

Atención al adolescente *borderline* mediante la intervención sobre las funciones parentales

ALFONS ICART¹ Y JORDI FREIXAS²

RESUMEN

Atención al adolescente borderline mediante la intervención sobre las funciones parentales. En este artículo vamos a referirnos a un tipo particular de adolescentes, los cuales, a pesar de presentar síntomas serios, no tienen consciencia de conflicto y, en consecuencia, no aceptan ayuda. La razón de que estos adolescentes tengan tal actitud la encontramos en el modo en que han estructurado su personalidad a causa de la relación confusa y sometida con los padres. Presentamos una intervención con todos los miembros de la familia implicados en este conflicto enfocada a resolver la confusión padres-hijo(s). A este tratamiento le llamamos "Intervención terapéutica en las funciones parentales". **Palabras clave:** *adolescente, psicoterapia focalizada en la transferencia, indiferenciación, tratamiento familiar, funciones parentales, trastorno límite de la personalidad.*

ABSTRACT

Attention to the borderline adolescent through intervention on parental functions. In this article we are going to refer to a particular type of teenagers, who, despite presenting serious symptoms, are not aware of conflict and, consequently, do not accept help. The reason why these adolescents have such an attitude is found in the way they have structured their personality because of the confused and submissive relationship with their parents. We present an intervention with all family members involved in this conflict aimed at resolving the parent-child confusion. We call this treatment "Therapeutic intervention in the parental functions". **Keywords:** *adolescent, transferen-*
ce-focused psychotherapy, indifferenciation, family treatment, parental functions, borderline personality disorder.

RESUM

Atenció a l'adolescent borderline mitjançant la intervenció sobre les funcions parentals. En aquest article ens referim a un tipus particular d'adolescents, els quals, tot i presentar símptomes seriosos, no tenen consciència de conflicte i, en conseqüència, no accepten ajuda. La raó que aquests adolescents tinguin aquesta actitud la trobem en la manera en què han estructurat la seva personalitat a causa de la relació confusa i sotmesa amb els pares. Presentem una intervenció amb tots els membres de la família implicats en aquest conflicte enfocada a resoldre la confusió pares-fill(s). A aquest tractament li diem "Intervenció terapèutica en les funcions parentals". **Paraules clau:** *adolescent, psicoteràpia focalitzada en la transferència, indiferenciació, tractament familiar, funcions parentals, trastorn límit de la personalitat.*

Introducción

Defendemos que existe un imperativo ético según el cual toda persona (todo adolescente) que tiene problemas que le impidan integrarse de una forma saludable en la sociedad en la que le ha tocado vivir tiene derecho a resolver

esos problemas (Freixas, 1983). Incluso aquellas personas (y, en especial, los adolescentes) que se niegan a ser tratados porque consideran que "a ellos no les pasa nada" (Icart y Freixas, 2020). Pensamos que este derecho implica que la sanidad pública debe hacerse cargo de dicho tratamiento. Y, debido a sus características,

¹Psicólogo, psicoanalista (SEP-IPA). Director de la Fundació Orienta y de la Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente. ²Doctor en Medicina, Especialista en Psiquiatría, Máster en Terapia Familiar sistémica, psicoanalista (SEP-IPA), Miembro Honorario de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal (APAG). Profesor emérito de la UB y la Fundació Vidal i Barraquer. Contacto: aicart@fundacioorienta.com

Recibido: 6/7/20 - Aceptado: 5/10/20

consideramos que los adolescentes deben ser atendidos individualmente.

En este artículo vamos a referirnos a un tipo particular de adolescentes, los cuales, a pesar de presentar síntomas serios, no tienen consciencia de conflicto. En consecuencia, no aceptan ayuda y, si se les obliga a tratarse, no quieren colaborar y abandonan el tratamiento al cabo de unas sesiones, o a la primera dificultad que aparezca.

La razón de que estos adolescentes se comporten así y tengan tal actitud la encontramos en el modo en que han estructurado su personalidad. Como veremos en este trabajo, al revisar el desarrollo infantil podemos verificar que, por causas diversas, su desarrollo se ha detenido, ralentizado, o ha evolucionado muy poco, o incluso está bloqueado. Por esto, hemos considerado importante aportar una reflexión sobre el desarrollo de la organización psíquica.

Cómo se estructura la personalidad del niño

El bebé nace programado para entrar en relación con su entorno, sus padres o las personas que realicen dichas funciones. Se comporta como un receptor preparado para captar todo lo que ocurre a su alrededor a partir de la observación. De la vivencia de un hecho o de una relación, crea experiencias (Bion, 1962).

Con el gráfico 1 del anexo, queremos visualizar el modo en cómo el bebé va estructurando las bases de su funcionamiento mental. Las percepciones se van entrelazando entre sí en la memoria, formando la estructura psíquica, que da lugar a acciones.

Las sucesivas configuraciones de experiencias constituyen una especie de módulos que se articulan entre sí y modulan la conducta, las capacidades cognitivas y los sentimientos. Cuando no han podido crearse algunos de estos módulos o se han creado de forma deficiente, quedan afectadas tanto la conducta como las capacidades cognitivas y los sentimientos.

El conjunto de estas experiencias se organiza formando el *self*: una organización de actitudes, sentimientos, expectativas y significados. Estas experiencias son una de las fuentes del yo. El yo sería la instancia encargada de percibir tanto del mundo externo como del mundo interno, de

gestionar los impulsos mediante la atención y la memoria, de coordinar la acción y de pensar. La percepción del mundo interno recibe el nombre de *consciencia* (Freud, 1900).

El yo es un complejo asociativo de experiencias. Para formarse, necesita, pues, experiencias. Si los padres interfieren en la formación de experiencias, su hijo tendrá un yo empobrecido. Para que se formen experiencias, es necesario que los *hechos* sean percibidos. La evolución sana hace que los órganos sensoriales perciban cada vez más matices de cada experiencia y que estos puedan relacionarse con otras informaciones sensoriales y con otras experiencias.

En la evolución sana, la mente es cada vez más capaz de registrar como recuerdos elementos de cada experiencia. Estos elementos se conectan con los de otras experiencias ya recordados. Al percibir las sensaciones internas y vincularlas con pensamientos y recuerdos, el yo crea los sentimientos y las emociones.

El gráfico 2 del anexo muestra cómo se va estructurando el proceso de separación-individuación durante las diferentes etapas evolutivas. Como podemos ver, al principio, la madre lo es todo para el bebé, pero en la medida en que este tiene nuevas experiencias, va desarrollando nuevas capacidades. La madre se va retirando y deja lugar para que el bebé siga este proceso de experimentación y de diferenciación. Y, así, cuando llega a la adolescencia, el niño tiene suficiente identidad *yoica* para diferenciarse de sus padres. Entonces, puede dejar atrás la dependencia familiar y entrar en el entorno adolescente (Icart, 2000).

El ejercicio de las funciones parentales favorece el desarrollo del proceso evolutivo sano del niño. En el proceso de formación de la propia identidad, el niño va diferenciándose (y, por tanto, separándose) del objeto primitivo, la madre. Este proceso de separación-individuación es difícil tanto para ella como para el hijo. La madre siente como propio el llanto y el dolor del hijo y, por más que razonablemente entienda que al niño no le conviene satisfacer un determinado deseo en un momento y una situación dados, le cuesta mucho decir que no; y también por el sufrimiento que ve en él, el cual, en parte, vive como propio.

Por ello es muy importante la presencia del padre o de la figura que desarrolle esta función ya desde los primeros tiempos de vida del niño. Siempre que los padres o las personas que ejerzan las funciones parentales sean suficientemente sanas y puedan educar a sus hijos adecuadamente, este proceso evolutivo se da dentro de la normalidad.

El bloqueo mental del adolescente producido durante su infancia

En este trabajo nos vamos a centrar en este grupo de adolescentes a los que no es posible atender individualmente cuando consultan. Son adolescentes que no tienen consciencia de que les pase nada, a pesar de las evidencias de sus problemas en la escuela, la familia y su entorno. No tienen consciencia de la realidad y niegan todo lo que dicen de ellos, culpando a los demás y, especialmente, a sus padres. Y si no tienen consciencia de quiénes son, de lo que les pasa ni de las consecuencias de sus actos, no pueden hacer frente a la crisis que ello representa. Tienen una mentalidad de niño en un cuerpo de adolescente.

Son adolescentes, pero su proceso evolutivo ha quedado bloqueado durante la etapa infantil debido la presión que ejercieron los padres por inculcarles sus deseos y valores o bien por sus mensajes contradictorios, en el caso de familias desestructuradas.

En estos casos, no dejan que el bebé vaya experimentando y enriqueciéndose de nuevas experiencias en la medida en que va creciendo. La presión de los padres sobre el niño a que se haga, se valore y se comporte como ellos quieren, no deja espacio para que crezca en libertad. No puede desarrollar su proceso evolutivo libremente (Adroer e Icart, 1985).

La infancia de algunos de estos adolescentes ha sido tranquila y aparentemente normal; la de otros, en cambio, ha sido más dolorosa y conflictiva, pero ambos manifiestan desde muy pequeños su inadaptación a la realidad. En todos se da un sometimiento a sus padres y algunos mantienen una relación muy indiferenciada con la madre (relación *parasitaria* [Bleger, 1989]). Estos adolescentes pueden presentar todo un abanico de manifestaciones, a las que Cancrini (2006)

llama “océano *borderline*” y que van desde una clínica cercana al trastorno evitativo de la personalidad hasta una clínica cercana al trastorno antisocial de la personalidad. En las manifestaciones más próximas al trastorno evitativo de la personalidad, el niño y luego el adolescente reducen al máximo el contacto con el mundo externo y sus relaciones se circunscriben al núcleo familiar. En las manifestaciones más próximas a la del trastorno antisocial de la personalidad, los adolescentes multiplican las actuaciones, se presentan como desafiantes, no respetan los límites y presumen de ello, son promiscuos y se inician en el consumo de sustancias controladas.

Estos muchachos no pueden hacer frente a la crisis de la adolescencia porque tienen una mentalidad de niño en el cuerpo de un adolescente. En el gráfico 3 del anexo intentamos visualizar cómo es este bloqueo. La diferenciación del niño no evoluciona adecuadamente. Los padres siguen desarrollando las funciones *yoicas* de sus hijos y, cuando estos llegan a la adolescencia, siguen sometidos a sus padres.

Cuando no se ha podido desarrollar satisfactoriamente el proceso de separación-individuación, el niño no podrá superar tampoco la etapa de triangulación-Edipo y, al llegar a la adolescencia, no podrá dejar atrás la dependencia con respecto a los padres.

Partiendo de nuestra práctica clínica, hemos clasificado estas organizaciones familiares fundamentalmente en los siguientes grupos.

Organizaciones familiares que bloquean el proceso evolutivo del niño

Hemos clasificado de este modo tales organizaciones familiares.

Organizaciones familiares narcisistas de carencia

En ellas, la madre (a menudo también el padre) recibió pocas atenciones de sus propios padres y vivió sometida a ellos. A su vez, quiere que a su hijo no le ocurra lo mismo y le cuidan como ellas hubieran querido ser cuidadas por sus propios padres. El hijo se deja cuidar y no hace esfuerzos por crecer y se queda recluido en casa.

Organizaciones de carencia en las que predomina la proyección del ideal del yo y la exigencia

Los padres, que han tenido una vida pobre y frustrante y mantienen un ideal del yo grandioso, no han podido renunciar a su propio narcisismo ni a ese ideal y lo depositan en su hijo, y esperan que lo realice en su lugar. Por ello le presionan, para que logre en la vida objetivos que le garanticen un lugar privilegiado.

Organizaciones familiares narcisistas en las que los padres proyectan su yo ideal en el hijo

En ellas, los padres ignoran al hijo real y lo convierten en una extensión de su yo ideal. Tanto los padres como el hijo tienen un sentido grandioso de su propia importancia; exageran sus logros y capacidades, y esperan ser reconocidos como superiores. Cuando el hijo topa con las limitaciones que le impone la realidad, no las tolera. Considera que la realidad (y en concreto las demás personas) deben adaptarse a él. Los padres están de acuerdo con esta concepción.

Organizaciones familiares narcisistas en las que el narcisismo de los padres ocupa la totalidad de su espacio mental y no queda espacio para los hijos

El funcionamiento narcisista de los padres impide que establezcan vínculos emocionales con su hijo y que se ocupen de él. Están tan ocupados con ellos mismos que el hijo no ha podido *vivir* la infancia (en el sentido de tener y generar experiencias). Esto empobrece su proceso evolutivo. Para los padres, el hijo debe ser como ellos o “el mejor”. Inevitablemente, los hijos decepcionan a los padres: no están a la altura de ellos, y los padres se avergüenzan de sus hijos.

Organizaciones familiares narcisistas en las que los padres (madre) presentan rasgos estructurales masoquistas

La madre sólo se ocupa de sus hijos cuando hacerlo supone una gratificación masoquista para ella. No valora los logros sanos de los hijos. Sólo se vincula a ellos cuando cuidarles supone para ella un *sacrificio*.

Organizaciones familiares desestructuradas, infantiles o con problemas mentales

Debido a sus dificultades, los padres no son

capaces de organizar una familia y de ejercer las funciones parentales en la crianza de sus hijos. A menudo maltratan a los hijos y no tienen capacidad para desarrollar las funciones parentales al educarles. El proceso evolutivo del hijo es distorsionado o bloqueado por los padres, con lo que el niño no es capaz de organizar mínimamente las bases de su estructura *yoica* (Icart y Freixas, 2020).

Un modelo de tratamiento basado en las funciones parentales

Una vez estudiadas las organizaciones familiares que bloquean el proceso evolutivo del niño, nos propusimos encontrar un modelo de tratamiento que nos permitiera ayudar a estos adolescentes, que, por más que decían que no les pasaba nada, era un gran problema para su familia, que era la que sufría el problema. Proponemos, por lo tanto, un modelo de tratamiento para estos adolescentes *borderline* que siguen con su proceso mental infantil bloqueado.

Al observar que la causa del problema que sufría el adolescente estaba en la relación confusa y sometida respecto sus padres, nos dimos cuenta de que lo primero que había que resolver era esa indiferenciación entre ellos. Lo primero que había que hacer era ayudar a la familia a organizarse, diferenciando a cada uno de sus miembros, para que cada uno de ellos se responsabilizara de sí mismo.

Si el conflicto estaba entre los padres y el adolescente, se tienen que incluir en el tratamiento a todas las personas implicadas en el conflicto. De ahí que el tratamiento que decidimos aplicar consista en una intervención con la familia enfocada a resolver la confusión padres-hijo(s). A este tratamiento le llamamos *intervención terapéutica en las funciones parentales*:

- a) Proponemos para la familia una intervención terapéutica sobre las funciones parentales, focal y breve, dirigida a resolver las distorsiones patológicas que bloquean el proceso evolutivo infantil del adolescente y que mantienen la indiferenciación entre él y sus padres.
- b) Proponemos para el adolescente una psicoterapia individual focalizada en la transferencia (TFP, por sus siglas en inglés [Yeomans, Clarkin y Kernberg, 2016]) con una frecuencia

de dos sesiones semanales. Cuando no es posible una TFP, por los motivos que sea –de capacidad intelectual, entorno familiar, o conservación de sus aprendizajes–, estudiamos la psicoterapia que consideramos más acorde con sus posibilidades, y de la que va a sacar más provecho personal. Puede ser una psicoterapia de apoyo psicodinámica o una psicoterapia dialéctico-conductual grupal.

La recuperación del adolescente pasará por un tratamiento personal, cuando sea posible, de reconstrucción de su identidad e integración del yo. Pero hemos comprobado que no siempre hay unos padres que permitan realizar el trabajo inicial para desbloquear el proceso evolutivo del adolescente. Por otro lado, esta recuperación estará condicionada por cuán conservado se encuentre su entorno sociofamiliar, necesario especialmente en los inicios del tratamiento. Cuando este no es suficiente o no existe, tenemos que recurrir a un soporte externo, como el Hospital de Día para adolescentes o, en casos más graves, a un internamiento total.

En nuestra práctica clínica, hemos clasificado a estos adolescentes que han sufrido un bloqueo emocional durante su infancia en tres grandes grupos en función de su entorno y organización sociofamiliar.

Las familias de aquellos *adolescentes con un entorno sociofamiliar suficientemente capaz de reorganizarse* van a poder desarrollar la contención suficiente durante los primeros tiempos del tratamiento, necesaria mientras este resuelve el bloqueo de su proceso de desarrollo. La intervención terapéutica con la familia es suficiente para resolver los aspectos que dificultan la diferenciación y que el adolescente pueda proseguir su terapia individual.

Otro caso serían las organizaciones familiares en las que *los padres están enfrentados entre ellos y no pueden ejercer las funciones parentales*. Las entrevistas familiares van a reducir estas tensiones entre los padres, pero eso no va a ser suficiente. Enfrentados entre ellos, los padres suelen utilizar al hijo para atacarse mutuamente. Estos adolescentes necesitan un espacio en el que se sientan contenidos, comprendidos y ayudados. En estos casos, hemos comprobado que el hospital de día para adolescentes es

un lugar necesario y muy útil para los primeros tiempos de tratamiento, mientras que este incorpora los primeros elementos de contención y de integración *yoica*.

En aquellos adolescentes que *no tienen un mínimo entorno sociofamiliar suficientemente capaz de colaborar en el proceso terapéutico*, hemos comprobado que sólo con una ayuda individual ambulatoria no era posible ayudarlos porque no era suficiente. Además, estos adolescentes, ante el fracaso personal y familiar, buscan a menudo un lugar de referencia en la marginación. En estos casos, tenemos que disponer de un servicio de internamiento total durante el tiempo que necesite el adolescente para reorganizar su identidad por medio de su tratamiento individual, y la intervención terapéutica con lo que queda de la familia. Seguramente, estos adolescentes necesitarán un acompañamiento social hasta su integración en el mundo laboral.

La intervención terapéutica sobre las funciones parentales y el contrato terapéutico

Una vez realizado el diagnóstico del adolescente y de la familia, en una sesión conjunta les mostramos nuestra visión del conflicto que sufren y dónde radica la base del problema que nos han expuesto. Al mismo tiempo, les exponemos el programa terapéutico que proponemos para resolver el problema y los acuerdos necesarios para llevar adelante el proyecto terapéutico que la familia suscribe. Esto es lo que llamamos el *contrato terapéutico*.

Les mostramos dónde está la causa del problema que presentan y en el que se sienten atrapados. Por un lado, la organización y funcionamiento de la familia, en la que los padres asumen toda responsabilidad y los hijos se comportan como niños. Este funcionamiento no les deja crecer mentalmente y no tienen consciencia de lo que les pasa ni de las consecuencias de sus actos.

Por lo tanto, para poder ayudar al adolescente a resolver sus problemas, primero debe poder desprenderse de la relación de sumisión o dependencia con respecto a sus padres, que le mantienen en un estado de niño irresponsable. Sólo así podrá tener consciencia de quién es, de

lo que le pasa, y de las consecuencias de sus actos.

El programa terapéutico que les proponemos implica dos compromisos. Por un lado, una acción terapéutica con la familia, incluido el adolescente, para diferenciarse y desbloquear la dependencia con respecto a los padres. Esto le va a permitir darse cuenta de quién es y de lo que le pasa. Sólo entonces será consciente de sus problemas y empezará a tener consciencia de sí mismo y de las consecuencias de sus actos. Al mismo tiempo, se llevará a cabo una psicoterapia individual con el adolescente, ambas al ritmo de una sesión semanal. Por nuestra parte, aconsejamos que ambos tratamientos tengan lugar con mismo terapeuta. Y si son terapeutas diferentes, es aconsejable que el terapeuta individual del adolescente asista como observador en las sesiones familiares.

Se acuerda que en las sesiones familiares se tomarán los acuerdos y compromisos y se decidirán cambios durante el tratamiento. Es importante que a la familia le quede bien claro este concepto. Así, cuando el adolescente quiera interrumpir o modificar sus sesiones individuales se le puede indicar que no lo puede hacer sin antes hablarlo en la sesión familiar. Este compromiso ayuda a contener el tratamiento individual del adolescente.

Las sesiones familiares durarán el tiempo necesario para resolver las distorsiones que bloquean el proceso evolutivo del adolescente. Y una vez la familia ha resuelto la indiferenciación entre sus miembros y se ha resuelto el bloqueo del adolescente, se da por finalizado el tratamiento familiar. Es aquí cuando el adolescente empieza a tener consciencia de quién es, de lo que le ocurre, de sus problemas y puede sentir deseos de cambiar, y normalmente se hace responsable de su tratamiento.

Sabemos que la recuperación de estos adolescentes pasará por un tratamiento personal, de reconstrucción de su identidad e integración del yo. Pero hemos comprobado que esta recuperación estará también condicionada por cuán conservado se encuentre su entorno sociofamiliar. Como hemos dicho, este es necesario especialmente en el inicio del tratamiento. Por eso proponemos las sesiones con la familia.

Principales momentos de la intervención terapéutica sobre las funciones parentales

Con la intervención terapéutica sobre las funciones parentales, pretendemos resolver el bloqueo que se da en el adolescente y prepararle para que sea capaz de llevar a cabo un tratamiento individual. Nuestro modelo terapéutico se inspira en la psicoterapia focalizada en la transferencia con adolescentes (TFP-A).

La TFP-A está concebida para tratar a adolescentes; la intervención terapéutica sobre las funciones parentales pretende tratar la patología relacional que se da en un grupo familiar, lo cual es, obviamente, diferente. Hemos intentado adaptar nuestra actuación terapéutica sobre las funciones parentales al modelo TFP. Y, en este sentido, idear un tipo de tratamiento en el cual hubiera una etapa inicial, una etapa intermedia y una etapa final. Queremos destacar los momentos más importantes que se dan en cada fase.

Fase inicial del tratamiento

Los dos puntos que mencionamos a continuación suelen darse en la fase inicial, que consiste en transformar el lugar del tratamiento en un espacio en el que se puede hablar de todo y empezar a desarrollar la función parental de contención. Son dos momentos característicos del inicio de estas sesiones familiares. La función de crear un espacio familiar en el que se pueda hablar de todo correspondería a la primera función parental de cuidar a la familia; la segunda sería la de ayudarla a desarrollar la capacidad de contención.

Los adolescentes que presentan una clínica cercana al trastorno evitativo de la personalidad suelen quedarse callados y, cuando se les pregunta qué piensan, suelen responder “a mí no me pasa nada y no quiero venir”. Tratan de convencer a sus padres de que el tratamiento es una pérdida de tiempo porque no va a dar ningún resultado útil, puesto que ya han pasado por varias entrevistas con psicólogos y psiquiatras que no han tenido ninguna utilidad. “No sólo no me van a ayudar, sino que van a crear más conflicto en casa”.

Los que presentan una clínica cercana al trastorno antisocial de la personalidad expresan oposición a acudir, pueden incluso tratar

de abandonar físicamente la consulta, atacar al terapeuta e intentar desacreditarle, diciéndole, por ejemplo: “Tú te crees muy listo y no me vas a hacer cambiar, yo ya sé lo que quiero hacer y ni tu ni nadie me vais a decir lo que tengo que hacer. Todos sois unos inútiles. Ahora que yo quiero ir por mi cuenta por qué no me dejáis tranquilo de una vez. Estoy cansado de todos. Sois una mierda”. En estos momentos los padres, muy alterados, le piden que no diga estas cosas, e incluso le regañan y le dicen que trate al terapeuta con más educación.

Aquí es cuando el terapeuta explicita para todos que el hijo adolescente está expresando lo que siente. Y que el trabajo terapéutico en este momento consiste en favorecer la comunicación; con lo cual, el adolescente, al expresar lo que siente, está colaborando en el quehacer terapéutico. El terapeuta hace aquí la función de *holding* (Winnicott, 1964). Los padres aprenden a contener para que la familia aprenda a hablar de todo, lo cual sería el inicio de la integración del yo familiar (poder hablar de los aspectos tanto positivos como negativos).

El adolescente siente que se le ponen límites y se rebela contra ellos. Hasta ahora, en casa, ha podido hacer las cosas como le apetecía, satisfacer los caprichos de su parte infantil. Nota que los padres escuchan al terapeuta. Otras veces, el adolescente se da cuenta de que los padres empiezan a captar que cada uno no puede hacer lo que le da la gana y hay que poner unas mínimas normas, interpretando las palabras del terapeuta. Entonces el adolescente dice: “a mí no me cambiará nadie y tu no me vas a convencer de nada”. Estas situaciones difíciles pondrán a prueba la firmeza del terapeuta y sus capacidades de manejar la situación y seguir fortaleciendo la capacidad de poner orden en familia. Se trata de ayudar a los padres a desarrollar la función de contención. No se puede hacer lo que cada uno quiera, por su cuenta. Hay que tolerar la espera y aceptar las mínimas decisiones que el grupo acuerda.

Una muchacha de 16 años con personalidad borderline y problemas graves de comportamiento no había terminado ningún tipo de estudios (expulsiones continuas después de enfrentamientos con los maestros). Había abandonado todos los tratamientos anteriores. Ella sabía que,

de acuerdo con el contrato terapéutico, no se podía interrumpir nada de lo acordado sin antes comentarlo en la sesión familiar. Al principio del tratamiento, un día decidió por su cuenta abandonar el curso de ayudante de pastelería que estaba haciendo; se enfadó con sus padres porque no estaban de acuerdo, y ahora había decidido abandonar todo el programa terapéutico. Los padres consiguen pararla hasta la sesión familiar.

En la sesión con la familia, están todos muy alterados; habían tenido discusiones y peleas en casa por este motivo. El padre, de acuerdo con nuestro contrato, la obligó a acudir; la madre, en cambio, lo hizo seduciéndola con promesas.

Entran y lo primero que dice la chica es que ha abandonado el curso y que ahora quiere abandonar el tratamiento. El terapeuta pregunta cómo ha sido y por qué motivo. Dice que el profesor la riñó y que ella no acepta que nadie le pare los pies. Los demás se mantienen en silencio. El terapeuta espera y, pasados unos instantes, les pregunta a los padres cómo lo ven. El padre dice: “mal, así es como empieza siempre. No hay quien la pare. Es una cría caprichosa”. La paciente salta enojada: “a mí nadie me dice lo que tengo que hacer ni me paran los pies. Así que... me voy”, añade levantándose. Le recuerdo el compromiso de que no se puede cambiar nada sin antes no hablarlo en la sesión. Indico al padre que no conviene dejarla marchar. El padre impide que se marche y dice que hay que llamar a una ambulancia e ingresarla en un hospital. E insiste en ello. Es un momento de gran tensión para todos. El padre la contiene con firmeza y la madre le pide que se calme con promesas seductoras.

La firmeza del terapeuta en llamar a la ambulancia si no se calma consiguió que se tranquilizara y que pudiéramos reconducir el contrato terapéutico: si no hay escuela, habrá hospital de día para adolescentes hasta que inicie otro curso; de lo contrario, un ingreso total. Aceptó ir al hospital de día.

Esto no sólo sirvió para que la muchacha empezara a ver que no podía hacer lo que le diera la gana, sino que el padre, además, se sintió reforzado en su autoridad. La madre pudo reconocer su error al querer contener a su hija con promesas de satisfacer sus caprichos.

Fase intermedia del tratamiento

En esta fase, uno de los aspectos importantes en estos tratamientos es la *organización de la función parental en la familia*: ayudar a transformar el grupo familiar en un grupo de trabajo (Bion, 1961). Aquí se iniciará el proceso de diferenciación de sus miembros. En la medida en que la intervención terapéutica familiar progresa, el adolescente y la familia irán adquiriendo más capacidad de pensar, de tolerar la ansiedad, la frustración, y de llegar a acuerdos.

El padre puede empezar a asumir y desempeñar más claramente su función. Hasta ahora, el adolescente no reconocía la autoridad en los padres. Ahora, cuando en la sesión insulta o amenaza con no volver o, incluso, con irse, la familia está más tranquila y puede tolerar estas críticas sin temer que esta rebelión ponga en peligro el tratamiento. El padre empieza a poner orden. Con frecuencia, el adolescente se rebela contra ello.

Otro aspecto importante que se da en esta fase intermedia del tratamiento es el *desarrollo de la capacidad de contención* del adolescente y de la familia. Lo podemos ver, por ejemplo, en los casos en los que se ha utilizado la medicación para minimizar las actuaciones: esta ha hecho una función de contención. Cuando en las sesiones individuales el adolescente ve que es capaz de contenerse y suplir la función del fármaco, la familia se plantea la posibilidad de abandonar la medicación. En cambio, en los casos más graves, cercanos a la psicosis o cuando el adolescente ha presentado directamente un cuadro psicótico, no puede debatirse la medicación en el tratamiento con la familia, sino que habrá que valorar su necesidad en el tratamiento individual del adolescente.

Es aconsejable discutir con la familia si es oportuno dejar la medicación y que entiendan lo que eso significa y que se decidan a asumir que están dispuestos a desarrollar capacidades mentales de tolerar el “no”, de contener los propios impulsos, de saber esperar.

Durante esta fase intermedia, se empieza a observar la *diferenciación* entre los miembros de la familia. Cuando el adolescente empieza a tener una mínima organización *yoíca*, a darse cuenta de qué le ocurre y a dar muestras de que es capaz de organizarse por su cuenta, tomar

decisiones y seguirlas (tales como pedir ayuda a una trabajadora social o a una educadora o a una profesora para buscar recursos que le puedan ser útiles), a menudo, la familia pone toda clase de pegas, ve muchos inconvenientes y desvaloriza las iniciativas del adolescente. Para el terapeuta, se trata de un momento al que le es difícil de hacer frente. Por una parte, debe valorar sus progresos y ayudarlo a diferenciarse; por otra, ayudar a los padres a entender que su dificultad para ver sus progresos es consecuencia de su dificultad de renunciar a tener un niño pequeño que les necesita y aceptar que éste ha sido sustituido por un adolescente que piensa de modo distinto a ellos. El terapeuta permanece imparcial ante las diferencias que ahora existen entre los criterios de los padres y los de su hijo, y trata de ayudar al proceso de diferenciación entre ambos. A partir de ahora, deberán parlamentar y llegar a acuerdos.

La familia va a tener que enfrentar las *ansiedades de separación* padres-adolescente. Con todo, empieza a ver que el adolescente va siendo realmente cada vez más independiente, toma decisiones responsables por su cuenta y las va llevando a cabo. Se vuelve cada vez más proactivo. Entonces, en cierto modo, se giran las tornas y los padres o bien hacen actuaciones o bien empiezan a presentar síntomas. Siguen desvalorizando las iniciativas del hijo y le provocan para dar lugar a discusiones y peleas. En definitiva, tratan de que el hijo vuelva al modo anterior de comportarse. Aquí es cuando el terapeuta les pone en contacto con el malestar que les provoca el cambio y el hecho de que el hijo vaya separándose (parece que irremediablemente) de ellos. Y el terapeuta ayuda a los padres a adquirir consciencia y a elaborar la ansiedad de separación con respecto a su hijo.

Una madre supo verbalizar acertadamente que ella y su marido vivían la separación del hijo adolescente como un “desgarro”, al mismo tiempo que, con la mano, se frotaba la barriga.

El adolescente va adquiriendo *más capacidad de pensar*, se vuelve más consciente de sí mismo y de lo que le ocurre; trata de hacerse cargo de sí mismo y llega un momento en el que reivindica y defiende su identidad y su forma de pensar, que probablemente difiere de la de los padres. A estos les resulta difícil aceptar esta

nueva manera de pensar de su hijo y tienden a ver esta reivindicación de identidad y forma de pensar propias como “más de lo mismo”, como las rabietas que tenía antes de empezar el tratamiento o al principio de este.

Son momentos difíciles del tratamiento. A los padres se les reactivan las ansiedades de separación con respecto a sus hijos. Y, en lugar de enfrentar estas ansiedades, todos empiezan a dudar de que el tratamiento sea el camino que seguir. La desconfianza de los padres, su temor a que los adolescentes se pierdan y a que no se sepan defender en la vida, se ven reforzados por la consciencia de los peligros que existen hoy en día en la sociedad, especialmente para las chicas.

El terapeuta tiene que entender que a los padres les cuesta tolerar que los hijos se diferencien de ellos. Y que las dudas de los padres con respecto al tratamiento tienen que ver con su dificultad para enfrentar estas dificultades. El terapeuta facilita que todos puedan hablar de miedos y de ansiedades.

En uno de estos momentos, una madre pidió una entrevista por separado, lo cual justificó diciendo que era muy importante. En la entrevista dijo: “Yo no puedo dejar que mi hija salga por las noches porque se me viene a la cabeza cuando yo era como ella y, en una salida nocturna, unos chicos intentaron abusar de mí”. Se la ayudó a entender que su problema no tenía que ser un motivo para poner trabas a su hija porque si no aceptaba que la muchacha saliese con sus amigas tendrían más problemas en casa. Y fue derivada a un profesional que pudiese ayudarla a resolver aquel trauma.

El adolescente cambia más deprisa que los padres. Habitualmente, el hijo cambia más deprisa que sus padres porque tiene una estructura más flexible; en cambio, los padres tienen una estructura psíquica más cristalizada. De ahí la “diferencia de opiniones”. Hasta ahora, los padres han tenido muy pocas esperanzas de que su hijo pudiera cambiar y les es difícil modificar su concepción y observar y dar valor a los cambios del hijo. Este es un momento en el cual la tarea del terapeuta es especialmente difícil: el adolescente se siente ilusionado por las nuevas posibilidades que se le abren; en cambio, los padres se sienten deprimidos porque tienen la impresión de que este es uno más de los intentos

terapéuticos fallidos. Esta visión de los padres puede desacreditar los cambios del hijo e incluso dar al traste con ellos y a sus nuevos proyectos. Las visiones de los padres y el hijo pueden situarse en polos opuestos.

En la penúltima sesión del tratamiento familiar, el hijo muestra los cambios que se han producido en la familia y dice: “ahora ya podemos hablar, porque nos respetamos y podemos llegar a acuerdos (...). Os quiero decir que he estado pensando que el tabaco no es bueno y quiero dejar de fumar” (contento y satisfecho). El padre salta diciendo: “bueno, esto que dices es muy bonito, pero tú tienes adicción al tabaco y esto que dices no es nada fácil. Y te lo digo porque lo sé por propia experiencia”. El hijo se queda sorprendido por la reacción del padre y responde: “¡Vaya confianza que me tienes!”

En este comentario vemos como el padre no puede entender el cambio que está haciendo el adolescente. No puede concebir que su hijo tenga la capacidad de cambiar con tanta rapidez; aún no lo ve lo bastante diferenciado de él, sino a través de la imagen que el padre tiene grabada en su interior. Está claro que padre e hijo tienen una visión distinta de la situación. Al evidenciarlo el terapeuta, se consigue diferenciar más a los padres de los hijos. El objetivo es que cada uno de los miembros de la familia adquiera una identidad personal diferenciada de la de los otros miembros.

Obviamente, el terapeuta no debe tomar partido por una visión u otra, sino contener la situación y, por una parte, potenciar los cambios del adolescente y, por otra, ayudar a los padres a darse cuenta de su dificultad para ver lo que ha cambiado. En definitiva: ayudar a la familia a comprender tanto lo que siente el adolescente como lo que sienten sus padres.

Fase final del tratamiento

La última etapa del tratamiento se da cuando el proceso de separación-individuación está resuelto y el adolescente empieza a tener el deseo de organizar su vida, a preocuparse por sus estudios, su proyecto de vida, a pensar separadamente de sus padres.

Cuando el adolescente quiere terminar el tratamiento con la familia porque ya no se siente ligado a ella, el terapeuta recoge esta

comunicación y reflexiona sobre si se han alcanzado los objetivos iniciales (básicamente la diferenciación padres-hijo).

Si este es el caso, plantea que ha llegado el momento de terminar las entrevistas con la familia y que el hijo adolescente siga solo su terapia individual.

Veamos este breve ejemplo. *Las sesiones familiares eran con la madre y la hija, ya que no había más miembros en la familia. La madre dice: "hasta me he planteado rehacer mi futuro, he recuperado mis amistades... Bueno... Toda la vida preocupándome de ella, en médicos, en tratamientos, en estudios y no he conseguido nada. Ahora es ella la que se empieza preocupar de sí misma. Ha dejado de fumar, está preocupada por su futuro, ha empezado a trabajar. Tiene buenos amigos. La veo mucho mejor".*

A la sesión siguiente, la hija dice que quiere terminar estas sesiones. "Con mi terapia particular tengo bastante. He pensado que no hace falta que venga". Al preguntar qué le había hecho llegar a esta conclusión, responde: "antes yo no pensaba, no me daba cuenta de las cosas y creo que no sentía nada. Todo me daba igual: tomar pastillas, beber alcohol, fumar... En las relaciones sexuales, a mí me daba igual... Era una manera de sentirme algo (se ha puesto triste). Hacía lo que me decían los amigos, o lo que se me pasaba por la cabeza en cada momento. Ahora siento que todo ha cambiado". Mira a su madre, sonrío y continúa: "ahora mi madre ya no me taladra la cabeza con sus cosas y yo ahora me doy cuenta de lo que hago y veo si está bien o mal. Cuesta mucho, porque me cogen muy malos momentos con mucha angustia, pero ahora tengo buenos amigos que me ayudan. Estoy mirando de estudiar un curso para cuidar caballos en la hípica y continuar allí trabajando y estudiando". Se mira a su madre y se sonríen las dos.

Con estas palabras, podemos ver que el objetivo de la intervención terapéutica sobre las funciones parentales se ha conseguido. Se ha resuelto el proceso de separación-individuación, el bloqueo del proceso infantil.

A menudo, a pesar de ello, los padres querrían continuar el tratamiento y abordar aspectos individuales de ellos. El terapeuta deja claro, entonces, que el objetivo de la terapia ha sido desde el principio resolver la diferenciación entre

padres e hijo, y que la terapia con la familia ha terminado una vez alcanzado este objetivo.

Los padres se plantean su relación de pareja y el hijo, su tratamiento individual. La familia ha estado tan volcada en un hijo adolescente que, cuando este mejora, descubre que tienen un espacio (que antes estaba ocupado por el hijo) que les permite cuestionarse su relación de pareja y el futuro como tal. En algunos casos, son capaces de mejorarla. En otros, descubren que son muy distintos entre ellos, lo cual no habían percibido antes, a pesar de las peleas provocadas por sus formas diferentes de entender la vida, puesto que estaban centrados en el hijo adolescente, y aparecen las dificultades para seguir juntos. Entonces se les indica o bien un terapeuta que pueda ayudarles a reconstruir su relación de pareja o bien un mediador que les ayude a separarse civilizadamente.

Conclusiones

En este trabajo, nos hemos referido a los adolescentes a los que no es posible tratar individualmente de entrada porque no tienen consciencia de conflicto ni aceptan ningún tipo de ayuda.

Estos adolescentes han sufrido alteraciones significativas y, en algunos casos, un bloqueo del desarrollo de su organización psíquica.

Hemos ideado una modalidad de tratamiento que permite resolver este bloqueo. Esta modalidad conlleva inicialmente trabajar con la familia para intervenir sobre las funciones parentales hasta que la dinámica que perpetúa el bloqueo del desarrollo se resuelva. Entonces, el adolescente se ha diferenciado lo bastante de sus padres como para tener consciencia de su conflicto, de sus actos y de las consecuencias de estos. Esto le permite, entonces, proseguir por sí solo su tratamiento individual focalizado en la transferencia, con lo que se pone fin a la intervención sobre la familia.

Bibliografía

Adroer, S. e Icart, A. (1989), L'espai mental en patologia psicosomàtica i la seva relació amb els problemes de simbolització. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, VI(1).

Bion, W. R. (1961). *Experiences in Groups and other papers*. Londres: Tavistock Publications Limited

Bion, W. R. (1962). A theory of thinking. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 306-310

Bleger, J. (1984). *Simbiosis y ambigüedad: estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.

Cancrini, L. (2006). *L'oceano borderline. Racconti di viaggio*. Milán (Italia): Cortina.

Freud, S. (1900). *Traumdeutung*, en J. Strachey (ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Londres: The Hogarth Press, 1953 - 1974.

Freixas, J. (1983). *Medicina, asistencia sanitaria*

y salud mental, en J. L. Tizón y M. T. Rosell (comp.), *Trabajo y salud mental*, Barcelona: Laia.

Icart, A. (2000). Algunes manifestacions de l'angoixa a l'adolescència, *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 27(1-2)

Icart, A. y Freixas, J. (2020). *A mí no me pasa nada*. Barcelona: Octaedro.

Winnicott, D. W. (1964). *The Child, the Family, and the Outside World*. Londres: Penguin.

Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. y Kernberg, O. F. (2016). *Psicoterapia Centrada en la Transferencia. Su aplicación al Trastorno Límite de la Personalidad*, Bilbao: Desclée De Brouwer.

Anexos

Gráfico 1. Estructuración de las bases del funcionamiento normal del bebé

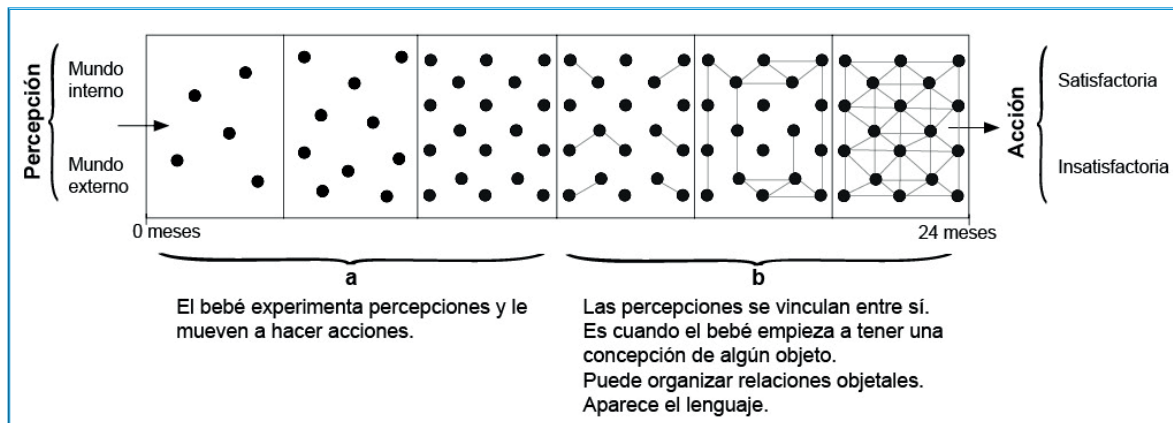


Gráfico 2. El proceso evolutivo de separación-individuación normal

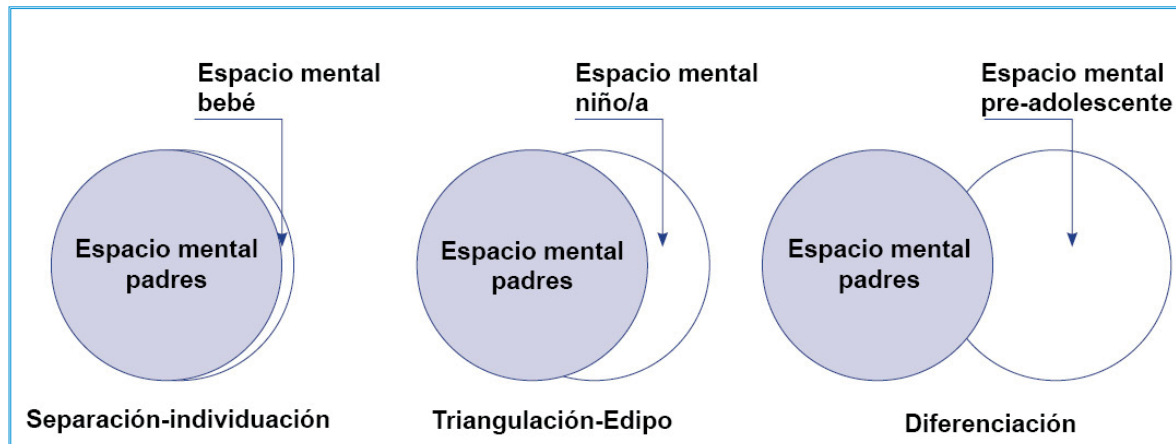


Gráfico 3. El proceso evolutivo de separación-individuación bloqueado

