descrito es muy peculiar. Había tenido que lidiar con una madre enojada, frustrada y deprimida, que evacuaba sus sentimientos de inadecuación de una manera agresiva, poniendo toda la culpa a otra persona, para no sentir su propia sensación de fracaso.

Los estudiantes y sus padres, sin embargo, a menudo pedían mi ayuda, en circunstancias distintas a la que he explicado. A veces, incluso los profesores me han contactado, especialmente a través de la CIC, un servicio de asesoramiento e información existente en casi todas las escuelas secundarias de Italia. La mayoría de los adultos piden claves para interpretar los comportamientos ambivalentes e incluso contradictorios de los adolescentes, oscilando entre una solicitud de ayuda y un rechazo; los adolescentes, en cambio, quieren que se les ayude a entender cómo acercarse a los adultos, ya que son muy a menudo opresivos, exigentes y contradictorios, alternando gravedad y permisividad, intrusismo e indiferencia. Es una cuestión de ambivalencia mutua, ya que tanto los adultos como los adolescentes sienten las interacciones de forma compleja.

No hay duda de que existe una reciprocidad en la relación de los adolescentes y los adultos y un gran problema depende de las expectativas narcisistas expresadas en ambos lados, tanto en la escuela como en el hogar. De hecho, los adolescentes esperan que los adultos estén a la par, que tengan una mente abierta, disponible, comprensiva y democrática, pero, a la vez, necesitan que alguien les diga cómo comportarse y qué hacer cuando sus compañeros no pueden o no los quieren ayudar, cuando la confusión y desorientación les hace sentir que necesitan una intervención directiva y didáctica. Los adultos, por su parte, esperan que los adolescentes los satisfagan, convirtiéndose e incluso incorporando su idea de niño y de alumno. Es una cuestión de fragilidad narcisista que involucra de forma igual las dos partes de la relación.

En el ensayo *Arrogantes y frágiles: los adolescentes de hoy en día*, Gustavo Pietropolli Charmet (2008) define a los adolescentes de hoy en día como unos narcisos, la descendencia de oro a quien todo el mundo adora y obedece. Los adolescentes de hoy rara vez son educados de acuerdo al modelo educativo de “pecado y castigo”. Sin embargo, como subraya Pietropolli Charmet, en la escuela se requiere que el adolescente haga sacrificios que no está dispuesto a realizar y, puesto que no hay aprendizaje sin frustración, si el esfuerzo del estudiante

para mejorar su conocimiento y competencias necesarias no es lo suficientemente fuerte, a menudo tendrá que tolerar ser castigado, ya que a menudo no pasará de curso o conseguirá su diploma. Recuerdo la frase favorita de un antiguo estudiante: “no es que me falte la voluntad de aprender, me falta el deseo”. Este estudiante diferenció entre el deseo puramente teórico y abstracto de la carga libidinal necesaria para convertir el estudio en aprendizaje.

Por otro lado, si el aprendizaje es, como Bion (1962) sostiene, una experiencia eminentemente relacional y este proceso se lleva a cabo dentro de la relación entre dos mentes o en grupos, no podemos dejar de considerar la importancia de las implicaciones afectivas que subyacen en la relación entre estudiante y profesor, así como las relaciones entre el estudiante y los compañeros de clase.

Hace algunos años se me ocurrió leer una historia corta, de Isaac Asimov (2002), titulada “¿Cómo se divertían?” (1951). Es una historia de ciencia-ficción sobre dos niños que aprenden algo acerca de la escuela del siglo XX. Margie, una niña de once años de edad, y Tommy, de trece, viven en el año 2157, donde la escuela significa aprender de una máquina-profesor en casa. Ambos niños nunca han visto un libro impreso, porque en su época todo se almacena en las computadoras. Cuando Tommy descubre un viejo libro, hablan de ello y llegan a la conclusión de que es muy poco práctico tener las letras en las páginas, ya que hay que tirarlo a la basura después de leer. El libro trata de la escuela, cuando los niños salían todos los días para ir al colegio y eran enseñados por otras personas. Margie, al principio, no lo creía y era muy escéptica, pero siguió pensando en el viejo modelo de escuela y cuando llegó el momento de la lección y la máquina-profesor le pidió que insertase su tarea en la ranura, ella lo hizo con un suspiro. Estaba pensando en las antiguas escuelas que tenían cuando el abuelo de su abuelo era un niño pequeño: todos los niños de todo el territorio en el patio de la escuela, sentados juntos en la clase, yendo juntos a casa al final del día. Aprendían las mismas cosas, para que pudieran ayudarse mutuamente en las tareas y hablar de ello. Y los profesores eran personas... La máquina-profesor parpadeaba en la pantalla: “cuando sumamos las fracciones $\frac{1}{2}$ y $\frac{1}{4}$ ”. Margie estaba pensando en cómo los niños debían haber disfrutado la escuela en los viejos tiempos. Estaba pensando en la diversión que tenían.

Entre las diversas opiniones que expresaron mis estudiantes de 16 años de edad en un test sobre el cuento de Asimov, me quedé particularmente impresionada con la consideración de una chica: la escuela a la que asistimos nos ofrece la oportunidad de estar con otras personas, compañeros de clase y profesores, y hacer cosas juntos. Un profesor “humano” es, sin duda, mejor que uno mecánico, porque conoce los problemas de la gente y así puede entender a sus alumnos. Una máquina nunca sentirá lo que un ser humano siente.

Sin embargo, al igual que todas las relaciones humanas, la del profesor-alumno está a menudo perturbada por las turbulencias afectivas que hacen que sea difícil y compleja: la desconfianza mutua y las preocupaciones pueden llevar tanto a los profesores como a los estudiantes a recurrir a las defensas que pueden bloquear, obstaculizar o, en el mejor de los casos, restringir la comunicación de lo que puede pasar a través de las barreras o, para usar una expresión en tiempos de guerra, las barricadas. *Barrica*, en latín, es un recipiente de madera que se llenaba de tierra y se colocaba en medio de la calle para obstruir el paso de un enemigo. Una barrera tiene la misma etimología y consta de una cerca utilizada para limitar o definir un espacio para su protección o privacidad. Pero, ¿de qué se defienden los estudiantes y los profesores?

The Emotional Experience of Learning and Teaching (Salzberger et al., 1983) es una publicación interesante que data de la década de 1980. Habla extensamente acerca de los aspectos más característicos de la relación entre estudiantes y profesores. Un profesor, sin duda, es vivido como una persona que puede entregar conocimientos y cultura, así como comodidad y bienestar. También es, sin embargo, el blanco de la envidia de los estudiantes, provocando de este modo sus comportamientos problemáticos, a veces incluso perjudiciales. Por su parte, los profesores pueden expresar un doble punto de vista: a ser, por un lado, más o menos conscientes de las características y problemas personales de sus estudiantes, mostrándoles de esta manera su preocupación y simpatía y, por otro lado, estar afectados por sus propias ideas preconcebidas acerca de los sentimientos reales de sus alumnos; en otras palabras, sentir que son el blanco de la hostilidad y la crítica de sus alumnos.

El mayor temor de un profesor es el de ser considerado incompetente. A menudo me he dado cuenta de que las medidas disciplinarias se toman generalmente

en contra de aquellos estudiantes que hacen que los profesores se sientan deslegitimados y ninguneados. Hace años, en una escuela secundaria de mi ciudad, un profesor salió de la clase llorando porque un estudiante dijo, de manera abierta y arrogante, que éste había motivado su comportamiento desatento porque su enseñanza era aburrida e inútil. El profesor pidió al director que convocara al comité de disciplina, y el muchacho fue expulsado de la escuela durante una semana. En otra escuela, el director, conocido por su comportamiento agresivo, había suspendido recientemente a un estudiante durante tres días porque trató de defender a un asistente a quien el primero había regañado delante de los estudiantes. El chico había dicho que el hombre merecía el respeto de todo ser humano. Tanto el profesor como el director no habían sido capaces de lidiar con los sentimientos negativos y las críticas de los estudiantes.

Como cuestión de hecho, en términos generales, no es sólo que los profesores respondan de forma punitiva a la crítica. A menudo interpretan de una manera persecutoria lo que no pueden entender. Después de todo, los profesores rara vez poseen la capacidad negativa psicoanalítica de la que habló el poeta Keats y que Bion elaboró, lo que significa que no pueden tolerar los comportamientos “inexplicables” de sus estudiantes, endureciendo una posición esquizoparanoide sin experimentar una sensación de persecución. No pueden, por tanto, oscilar entre la capacidad negativa y un hecho seleccionado. Tanto los profesores como los estudiantes a menudo evacúan los aspectos dolorosos y humillantes que experimentan en su relación. En este sentido, no puedo dejar de pensar en lo que Bion escribió en *Aprender de la experiencia* (1962): “una experiencia emocional que se siente como dolorosa puede iniciar un intento ya sea para evadir o modificar el dolor de acuerdo a la capacidad de la personalidad para tolerar la frustración. La evasión o la modificación, de acuerdo con la opinión expresada por Freud en su artículo *Formulaciones sobre los dos principios del acontecer psíquico* (1911b) están destinadas a eliminar el dolor” (2014, p. 315).

Como consecuencia de las proyecciones mutuas, un profesor puede parecer desagradable y detestable para el estudiante que se siente despreciado y humillado; al mismo tiempo, un estudiante que se siente estúpido es probable que haga que su profesor sienta lo mismo a través de su interrupción, expresada activa o pasivamente.

No es el caso, por supuesto, del estudiante que desafía un profesor que se siente débil e inestable en su papel, como hemos visto con el profesor de filosofía que salió de la clase llorando. Esto sería un comportamiento arrogante. Si la dificultad para contener y trabajar a través de las emociones negativas les hace sentirse desbordados, invirtiendo la relación entre estudiante y profesor y, en muchos casos, el proceso de enseñanza-aprendizaje, será importante la capacidad adquirida para dominar y equilibrar los afectos positivos y negativos para conseguir una comunicación provechosa y eficaz entre los dos miembros de la diada.

Sin embargo, lo que habitualmente contiene es la posibilidad de sentir y expresar el amor, la confianza, la simpatía, la complicidad y ser paciente y tolerante, que depende principalmente de la capacidad de una persona para hacer frente a la confrontación con los demás y manejar la comunicación de la información ambigua y compleja. Estoy pensando en A. Green (1974), que habla sobre el afecto como la manifestación del otro. Green usa la palabra “epifanía” que James Joyce había utilizado para hablar de un “*insight* en la verdad de las cosas”. Nos dice que, en su forma más extrema, cuando no se reprime bruscamente, el afecto puede entrar en la conciencia, *atravesar la barrera de la conciencia*.

La epifanía del otro, que también me recuerda a la obra de David Levi Strauss en el campo de la fotografía y las artes visuales, es una experiencia muy delicada, ya que determina el tipo de relación que los dos individuos involucrados tendrán después. Sin embargo, también el “devenir” de esa relación debe ser considerado de forma muy cuidadosa y atenta porque, en mi opinión, el futuro de la relación depende de que sea mutuamente constructiva y enriquecedora.

Como psicoterapeuta y profesora, he visto un montón de relaciones profesor-alumno que habían tenido un mal comienzo evolucionar positivamente a través de la reciprocidad que los dos individuos, con el tiempo, han sido capaces de crear y disfrutar. En verdad, pocos profesores admiten tener problemas con los estudiantes porque tienen miedo de que la gente pueda pensar que no son buenos. Estos profesores deben ser alentados a dejar las armas y mirar más allá de las barreras levantadas entre su escritorio y los estudiantes en la guerra de trincheras que todavía luchan en las aulas. Los profesores deben ser ayudados a darse cuenta de

que a menudo son sus propios miedos e inseguridades los que se erigen como barricadas que los estudiantes contribuyen a hacer más y más altas cuando agregan sus propias defensas.

Un profesor debería ser capaz de evitar la colusión con las estrategias defensivas de un estudiante relacionadas con sus dificultades de aprendizaje y problemas de relación. El profesor debería conseguir albergar las dificultades de su alumno en su mente y tolerar sentirse incómodo, resistiendo la tentación de expulsarlo. El problema es que “hay un océano entre el decir y el hacer”, lo que significa que algunos conflictos se hacen insolubles.

Estoy pensando en una famosa carta que Freud escribió a Jung en 1913, cuando las barreras entre ellos se habían convertido en insuperables: “propongo que abandonemos nuestras relaciones personales por completo. Yo no pierdo nada por ello, ya que mi único vínculo emocional contigo ha sido un largo y delgado hilo -el efecto persistente de las decepciones del pasado- y tú tienes mucho que ganar, en vista de la observación que hiciste recientemente en el sentido de que una relación íntima con un hombre inhibe su libertad científica” (1994, p. 256).

Sin embargo, cuando Spandau Ballet lanzó al mercado *Through the barricades* (1986), haciendo hincapié en lo difícil que debe ser crecer detrás de las barricadas (aludiendo a la historia de Irlanda), tenían la intención de expresar su esperanza de que la gente, a pesar de todo, se une, pasando a través de éstas. Yo añadiría que había una pared, en Berlín, que durante mucho tiempo parecía irrompible hasta que un día fue felizmente desmantelada. Puedo decir que esto es lo que suele ocurrir después de momentos difíciles y dolorosos, también en la relación entre los adolescentes y sus profesores.

Traducción del inglés por Núria Ribas

Notas

(1) Se refiere a la *Associazione Romana Per La Psicoterapia Del l'Adolescenza*, que tiene su sede en Roma (Italia). Más información en <http://www.associazionearpad.it/> (Nota del redactor)

(2) Aquí hace referencia a la película *Lost in translation* (Coppola, 2003), cuyo título en español se traduciría como “perdido en la traducción”. La autora hace un paralelismo con la confusión que produce la traducción poco acertada del título del libro de Winnicott con el argumento de la película, que narra las dificultades de adaptación de un norteamericano en Tokio (Nota del redactor).

Bibliografía

- ASIMOV, I. (2002). *Cuentos completos. Volumen I*. Madrid: Ediciones B.
- BION, W. R. Y BION, F. *Complete Works of W. R. Bion*. London: Chris Mawson, (2014).
- CAITTA T. (2011). Sulla specificità dell'analisi dell'adolescenza, in *A e P, Adolescenza e Psicoanalisi*, Anno VI, 1.
- FREUD, S. (2001). Instincts and their vicissitudes, en *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Volume 14. Londres: Hogarth Press.
- GREEN, A. (1999). *The Fabric of Affect in the Psychoanalytic Discourse*. Londres: Routledge.
- PIETROPOLLI CHARMET, G. Y MARCELLI, D. (2008). *Arrogants et fragiles: les adolescents d'aujourd'hui*. París: Albin Michel.
- MCGUIRE, W. (ed.) (1994). *The Freud-Jung Letters: The Correspondence Between Sigmund Freud and C. G. Jung*, Princeton: University Press.
- WINNICOTT, D. W. (2014). *Through Pediatrics to Psychoanalysis: Collected Papers*. Londres: Routledge.
- WITTENBERG, I., WILLIAMS, G. Y OSBORNE, E. (1983). *The Emotional Experience of Learning and Teaching*. Londres: Routledge and Kegan Paul.

Aproximación al lenguaje en el trastorno del espectro autista

ELISABET VILA BORRELLAS^{1A}, KRISTEN SCHROEDER^{1A}, JOANA ROSSELLÓ XIMENES^{2A} Y WOLFRAM HINZEN^{3A}

RESUMEN

Este artículo examina y reconsidera el papel del lenguaje en el trastorno de espectro autista (TEA). Aunque las anomalías lingüísticas no constituyen una categoría específica para el diagnóstico del TEA, no han pasado nunca desapercibidas. Es más, se observan en todo el espectro, son un indicador del grado de afectación y tienen un valor muy importante para el pronóstico. Un estudio detallado del lenguaje aportaría más información del perfil cognitivo y mejoras en el diagnóstico y tratamiento. Facilitaría además el diseño de terapias que actuaran sobre el lenguaje. PALABRAS CLAVE: autismo, lenguaje, cognición.

ABSTRACT

AN APPROACH TO LANGUAGE IN AUTISM. This article surveys and re-assesses the role of language in autism spectrum disorder (ASD). Although language abnormalities are not a specific category of ASD diagnosis, they have never gone unnoticed. Moreover, they are observable across the entirety of the spectrum and are an indicator of severity levels and highly relevant for prognosis. A detailed study of language can provide us with more information about the cognitive profile and improvements in diagnosis and treatment. In addition, it can promote therapy designs that would have an effect on language. KEYWORDS: autism, language, cognition.

RESUM

APROXIMACIÓ AL LLENGUATGE EN EL TRASTORN DE L'ESPECTRE AUTISTA. Aquest article examina i reconsidera el paper del llenguatge en el trastorn de l'espectre autista (TEA). Tot i que les anomalies lingüístiques no constitueixen una categoria específica per al diagnòstic del TEA, mai no han passat desapercibudes. És més, s'observen en tot l'espectre, són un indicador del grau d'afectació i tenen un valor molt important per al pronòstic. Un estudi detallat del llenguatge aportaria més informació del perfil cognitiu i millores en el diagnòstic i tractament. Facilitaria, a més, el disseny de teràpies que actuaran sobre el llenguatge. PARAULES CLAU: autisme, llenguatge, cognició.

Introducción

¿Por qué el lenguaje es fundamental para entender el perfil cognitivo de personas con trastorno del espectro autista (TEA)? Aunque los aspectos relacionados con éste no son el único criterio para su diagnóstico, tanto padres como pediatras se han preocupado por los retrasos o las anomalías en el lenguaje de las personas

con TEA. Además, hay evidencias de cómo las terapias de lenguaje explícitas pueden ayudar a la regulación del comportamiento y a reducir la frustración de los niños con TEA (Goldstein, 2002).

Desde que Leo Kanner (1943) usó por primera vez el término *autismo*, los tres criterios mayores considerados para un diagnóstico de TEA son los siguientes.

Déficit en la interacción social. Las personas con TEA

¹Estudiante de doctorado del programa de Ciencia Cognitiva y Lenguaje de la Universitat de Barcelona.

²Profesora titular de la Universitat de Barcelona.

³Profesor de la Universitat de Barcelona, miembro ICREA (Institució Catalana de Recerca i Estudis Avançats) y profesor del Departamento de Filosofía, University of Durham, UK.

^AGrammar&CognitionLab, Departamento de Lingüística General, Barcelona.

Correspondencia: elisabet.vila.borrellas@gmail.com

Recibido: 10/11/2015 - Aceptado: 22/2/2016

muestran escaso contacto ocular, gestos y expresiones faciales. También pueden darse problemas en el control de los movimientos, un cierto rechazo al contacto físico y una intolerancia a determinados ruidos.

Déficit en la comunicación. Por lo que respecta al lenguaje, el TEA es ampliamente heterogéneo. Mientras que algunas personas son mínimamente verbales (según Tager-Flusberg y Kasari, 2013, el 30 % de la población con autismo lo es), otras pueden ser muy elocuentes. Es importante destacar que las personas que no se comunican verbalmente tampoco compensan esta deficiencia con otras estrategias comunicativas como señalar con el dedo, recurrir al contacto ocular o utilizar expresiones faciales (Howlin, 1999; Mundy, Sigman y Kasari, 1994).

Comportamientos e intereses restrictivos y repetitivos. Algunas personas con TEA se preocupan excesivamente por un tema o actividad que puede acompañarse de movimientos repetitivos, también comunes en el TEA. Es asimismo frecuente un comportamiento rígido en el seguimiento de rutinas.

La última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013) categoriza el autismo como un trastorno del desarrollo generalizado. Según esta definición, la cognición no estaría afectada de manera particular pero sí por extensión y los síntomas estarían presentes desde la infancia. Estos síntomas se clasifican, en este caso, en dos categorías principales: deficiencias socio-comunicativas, y comportamientos restringidos y repetitivos. Estas categorías incluyen algunos síntomas claramente lingüísticos, así por ejemplo la prosodia en la primera y el lenguaje estereotipado y repetitivo junto con la ecolalia en la segunda. Por ecolalia se entiende (Tager-Flusberg y Calkins, 1990) la repetición inmediata o retardada, con la misma entonación, de palabras o frases oídas previamente en conversación o en los medios de comunicación.

Actualmente, para el diagnóstico de autismo clásico, tienen que estar presentes déficits en las dos categorías principales (deficiencias socio-comunicativas y comportamientos restringidos y repetitivos). No obstante, estudios recientes admiten un autismo atípico o Trastorno generalizado del desarrollo no especificado, en el cual no se dan comportamientos restringidos y repetitivos de forma significativa (Mandy y Skuse, 2008).

En el DSM-5, también el síndrome de Asperger se

incluye en el TEA, lo cual contrasta con el estatus diferenciado que dicho síndrome tenía en el DSM-IV por su menor severidad y por la ausencia de retraso en el lenguaje (American Psychiatric Association, 2000). Así pues, en la descripción diagnóstica del espectro autista, los síntomas relativos al lenguaje se encuentran dispersos y son secundarios. Además, los déficits de lenguaje en el TEA no suelen considerarse puramente lingüísticos al atribuirse a problemas de comprensión del *contexto* en el que se utiliza el lenguaje y de las reglas de la interacción social o a una falta de motivación para la comunicación. Por ejemplo, las personas con autismo tienden a tener dificultad para iniciar y mantener un tema de conversación o proporcionar la cantidad adecuada de conocimiento previo para que el interlocutor pueda saber de qué se habla. También tienen dificultad con los pronombres puesto que “yo” solamente se refiere a mi persona cuando soy yo el que hablo y “tú” se refiere a mí cuando me hablan.

Existen también tests estándar como el *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS), que evalúa la comunicación, la interacción social y el juego y el uso imaginativo del uso de materiales (Rutter, DiLavore y Risi, 2002). En todas estas categorías, las habilidades verbales pueden influenciar los resultados. Otro test específico para el diagnóstico del autismo es el *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R), una entrevista clínica estandarizada y semi-estructurada a los padres para evaluar el autismo en adultos y niños (Le Couteur, Lord y Rutter, 2003). El ADI-R se centra en tres aspectos: cualidad de la interacción social (*p. ej.* compartir emociones); comunicación y lenguaje (*p. ej.* frases o palabras estereotipadas); intereses y comportamientos repetitivos, restrictivos y estereotipados (*p. ej.* preocupaciones inusuales). Este test también considera otros problemas relevantes para la planificación terapéutica, como son la existencia de comportamiento autolesivo y la hiperactividad. Ni en el ADOS ni en el ADI-R, el lenguaje se considera una categoría independiente en la valoración del autismo aunque intervenga significativamente en las distintas categorías contempladas en dichos tests.

Lo que sabemos del lenguaje en TEA

Para muchos profesionales, el lenguaje es un componente importante en el TEA, ya que de una manera u otra se encuentra afectado a lo largo de todo el espectro (Eigsti et al., 2011). Además, el nivel lingüístico de la

producción de un niño es el mejor indicador del grado de afectación del niño en cuestión (Kobayashi, Murata y Yoshinaga, 1992). Como señalan muchos autores (Lombardo et al., 2015; Stone y Yoder, 2001; Szatmari et al., 2003), las características de la adquisición del lenguaje en personas con TEA constituyen uno de los indicadores más fiables de los resultados sociales y académicos positivos a largo plazo. Además, en el TEA especialmente, los déficits en la comunicación y los problemas de comprensión tienen relación con problemas de comportamiento (Sigafoos, 2000; Van Berckelaer-Onnes, Van Loon y Peelen, 2002).

No obstante, aún no se han descrito detalladamente las anomalías lingüísticas en TEA. En el campo del lenguaje, desde los años setenta, diferentes investigadores han analizado los déficits en el lenguaje en TEA. En este contexto, estos déficits se han clasificado en distintas categorías: la fonología, la semántica, la sintaxis y la pragmática. En la investigación del lenguaje en el autismo, cuando se habla de fonología, se hace referencia a la percepción y a la producción de las unidades de sonido y significado que son las palabras; la semántica trata del significado de las palabras en particular; y la sintaxis hace referencia a la estructura de las palabras dentro de las oraciones. Finalmente, la pragmática se relaciona con las convenciones y normas del uso del lenguaje en la comunicación (Boucher, 2003).

Actualmente, está bien establecido que los niños con TEA tienen un retraso en la adquisición de la fonología, aunque siguen el mismo patrón que los niños típicamente desarrollados. En esta línea, Tager-Flusberg (1996) concluyó que incluso los niños con TEA más afectados, cuando repetían palabras o frases, tenían una pronunciación correcta. Aunque los niños con TEA producen en general más errores en la articulación de palabras (Bartolucci et al., 1976), los déficits fonológicos propiamente dichos, según Kjelgaard y Tager-Flusberg (2001), solamente se dan en aquellos niños que presentan alteraciones en el significado de las palabras y en la estructura de las frases, es decir cuando hay también déficits semánticos y sintácticos. Esta última afirmación, sin embargo, no deja de ser controvertida, puesto que los resultados de Tager-Flusberg (1981) concluyen que, en el autismo, las deficiencias fonológicas y sintácticas son relativamente independientes de las semánticas y de las pragmáticas.

Es bien sabido que las personas con TEA pueden presentar anomalías semánticas (Gardner, 1982;

Howlin, 2003; Dunn et al., 1997), especialmente aquellas poco funcionales (Boucher, 2003). Dentro de la categoría de déficits semánticos, se incluyen la ecolalia que -según Rapin y Dunn (2003), es mucho más frecuente en las personas con TEA poco funcionales que en las altamente funcionales-, el uso estereotipado de palabras y frases, y los neologismos, que son palabras inventadas de las cuales solamente su creador entiende el significado.

Con relación a la ecolalia, que Leo Kanner (1943) ya describió como una anomalía lingüística típica del autismo, se ha dicho que ayuda a las personas con TEA a mantener una conversación, incluso sin seguirla propiamente (Tager-Flusberg y Calkins, 1990). En esta línea, estudios recientes concluyen que la ecolalia característica del TEA no tiene sentido (Saad, 2006; Saad y Goldfeld, 2009) y es, pues, un comportamiento patológico, automático y sin intención (McEvoy, Loveland y Landry, 1992). La ecolalia, hay que destacar, es una deficiencia que no ocurre en toda la gama del TEA sino que se da más en los casos de una producción de lenguaje insuficiente (McEvoy, Loveland y Landry, 1988).

En el TEA, es frecuente también el uso de palabras idiosincráticas, es decir palabras con un significado inusual. Kanner (1946) define estas palabras como “peculiares y fuera de lugar en una conversación ordinaria”. Volden y Lord (1991) añaden que estas palabras tienen significado y que se distinguen de los neologismos porque, aunque ambos tipos de palabra inusual pueden estar presentes en el habla de los niños y adultos con TEA que son altamente funcionales, las primeras no están presentes en los hablantes nativos adultos. Este último dato sugiere que las palabras idiosincráticas y los neologismos no constituyen una etapa típica en la adquisición normal del lenguaje.

La falta de capacidad simbólica e imaginación suele incluirse entre los déficits semánticos. Para algunos autores, las dificultades en la comprensión de palabras que tienen relación con las emociones como *feliz* y *triste* (Tager-Flusberg y Sullivan, 1995; Hobson y Lee, 1989) o son abstractas (Frith y Snowling, 1983) son mucho mayores que en las palabras concretas. Sin embargo, Eskes et al. (1990) no encontró ninguna diferencia entre la comprensión de palabras abstractas y palabras concretas. También parece que los elementos visuales pueden compensar de alguna manera las dificultades semánticas (Kamio y Toichi, 2000).

En cuanto a la sintaxis, hay pocos estudios en relación a estos déficits en el habla de personas con TEA (Groen et al., 2008). Aun así, Kjelgaard y Tager-Flusberg (2001) encontraron que en el TEA es frecuente el uso de oraciones con estructuras más reducidas y Eigsti et al. (2011) demostraron que las personas con TEA muestran un nivel inferior en cuanto a la complejidad en el habla espontánea, que dejaría intacta la corrección, sin embargo. Roberts et al. (2004), de todos modos, observaron omisiones en los tiempos verbales. Además, también se sabe que en el TEA puede darse una preferencia acusada por los adjetivos, lo cual contrasta con un uso menor de determinantes (Durreleman y Zufferey, 2009). El uso atípico de los pronombres constituye también un dato muy importante. Por ejemplo, utilizan *él o ella* en vez de *yo* para referirse a ellos mismos (Lee et al., 1994).

Las observaciones anteriores contemplan la ausencia de anomalías sintácticas y fonológicas en parte del espectro autista, especialmente si se trata de niños en edad escolar o adolescentes con buen nivel verbal (Rapin y Dunn, 2003).

Se han observado también dificultades pragmáticas en el TEA (Lord y Paul, 1997; Tantam et al., 1993; Happe, 1993; Martin y McDonald, 2004; Baron-Cohen, 1997). Por ejemplo, se ha constatado que personas con TEA muestran dificultades a la hora de entender las creencias e intenciones de los otros. Este hecho se ha relacionado con una falta de Teoría de la Mente, una facultad única en los humanos y, más concretamente, de aquellas personas que han alcanzado un cierto desarrollo lingüístico (De Villiers y Pyers, 2002; De Villiers, 2007). Aunque hay discrepancias en el campo de la psicología, bien pudiera ser que la Teoría de la Mente explícita no sólo dependiera del lenguaje pero fuera lenguaje *per se*, tal como han afirmado Newton y De Villiers (2007). En este sentido, De Villiers y De Villiers (1995) destacaron que saber resolver tareas que exigen una Teoría de la Mente depende de la habilidad sintáctica de producir oraciones subordinadas. Una correlación similar se ha observado en el TEA (Paynter y Peterson, 2010).

No obstante, la Teoría de la Mente se considera normalmente una variable más cognitiva que lingüística (Baron-Cohen, 2000). También son juzgadas así la falta de flexibilidad cognitiva (Mundy y Markus, 1997; Rogers y Bennetto, 2000) y la pérdida de la “coherencia central” (Happe y Frith, 2006). Ambas carencias conllevan una dificultad para integrar información de

diferentes fuentes para perderse en los detalles (Hinzen et al., 2015).

Otros estudios (Kjelgaard y Tager-Flusberg, 1999; Tager-Flusberg, 2001) sobre el lenguaje de las personas con TEA han descrito anomalías lingüísticas en algún subgrupo de personas con TEA, las cuales son similares a las descritas en las personas con Trastorno Específico del Lenguaje (TEL). Durreleman y Zufferey (2009), en cambio, consideran que las deficiencias descritas anteriormente tienen un origen diferente cuando aparecen en la población autista. En particular, los problemas aquí más que en el uso del lenguaje en un contexto determinado (pragmática) residirían en la estructura de éste (sintaxis) y sus componentes (morfología).

En resumen, se puede afirmar que la diversidad lingüística presente en el autismo se ha abordado de una manera “modular”, es decir, considerando como componentes independientes la articulación y el sonido, la estructura, y el significado de las palabras en un determinado contexto. Según esta visión, el lenguaje no tiene relación con la cognición. El lenguaje tampoco es central en los modelos psicológicos del autismo que recurren más bien a variables cognitivas como la Teoría de la Mente o la falta de coherencia central como elementos cruciales en la explicación del TEA. No obstante, también es cierto que se ha explorado la posibilidad que exista un subgrupo de autismo con un trastorno del lenguaje añadido. Dada esta diversidad de criterios, creemos que ahora es el momento para valorar qué papel juega realmente el lenguaje en esta población. ¿Es el lenguaje un aspecto inherente del desorden? ¿Puede el lenguaje en la gama de variación observada en el TEA proporcionar alguna clave para la comprensión de la cognición asociada al TEA?

Es de alto interés para nuestra investigación esclarecer si esta heterogeneidad en la habilidad lingüística está en correlación con los principales síntomas establecidos en el diagnóstico y, yendo más allá, si una mejor y más completa comprensión del lenguaje en el caso de las personas con autismo podría aclarar la naturaleza de esta condición.

Interrelación del perfil lingüístico y su significado

Las anomalías lingüísticas de las personas con TEA, anteriormente descritas, se pueden encontrar incluso en las primeras etapas de la adquisición del lenguaje. Uno de los primeros síntomas comunicativos es que

los niños con TEA no señalan (Center for Disease Control, 2014).

Hay que tener en cuenta que señalar con el dedo está estrechamente relacionado con el desarrollo del lenguaje. Es más, la atención conjunta o compartida con otra persona, un ingrediente necesario en el acto de señalar, parece ser también deficiente en el niño autista. Algunos autores (Vouloumanos y Waxman, 2014) han llegado a sugerir que el déficit en esta capacidad de atención conjunta podría ser, a su vez, consecuencia de una falta de interés por los sonidos del habla desde el nacimiento. No es casualidad que en muchos casos la primera señal de alarma se pueda confundir con una carencia auditiva. El escaso o nulo interés por el habla diferencia ciertamente a los niños del espectro de los niños de desarrollo típico cuya atención es preferentemente guiada por dichos sonidos. Sea como fuere, la ausencia del acto de señalar en los niños autistas tiene consecuencias. Se da el caso de que la edad en que un niño empieza a producir simultáneamente la combinación del gesto para señalar y la palabra correspondiente (*p. ej.* un niño señala un perro y dice “perro”) predice cuando el niño empezará a utilizar combinaciones verbales compuestas de un artículo y un nombre (*p. ej.* “un perro”). Más adelante, el niño añadirá información verbal adicional al objeto que señala (*p. ej.* cuando el niño señala un perro mientras dice “come”). Este tipo de combinación predice el momento en que el niño empezará a producir verbalmente dos palabras seguidas con valor de oración (“el perro come”) (Cartmill et al., 2014; Özçalışkan y Goldin-Meadow, 2009; Goldin-Meadow y Butcher, 2003). Además, según Iverson y Goldin-Meadow (2005), el vocabulario inicial que posee un niño está relacionado con el número de los diferentes tipos de objetos que señala antes del período de una palabra. Ello indica que señalar y hablar, en niños típicamente desarrollados, son la expresión de un único sistema: la facultad del lenguaje. Los primates no-humanos no producen este tipo de gestos declarativos, aunque son capaces de alcanzar cierta capacidad simbólica (Cartmill y Maestripieri, 2012; Mattos y Hinzen, 2015).

Muchos estudios coinciden que el gesto es un índice fiable del nivel de lenguaje expresivo y receptivo (Lyster et al., 2008). Por lo tanto, la producción atípica de gestos declarativos puede llevar a producir distintos tipos de frases atípicas. Algunos estudios sugieren que los niños con TEA no están tan dispuestos a llamar la atención de los adultos si no es por objetivos imperativos, a diferencia de lo que ocurre en el caso de los

niños típicamente desarrollados (Loveland y Landry, 1986; Maljaars et al., 2011). Esta conclusión podría relacionar el uso del lenguaje en la modalidad imperativa con el hecho que los niños con TEA muestran una producción más baja de preguntas, hecho que también está relacionado con las dificultades que muestran en los turnos de palabra y en el inicio y mantenimiento de una conversación.

Desde nuestra perspectiva, las personas con autismo podrían presentar un estilo lingüístico diferente, el cual se podría ver compensando con la capacidad visual que poseen las personas con TEA (Grandin, 1995; Kana et al., 2006). Este perfil lingüístico estaría reflejado en los patrones alterados de comunicación social (Hinzen et al., 2015). Rapin y Dunn (2003) sugirieron que los déficits pragmáticos y semánticos de las personas con TEA estaban relacionados entre sí. Tager-Flusberg (1981) y Kjelgaard y Tager-Flusberg (2001) confirmaron estos resultados al observar que solamente aquellas personas con TEA que tenían problemas con el vocabulario, la semántica y la sintaxis también mostraban más dificultades en la repetición de pseudopalabras. Además, también concluyeron que las personas con autismo comprenden mejor las oraciones simples. Este hecho podría estar relacionado con la dificultad de mantener e iniciar una conversación y con el hecho de contestar y realizar preguntas. Oi (2010) y Huang y Oi (2013) confirmaron, por su parte, que en comparación con lo que se observa en el desarrollo típico, las personas con TEA dan más respuestas erróneas tanto a preguntas totales, de *sí o no* (“¿Ha llegado tu hermana?”, “¿Está lloviendo?”), como a preguntas parciales (“¿Qué estás haciendo?” o “¿Cuándo terminarás esta tarea?”). Éstas últimas, a su vez, les resultan más difíciles que las primeras (Huang y Oi, 2013), seguramente debido a su mayor complejidad.

En definitiva, se necesita un análisis más detallado del perfil lingüístico de las personas con TEA, ya que dicho perfil puede ser una pieza fundamental para esclarecer las interrelaciones entre las diferentes características que constituyen el perfil cognitivo correspondiente. Una visión más objetiva y científica del lenguaje en el TEA contribuiría a marcar el camino a seguir en el diseño de terapias más efectivas para el tratamiento del autismo.

Bibliografía

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-4)*.

Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*.

Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

BARON-COHEN, S. (1997). Hey! It was just a joke! Understanding propositions and propositional attitudes by normally developing children and children with autism. *Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 34 (3), 174-178.

BARON-COHEN, S. (2000). Theory of mind and autism: A fifteen-year review. En S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, y D. J. Cohen (Eds.), *Understanding other minds: Perspectives from developmental cognitive neuroscience*, 3-20. Oxford: Oxford University Press.

BARTOLUCCI, G., PIERCE, S., STREINER, D. Y EPEL, P. T. (1976). Phonological investigation of verbal autistic and mentally retarded subjects. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 6, 303-316.

BOUCHER, J. (2003). Language development in autism. *International Journal of pediatric and Otorhinolaryngology*, 67 (1), 159-163.

CARTMILL, E. A. Y MAESTRIPIERI, D. (2012). Socio-Cognitive Specializations in Non human Primates: Evidence from Gestural Communication. En: J. Vonk y T. Shackelford (Eds.), *The Oxford handbook of comparative evolutionary psychology*, 1-25. Oxford, UK: Oxford University Press.

CARTMILL, E. A., HUNSICKER, D. Y GOLDIN-MEADOW, S. (2014). Pointing and naming are not redundant: Children use gesture to modify nouns before they modify nouns in speech. *Developmental Psychology*, 50(6), 1660-1666.

CENTER FOR DISEASE CONTROL (2014). Facts about ASD. Recuperado de: Centers for Disease Control and Prevention, el 15 de julio de 2015, de <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/facts.html>.

DE VILLIERS, J. Y DE VILLIERS, P. (1995). Steps in the mastery of sentence complements. Artículo presentado en el Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development.

DE VILLIERS, J. Y PYERS, J. (2002). Complements to cognition: a longitudinal study of the relationship between complex syntax and false-belief understanding. *Cognitive Development*, 17, 1037-1060.

DE VILLIERS, J. (2007). The interface of language and theory of mind. *Lingua*, 117(11), 1858-1878.

DUNN, L., DUNN, L., WHETTON, C. Y BURLEY, J. (1997). *British Picture Vocabulary Scale: Revised*. NFER

Nelson Publishing Co., Slough, Bucks.

DURRELEMAN, S. Y ZUFFEREY, S. (2009). The nature of syntactic impairment in autism. *Rivista di Grammatica Generativa*, 34, 57-86.

EIGSTI, I. M., DE MARCHENA, A. B., SCHUH, J. M. Y KELLEY, E. (2011). Language acquisition in autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 681-691. doi: 10.1016/j.rasd.2010.09.001

ESKES, G. A., BRYSON, S. E. Y MCCORMICK, T. A. (1990). Comprehension of concrete and abstract words in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20, 61-73.

FRITH, U. Y SNOWLING, M. (1983). Reading for meaning and reading for sound in autistic and dyslexic children. *British Journal of Developmental Psychology*, 1, 329-342.

GARDNER, M. (1982). *Expressive One Word Vocabulary Test*. Western Psychological Services, Los Angeles.

GOLDIN-MEADOW, S. Y BUTCHER, C. (2003). Pointing toward two-word speech in young children. En Kita, S. (Ed.). *Pointing: Where language, culture, and cognition meet*, 85-107. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

GOLDSTEIN, H. (2002). Communication intervention for children with autism: A review of treatment efficacy. *Journal of autism and Developmental Disorders*, 32(5), 373-396.

GRANDIN, T. (1995). *Thinking in pictures and other reports from my life with autism*. New York: Vintage Books.

GROEN, W. B., ZWIERS, M. P, VAN DER GAAG, R-J. Y BUTTELAAR, J. K. (2008). The phenotype and neural correlates of language in autism: an integrative review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 1416-1425.

HAPPE, F. G. (1993). Communicative competence and theory of mind in autism: a test of relevance theory. *Cognition*, 48, 101-119.

HAPPE, F. Y FRITH, U. (2006). The weak coherence account: Detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(1), 5-25

HINZEN, W., ROSSELLÓ, J., MATTOS, O., SCHROEDER, K. Y VILA, E. (2015). The image of mind in the language of autistic children. *Frontiers in Psychology*, 6(841), 1-4. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00841

HOBSON, R. P. Y LEE, A. (1989). Emotion-related and abstract concepts in autistic people: evidence from the British Picture Vocabulary Scale. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, 601-623.

HOWLIN, P. (1999). *Children with autism and Asperger*

syndrome: A guide for practitioners and carers. New York: Wiley.

HOWLIN, P. (2003). Outcome in high-functioning adults with autism with and without early language delays: implications for the differentiation between autism and Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 3–13.

HUANG, S-F. Y OI, M. (2013). Responses to wh-, yes/no, A-not-A, and choice questions in Taiwanese children with high-functioning autism spectrum disorder. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 1-17.

IVERSON, J. M. Y GOLDIN-MEADOW, S. (2005). Gesture paves the way for language development. *Psychological Science*, 16 (5), 367-371.

KAMIO, Y. Y TOICHI, M. (2000). Dual access to semantics in autism: Is pictorial access superior to verbal access? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(7), 859-867.

KANA, R. K., KELLER T. A., CHERKASSKY V. L., MINSHEW N. J. Y JUST M., A. (2006). Sentence comprehension in autism: thinking in pictures with decreased functional connectivity. *Brain*, 129, 2484-2493.

KANNER, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.

KANNER, L. (1946). Irrelevant and metaphorical language in early infantile autism. *American Journal of Psychiatry*, 103, 242-246.

KJELGAARD, M. M. Y TAGER-FLUSBERG, H. (1999). Defining the language deficits in autism. Symposium for Research on Child Language Disorders. Madison: WI.

KJELGAARD, M. M. Y TAGER-FLUSBERG, H. (2001). An investigation of language impairment in autism: implications for genetic subgroups. *Language and Cognitive Processes*, 16, 287–308.

KOBAYASHI, R., MURATA, T. Y YOSHINAGA, K. (1992). A follow-up study of 201 children with autism in Kyushu and Yamaguchi areas, Japan. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 395–411.

LE COUTEUR, A., LORD, C. Y RUTTER, M. (2003). *Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

LEE, A., HOBSON, R. P. Y CHIAT, S. (1994). I, you, me, and autism: An experimental study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(2), 155-176.

LOMBARDO, M. V. ET AL. (2015). Different functional neural substrates for good and poor language outcome in autism. *Neuron*, 86(2), 567-577.

LORD, C. Y PAUL, R. (1997). Language and communication in autism. En: D. Cohen y F. R. Volkmar (Eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New York: John Wiley.

LOVELAND, K. A. Y LANDRY, S. H. (1986). Joint attention and language in autism and developmental language delay. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 16, 335-349.

LUYSTER, R., KADLEC, M. B., CARTER, A. Y TAGER-FLUSBERG, H. (2008). Language assessment and development in toddlers with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(8), 1426–1438.

MAJJAARS, J., NOENS, I., JANSEN, R., SCHOLTE, E. Y VAN BERCKELAER-ONNES, I. (2011). Intentional communication in non verbal and verbal low-functioning children with autism. *Journal of Communication Disorders*, 44, 601–614.

MANDY, P. L. Y SKUSE, D. (2008). Research Review: what is the association between the social-communication elements of autism and repetitive interests, behaviours and activities? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(8), 795-808.

MARTIN, I. Y McDONALD, S. (2004). An exploration of causes of non-literal language problems in individuals with Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 311–328.

MATTOS, O. Y HINZEN, W. (2015). The linguistic roots of natural pedagogy. *Frontiers in Psychology*, 6, 1424. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01424

McEVOY, R. B., LOVELAND, K. A. Y LANDRY, S. H. (1988). The functions of immediate echolalia in autistic children: A developmental perspective. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18, 657-668.

McEVOY, R. B., LOVELAND, K. A. Y LANDRY, S. H. (1992). L'ecolalia nell'autismo infantile: un'interpretazione psicolinguistica evolutiva. En D. Ianes (Ed.), *Autolesionismo stereotipi e aggressività*, 1–16. Erikson: Trento.

MUNDY, P., SIGMAN, M. Y KASARI, C. (1994). Joint attention, developmental level and symptom presentation in young children with autism. *Development and Psychopathology*, 6, 389-401.

MUNDY, P. Y MARKUS, J. (1997). On the nature of communication and language impairment in autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 3, 343–349. doi: 10.1002/(SICI)1098-2779(1997)3:4<343::AID-MRDD9>3.0.CO;2-O.

NEWTON, A. M. Y DE VILLIERS, J. G. (2007). Thinking while talking: Adults fail nonverbal false-belief reasoning. *Psychological Science*, 18(7), 574-579.

OI, M. (2010). Do Japanese children with high-functioning autism spectrum disorder respond differently to wh-questions and yes/no questions? *Clinical Linguistics & Phonetics*, 24(9), 691-705.

ÖZÇALIŞKAN, Ş. Y GOLDIN-MEADOW, S. (2009). When gesture-speech combinations do and do not index linguistic change. *Language and cognitive processes*, 24(2), 190-217.

PAYNTER, J. Y PETERSON, C. (2010). Language and ToM development in autism versus Asperger syndrome: Contrasting influences of syntactic versus/semantic maturity. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4 (3), 377-385.

RAPIN, I. Y DUNN, M. (2003). Update on the language disorders of individuals on the autistic spectrum. *Brain and Development*, 25, 166-172.

ROBERTS, J. A., RICE, M. L. Y TAGER-FLUSBERG, H. (2004). Tense marking in children with autism. *Applied Psycholinguist*, 25, 429-448.

ROGERS, S. J. Y BENNETTO, L. (2000). Intersubjectivity in autism: The roles of imitation and executive function. En A. M. Wetherby y B. M. Prizant (Eds.), *Autism spectrum disorders. A transactional developmental perspective*, 79-107. Baltimore: Paul H. Brookes.

RUTTER, M., DILAVORE, P. C. Y RISI, S. (2002). *Autism diagnostic observation schedule: ADOS*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

SAAD, A. G. (2006). Ecolalia no autismo: a influencia dos diferentes tipos de interlocutores, de discursos e de brincadeiras na fala de uma criança. Universidade de Veiga de Almeida, Tese (Mestrado).

SAAD, A. G. Y GOLDFELD, M. (2009). A ecolalia no desenvolvimento da linguagem de pessoas autistas: uma revisão bibliográfica. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 21, 255-60.

SIGAFOOS, J. (2000). Communication development and aberrant behavior in children with developmental disabilities. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 35, 168-176.

STONE, W. Y YODER, P. (2001). Predicting productive

language in children with autism. *Autism*, 5, 341-361.

SZATMARI, P., BRYSON, S. E., BOYLE, M. H., STREINER, D. L. Y DUKU, E. (2003). Predictors of outcome among high functioning children with autism and Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 44(4), 520-528.

TAGER-FLUSBERG, H. (1981). On the nature of linguistic functioning in early infantile autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 11, 45-56.

TAGER-FLUSBERG, H. Y CALKINS, S. (1990). Does imitation facilitate the acquisition of grammar? Evidence from autistic, Down syndrome and normal children. *Journal of Child Language*, 17, 591-606.

TAGER-FLUSBERG, H. Y SULLIVAN, K. (1995). Attributing mental states to story characters: a comparison of narratives produced by autistic and mentally retarded individuals. *Applied Psycholinguistics*, 16(3), 241-256.

TAGER-FLUSBERG, H. (1996). Brief report: current theory and research on language and communication in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 169-172.

TAGER-FLUSBERG, H. (2001). Understanding the language and communicative impairments in autism. En L. M. Glidden (Ed.), *International review of research in mental retardation: Autism*, 185-205. San Diego, CA: Academic Press.

TAGER-FLUSBERG, H. Y KASARI, C. (2013). Minimally Verbal School-Aged Children with Autism Spectrum Disorder: The Neglected End of the Spectrum. *Autism Research*, 6, 468-478. doi: 10.1002/aur.1329

TANTAM, D., HOLMES, D. Y CORDESS, C. (1993). Non-verbal expression in autism of Asperger type. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23, 111-133.

VAN BERCKELAER-ONNES, I. A., VAN LOON, J. Y PEELEN, A. (2002). Challenging behaviour: A challenge to change. *Autism*, 6, 259-270.

VOLDEN, J. Y LORD, C. (1991). Neologisms and idiosyncratic language in autistic speakers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21, 109-130.

VOULOUMANOS, A. Y WAXMAN, S. R. (2014). Listen up! Speech is for thinking during infancy. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(12), 642-646. doi:10.1016/j.tics.2014.10.001.

El papel de la mentalización en la etiología de la conducta violenta*

IZASKUN VILORIA RODRÍGUEZ** Y SERGI BALLESPÍ SOLA***

RESUMEN

Este es el primero de dos trabajos que abordan la relación entre la mentalización (MZ) y la conducta violenta. La MZ o función reflexiva es una forma de actividad mental imaginativa involucrada en la percepción e interpretación del comportamiento humano en términos de estados mentales intencionales. Se considera un mediador en la relación entre las experiencias tempranas en el sistema de apego y posteriores dificultades en la regulación afectiva, la atención y el autocontrol. Las experiencias traumáticas en la infancia son un aspecto crucial en la psicogénesis de la violencia y si se llevan a cabo por una figura de apego, interfieren en el proceso de desarrollo de la MZ. Por ello, se ha vinculado la violencia a un fallo significativo de la función reflexiva. Asimismo, se cuenta con una amplia evidencia biológica consistente con este supuesto. PALABRAS CLAVE: mentalización, apego, violencia, *mirroring*.

ABSTRACT

THE ROLE OF MENTALIZATION IN THE ETIOLOGY OF VIOLENT BEHAVIOUR. This is the first of two papers addressing the relationship between mentalization (MZ) and violent behavior. Mentalizing can be defined as a form of imaginative mental activity involved in the perception and interpretation of human behaviour in terms of intentional mental states. It is considered a mediator in the relationship between early attachment system experiences and subsequent difficulties in affect regulation, attention and self-control. Traumatic childhood experiences are crucial in the psychogenesis of violence and when perpetrated by an attachment figure, it is suggested that trauma interferes with the mentalization development process. Therefore, violence has been linked to a significant failure in mentalization. KEYWORDS: mentalization, attachment, violent behaviour, *mirroring*.

RESUM

EL PAPER DE LA MENTALITZACIÓ EN L'ETIOLOGIA DE LA CONDUCTA VIOLENTA. Aquest és el primer de dos treballs que aborden la relació entre la mentalització (MZ) i la conducta violenta. La MZ o funció reflexiva és una forma d'activitat mental imaginativa involucrada en la percepció i interpretació del comportament humà en termes d'estats mentals intencional. Es considera un mediador en la relació entre les experiències primerenques en el sistema d'aferrament i posteriors dificultats en la regulació afectiva, l'atenció i l'autocontrol. Les experiències traumàtiques en la infantesa són un aspecte crucial en la psicogènesi de la violència i si es porten a terme amb una figura d'aferrament, interfereixen en el procés de desenvolupament de la MZ. Per això, s'ha vinculat la violència a una fallida significativa de la funció reflexiva. Al mateix temps, es compta amb una ampla evidència biològica consistent amb aquest supòsit. PARAULES CLAU: mentalització, aferrament, violència, *mirroring*.

Introducción

Este es el primero de una serie de dos trabajos destinados a mostrar, por una parte, la relación entre la

mentalización (MZ) y la conducta violenta y, por la otra, la adaptación de la Terapia Basada en la Mentalización (*Mentalization Based Therapy* o MBT), inicialmente diseñada para el trastorno límite de la personalidad (TLP),

**El presente trabajo tiene como objetivo explicar el papel de la MZ en la etiología de la conducta violenta, y el segundo trabajo, que se publicará en el próximo número de la Revista, presentará la adaptación de la Terapia Basada en la Mentalización (MBT) para pacientes violentos, desarrollada por Jessica Yakeley.*

***Estudiante del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria. Universitat Autònoma de Barcelona.*

****Doctor en Psicología. Profesor e investigador de la Universitat Autònoma de Barcelona.*

Correspondencia: zk.vr92@gmail.com

Recibido: 1/3/2016 – Aceptado: 4/3/2016

al abordaje de la agresividad de tipo reactivo.

Este primer trabajo tiene como objetivo explicar el papel de la MZ en la etiología de la conducta violenta. El segundo trabajo se centrará en la MBT, que está siendo adaptada para pacientes con trastorno de personalidad antisocial (TPA), ya que las personas violentas, según propone Peter Fonagy, muestran alteraciones en la capacidad de mentalizar, del mismo modo que las personas con TLP. Los resultados preliminares de los estudios piloto dirigidos por Yakeley (2013) muestran una reducción de la sintomatología agresiva en dichos pacientes.

Con el fin de ofrecer la información más actualizada posible, se ha revisado exhaustivamente una serie de publicaciones indexadas en las bases de datos *PsycNet*, *Scopus*, *Web of Science* y *PubMed*, así como en los principales manuales sobre el tema.

Sobre el origen de un paradigma

La MZ o función reflexiva (RF) es una forma de actividad mental imaginativa involucrada en la percepción e interpretación del comportamiento humano en términos de estados mentales intencionales (Fonagy y Target, 2006; Stein y Allen, 2007). El término “mentalización”, como ahora lo conocemos, fue popularizado por Peter Fonagy hace ya más de dos décadas (Fonagy, 1989) con la intención de ofrecer una nueva comprensión del desarrollo de la psicopatología. Posteriormente, junto con Anthony Bateman, se centró en la investigación en el ámbito del TLP para ofrecer a los pacientes un abordaje terapéutico eficaz centrado en el desarrollo de la MZ alterada –de ahí surgió la Terapia Basada en la Mentalización o MBT- (Fonagy, 1991; Bateman y Fonagy, 2004). Sin duda, la MZ ha resultado ser para los investigadores una gran herramienta para empezar a entender los mecanismos que median las relaciones entre las experiencias tempranas y el posterior funcionamiento psicológico (Macintosh, 2013).

Definición de mentalización

La MZ se define como una forma de actividad mental imaginativa involucrada en la percepción e interpretación del comportamiento humano en términos de estados mentales intencionales (Fonagy y Target, 1997; Stein y Allen, 2007). Se trata de un proceso que concede al individuo la consciencia de sus propios estados mentales subjetivos, así como de los del resto.

Esta capacidad permite al individuo atribuir al comportamiento de los demás, y al propio, una serie de creencias, sentimientos, deseos, intenciones, fantasías, planes, etc. subyacentes (Bateman y Fonagy, 2013). Mediante esta atribución de estados mentales, las personas damos sentido tanto a nuestro mundo interior como al mundo social que nos rodea.

Esta capacidad para ser consciente de los propios estados mentales linda con términos afines como el de *insight* o la metacognición. La capacidad para “ver” o “leer” la mente de los demás se asemeja a la definición de otros constructos como el de Teoría de la Mente (*Theory of Mind* o *ToM*), inteligencia emocional o empatía.

La multidimensionalidad que logra poner orden

La MZ o función reflexiva, aun relacionada con muchos conceptos afines, se distingue de ellos porque los abarca. Siendo la MZ un constructo multidimensional, cada uno de los conceptos emparentados se refiere a un aspecto concreto o a parte del concepto global de mentalización.

Según el contenido de los estados mentales (*p. ej.* sentimientos *versus* creencias), la MZ puede ser *afectiva* (como en el caso de la empatía) o *cognitiva* (como en la ToM). Según el nivel de representación puede ser más *explícita* (consciente, deliberada, narrativa, como en la ToM) o *implícita* (inconsciente, automática, intuitiva, como en la empatía). Según el objeto puede estar referida a los *propios* estados mentales (*insight*, inteligencia intrapersonal) o a los de los otros (empatía, ToM, inteligencia interpersonal).

La MZ puede aplicarse a comportamientos presentes, pasados o futuros, y puede tener en cuenta sólo los estados mentales del momento (temporalmente más concreta) o el contexto biográfico de la persona (más amplia). Finalmente, según el tipo de aspectos o indicadores en los que se centre, puede estar basada en signos *observables* (mirada, tono de voz, expresión facial, ademanes) o no *observables*.

Un paso hacia la sistematización, la ontogenia y la neurociencia

Una de las grandes aportaciones del paradigma de la MZ es la sistematización de términos emparentados bajo un mismo término paraguas: mentalización. Además, la MZ no sólo da nombre e importancia a esta función universal humana que es la base de la intersubjetividad y de la cognición social, sino que trata de

explicar su ontogenia, es decir, cómo aparece y cómo se desarrolla, en base a las relaciones de apego temprano, vinculando así la teoría de la MZ con la teoría del apego de Bowlby (1969). De este modo, además, Fonagy (Fonagy et al., 2011) contextualiza el desarrollo de la MZ en el marco de la psicología del desarrollo e incorpora en su formulación (definición, multidimensionalidad y ontogenia) las contribuciones de los últimos hallazgos en neurociencia.

Desarrollo de la mentalización

La MZ es una habilidad innata (Katznelson, 2014) que emerge de los cambios en el desarrollo estructural del cerebro (Giedd, 2003). Encontramos varias teorizaciones sobre cómo se adquiere la capacidad de mentalizar, y aunque difieren en algunos aspectos, parece haber un consenso respecto al énfasis que le conceden al entorno social. El desarrollo de la MZ depende del mundo social de la familia, con su red interactiva de relaciones complejas y, a veces, cargadas de intensas emociones. La naturaleza de las interacciones familiares, la calidad del control parental (Dunn et al., 1991), el discurso parental sobre las emociones (Denham et al., 1994), y la profundidad del discurso parental implicando la afectividad (Dunn et al., 1991a) están fuertemente asociados a la adquisición de la capacidad de entender el comportamiento de los demás en términos de intencionalidad. Por lo tanto, la teoría de la MZ localiza las raíces de la intersubjetividad y la empatía en el vínculo temprano entre el infante y su figura de apego (Fonagy, Gergely y Target, 2007).

La MZ es una habilidad dinámica que puede variar en distintos contextos sociales (Humfress et al., 2002). Se ve influida por el estrés, especialmente en las situaciones de apego (Allen, Fonagy y Bateman, 2008): a medida que el estrés aumenta, parece que se activa un cambio desde los modos de MZ controlados hacia los modos más automáticos (Taubner et al., 2010). Las experiencias adversas en la infancia se consideran factores de riesgo para el desarrollo de disfunciones relacionadas con la salud, tanto sociales como psíquicas (Anda et al., 1999). Pero todavía no se conocen con exactitud cuáles son los mecanismos específicos que asocian las experiencias con los fallos de MZ.

Desde la infraestructura de la teoría del apego (Bowlby, 1969) y desde la investigación de ella derivada, la inhibición de la MZ se ha propuesto como uno de

los posibles vínculos entre el comportamiento de apego disfuncional y el desarrollo de psicopatología (Fonagy et al., 2002). Concretamente, los modelos recientes sobre el origen de la conducta violenta subrayan que los déficits en el sistema de apego seguro impiden el desarrollo de la MZ (Taubner et al., 2013). Sabemos que el trauma juega un papel significativo en la psicogénesis de la violencia (Johnson et al., 1999). Cuando el suceso traumático es perpetrado por una figura de apego, autores como Fonagy (1989) sugieren que el trauma interfiere en el proceso de desarrollo de la MZ.

Mentalización y apego

La teoría de la MZ se sustenta en el concepto de apego (*attachment*), y propone que la adquisición de la función reflexiva forma parte del proceso intersubjetivo entre el niño y su cuidador: el cuidador facilita la creación de modelos de MZ a través de procesos lingüísticos de gran complejidad, es decir, se comporta con el infante de un modo que le permite ver que el comportamiento del cuidador puede entenderse mejor asumiendo que éste posee ideas y sentimientos que determinan sus acciones, lo cual puede ser generalizado a otras situaciones similares (Fonagy, 1997). El cuidador sensible sirve de puente entre la realidad y el mundo interior del niño. De este modo, el niño identifica las contingencias entre las experiencias internas y externas. Por consiguiente, la capacidad de la madre para entender la mente de su hijo junto con su capacidad para mostrarle y transmitirle esta comprensión, así como para fomentarla en el pequeño, son el vehículo mediante el cual la organización del sistema de apego se convierte en un aspecto de gran relevancia para el sentido del *self* del niño, así como para sus relaciones con el resto de personas.

La capacidad parental de comprender el desarrollo de la mente del infante provee al niño del sentido de su propia mente (Fonagy et al., 2002; Slade, 2002). El desarrollo de la MZ y el de la relación de apego, por tanto, van indisolublemente unidos, hasta el punto que una buena MZ depende intensamente de la seguridad del apego inicial y viceversa.

La relación de apego seguro como base de la mentalización

Fonagy (1997) apunta que un apego seguro proporciona la base psicosocial para adquirir la función reflexiva. Los niños con apego seguro se sienten cómodos atribuyendo estados mentales para explicar el

comportamiento de su cuidador. Hay un acuerdo general sobre que la “armonía” de la relación madre-hijo contribuye a la emersión del pensamiento simbólico: las madres con capacidad mentalizadora son capaces de dar sentido a sus propias experiencias como cuidadoras, así como a los estados mentales de sus hijos, de una forma coherente y flexible que facilita el surgimiento de las raíces de la MZ del infante (Grienenberger, Kelly y Slade, 2005).

Fonagy y su equipo presentan en su libro *Reflective Functioning Manual* (1998) tres supuestos nucleares en el desarrollo del *self* en su teoría de la MZ: 1) el sentido del *self* como agente tiene sus raíces en la experiencia de atribución de estados mentales a través de un “otro” significativo; 2) esta capacidad emerge de la interacción con el cuidador que normalmente -aunque no necesariamente- suele ser la madre, y se basa en un proceso de “imitación contingente” (*mirroring*); y 3) esta capacidad puede verse afectada por experiencias traumáticas. El apego, en esta teoría, toma un rol cognitivo, ya que da soporte al desarrollo de los mecanismos atencionales, a la función reflexiva, y a capacidades como la de formar representaciones internas de los estados afectivos.

El mirroring congruente

Un *mirroring* efectivo, en esta teoría, se caracteriza por la “congruencia” y la “distinción” (traducción del término *markedness* que se usa en la literatura inglesa; Weinberg, 2006). El cuidador debe percibir con exactitud el estado mental del infante, y asimismo debe reflejar este estado mental al propio infante, de una manera que quede claro que el mensaje que el cuidador verbaliza pertenece al infante y no al cuidador. Es decir, que lo que hace la madre no es hablar de sus propios estados mentales sino poner en palabras los estados mentales de su pequeño, para que éste los pueda mentalizar (Fonagy et al., 2002; Macintosh, 2013; Rossouw, 2013).

Si la relación de apego no es segura, el niño no tiene el marco y el respaldo necesario para explorar la incertidumbre, ni la del mundo físico (externo) ni la del mundo emocional (interno), con lo que la MZ podría verse alterada. Además, en las relaciones de apego inseguro la madre está menos disponible emocionalmente y es mucho menos -o nada- propensa al *mirroring*, afectando así también la posibilidad de MZ. Al no desarrollar esta capacidad, el niño no aprende a “ver” y a “leer” los estados mentales propios y ajenos, no es capaz de ponerlos en palabras, no es capaz,

por tanto, de traducirlos al código del pensamiento (el lenguaje) y no puede ponerlos a disposición del *self*. Al no poder “pensar” estos afectos, el niño se expresa mediante la acción. Así es como la inhibición de la MZ puede dar lugar a la conducta violenta (Fonagy y Target, 1999).

Abuso, apego inseguro y conducta violenta

Aunque no existe una relación causal directa entre un determinado tipo de apego y la conducta violenta, se han asociado determinadas tipologías de apego a los problemas exteriorizados. En concreto, se ha encontrado una elevada incidencia de apego inseguro-desorganizado en niños que han sufrido abusos. Esto tiene tres implicaciones: 1) paradójicamente, la figura y fuente de protección a quien el niño debería poder acudir en caso de amenaza es justamente la amenaza y la fuente de estrés; 2) se deducen las repercusiones de esta situación sobre el desarrollo de la MZ; 3) parece plausible considerar que el apego desorganizado impide usar estrategias para reducir el estrés apropiadamente en un contexto de abuso (Taubner y Curth, 2013).

Asimismo, los niños que han sufrido malos tratos presentan más riesgo de fracasar en el proceso de búsqueda de sus propios estados mentales en la mente del cuidador, y por ello están en riesgo de desarrollar una MZ empobrecida (Fonagy y Target, 1997). Según un estudio de Beeghly y Cicchetti (1994), los infantes de entre uno y dos años con historia de malos tratos presentaban un déficit en el lenguaje productivo, así como una ausencia de palabras relativas a los estados mentales. Se constató que el lenguaje interno de estos niños era particularmente escaso en términos de palabras pertenecientes a estados cognitivos o creencias, aunque se mostraba rico en percepción y deseos.

Según Bowlby (1969), si las figuras de apego son receptivas, cariñosas, sensibles y amables, el niño probablemente interiorizará la experiencia de que sus necesidades de seguridad y cariño serán satisfechas de forma apropiada cuando lo necesite (situación de sistema de apego seguro). Por el contrario, la conducta agresiva en la infancia y la adolescencia se ha relacionado principalmente con patrones de apego inseguro-avoidante (Allen et al., 2007; Renken et al., 1989; Rosenstein y Horowitz, 1996). Preescolares con apego inseguro-avoidante mostraron, en un estudio de Suess, Grossmann y Sroufe (1992), elevada conducta agresiva y atribución de intenciones hostiles en los demás. En otro estudio

prospectivo longitudinal ($N = 1.060$), niños de tres años con apego inseguro-avoidante obtuvieron puntuaciones más altas en agresión instrumental que niños con apego inseguro-ambivalente (McElwain et al., 2003). Los adolescentes con patrones de apego avoidante mostraron más estrategias disruptivas de resolución de conflictos mediante la exclusión de otros. Por consiguiente, los adolescentes avoidantes tendieron a usar menos recursos de interacción social (Zimmerman et al., 2001). Como consecuencia, el tipo de apego inseguro-avoidante se considera un factor de riesgo para los problemas exteriorizados (Allen et al., 2002; Rosenstein y Horowitz, 1996).

El papel de la mentalización en la etiología de la violencia

Desde la teoría de la MZ, hay muchos autores, como De Zulueta (1994), Gilligan (1996) y Fonagy (Fonagy, 2003, 2004; Fonagy y Target, 1995; Fonagy et al., 1991; Fonagy, Moran y Target, 1993) que enfatizan el rol del vínculo en la etiología de la violencia. Fonagy considera que la agresión tiene raíces biológicas, pero que la agresión patológica y el comportamiento violento surgen en respuesta a amenazas percibidas por el *self*. De ahí que haya desarrollado un modelo explicativo de cómo los traumas tempranos y los vínculos perturbados (con posible abuso físico y psíquico) pueden desencadenar agresión y violencia, relacionando así la violencia con el concepto de “mentalización” (Fonagy et al., 2002).

Hay como mínimo tres procesos cruciales que vinculan la violencia a un fallo significativo de la función reflexiva (Fonagy y Target, 1999). En primer lugar, los individuos sin un sentido de la propia identidad bien establecido pueden sentir fácilmente que no son responsables de sus propias acciones, porque carecen verdaderamente de la habilidad humana que asocia las intenciones a las acciones y crea un sentido de agencia. Para que este sentido de agencia surja, la figura de apego en la infancia debe de haber estado presente para percibir las intenciones del infante y ayudarlo a darle sentido a sus comportamientos, de modo que el impacto de sus acciones sobre su entorno pueda vincularse a una intención previa. Así se forja el sentido de agencia.

En segundo lugar, la MZ es crucial en la anticipación de las consecuencias de un acto sobre otra persona, y los pacientes violentos carecen de dicha capacidad.

Por último, las limitaciones en la MZ causan ciertas

variaciones dentro del sistema representacional del individuo, específicamente en relación con los estados mentales. Los sentimientos o pensamientos no se experimentan como reales o con sentido, sino que son variables, pueden desecharse, y la consecuencia observable es un estado disociativo que puede ser una muestra del tipo de MZ del sujeto.

A continuación se explicará con más detalle cómo se asocian los fallos de MZ con la conducta violenta. Acabamos de sugerir que la emersión de la MZ está profundamente arraigada a las relaciones objetales primarias del niño, principalmente a la relación con un cuidador en la que es posible el *mirroring*. La ausencia o distorsión del *mirroring* puede generar un mundo psicológico en el cual las experiencias internas están pobremente representadas, y por lo tanto hay una necesidad desesperada para encontrar maneras alternativas de contener la experiencia psicológica y el mundo mental. Clínicamente, esto significaría que el infante ha recibido imágenes irreconocibles o modificadas de sus estados afectivos, y podría tener problemas en un futuro para diferenciar la realidad de la fantasía, y la realidad física de la psíquica, la realidad propia de la de los demás. Esto podría limitarlo a un uso del afecto instrumental (manipulativo), en lugar de comunicativo (Fonagy y Target, 1999).

Este uso instrumental del afecto es un aspecto clave en la tendencia de los pacientes violentos para expresar y lidiar con los pensamientos y los sentimientos propios y de los demás, con lo que se acaban realizando comunicaciones de estos fenómenos en vez de “en palabras”, mediante la acción física, bien sea contra sus propios cuerpos (autoagresiones) o en relación a otras personas (Fonagy, Moran y Target, 1993; Fonagy y Target, 1995). Si la emoción (del latín *emotio*, -nis: “aquello que mueve hacia”) no es traducida al código de la palabra y puesta al servicio del *self*, fácilmente cumplirá su propósito: la acción o movimiento.

La mentalización alterada como factor mediador entre el trauma y la violencia

Como ya se ha mencionado, el trauma es un aspecto crucial en la psicogénesis de la violencia (Johnson et al., 1999) y si es llevado a cabo por una figura de apego, el trauma interfiere claramente en el desarrollo de la MZ. Según Fonagy y Target (1999), la evidencia respalda esta afirmación, ya que los niños que han sufrido abusos severos presentan: a) una persistencia del

modo de *equivalencia psíquica*, en que la experiencia del mundo interno equivale a la experiencia del mundo externo; b) una propensión a desplazarse hacia el *pretend mode* (estado disociativo); y c) una incapacidad parcial para reflejar los estados mentales de otra persona. Estos modos de pensamiento persisten en la adultez, pues no han sido sustituidos por la capacidad de MZ y, en consecuencia, predisponen a la violencia.

Refiriéndonos a un modo más específico relacionado con la realidad física, el *self* ajeno o *alien self*, sabemos que la carencia de un sentido estable del *self* es una dificultad central en los pacientes violentos (Fonagy y Target, 1999). El paciente carece de una auténtica imagen del *self*, pues no ha podido construirla, como ocurre cuando se da la MZ, en base a las representaciones que puede haber ido interiorizando de sus propios estados mentales. La ausencia o debilidad de un *self* de dichas características deja al niño, y más tarde al adulto, con un afecto que permanece sin etiquetar, confuso.

Esto genera desesperación por encontrar un significado, y un deseo por asimilar reflejos o imágenes de los demás, los cuales no encajan con nada dentro de la propia experiencia del infante. Por consiguiente, se llega a una interiorización de las representaciones de los cuidadores en lugar de disponer de una versión “en condiciones” de la propia experiencia del *self*, lo cual da lugar a entender (y confundir) por *self* lo que en realidad es parte del *self* ajeno. Este *self* ajeno o falso *self* destruye el sentido de coherencia e identidad del propio *self*, el verdadero, el que debiera estar construido e identificado en base a los propios estados mentales. Este error en la ontogenia del *self* sólo puede corregirse con una constante e intensa proyección en el terapeuta, y por tanto sólo una psicoterapia conseguirá restablecer realmente la conexión con el verdadero sentido del *self mismo*.

Neurobiología de la mentalización y su vínculo con la violencia

Como ya se ha señalado, una de las contribuciones del paradigma de la MZ, además de sistematizar el campo de estudio, abordar el concepto desde la perspectiva del desarrollo y explicar su ontogenia en el marco de las relaciones de apego, es que avala sus planteamientos de acuerdo con los últimos avances en neurociencia. Puesto que los avances en neurociencia también apoyan la idea de que la violencia se asocia a una MZ defectuosa

(Fonagy, 2014), el propósito de este apartado es señalar las principales áreas del cerebro implicadas en la capacidad para mentalizar y qué relación guardan estas áreas con el comportamiento violento.

La capacidad de mentalizar emerge de los cambios estructurales durante el desarrollo cerebral (Giedd, 2003). Aunque los estudios pediátricos de neuroimagen no han abordado directamente el proceso de la MZ, los principios generales del desarrollo del cerebro pueden arrojar luz a su neurobiología. Los estudios de neuroimagen, que se han llevado a cabo únicamente en adultos, revelan un sistema de tres componentes consistentemente activados durante la MZ tanto implícita como explícita: el córtex prefrontal medial, los lóbulos temporales y el surco posterior superior temporal (Frith y Frith, 2003).

Corteza prefrontal

Un amplio número de estudios basados en resonancia magnética funcional indican que, junto con los lóbulos temporales, esta región está implicada en el proceso de MZ (Frith y Frith, 2003).

Esta región cerebral interviene en los procesos de planificación, organización, estrategia y otras funciones ejecutivas (Giedd, 2003), así como en la regulación y control de los procesos psicológicos (Luria, 1986). Se divide en tres áreas: orbital, dorsolateral y medial. Esta última, en concreto la región del córtex prefrontal medial, participa activamente en los procesos de inhibición, en la detección y solución de conflictos, así como también en la regulación y esfuerzo atencional (Badgaiyan y Posner, 1997). También participa en la regulación de la agresión y de los estados motivacionales (Fuster, 2002), y está implicada en varias formas de problemas de personalidad antisocial (Raine et al., 2000).

Es probablemente la base del mecanismo que permite separar y distinguir las representaciones de los estados mentales de las representaciones de los objetos físicos. Esta región se activa en tareas de MZ cuando los individuos están atendiendo a los estados mentales de otros, debido a que una de sus funciones es comprender dichos estados. Por ende, las alteraciones en estos circuitos implican dificultades para leer los estados mentales de los demás y dan lugar, así, a respuestas equivocadas.

Lóbulos temporales

La zona de los lóbulos temporales está implicada en

la génesis de un amplio contexto semántico y emocional necesario para procesar adecuadamente lo que ocurre en el presente.

Esta región, en concreto su parte anterior, es el centro para la potencial convergencia de todas las modalidades sensoriales, así como de los inputs límbicos (Moran et al., 1987). Luego se trata de una región clave para la integración de la información sensorial y afectiva, por lo que se ha llevado a señalar como una de las estructuras clave en el buen funcionamiento de la MZ. Lo avala el hecho de que resultados de varios estudios muestren una pérdida de tejido neuronal en los lóbulos temporales de pacientes violentos (Laakso et al., 2001; Tonkonogy, 1991) o pacientes antisociales (Barkataki et al., 2006; Laakso et al., 2001; Tonkonogy, 1991).

Amígdala

La amígdala está implicada en el desarrollo de la conducta de apego y en la regulación emocional, sobretudo de emociones desagradables (Gross, 2007). Algunos estudios como el de Blair et al. (1999) relacionan la violencia reactiva (afectiva, defensiva, impulsiva o de sangre caliente) con las lesiones del córtex prefrontal, y la violencia instrumental (predatoria, proactiva, con propósito o de sangre fría) con un déficit en el procesamiento del estrés debido a fallos en el funcionamiento de la amígdala. Luego la amígdala es una estructura que relaciona fisiológicamente la violencia instrumental con el procesamiento del estrés y, por tanto, con la MZ de las propias emociones desagradables.

Se ha sugerido una amígdala disfuncional como uno de los correlatos principales con la psicopatía (Blair et al., 2005; Blair, 2003, 2006). Las disfunciones en la amígdala podrían conducir a un déficit en el aprendizaje emocional, el cual a su vez podría ser una de las razones detrás del desarrollo de la psicopatía (Blair, 2003, 2006; Blair et al., 2006). A ello se suma un conjunto bastante extenso de estudios que han demostrado que los individuos con psicopatía fallan en reaccionar a los estímulos amenazantes (Birbaumer et al., 2005; Patrick, Bradley, y Lang, 1993; Patrick, Cuthbert, y Lang, 1994; Raine, 1996; Raine et al., 2000).

Surco posterior temporal

Respecto al surco posterior superior temporal, los resultados sugieren que esta región no está específicamente implicada en el comportamiento de los seres vivos, sino en el comportamiento complejo de cualquier

naturaleza o origen (Frith y Frith, 2003). El conocimiento sobre comportamientos complejos y, en particular, la habilidad para predecir los movimientos en una secuencia de comportamiento es extremadamente valiosa en cualquier interacción social y podría ser la base de algunos de los precursores de la MZ, tales como “seguir con la mirada” (*gaze following*) y el pensamiento compartido (*joint attention*).

Discusión

El comportamiento violento resulta, como ocurre con la mayoría de fenómenos psicológicos, de una red de interacciones entre factores genéticos y ambientales que todavía requieren de mayor investigación. No obstante, es posible afirmar, ahora con el aval de la ciencia, que el contexto tiene un gran peso en la patología violenta, sobre todo el entorno social de los primeros años de vida, en el cual las figuras de apego tienen un papel crucial en el desarrollo de la capacidad de mentalizar del niño.

La relación entre MZ y violencia se ve respaldada por la teoría y avalada por las investigaciones sobre el apego, el abuso y la conducta violenta. Además, la neurociencia también apoya esta relación al señalar diversas estructuras cerebrales como los posibles substratos fisiológicos de esta relación. Sabemos que mediante las experiencias tempranas, el ambiente modela la estructura y funcionamiento neuronal, modificando el cerebro del pequeño. Es por ello que la MZ, que implica regiones cerebrales tales como la corteza prefrontal, los lóbulos temporales y la amígdala principalmente, puede verse afectada cuando ocurren experiencias traumáticas o aversivas que implican estrés. Así, aunque no se ha vinculado ningún tipo de apego concreto a la génesis del comportamiento violento, los nuevos modelos sobre el origen de la conducta violenta destacan que los déficits en el sistema de apego seguro impiden el desarrollo de la MZ.

El concepto de mentalización da nombre a una capacidad multidimensional que se supone promotora de la salud mental global y se postula como factor de riesgo, cuando falla o se inhibe, de un amplio abanico de trastornos. Sin embargo, las investigaciones futuras deberán contrastar esta hipótesis y averiguar qué patologías concretas se asocian a las alteraciones o déficits de las distintas dimensiones de la MZ, con el fin de poder prevenirlas o abordarlas con el mayor conocimiento

disponible para ello.

Por tanto, dos conclusiones deben extraerse de los planteamientos aquí desplegados. En primer lugar, que siendo la MZ una capacidad con gran probabilidad de estar relacionada con la salud mental en general, se abre tanto en la psicología como en la psiquiatría, todo un mundo de posibilidades en cuanto a la investigación en psicopatología. En segundo lugar, si se demuestra empíricamente y de forma contundente el papel de la mentalización en la psicopatología, los planteamientos terapéuticos también deberían evolucionar en consecuencia. Esto significa que los abordajes predominantes se planteen nuevas formas de entender la psicopatología, desde un punto de vista más complejo y profundo que implica a la persona en su totalidad, desde su infancia hasta sus condiciones actuales, pasando por el mundo social que la rodea, cargado de interacciones con el mundo social y simbólico.

Bibliografía

- ALLEN, J. G., FONAGY, P. Y BATEMAN, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington, USA: American Psychiatric Publishing
- ALLEN, J. P., MARSH, P., MCFARLAND, C., MCELHANEY, K. B., LAND, D. J., JODL, K. M. Y PECK, S. (2002). Attachment and autonomy as predictors of the development of social skills and delinquency during mid-adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 56–66.
- ALLEN, J. P., PORTER, M., MCFARLAND, C., MCELHANEY, K. Y MARSH, P. (2007). The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child Development*, 78(4), 1222–1239.
- ANDA, R. F., CROFT, J. B., FELITTI, V. J., NORDENBERG, D., GILES, W. H., WILLIAMSON, D. F. Y GIOVINO, G. A. (1999). Adverse Childhood Experiences and Smoking During Adolescence and Adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 282(17), 1652–1658.
- BADGAIYAN, R. D. Y POSNER, M. I. (1997). Time course activations in implicit and explicit recall. *Journal of Neuroscience*, 17, 4904–4913.
- BARKATAKI, I., KUMARI, V., DAS, M., TAYLOR, P. Y SHARMA, T. (2006). Volumetric structural brain abnormalities in men with schizophrenia or antisocial personality disorder. *Behavioural Brain Research*, 169(2), 239–247.
- BATEMAN, A. Y FONAGY, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based Treatment*. Oxford: University Press.
- BATEMAN, A. Y FONAGY, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595–613.
- BEEGHLY, M. Y CICCHETTI, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 6, 5–30.
- BIRBAUMER, N., VEIT, R., LOTZE, M., ERB, M., HERMANN, C., GRODD, W. ET AL. (2005). Deficient fear conditioning in psychopathy: A functional magnetic resonance imaging study. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 799–805
- BLAIR, J., MITCHELL, D. Y BLAIR, K. (2005). *The Psychopath — Emotion and the brain*. Oxford: Blackwell Publishing.
- BLAIR, R. J. (2003). Neurobiological basis of psychopathy. *British Journal of Psychiatry*, 182, 5–7.
- BLAIR, R. J. (2006). The emergence of psychopathy: Implications for the neuropsychological approach to developmental disorders. *Cognition*, 101(2), 414–442.
- BLAIR, R. J., MORRIS, J. S., FRITH, C. D., PERRETT, D. I. Y DOLAN, R. (1999). Dissociable neural responses to facial expressions of sadness and anger. *Brain*, 122, 883–893.
- BLAIR, R. J., PESCHARDT, K. S., BUDHANI, S., MITCHELL, D. G. Y PINE, D. S. (2006). The development of psychopathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3–4), 262–276.
- BOWLBY, J. (1969/1982). *Attachment and Loss, Volume 1*. New York: Basic Books.
- DE ZULUETA, F. (1994). *From pain to violence*. London: Wiley.
- DENHAM, S. A., ZOLLER, D. Y COUCHOUD, E. A. (1994). Infant Socialization of preschoolers emotion understanding. *Developmental Psychology*, 30, 928–936.
- DUNN, J., BROWN, J. Y BEARDSALL, L. (1991a). Family talk about feeling states and children's later understanding of others' emotions. *Developmental Psychology*, 27, 448–455.
- DUNN, J., BROWN, J., SOMKOWSKI, C., TELSA, C. Y YOUNGBLADE, L. (1991). Young children's understanding of other people's feelings and beliefs: Individual differences and their antecedents. *Child Development*, 62, 1352–1366
- FONAGY, P. (1989). On tolerating mental states: theory of mind in borderline patients. *Bulletin of the*

Anna Freud Centre, 12:91–115.

FONAGY, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 1–18.

FONAGY, P. (1997). Multiple voices vs. meta-cognition: An attachment theory perspective. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 181–194.

FONAGY, P. (2003). Towards a developmental understanding of violence. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 190–192.

FONAGY, P. (2004). Early life trauma and the psychogenesis and prevention of violence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1036, 181–200.

FONAGY, P. (2014). Towards a developmental understanding of violence. *The British Journal of Psychiatry*, 190–192.

FONAGY, P. Y TARGET, M. (1995). Understanding the violent patient: The use of the body and the role of the father. *The International Journal of Psychoanalysis*, 76, 487–501.

FONAGY, P. Y TARGET, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679–700.

FONAGY, P. Y TARGET, M. (1999). Towards understanding violence: The use of the body and the role of the father. In R. Perelberg (ed.) *Psychoanalytic understanding of violence and suicide*. London: Routledge. (pp. 53–71).

FONAGY, P. Y TARGET, M. (2006). The Menalization-Focused Approach to Self Pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544–576.

FONAGY, P., GERGELY, G. Y TARGET, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48(3–4), 288–328.

FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E. T. Y TARGET, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.

FONAGY, P., LUYTEN, P. Y STRATHEARN, L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 32(1), 47–69.

FONAGY, P., MORAN, G. S. Y TARGET, M. (1993). Aggression and the psychological self. *The International Journal of Psychoanalysis*, 74, 471–486.

FONAGY, P., STEELE, M., STEELE, H., MORAN, G. S. Y HIGGIT, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child

and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12, 201–218.

FONAGY, P., TARGET, M., STEELE, H. Y STEELE, M. (1998). *Reflective Functioning Manual*. London: University College London.

FRITH, U. Y FRITH, C. D. (2003). Development and neurophysiology of mentalizing. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 358(1431), 459–73.

FUSTER, J. (2002). Frontal lobe and cognitive development. *Journal of Neurocology*, 31, 373–285.

GIEDD, J. N. (2003). The anatomy of mentalization: a view from developmental neuroimaging. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(2), 132–42.

GILLIGAN, J. (1996). *Violence: Our deadliest epidemic and its causes*. New York: Grosset/Putnam.

GRIENENBERGER, J. F., KELLY, K. Y SLADE, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment y Human Development*, 7(3), 299–311.

GROSS, J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press.

HUMFRESS, H., O'CONNOR, T. G., SLAUGHTER, J., TARGET, M. Y FONAGY, P. (2002). General and relationship-specific models of social cognition: explaining the overlap and discrepancies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(7), 873–883.

JOHNSON, J. G., COHEN, P., BROWN, J., SMAILES, E. M. Y BERNSTEIN, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56: 600–605.

KATZNELSON, H. (2014). Reflective functioning: a review. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 107–17.

LAAKSO, M. P., VAURIO, O., KOIVISTO, E., SAVOLAINEN, L., ERONEN, M., ARONEN, H. J., ET AL. (2001). Psychopathy and the posterior hippocampus. *Behavioural Brain Research*, 118(2), 187–193.

LURIA, A. R. (1986). *Las funciones corticales superiores del hombre*. México: Fontamara.

MACINTOSH, H. (2013). Mentalizing and its role as a mediator in the relationship between childhood experiences and adult functioning: Exploring the empirical evidence. *Psibologija*, 46(2), 193–212.

MC ELWAIN, N. L., COX, M. J., BURCHINAL, M. R. Y MACFIE, J. (2003). Differentiating among insecure mother-infant attachment classifications: a focus on child-

friend interaction and exploration during solitary play at 36 months. *Attachment y Human Development*, 5(2), 136–164.

MORAN, M. A., MUFSON, E. J. Y MESULAM, M. M. (1987). Neural inputs into the temporopolar cortex of the rhesus monkey. *Journal of Comparative Neurology*, 256, 88–103.

PATRICK, C. J., CUTHBERT, B. N. Y LANG, P. J. (1994). Emotion in the criminal psychopath: Fear image processing. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(3), 523–534.

RAINE, A. (1996). Autonomic nervous system factors underlying disinhibited, antisocial, and violent behavior. Biosocial perspectives and treatment implications. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 794, 46–59.

RAINE, A., LENCZ, T., BIRHLE, S., LACASSE, L. Y COLLETTI, P. (2000). Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in Antisocial Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 119–127.

RENKEN, B., EGELAND, B., MARVINNEY, D., MANGELDORF, S. Y SROUFE, L. A. (1989). Early childhood antecedents of aggression and passive withdrawal in early elementary school. *Journal of Personality*, 57, 257–281.

ROSENSTEIN, D. S. Y HOROWITZ, H. A. (1996). Adolescent Attachment and Psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 244–253.

ROSSOUW, T. I. (2013). Mentalization-based treatment: can it be translated into practice in clinical settings and teams?. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(3), 220–2.

SLADE, A. (2002). Keeping the baby in mind: A critical factor in perinatal mental health. *Zero to Three*, June/July, 10–16.

STEIN, H. Y ALLEN, J. G. (2007). Mentalizing as a

framework for integrating therapeutic exposure and relationship repair in the treatment of a patient with complex posttraumatic psychopathology. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(4), 273–290. doi:

SUESS, G. J., GROSSMANN, K. E. Y SROUFE, L. A. (1992). Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaptation in preschool: From dyadic to individual organisation of self. *International Journal of Behavioral Development*, 15, 43–65.

TAUBNER, S. Y CURTH, C. (2013). Mentalization mediates the relation between early traumatic experiences and aggressive behavior in adolescence. *Psibologija*, Vol. 46 (2), 177–192

TAUBNER, S., NOLTE, T., LUYTEN, P. Y FONAGY, P. (2010). Mentalisierung und das Selbst. *Persönlichkeitsstörungen Theorie Therapie*, 14(4), 243–258.

TAUBNER, S., WHITE, L. O., ZIMMERMANN, J., FONAGY, P. Y NOLTE, T. (2013). Attachment-related mentalization moderates the relationship between psychopathic traits and proactive aggression in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(6), 929–38.

TONKONOGY, J. M. (1991). Violence and temporal lobe lesion: Head CT and MRI data. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 3(2), 189–196.

WEINBERG, E. (2006). Mentalization, Affect Regulation, and Development of the Self. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54(1), 251–269.

YAKELEY, J. Y ADSHEAD, G. (2013). Locks, Keys, and Security of Mind: Psychodynamic Approaches to Forensic Psychiatry.

ZIMMERMANN, P., MAIER, M., WINTER, M. Y GROSSMANN, K. E. (2001). Attachment and emotion regulation of adolescents during joint problem-solving with a friend. *International Journal of Behavioral Development*, 25, 331–342.

Por motivos editoriales, en el número actual no se han incluido reseñas bibliográficas, pero aquellas que estaban previstas serán publicadas en el de noviembre. A continuación, incluimos una relación de los títulos que se comentarán en dicho número.

Mardomingo Sanz, M^a Jesús. *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1.244 páginas.

Este completísimo tratado ofrece una panorámica detallada y actualizada de la psiquiatría infantil y juvenil por la Dra. M^a Jesús Mardomingo, de dilatada experiencia. José Andrés Sánchez, psiquiatra y jefe del servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil de St. Boi (Barcelona) reseña esta obra.

Nancer, Nathalie. *La depresión post-parto*. Barcelona, Octaedro editorial, 192 páginas.

Montserrat Palau, miembro emérito de la Fundació Orienta, reseña esta obra fundamental de N. Nancer dirigida no sólo a madres y su entorno, por su lenguaje accesible, sino también a profesionales de la Salud, por su rigor científico.

Tizón, Jorge L. *Familia y psicosis. ¿Cómo ayudar en el tratamiento?* Barcelona, Herder Editorial, 416 páginas.

Jorge Tizón, miembro el consejo directivo de la Revista, psicoanalista y autor prolífico, aborda, en este segundo volumen dedicado a la psicosis, los conflictos a los que tiene que hacer frente el entorno del paciente que sufre esta patología. Miguel Cárdenas, psiquiatra de la Fundació Orienta, reseña este utilísimo volumen.

Gualtero, Rubén Darío. *El chico del Partenón*. Barcelona, Ediciones Carena, 2015, 284 páginas.

No es habitual en este espacio reseñar novelas, pero en este caso es una excepción, ya que se trata de un libro escrito por nuestro anterior jefe de redacción de la Revista. Creemos, además, que el trasfondo emocional y psicológico de la historia puede ser de gran interés para nuestros lectores. Alfons Icart, director de la Revista, será el encargado de hacer la reseña.

Yeomans, F., Clarkin, J. y Kernberg, O. *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. A clinical guide*. Washington, American Psychiatric Publishing, 411 páginas.

El último manual sobre la TFP del Prof. Kernberg y su equipo resulta un instrumento útil y práctico para todos aquellos interesados en la aplicación de esta técnica en pacientes con graves trastornos de la personalidad. Miembros de la Unidad de TLP de la Fundació Orienta y del Grup-TLP Barcelona, Brenda Tarragona, Núria Ribas y Xavier Costa, presentarán una extensa reseña sobre éste.

Convocatoria del VII 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 6.000 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 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 2016.
4. El veredicto del jurado se hará público durante el mes de octubre de 2016, 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 deberá seguir la siguiente estructura (según las indicaciones aprobadas por el consejo directivo en la última reunión):
 - a) Formulación de la/las hipótesis/s, teniendo en cuenta la adecuación a los objetivos y la viabilidad para poderse verificar
 - b) Muestra o sujetos de estudio, con una descripción adecuada y criterios de inclusión y exclusión
 - c) Metodología y técnicas empleadas, haciendo referencia a si los instrumentos utilizados son adecuados en relación al objetivo y al tipo de estudio, si cumplen o no criterios de fiabilidad y validación
 - d) Resultados
 - e) Discusión

- f) Notas
 - g) Bibliografía: se valorará amplitud, actualización y referencias de publicaciones en diferentes idiomas. Las referencias deben ser citadas correctamente según estilo APA.
 - h) Tablas, gráficos u otras ilustraciones, que figurarán como anexos
8. Los trabajos se enviarán a:
 Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente.
 Calle Vidal i Barraquer, 28 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona) - España.
 De la manera siguiente: Dos copias en papel y una en 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 accésits. 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, 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 nuestra web: www.fundacioorienta.com

V Jornada Grup-TLP Barcelona: *El narcisismo*. 18 y 19 de febrero de 2016. Auditorio de la Facultad de Comunicación Blanquerna, calle Valldonzella, 12, Barcelona.

Este año, las jornadas que organizó el Grup-TLP Barcelona presentaban un ambicioso programa con referentes internacionales de la Terapia Focalizada en la Transferencia (TFP, por sus siglas en inglés) y de la atención al trastorno límite de la personalidad (TLP).

Abrió las jornadas el presidente del Grup-TLP Barcelona, el Sr. Alfons Icart, acompañado de la Directora del Pla de Salut Mental i Addiccions, la Sra. Cristina Molina.

La conferencia inaugural fue a cargo del Prof. Otto Kernberg, de Nueva York, que habló sobre la clínica, el diagnóstico y el tratamiento del trastorno narcisista de la personalidad. A continuación, tomó la palabra el Prof. Frank Yeomans, también de Nueva York, que habló de las dificultades en el tratamiento de este tipo de pacientes.

Finalizaron la mañana representantes de diferentes servicios asistenciales nacionales donde se aplica la TFP: el Dr. Luis Valenciano (Murcia), el Dr. M. A. González Torres (Bilbao) y el Dr. Joan Vegué (Barcelona).

La tarde se dedicó a profundizar sobre el estado actual y los retos en investigación en TFP, a cargo del Prof. Doering, de Viena. Seguidamente, el Prof. Yeomans explicó el proceso de formación en TFP y el Dr. Vegué presentó el Institut TFP de Barcelona, que próximamente iniciará procesos de certificación de terapeutas especializados en esta técnica.

El día siguiente se abrió con otra conferencia del Prof. Kernberg. Esta vez hizo una revisión de los principios prácticos de la TFP, y habló de nuevas modalidades de la técnica: la TFP de una vez por semana, y la TFP específica para pacientes hospitalizados, para conflictos de pareja y grupal. Le siguió el Prof. Yeomans con una comunicación mayoritariamente práctica, presentando casos clínicos para ilustrar la técnica y las dificultades que se pueden presentar en la consulta.

Por la tarde, profesionales del Grup-TLP Barcelona presentaron casos clínicos con sus respectivos supervisores, el Prof. Doering en la modalidad de adultos y la Prof. Normandin en la de adolescentes.

Xavier Costa

XV Jornadas Científicas de ASMI-WAIMH: *Actualización en Neurociencias, Perinatalidad y Primera Infancia: aplicaciones e impacto social*. 19 y 20 de febrero de 2016, Facultad de Medicina, Avda. Blasco Ibáñez, 15, Valencia.

La Asociación para la Salud Mental Infantil desde la Gestación, filial española de la Asociación Mundial para la Salud Mental Infantil (ASMI-WAIMH), celebró su XV Jornada Científica, con el tema de las Neurociencias y su impacto en el desarrollo y la salud mental perinatal e infantil, los días 19 y 20 de febrero del presente año, en la Ciudad de Valencia.

El objetivo de dichas jornadas fue aproximar hallazgos neurocientíficos recientes a la práctica con los niños hospitalizados, en la consulta prenatal y del pediatra y en centros de educación infantil y en las escuelas, para favorecer la salud mental de los bebés, niños y sus familias. La jornada estaba dirigida a sensibilizar a los profesionales de la salud y la educación en el cuidado de la salud mental infantil y de las familias. Lo anterior se sustenta en que los dos primeros años de vida es un periodo de alta vulnerabilidad psiconeurológica, por lo que la prevención y la detección temprana de alteraciones en el desarrollo son indispensables.

Como preámbulo a las jornadas, el día 19 de febrero, se llevaron a cabo dos talleres. El primero de ellos se tituló “Conexiones entre Perinatalidad y Autismo, de las neurociencias a la intervención” y estuvo a cargo de la psicóloga y fisioterapeuta Marina Mestres, la psicoterapeuta Lourdes Busquets y la neuropsicóloga Júlia Miralbell, quienes forman parte del equipo del Centro de investigación y formación “Carrilet”. Dicho taller tuvo como objetivo presentar diversos estudios vinculados con el desarrollo del autismo precoz, con un enfoque desde la clínica y las neurociencias. Así mismo, se presentaron modelos de intervención terapéutica basados en investigaciones recientes sobre neuronas espejo e imitación, así como centrados en la relación padres-niños. Se hizo hincapié en el trabajo de la integración sensorial y la imitación como medios en la intervención.

El segundo taller estuvo a cargo del psicólogo y pedagogo Vicenç Arnaiz, y la pediatra Mercedes Benac, bajo el título “Las familias y los profesionales frente al reto de la crianza”. El objetivo de este taller fue reflexionar y debatir sobre el tipo de información que se ofrece a los padres y al niño para mejorar la crianza y abordar las dificultades del desarrollo infantil, cómo se informa a la familia y al niño sobre la enfermedad

infantil y qué papel se les reconoce, así como el tiempo y el espacio que se dedica para tratar estos temas entre profesionales, las familias y los niños, en ámbitos como la preparación al parto, en talleres de lactancia y crianza, en la consulta pediátrica, en la hospitalización del niño, etc.

Durante la jornada del día 20 de febrero, se presentaron tres conferencias magnas. La primera de ellas estuvo a cargo del neonatólogo Alfredo García Álix con el título “Vulnerabilidad del cerebro del prematuro extremo, una carrera de obstáculos”. Esta presentación se enfocó en el desarrollo del cerebro y sus posibles alteraciones debido al nacimiento prematuro, así como a resaltar la necesidad de una evaluación sistemática en esta población, debido a que la mayoría de las complicaciones neurológicas no muestran sintomatología, así como la implementación de los Cuidados Centrados en el Desarrollo y en la Familia, los cuales, según García Álix, no deberían considerarse un lujo humanista, sino una necesidad biológica.

La segunda conferencia titulada “Sufrimiento emocional perinatal compartido: el estrés en el bebé. Efecto de los mecanismos primarios de adaptación y de defensa”, estuvo a cargo del Psicólogo Clínico y Psicosomatólogo Pascual Palau Subiela. Esta charla dio inicio con la premisa de que el bebé nace con habilidades para la interacción y es un buscador innato del sentido de la experiencia, pues su contacto con el mundo es a través de las sensaciones y emociones que resuenan corporalmente. Además, el bebé cuenta con la capacidad de ser sensible ante el estado emocional del otro, y que cuando percibe estímulos nocivos o transgresiones en la interacción, el bebé activa mecanismos de desconexión de la percepción, que lo dejan sin la posibilidad de procesar y dar sentido a la experiencia. Finalmente, se hizo referencia a un caso clínico que resaltaba la importancia

del bienestar de los padres para que ellos mismos sean una fuente de placer para su propio hijo.

Posteriormente, la tercera conferencia, a cargo del psicólogo clínico y Catedrático de la Universidad de Oviedo, Marino Pérez Álvarez, trató sobre “Usos y abusos de la neurociencia en la actualidad”. En esta charla se habló del abuso que se hace del creciente conocimiento del cerebro en las últimas décadas y de sus aportaciones en el desarrollo infantil. En concreto, Pérez Álvarez se centró en algunos usos injustificados, como la falacia mereológica, el razonamiento del homúnculo, la “mitología de la neuro-retroalimentación” y el fundamentalismo científico. Así mismo, se mencionó que esta era del cerebrocentrismo y el abuso de las neurociencias se debe a la crisis en la educación, al abuso de neuroimágenes para el diagnóstico de patologías psicológicas, así como a la implementación de una ideología que salva a la sociedad y exime de responsabilidades a los individuos. Se concluye que, después de todo, lo verdaderamente importante en el desarrollo infantil siguen siendo las pautas de crianza, las experiencias intersubjetivas, la educación y el aprendizaje social, y la construcción de la persona como responsable, resiliente y solidaria. El ponente concluye con que el cerebro siempre está, pero no es el sujeto ni el objeto, sino las interacciones en la vida cotidiana o las transacciones terapéuticas lo que influye en el desarrollo infantil.

Posteriormente, se llevó a cabo una mesa redonda con todos los ponentes, donde se habló de la importancia del trabajo interdisciplinar en el cuidado de la salud mental perinatal e infantil, así como de la importancia del entorno bio-psico-social en el que se encuentra el menor para su sano desarrollo.

Carla Pérez

Publicación de originales

La revista Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente se propone como objetivo prioritario profundizar en el conocimiento teórico, la investigación, la práctica clínica y la atención psiquiátrica, en salud mental de la infancia y la adolescencia. También quiere ser en un espacio de difusión y defensa de un modelo asistencial sustentado en la psicología relacional.

Los originales a presentar podrán referirse a los ámbitos siguientes: clínico (temas de psicopatología infantil y juvenil); institucional (experiencias sobre atención ambulatoria, hospitalización total y parcial, trabajo grupal); interdisciplinar (aportaciones desde el campo de la pediatría, neurología, ciencias sociales, jurídicas, pedagogía) e investigación (informes sobre estudios y trabajos de investigación epidemiológica, psicoterapéutica y psicofarmacológica). La revista tendrá, además, secciones independientes dedicadas a reseñas bibliográficas y de actividades, cartas de los lectores, así como un apartado dedicado a «segunda publicación» en el que por su especial interés –y de acuerdo con los criterios y recomendaciones Vancouver–, se darán a conocer artículos o trabajos que ya han sido publicados en otra revista y/o idioma.

Información para el envío de manuscritos

1. Los trabajos a publicar deberán ser inéditos.
2. Los originales se presentarán a doble espacio en su totalidad y tendrán, en general, una extensión máxima de 30.000 caracteres (aproximadamente una 13 páginas Din-A4). Estarán ordenados de este modo: página del título, resumen y palabras claves, texto, agradecimientos, bibliografía y tablas. Cada uno de estos apartados se iniciará en una página nueva, numeradas correlativamente.

Página del título. Será la primera página y constará de: a) título del artículo; b) nombre del autor o autores, profesión y lugar de trabajo de cada uno de ellos; c) nombre del centro o institución a los que el trabajo debe atribuirse; d) renunciaciones, si las hubiera.

Resumen y palabras claves. La segunda página constará de un resumen en castellano y en inglés de no más de 450 caracteres (aproximadamente unas 7 líneas de texto). Este resumen incluirá los aspectos más relevantes del trabajo presentado e irá acompañado de tres a cinco palabras claves, también en castellano e inglés.

Texto. Se iniciará en la tercera página. En general, y siempre que sea oportuno, el texto del trabajo constará de: introducción –exponiendo los objetivos y antecedentes–, material/método, resultados y discusión - destacando los aspectos nuevos y relevantes del trabajo, así como las conclusiones que de ellos se derivan.

Agradecimientos. Esta nueva página incluirá, si los hubiera, los nombres de aquellas personas y/o instituciones que los autores consideran que deben ser citadas y el tipo de contribución.

Bibliografía. Las referencias bibliográficas se incluirán en una lista ordenada alfabéticamente. En el texto se presentarán de la forma «(Rutter y Guiller, 1983)». Los autores comprobarán que las referencias del texto y la lista concuerden y se añadirá «et al.» cuando haya cuatro o más autores. Las referencias de un mismo autor(es) que correspondan a años diferentes se ordenarán comenzando por la más antigua.

- Libros. Se citarán de esta forma: Autor (es), año, título del libro (en cursiva), lugar de edición y editorial.

* RUTTER, M.; GUILLER, H. (1983). *Juvenile Delinquency. Trends and Perspectives*, New York, Guildford Press.

- Revistas. Las citas constarán de: Autor(es), año, título del artículo, título de la revista (en cursiva), volumen, número (entre paréntesis y puede omitirse si la revista utiliza una numeración correlativa), páginas (separadas por un guión).

* SAUNDERS, E.A.; ARNOLD, F. (1993). A critique of conceptual and treatment approaches to borderline psychopathology in light of findings about childhood abuse. *Psychiatry*, 56 (2), 188-203.

Tablas y gráficos. Se presentarán en una hoja independiente, numeradas correlativamente según el orden en que aparecen en el texto, con un breve título para cada tabla y/o gráfico. En caso de que se utilicen abreviaturas o símbolos, la explicación se colocará en la base de la figura o tabla correspondiente.

Protocolo de publicación:

1. Los materiales recibidos serán revisados anónimamente por un Comité Lector, integrado por expertos en los diferentes ámbitos. A los autores se les informará de la aceptación de los originales y, en el caso de que deban ser modificados, recibirán los comentarios del Comité Lector que puedan serles útiles para su posterior publicación.
2. Los manuscritos aceptados se someterán a un proceso de edición y corrección siguiendo el libro de estilo de la revista. El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva del autor(es).
3. Cartas de los Lectores es una sección que desea promover y facilitar el debate y la exposición de opiniones y comentarios sobre los materiales publicados, así como sobre aquellas cuestiones que conciernen a la salud mental infantil y juvenil. Las declaraciones expresadas en esta sección sólo son atribuibles a sus autores y no reflejan la postura de la revista. Las cartas no deberán superar los 5000 caracteres y se presentarán a doble espacio y firmadas. La decisión de publicar las cartas recibidas recaerá exclusivamente en el Consejo Directivo.
4. Siempre que sea posible los originales se enviarán por correo electrónico o soporte informático (disquete de 3 1/2 pulgadas o CD, etiquetado con el título del artículo, nombre del autor y del archivo) en formato Word (haciendo constar la versión empleada).

Además de los textos en formato electrónico, también se enviarán dos copias en papel que incluyan el texto completo y los gráficos, junto con una carta de presentación. En todas las copias se indicará un autor responsable de la correspondencia con su dirección completa, teléfono y e-mail. Cuando el envío se realice en formato electrónico, en la carta de presentación se hará constar que la versión electrónica y la impresa son idénticas. Todos los artículos enviados tendrán acuse de recibo.

Los trabajos deberán enviarse a:

Jefe de Redacción
PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL
C/ Vidal i Barraquer, 28 - 08830 Sant Boi del Llobregat (Barcelona) - España
E-mail: recerca@fundacioorienta.com

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN Y PEDIDO DE REVISTAS

Apreciado lector: Indique sus datos personales y la forma de pago en el cupón que encontrará a continuación y envíelo a:

FUNDACIÓ ORIENTA, C/ Vidal i Barraquer, 28 - 08830 Sant Boi del Llobregat (Barcelona) - España

También puede formalizar la suscripción en:

www.fundacioorienta.com o llamando al teléfono: +34 93 635 88 10

Deseo recibir la *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*

- Suscripción anual papel (2 números): 20 euros (España y América Latina*)
- Suscripción anual papel (2 números): 28 euros (Otros Países)
- Suscripción anual **on line** (2 números): 15 euros
- Suscripción anual papel + **on line** (2 números): 25 euros (España y América Latina*)
- Suscripción anual papel + **on line** (2 números): 30 euros (Otros Países)

• • •

- Ejemplar individual papel: 14 euros (España y América Latina*) N°
- Ejemplar individual papel: 18 euros (Otros Países) N°
- Ejemplar individual **on line**: 10 euros N°
- Artículo individual **on line**: 5 euros Título y autor: _____

Nombre y Apellidos:.....
Dirección:..... núm..... piso.....
Población:..... Cód. postal:..... Provincia:..... País:.....
Tel:..... Fax:..... e-mail:.....

Forma de pago:

- Transferencia nacional a favor de Fundació Orienta (BANC SABADELL cc: 0081.0006.21.0001290536)
- Transferencia internacional a favor de Fundació Orienta (BANC DE SABADELL cc: ES66.0081.0006.21.0001290536)
- Con cargo a mi tarjeta de crédito: VISA MASTERCARD
- Número tarjeta Fecha caducidad
- Domiciliación bancaria: Nombre del titular:.....
- Entidad Oficina D. Control N° cuenta

Firma:

Ruego tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por Fundació Orienta

*Para América Latina, la Fundació Orienta colabora subvencionando los gastos de envío de la revista.

Notas

En el próximo número:

Teniendo en mente el foco: la focalización en la clínica diaria
*Sergi De Diego, M^a Teresa Miró, Albert Montaner, Jordi Sala
y Montserrat Palau (Barcelona)*

Ansias de conexión
Antje v. Boetticher (Alemania)

Parentalidad y procesos de integración yoica
Teresa Isabel Correa y Elisabeth Blanda (Argentina)

Los traumas falsos
Juan Manzano (Suiza)