

REVISTA DE
**PSICOPATOLOGÍA
Y SALUD MENTAL**
DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Abril 2022
Nº 39



REVISTA DE
**PSICOPATOLOGÍA
Y SALUD MENTAL**
DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Xavier Costa	Jefe de Redacción
Núria Planas	Secretaría
María José Muñoz	Maquetación
Míriam Fuentes	Promoción y Difusión
Belinda Anento	Redes sociales
Míriam Berrio	Administración y Contabilidad

Traducción (l^{inglés}, f^{francés}, i^{italiano}, p^{portugués}, c^{atalán}):
Montserrat Balcells^{IT}, Miguel Cárdenas^I, Josepa Carreras^I, Xavier Costa^I, Jordi Freixas^F,
Mireia Ramon^I, Núria Ribas^I, Camille Riu^F, Pilar Tardío^F, Brenda Tarragona^I, Elena Venuti^{IT}
y Montserrat Viñas^P

Revisión de textos: Stela Bacalu^I y Servei d'Assessorament Lingüístic^C

Publicación semestral

Edición y Publicación: [Fundació Orienta](#)
C/ Cardenal Vidal i Barraquer, 28 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Tel. +34 93 635 88 10

E-mail: revista@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

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, Psicoanalista miembro de la SEP-IPA y Dirección científica de la Fundació Orienta. Teacher/Supervisor en TFP-A y Presidente del Grup TLP-Barcelona. Sant Boi de Llobregat (Barcelona).*

Vocales:

Montse Balcells *Psicóloga clínica y psicoterapeuta, Jefa de Servicio del CSMIJ Hospitalet y Coordinadora de servicios de la Fundació Orienta.*

Cayetano García-Castrillón *Médico Psiquiatra y Psicoanalista Didacta de la Sociedad Española de Psicoanálisis y de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Sevilla.*

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

Alberto Lasa *Psiquiatra, Profesor titular en la Universidad del País Vasco y profesor asociado en la Universidad de Deusto. Guetxo (Vizcaya).*

Jorge Tizón *Psiquiatra y Neurólogo, Psicólogo y Psicoanalista (SEP-IPA). Profesor del Institut Universitari de Salut Mental de la Universitat Ramon Llull. Barcelona.*

Àngels Martos *Internista, Vicedecana de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut de la Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona.*

CONSEJO ASESOR Y LECTOR

Eulàlia Anglada (Barcelona) ^I	Carles Pérez Testor (Barcelona) ^I
Alejandro Ávila (Madrid) ^I	Antonio de la Plata (Sevilla) ^{A F AP}
Jordi Artigue (Barcelona) ^{AP}	Vanessa R. Pousada (Ourense) ^A
Marta Biempica (Barcelona) ^{PSM}	Roque Prego (Santander) ^{PI PSM}
Teresa Brouard (Bilbao) ^{PI A AR}	Noelia Reyes (Barcelona) ^I
Lourdes Busquets (Barcelona) ^{PI}	Emilio Rojo (Barcelona) ^{IP I}
Natalia Calvo (Barcelona) ^I	Teresa Ribalta (Barcelona) ^{A F}
Miguel Cárdenas (Barcelona) ^{PSM}	Núria Ribas (Barcelona) ^I
Marc Dangerfield (Barcelona) ^A	Víctor Ribes (Barcelona) ^I
Sergi de Diego (Barcelona) ^E	Maria Jesús Rufat (Barcelona) ^I
M ^a Dolores Domínguez (Santiago) ^{AP}	Jaume Sabrià (Barcelona) ^{PSM}
Fernando Dualde (Valencia) ^F	Luis San (Barcelona) ^{AP}
Ricardo Fandiño (Ourense) ^A	Eulàlia Sayrach (Barcelona) ^{F AR}
Marc Ferrer (Barcelona) ^I	José Andrés Sánchez (Barcelona) ^{IP}
Anna Fornós (Barcelona) ^{AP}	Assumpció Soriano (Barcelona) ^A
Jordi Freixas Dargallo (Barcelona) ^{AP F}	Brenda Tarragona (Barcelona) ^A
Miriam Fuentes (Barcelona) ^{AR}	Mercè Teixidó (Barcelona) ^A
Pablo García (Granada) ^{F PI}	Carme Tello (Barcelona) ^{PI}
Fernando González Serrano (Bilbao) ^{A PSM}	Jorge Tió (Barcelona) ^{A AR}
Carmen Grifoll (Barcelona) ^{AP}	Jordi Torner (Barcelona) ^{PI}
Antònia Grimalt (Barcelona) ^{PI}	Llúcia Viloca (Barcelona) ^{PI}
Laura Hernández (Barcelona) ^{AR IP}	
Guillem Homet (Barcelona) ^{PSM}	Fernando Araos (Chile) ^{AP IP}
Alfons Icart (Barcelona) ^F	Graciela Ball (Argentina) ^{AP}
Ana Jiménez (Ciudad Real) ^A	Hilda Botero (Colombia) ^{PI}
Lluís Lalucat (Barcelona) ^{PSM}	Elena Castro (Chile) ^{PI}
José Luís Lillo (Barcelona) ^A	Elisabeth Cimenti (Brasil) ^{AP}
Norka Malberg (Barcelona) ^{F I PI}	Eduardo Jaar (Chile) ^{AP}
Marta Mascarell (Barcelona) ^{IP}	Clotilde Juárez (México) ^I
Lluís Mauri (Barcelona) ^I	Marta Lapacó (Argentina) ^{A F AR}
Marina Mestres (Barcelona) ^I	María Inés Nieto (Colombia) ^{AP}
Josep Mercadal (Barcelona) ^I	Giancarlo Rigon (Italia) ^A
Júlia Miralbell (Barcelona) ^I	Jani Santamaría (México) ^{PI E AR}
Maite Miró (Barcelona) ^{AP}	Dante Salatino (Argentina) ^I
Josep Moya (Barcelona) ^{PSM SMC}	Monica Santolalla (Argentina) ^{PI E}
Diego Padilla (Madrid) ^{A F I}	Leandro Stitzman (Argentina) ^{AP AR IP}
Montserrat Palau (Barcelona) ^{PI E}	Carlos Tamm Lessa de Sa (Londres) ^{AP AR}
Fátima Pegenaute (Barcelona) ^{PI}	Elena Toranzo (Argentina) ^{AP}

^{IP}En primera persona; ^AAdolescencia; ^{AP}Abordajes psicoterapéuticos; ^{AR}Arte y Salud Mental; ^EInfancia y escuela; ^FFamilia;

^IInvestigación; ^{PI}Primera Infancia; ^{PSM}Promoción y prevención de la Salud Mental; ^{SMC}Salud Mental Comunitaria e Inmigración

REVISTA DE PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Abril / April 2022

39

Editorial.....7

Artículos / Articles

Estudio del efecto de una formación basada en observación directa en la capacidad de mentalización del personal de guarderías

[Studying the effect of a training based on the direct observation on the mentalization capacity of kindergarten staff](#)

Claudia Vázquez Leichtle, Josep Mercadal, Josep Maria Recasens i Torras, Pau Farràs i Ribas y Jordi Artigue Gómez.....9

Grupo terapéutico “No T’intoxiquis” para adolescentes ingresados en un hospital de día

[Therapeutic group “No T’intoxiquis” \(Don’t get yourself intoxicated\) for adolescents hospitalized in a day hospital](#)

Pau Gil Nuñez y Vinyet Eroles Cerdan.....23

Percepción materna de la discapacidad, estilo de afrontamiento y su influencia en la participación social de niños con discapacidades múltiples

[Maternal perception of disability, coping style and its influence on social participation of children with multiple disabilities children with ASD](#)

Claudia P. Pérez Salas y Emma Castillo Inostroza.....31

El concepto de problema en el desarrollo en la clínica interdisciplinaria

[The concept of the developmental problem in the interdisciplinary clinic](#)

Fernando Pedro Maciel.....49

Contexto familiar y desarrollo infanto-juvenil: el papel de la interacción filio-parental en la salud mental

[Family context and child and adolescent development: the role of child-parent interaction in mental health](#)

Laura Comendador, Iris Pérez-Bonaventura, Antoni Sanz, Beatriz Molinuevo, Anastasiya Ivanova-Serokhvostova, Rafael Torrubia, Diego J. Palao y Montserrat Pàmias.....63

Programa de educación emocional y alfabetización en salud mental en adolescentes de Centros Residenciales de Acción Educativa Evaluation of the satisfaction of a programme for adolescents assisted in Residential Centres for Educational Action Rocío Casañas, Juan José Gil-Moreno, María Torres-Torres, Jessica Barón-Martí, Laia Mas-Expósito y Lluís Lalucat-Jo.....	79
“¡No me taladres la cabeza!” Cómo tratar al adolescente que rechaza ser tratado “Don’t drive me crazy!” Dealing with adolescents who refuse to get treatment Tuulikki Trias y Alfons Icart Pujol.....	91
Talleres de salud mental para adolescentes en el aula. Experiencia transnacional Mental health workshops for adolescents in the classroom Asunción Soriano Sala, Eulàlia Arias-Pujol, Lluís Mauri y Rubén D. Gualtero.....	103
El Servicio de Atención y Apoyo Emocional en los centros educativos: experiencias de una nueva cultura escolar The Emotional Care and Support Service in educational centres: experiences of new school culture Laia Mas-Expósito, Olga Canet, Rocío Casañas, Juan Antonio Amador-Campos, Mercè Triay y Lluís Lalucat-Jo.....	111
Desempeño sociocomunicativo en niños con TEA. Un análisis desde la Lógica Transcursiva (2) Socio-communicative performance in children with ASD. An analysis from Transcursive Logic (2) Dante Roberto Salatino.....	123
Reseñas bibliográficas / Books reviews	139
Noticias / News	141
En el próximo número / In the next number	149

Editorial

Guerra, familia, niños, adolescentes

En este momento histórico en el que ha estallado la guerra entre Rusia y Ucrania, a muchos nos viene a la mente el aforismo de Clausewitz (1832), según el cual, la guerra es la continuación de la política por otros medios. Puede que muchas personas no hayan caído en la cuenta de que uno de estos medios es el medio humano.

Una guerra no se hace sólo con armas. Tampoco con las personas que manejan esas armas. Implica toda una reorganización del tejido económico (economía de guerra) y del tejido social y, probablemente, de otras muchas cosas. Esta reorganización tiene importantes consecuencias y una gran desorganización, así como grandes crisis para las familias.

Los hombres se convierten en soldados. Los que son padres “dejan de ser padres” para convertirse en soldados. “Dejan de ser padres” en el sentido de que, si están en el frente, ni material, ni emocionalmente se pueden ocupar de la familia, de sus hijos. Y, en términos psicológicos, están dispuestos a sacrificar sus vidas para ganar la guerra.

Mientras los hombres están en el frente, sus mujeres y sus hijos deben dejar sus casas y refugiarse, a menudo desplazarse o emigrar, para sobrevivir. Pierden su hogar, que es su lugar de referencia, que es una parte de su identidad y que han arreglado (decorado, etc.) a su medida. Y, a partir de este momento, deben vivir con la incertidumbre de si sobrevivirán o no, de cuánto tiempo va a durar esta nueva y trágica situación y de si la familia, así separada, podrá volver a reunirse. Y, habitualmente, ni siquiera han podido llevarse consigo las cosas más preciadas que forman parte de su vida, ni despedirse entre ellos antes de esta separación forzosa.

Las madres viven la incertidumbre: dónde van a ir, qué se van a encontrar, de si sus hijos tendrán lo mínimo para vivir en términos de alimentación, alojamiento, educación, etc. Deben encontrar un lugar donde vivir. Cuánta tristeza y ansiedad.

Deben reconstruir su vida, dejando atrás a sus maridos, sus pertinencias y encontrar un nuevo lugar en una nueva comunidad, en la que existen otras formas de relación. Cuantos están en la situación de desplazados se encuentran en un ambiente distinto, a menudo con una lengua distinta a la suya, y sintiendo que viven de la benevolencia de alguien o de algo y que no tienen derecho a los mínimos necesarios. Cuánto sufrimiento para estas madres.

Si bien para Hobbes, el hombre es un lobo para el hombre (*homo homini lupus*, frase que toma de la Asinaria de Plauto), en la guerra encuentra una forma distinta y más física de serlo. La guerra es el fin de la diplomacia. La violencia de la diplomacia se convierte en violencia física.

Para Freud (1932), un paso adelante de la civilización es “el fenómeno del desarrollo de la cultura. (Ya sé que algunos prefieren usar el término civilización)”. Permite pasar de la violencia al estado de derecho, “pero, para que ese paso de la violencia al nuevo derecho se cumpla, es necesario llenar un requisito psicológico: la unión del grupo debe ser estable y duradera.” Por tanto, “todo lo que engendra, entre los hombres, lazos sentimentales, debe reaccionar contra la guerra.”

La guerra reactiva las formas de funcionamiento más primitivas en el desarrollo. Se regresa del diálogo a la destrucción física. Se reactivan las funciones defensivas psíquicas más primitivas. Se pierde la modulación de las emociones que permite el lenguaje. Se recurre a la proyección: la otra nación es la responsable de todos nuestros males.

El respeto por la individualidad e incluso por la propia vida se pierde, en aras de un caudillo (Freud, 1921) o de una entidad superior, como es, en este caso, la defensa de su territorio, de su patria.

Los niños desarrollan su estructura de personalidad a partir de las experiencias con los objetos que les rodean y del juego. Pero para ello necesitan de un entorno respetuoso, mínimamente tolerante y placentero, que les de confianza y que les proyecte hacia el mundo exterior y hacia la creatividad.

En este momento, estos niños, en zonas de guerra, han de huir de sus casas; unos, escondiéndose en refugios inhóspitos, y otros, huyendo de su país, de sus casas, y de su entorno. Tanto unos como otros van a pasar hambre, frío, incomodidades, tensiones y enfermedades sin las medidas suficientes para cuidarse o ser atendidos. Carecen de los mínimos necesarios para poder vivir estos momentos. Han tenido que dejar atrás aquello que más desean y

que les da más seguridad: un padre, al que puede que no vuelvan a ver nunca más, abuelos, familiares, amigos, y la casa, con todas sus pertenencias. Y tanto si han de emigrar como si se han de esconder en refugios, sus madres, envueltas con tantos interrogatorios y penumbras, tampoco tienen la capacidad suficiente para protegerles, ni responder a sus demandas más primarias. Tanto los niños como los adolescentes pierden sus referentes y verán entroncado su proceso evolutivo. Se sienten atrapados por el caos, el pánico y el dolor.

Por su parte, los adolescentes, debido al momento de desarrollo psíquico en el que se encuentran, están en pleno proceso de diferenciación, de autonomía. Los adolescentes, en este momento de su vida, necesitan completar su proceso de diferenciación y buscan un lugar de referencia fuera de la familia, entre sus compañeros. En la situación de guerra y emigración, difícilmente el adolescente encontrará el espacio, el entorno que necesita para hacer efectivo el proceso de diferenciarse de sus padres, de conseguir su autonomía. Cada adolescente esperaba ilusionado este momento para dejar atrás su dependencia con respecto a sus padres y proyectarse en el entorno juvenil, con todo lo que comporta de ser él el que se responsabiliza de sus cosas, de iniciar una vida entre iguales. Ahora todo queda alterado. Tiene que despedirse de su padre, que se va a luchar, y hay el peligro de no poder volver a verlo. Tiene que dejar atrás a sus amigos, a sus pertenencias; con ellas, sus ilusiones y huir, huir de la guerra. A partir de este momento, todos sus planes, ilusiones y proyectos de vida quedan truncados y le invade el pánico por haber perdido su casa, su tierra, su lengua. Y, si se queda en el país, ve cómo destruyen su lugar de referencia, su hogar.

Los valores que los niños han recibido durante su infancia les han ayudado a construir su identidad. Pero, y ahora ¿qué les va a ocurrir? Esos valores ya no están ahí por dos razones: en el caso de los exilados, el cambio de comunidad de referencia y, para todos, el hecho de que en la guerra tiene lugar un vuelco de los valores. Lo que antes era respeto ahora es debilidad. Lo que antes era un crimen está ahora prescrito. Cuánto sufrimiento, desorientación, miedo y rabia para estos niños y adolescentes y sus madres.

Y no hablemos de las mafias que quieren aprovecharse de la situación de desprotección, pánico y desespero de madres con sus hijos, que huyen de la guerra. Madres con hijos que han tenido que huir de sus casas dejando atrás parte de sus familias, maridos, familiares mayores, sus referencias de vida, sus pertinencias, y que buscan protección para ellas y sus hijos. Y que, en algunos casos, son víctimas de estas organizaciones mafiosas y perversas que solo pretenden utilizarlas para sus fines, aprovechándose de su situación de fragilidad, desesperanza y soledad. Qué horror, y cuánta maldad, y no poder evitarlo y llevar a estas mafias frente a la justicia antes de que cometan tales atrocidades.

Este es el contexto en el que hemos estado elaborando el número 39 de la Revista. Respecto los artículos, cabe destacar el IX Premio de Investigación de la Revista, otorgado al trabajo de Claudia Vásquez y colaboradores, *Estudio del efecto de una formación basada en observación directa en la capacidad de mentalización del personal de guarderías*, y de los dos accessits, *Grupo terapéutico "No T'intoxiquis" para adolescentes ingresados en un hospital de día*, de Pau Gil y Vinyet Eroles, y *Percepción materna de la discapacidad, estilo de afrontamiento y su influencia en la participación social de niños con discapacidades múltiples*, de Claudia P. Pérez y Emma Castillo. Esperemos que tanto estos como el resto de los artículos sean tan interesantes como nos han parecido a nosotros. Verán que en este número abundan los trabajos dedicados a la adolescencia y a las familias, cosa que va acorde con la preocupación que los que trabajamos en la atención a la salud mental tenemos en estos momentos tan complejos que nos han tocado vivir.

Alfons Icart, Director

Estudio del efecto de una formación basada en observación directa en la capacidad de mentalización del personal de guarderías

CLAUDIA VÁSQUEZ LEICHTLE^{1AB}, JOSEP MERCADAL^{1B}, JOSEP MARIA RECASENS I TORRAS^{2C},
PAU FARRÀS I RIBAS³ Y JORDI ARTIGUE GÓMEZ^{1D}

RESUMEN

Estudio del efecto de una formación basada en observación directa en la capacidad de mentalización del personal de guarderías. Se ha demostrado que la alta capacidad de mentalización del personal educativo pre-escolar (PEd) incide en el desarrollo socioemocional de la teoría de la mente y del lenguaje del infante y que tiene efecto compensador en contextos sociales y familiares desfavorables. Pocos estudios evalúan los efectos de formaciones en la mentalización en PEd. Este estudio evaluó el efecto de una formación que promueve la observación y comprensión de la subjetividad propia y del infante en una muestra de 17 educadoras de tres guarderías de Barcelona. Se encuentra una mejora estadísticamente significativa en la mentalización global y diferentes dimensiones. Se proponen líneas de investigación que incluyan la mentalización en PEd y su impacto en la infancia. **Palabras claves:** *Mentalización, observación directa, educación infantil, competencias pedagógicas, primera infancia.*

ABSTRACT

Studying the effect of a training based on the direct observation on the mentalization capacity of kindergarten staff. The high mentalization capacity of pre-school education (PEd) staff has been shown to have an impact on the socio-emotional development of the infant's theory of mind and language and to have a compensatory effect in unfavourable social and family contexts. Few studies have evaluated the effects of training on mentalization in ECD. This study evaluated the effect of training that promotes observation and understanding of self and infant subjectivity in a sample of 17 educators from three nurseries in Barcelona. A statistically significant improvement was found in global mentalization and different dimensions. Lines of research that include mentalization in PEd and its impact on children are proposed. **Keywords:** *Mentalization, direct observation, early childhood education, pedagogical competencies, early childhood.*

RESUM

Estudi de l'efecte d'una formació basada en observació directa en la capacitat de mentalització del personal d'escoles bressol. S'ha demostrat que l'alta capacitat de mentalització del personal educatiu preescolar (PEd) incideix en el desenvolupament socioemocional de la teoria de la ment i del llenguatge de l'infant i que té un efecte compensador en contextos socials i familiars desfavorables. Pocs estudis avaluen els efectes de formacions en la mentalització a PEd. Aquest estudi va avaluar l'efecte d'una formació que promou l'observació i la comprensió de la subjectivitat pròpia i de l'infant en una mostra de 17 educadores de tres escoles bressol de Barcelona. Hi ha una millora estadísticament significativa en la mentalització global i diferents dimensions. Es proposen línies de recerca que incloguin la mentalització a PEd i el seu impacte a la infància. **Paraules clau:** *mentalització, observació directa, educació infantil, competències pedagògiques, primera infància.*

**Trabajo ganador del IX Premio de Investigación en Salud Mental Infantil y Juvenil que convoca esta revista y que está patrocinado por el Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat (Barcelona).*

¹Doctor/a en Psicología, ²Psiquiatra, psicoterapeuta de grupos y familias ³Antropóloga ⁴Unidad Psicoterapia Psicoanalítica Infanto-Juvenil (UPPIJ). Departamento de Salud Mental Grupo Sant Pere Claver. ^BGrupo de Investigación en Mentalización y Evaluación de Intervenciones Psicológicas (GREMAIP). Institut Universitari de Salut Mental Vidal i Barraquer, Universitat Ramon Llull ^CCentro Pi i Molist. Prevención y tratamiento en Salud Mental. ^PEquipo Clínico de Intervención a Domicilio (ECID), Fundació Vidal i Barraquer. Contacto: claudiavasquez10@hotmail.com

Recibido: 30/6/22 - Aceptado: 11/11/22

Introducción

Cada vez hay más consenso entre distintas disciplinas de que los mil primeros días de un niño son fundamentales para su desarrollo biológico, emocional, relacional, cognitivo y de salud futuro, sin llegar a ser determinantes si se intentan revertir con mecanismos compensatorios. Velar por condiciones individuales y de contexto que favorezcan la mejor primera infancia pasa a ser un gran desafío, no solo a nivel político y técnico sino también social. Las familias requieren apoyarse más en otros cuidadores para sostener la continuidad del cuidado, y más aún con el aumento de familias de clase media, familias monoparentales, y el mayor acceso de la mujer en el trabajo, quien continúa siendo en la sociedad actual la cuidadora principal en el núcleo familiar. Uno muy importante, incluso en las familias con más recursos, es la guardería, cuyo personal tiene el gran desafío y responsabilidad de cuidar-educar por jornadas que pueden llegar a ser de ocho horas con los infantes pasando a convertirse en figuras muy significativas para ellos (Cantó y Salazar, 2018).

Dar soporte y formación continuada a las personas significativas en este periodo pasa a ser un tema de gran relevancia si se piensa en términos de promoción de salud, prevención y de equidad desde la primera infancia. En esta etapa, se moldean y estimulan procesos cognitivos, lingüísticos y emocionales que impactan en la vida futura del niño. Investigaciones recientes han mostrado la existencia de determinadas características en el cuidador que promueven el desarrollo del infante. Una de estas características ampliamente estudiada en las últimas décadas es la mentalización. La mayoría de los estudios se han focalizado principalmente en establecer la relación de esta capacidad del adulto con el desarrollo del apego, el desarrollo de la teoría de la mente, la cooperación del niño o el ajuste psicosocial. Hay muy pocos estudios que evalúen los efectos de programas de intervención en mentalización o función reflexiva y son aún menos los que se desarrollan en contextos de educación preescolar (Santelices et al., 2016).

Mentalización

La mentalización es un concepto introducido por Peter Fonagy (Fonagy, Steele, Moran, Steele y Higgitt, 1991) y se refiere a la capacidad de entender a los demás y a uno mismo en términos de su mundo interno, infiriendo los estados mentales (sentimientos, pensamientos, creencias, deseos, intenciones) que subyacen a la conducta manifiesta. Esta capacidad no sólo permite significar la experiencia de uno mismo y de otros como estados mentales internos dando sentido a la experiencia, sino que permite anticipar acciones que facilitan la comprensión y un ajuste flexible al entorno social (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002). Una de sus grandes relevancias reside en que un desarrollo adecuado de mentalización favorece el establecimiento de relaciones interpersonales saludables, y un desarrollo social y emocional más flexible y satisfactorio. Fallas en su desarrollo implican baja sensibilidad a los sentimientos de los demás, serias dificultades para imaginar intenciones, comprender significados figurados, dobles sentidos de chistes o frases, así como también engañar o entender el engaño, porque no logran comprender las intenciones detrás de las acciones de los demás (Santelices et al., 2016). Se ha evidenciado, además, que esta capacidad promueve el progreso de procesos psicológicos fundamentales para la construcción de la identidad, el apego seguro, la regulación emocional y el desarrollo de habilidades sociales en la pequeña infancia e incluso su valor como factor protector de salud mental, en el sentido de que su desarrollo proporciona un mejor funcionamiento psicológico y opera como protector en condiciones de mayor riesgo para la estabilidad emocional (Ballespí, 2017). En el contexto de este trabajo, resulta de interés la doble distinción de la mentalización como habilidad y actitud, como Pasco Fearon, citado en Midgley et al. (2019), donde la alta mentalización no sería tanto la capacidad de leer precisamente los estados internos propios o ajenos, sino como una forma de abordar las relaciones que refleja la expectativa de que el propio pensamiento y sentimiento puede ser iluminado, enriquecido y cambiado al aprender sobre el estado de otras personas. En este sentido, la entiende tanto como una actitud

y como una habilidad; una actitud indagadora y respetuosa de los estados mentales de otras personas, consciente de los propios límites sobre el conocimiento de los demás y que comprender los sentimientos de los demás es importante para mantener relaciones saludables y mutuamente gratificantes. Por último, la capacidad de mentalizar fue operacionalizada por Fonagy como Función Reflexiva para ser utilizada en el contexto de la investigación, definiéndola como la habilidad metacognitiva para pensar sobre los pensamientos y sentimientos propios y de los otros cuando se intenta entender y predecir el comportamiento (Fonagy et al., 2002).

Capacidad de mentalización del adulto y desarrollo en la infancia

En base al recorrido de investigación existente, hay autores que afirman que el rol de los adultos significativos es central para el desarrollo del apego y la teoría de la mente en los niños. Que una actitud mentalizadora de un adulto, es decir, de exploración de los significados de las acciones de los otros, favorece en el niño la emergencia en su mundo interno de la habilidad para etiquetar y encontrar significado a sus propias experiencias psicológicas, siendo esta habilidad la base de las capacidades de regulación, control de impulsos, automonitoreo, autorepresentación y autoorganización (Santelices et al., 2016). La mentalización se desarrolla cuando la figura significativa ofrece una relación segura que posibilita al niño explorar la mente del adulto, cuando este le atribuye estados mentales y lo trata como un agente mental (Fonagy et al., 2002), en la medida que la figura significativa y confiable es capaz de reflejar y contener la experiencia subjetiva, lo que generalmente se da en el contexto de un apego seguro (Bateman y Fonagy, 2012). Diferentes estudios han demostrado la importancia que la capacidad de mentalizar o función reflexiva de los cuidadores principales de los niños tiene en diferentes áreas del desarrollo en la infancia. La mayoría de los estudios se han centrado en los padres o cuidadores principales (Santelices et al., 2016). Se ha visto que los padres con alta mentalización promueven en el infante apego seguro (Meins, Fernyhough, Fradley y Tuckey,

2001), regulación emocional, desarrollo socioemocional (Taumoepeau y Ruffman, 2008), ajuste social (Rosso, Viterbori y Scopesi, 2015) y se ha evidenciado como una variable que predice el desarrollo de esta capacidad en el niño (Fonagy et al., 2002). Si bien existen pocos estudios que analicen la mentalización en educadores, hay evidencia sobre el papel de apoyo que juega el personal educativo con mayor capacidad de mentalización en el desarrollo en primera infancia. En contextos sociales desfavorables se ha visto su efecto compensador cuando esta habilidad está disminuida en figuras parentales por estrés, depresión y angustia, como también en el desarrollo del lenguaje (Farkas, Strasser, Badilla y Santelices, 2017). Se ha probado que, dentro de una serie de competencias del personal educativo, la capacidad de mentalización es la que más incide favorablemente en el desarrollo del lenguaje del infante (Farkas, 2019). La adquisición del lenguaje temprano promueve el desarrollo cognitivo y social y la regulación emocional. Favorece la inhibición conductual, el desarrollo de la teoría de la mente y la posterior adquisición de las funciones ejecutivas, lo cual impacta en el rendimiento académico, la adaptación escolar y el aprendizaje de la lectoescritura y las matemáticas (Cuellar y Farkas, 2018).

Formación basada en la observación directa

La formación basada en la observación directa corresponde a un diseño realizado por la antropóloga Pau Farràs (2020). Este diseño es el resultado de un largo recorrido que se inicia el año 2011, cuando un equipo de profesionales pertenecientes al *Grup de grups* del centro Pi i Molist en Barcelona, liderado por Josep Maria Recasens (psiquiatra, terapeuta y miembro didacta de la Asociación catalana de psicoterapia psicoanalítica) propone estudiar cómo surgen las primeras relaciones en la primera infancia a través de observaciones de campo en guarderías. A partir de esta experiencia, la autora diseña un modelo de observación directa con un objetivo formativo para profesionales del campo educativo y lo aplica en algunas guarderías de Barcelona. La autora define observación directa como “una observación en presencia que conlleva poner atención en la percepción de

todo lo que nos llega del campo de observación del que formamos parte y, muy especialmente, del clima emocional tanto externo como interno de lo que vivimos a través de la presencia. Pero también hablo de una observación entendida como un proceso, que cuenta con el trabajo de todo un grupo y con la interacción de distintos roles en diálogo para podernos acercar a lo que no es aparente a primera vista” (Farràs, 2020, p. 78). Dadas algunas características de esta formación, como el aprendizaje experiencial, modelación de una actitud y disposición mental que no está orientada a la acción, sino que promueve la observación y comprensión de la subjetividad propia y del infante junto con una elaboración grupal reflexiva de lo observado, hacen pensar la posibilidad de que promueva la capacidad de mentalización sin ser este uno de los objetivos de la formación. Se propone entonces a la autora estudiar el impacto que pudiera tener esta formación en el desempeño de la mentalización o función reflexiva en el personal educativo. De este modo, la autora diseña una estructura que pudiera ser aplicado a diferentes guarderías. El diseño original tuvo que ser ajustado a las posibilidades organizativas de los centros educativos para poder ser replicable y realizar el presente estudio. La formación constó de tres partes. Una actividad introductoria grupal, la experiencia formativa como tal y la actividad grupal de cierre. La experiencia formativa consiste en la combinación alternada de una observación directa con una de trabajo grupal donde se elabora la observación directa durante 12 semanas consecutivas. La observación directa se realiza por dos profesionales durante toda la experiencia y el trabajo grupal de elaboración de lo observado es dinamizado por la formadora a través de una metodología. La formación se basa en la observación de un aula de P2, que corresponde a niños que se encuentran en el tramo de 24 a 36 meses.

Objetivo general e hipótesis

El objetivo principal de este trabajo es evaluar si hay cambios en la capacidad de mentalizar en las educadoras que hayan recibido la formación en observación directa. Para ello, se plantea estudiar las diferencias que se observen en

los tres momentos de medición definidos, antes, una vez acabada la formación y después de tres meses de finalizada esta, en: a) la media global de la mentalización en el total de la muestra y b) la media global de cada una de las dimensiones de la mentalización en el total de la muestra.

Hipótesis de trabajo

La hipótesis general del presente trabajo fue que los sujetos que recibieron la formación basada en la observación directa presentarían un aumento en las capacidades de mentalización una vez terminada la formación y se mantendría al cabo del tiempo. A continuación, se presentan las seis hipótesis de trabajo que se formularon para contrastar este objetivo en la mentalización global y las dimensiones de mentalización que el instrumento permite identificar.

Hipótesis 1. Se encontrarán diferencias significativas entre las medias globales de la mentalización de los sujetos de la muestra entre la primera medición (M1) y la segunda medición (M2).

Hipótesis 2. Se encontrarán diferencias significativas entre las medias globales de la mentalización de los sujetos de la muestra entre la segunda medición (M2) y la tercera medición (M3).

Hipótesis 3. Se encontrarán diferencias significativas entre las medias globales de la mentalización de los sujetos de la muestra entre la primera medición (M1) y la tercera medición (M3).

Hipótesis 4. Se encontrarán diferencias significativas entre las medias globales de las dimensiones de mentalización de los sujetos de la muestra entre la primera medición (M1) y la segunda medición (M2).

Hipótesis 5. Se encontrarán diferencias significativas entre las medias globales de las dimensiones de mentalización de los sujetos de la muestra entre la segunda medición (M2) y la tercera medición (M3).

Hipótesis 6. Se encontrarán diferencias significativas entre las medias globales de las dimensiones de mentalización de los sujetos de la muestra entre la primera medición (M1) y la tercera medición (M3).

Metodología

Diseño

El presente estudio es de tipo no-experimental

con metodología cuantitativa y con un diseño descriptivo, correlacional y longitudinal. Se hicieron tres mediciones en el tiempo en la muestra: antes, al finalizar y después de tres meses de finalizada la formación que recibió el personal educativo para evaluar si mejora la mentalización con la formación. Se utilizó un método descriptivo cuantitativo que emplea una cualificación del análisis de contenido. Se correlacionaron las medias obtenidas de cada dimensión de mentalización en las tres mediciones para valorar el cambio una vez realizada la formación. La línea de base fueron las medias obtenidas en la primera evaluación.

Procedimiento

El procedimiento de muestreo ha sido no probabilístico, una muestra incidental debido a las características del estudio y las posibilidades de la investigación. Los procedimientos utilizados para obtener la muestra han sido dos diferentes, uno institucional y otro digital. El procedimiento institucional consistió en presentar el proyecto de investigación al equipo directivo del Instituto de educación de Barcelona (IMEB) y al departamento de salud mental del ayuntamiento de Barcelona. A través de esta instancia, se consiguió el 75 % de la muestra con la participación de dos guarderías, cuyas directoras aceptaron voluntariamente la propuesta. El procedimiento digital consistió en ofrecer una charla sobre esta formación vía *email* a diferentes guarderías de Barcelona, lo que permitió el 25 % restante de la muestra con la participación de una guardería. Las tres guarderías estaban ubicadas en la ciudad de Barcelona.

Antes de empezar con cada guardería, se presentó a todo el personal educativo el proyecto de investigación asociado a la formación basado en la observación directa, invitando voluntariamente su participación, garantizando la confidencialidad de los resultados individuales. Se elaboró un documento de consentimiento informado para ello. Se agendó con cada escuela las fechas en que se realizarían las tres evaluaciones en el tiempo del estudio. Se realizó la primera evaluación (M1) con el total de las personas que aceptaron y firmaron el consentimiento informado antes de empezar la formación. Luego, la segunda evaluación (M2), al cabo de las ocho

semanas y una vez realizada la formación, y la tercera (M3), al cabo de tres meses de su finalización en cada guardería.

Descripción de la muestra

En el presente estudio, participaron todas las profesionales de educación que recibieron la formación basada en la observación directa (Farràs, 2020) y que firmaron el consentimiento informado. En total, participaron 35 profesionales de tres guarderías; el 100 % fueron mujeres, de las cuales 28 firmaron el consentimiento informado para el estudio, pero sólo 17 pudieron culminarlo. Esto fue debido a cambios de centros y/o bajas durante el desarrollo del estudio, que duró un total de ocho meses (incluyendo la última medición). La muestra se constituyó como un grupo heterogéneo de edad entre 61 y 23 años y que trabajaban con los distintos niveles de edad que atienden en las guarderías (cuatro a 12 meses, 12 a 24 meses y 24 a 36 meses; P1, P2 y P3 respectivamente). Dada la limitación de los recursos destinados a la realización del presente estudio y la inversión en tiempo que supone la realización de la formación, así como también la codificación de las respuestas al instrumento utilizado, se decidió continuar el proyecto pese a no haber alcanzado el tamaño de muestra que se esperaba ($n = 30$).

Instrumento

Se utilizó el *Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal* (MEMCI) en su aplicación masiva, (Bilbao et al., 2016). Esta escala permite medir el patrón vincular y el desempeño mentalizador en el contexto relacional a través de narrativas relacionales. Se eligió este método porque cuenta con una validación preliminar en España con buenas propiedades psicométricas en cuanto a su fiabilidad y validez. Se aplicó en su formato masivo, que consiste en proponer a los sujetos que relaten tres situaciones relacionales vividas con ciertas características solicitadas para el relato. Dos de ellas tenían que ser experiencias negativas y una positiva. Luego se les instó a mentalizar mediante la formulación de nueve preguntas sobre los personajes e interacciones de las historias que habían referido en cada una de las tres narraciones. Las respuestas fueron

tabuladas de acuerdo con la escala del manual de Fonagy (Fonagy, Target, Steele y Steele, 1998), para establecer las diferentes puntuaciones, que van de -1 a 9; más las puntuaciones añadidas por sus autores Gustavo Lanza Castelli e Itziar Bilbao respecto de las respuestas referentes a los sentimientos, regulación emocional y la "función de observador" (pregunta 9), que no están incluidas en dicho manual (Lanza Castelli y Bilbao, 2019). En base a esta escala, se indagó de manera diferencial cada una de las siguientes dimensiones en diversos contextos relacionales: a) Sentimientos sobre sí mismos y sobre los otros, b) Pensamientos sobre sí mismos y sobre los otros, c) Motivaciones sobre sí mismos y sobre los otros, d) Regulación de emociones y e) Función observadora.

El procedimiento para el análisis cualitativo de estas variables consistió en obtener, por un lado, una media global de mentalización, sumando todos los puntajes y dividiéndolos por el número de preguntas para cada uno de los tres momentos de evaluación. Por otro, obtener un valor de media para cada una de las dimensiones mencionadas, siguiendo el mismo procedimiento para cada una de ellas y en los tres momentos de la evaluación. En ambos casos, los autores, siguiendo a Fonagy, consideran el valor 5 como el promedio de la población en general. El valor 3 indica una mentalización pobre, simple y cliché. El valor 1 indica claras alteraciones en esta capacidad y el valor -1, una posición claramente antirreflexiva, extraña o inapropiada. La puntuación 7 se considera notable, aunque no es habitual encontrarla en muestras clínicas y también es rara en la población general. La puntuación 9, que es sobresaliente, es aún más infrecuente (Lanza Castelli y Bilbao, 2019). La codificación de los indicadores de mentalización para el cálculo de los niveles de mentalización se llevó a cabo a partir de las respuestas que las personas dieron a las preguntas solicitadas para cada episodio relacional evocado y escrito en cada medición. La codificación se realizó juntamente con la formación para su codificación con uno de los autores del método (Lanza Castelli) durante 10 sesiones de supervisión. Una vez acabada esta, se procedió a codificar el total de las respuestas. Por limitaciones de recursos y tiempo no fue posible realizar una validación interjueces de la codificación.

Análisis confirmatorio de los datos: Estadística inferencial, correlación entre los resultados obtenidos en tres momentos a lo largo del tiempo.

Las medias globales de la mentalización y de cada dimensión de mentalización obtenidas en los tres momentos a lo largo del tiempo procedentes de la muestra se compararon con la prueba de correlación de *Pearson* para poder confirmar o refutar las hipótesis.

Resultados

Análisis descriptivo y de correlación de la media global de mentalización a lo largo del tiempo.

A continuación, se presenta un análisis descriptivo y de correlación de los resultados obtenidos de la media global de mentalización observada en la totalidad de la muestra correspondiente a 17 sujetos en los tres diferentes momentos del estudio: medición inicial (M1), medición al terminar la formación (M2) y medición al cabo de tres meses de finalizada la formación (M3). Se utilizan los siguientes estadísticos descriptivos: media (m) y desviación estándar (DS) (ver tabla 1 del anexo). Se utiliza el coeficiente de correlación de *Pearson* de la media global de cada dimensión de mentalización para contrastar las hipótesis 1, 2 y 3 de este estudio: pensamientos, sentimientos, motivaciones, regulación emocional y función de observación (ver tabla 2 del anexo). La media global de mentalización en la medición inicial (M1) es de m : 3,28 ($DS = 1,04$). La media global de mentalización al terminar la formación (M2) es de m : 3,85 ($DS = 1,10$). La media global de mentalización al cabo de tres meses de terminar la formación (M3) es de m : 4,15 ($DS = 0,99$). Se observa que los valores aumentan entre el momento inicial (M1) y final de la formación (M2) y que este sigue aumentando al cabo de los tres meses de finalizada la formación (M3). El coeficiente de correlación de *Pearson* para el análisis de la media global de mentalización entre M1-M2 es de $r = 0,746$, $p = 0,032$, entre M2-M3 es de $r = 0,319$, $p = 0,884$ y entre M1-M3 es de $r = 0,827$, $p = 0,06$. Los resultados de las correlaciones indican correlación significativa para la media global de la mentalización entre los momentos M1-M2 y M1-M3, no así entre los momentos M2-M3 (ver tabla 2 del anexo). La discusión de estos resultados se realizará en el apartado "Discusión de resultados".

Análisis descriptivo y de correlación de la media global de las dimensiones de mentalización a lo largo del tiempo.

A continuación, se presenta un análisis descriptivo y de correlación de los resultados obtenidos de la media global observada de cada dimensión de mentalización en la totalidad de la muestra correspondiente a 17 sujetos en los tres diferentes momentos del estudio: medición inicial (M1), medición al terminar la formación (M2) y medición al cabo de tres meses de finalizada la formación (M3). Se utilizan los siguientes estadísticos descriptivos: media (m) y desviación estándar (DS) (ver tabla 1 del anexo). Se utiliza el coeficiente de correlación de *Pearson* de la media global de cada dimensión de mentalización para contrastar las hipótesis 4, 5 y 6 de este estudio: pensamientos, sentimientos, motivaciones, regulación emocional y función de observación (ver tabla 2 del anexo).

Dimensión pensamientos en sí mismos y otros. La media global de la dimensión *pensamientos en sí mismos y otros* en la medición inicial (M1) es de m : 3,29 (DS = 0,75). La media global de la dimensión *pensamientos en sí mismos y otros* al terminar la formación (M2) es de m : 3,68 (DS = 0,84). La media global de *pensamientos en sí mismos y otros* al cabo de tres meses de terminar la formación (M3) es de m : 3,85 (DS = 0,78). Se observa que los valores aumentan entre el momento inicial (M1) y final de la formación (M2) y que este sigue aumentando al cabo de los tres meses de finalizada la formación (M3). Los valores de las medias globales de la dimensión *pensamientos en sí mismos y otros* se encuentran por debajo de un nivel medio de mentalización. El coeficiente de correlación de *Pearson* encontrado para el análisis de la media global de la dimensión *pensamientos (sí mismo y otros)* entre M1-M2 es de p = 0,132, para M2-M3 es de p = 0,00 y para M1-M3 es de p = 0,036. Los resultados de las correlaciones indican correlación significativa para la media global de la dimensión *pensamientos (sí mismo y otros)* entre los momentos de medición M2-M3 y M1-M3, no así para M1-M2. Estos resultados se discutirán en el apartado “Discusión de resultados”.

Dimensión sentimientos en sí mismos y otros. La media global de la dimensión *sentimientos en sí mismos y otros* en la medición inicial (M1)

es de m : 3,80 (DS = 0,57). La media global de la dimensión *sentimientos en sí mismos y otros* al terminar la formación (M2) es de m : 3,88 (DS = 0,71). La media global de *sentimientos en sí mismos y otros* al cabo de tres meses de terminar la formación (M3) es de m : 4,21 (DS = 0,54). Se observa que los valores aumentan entre el momento inicial (M1) y final de la formación (M2) y que este sigue aumentando al cabo de los tres meses de finalizada la formación (M3). Los valores de las medias globales de la dimensión *sentimientos en sí mismos y otros* se encuentran por debajo de un nivel medio de mentalización. El coeficiente de correlación de *Pearson* encontrado para el análisis de la media global de la dimensión *sentimientos (sí mismo y otros)* entre M1-M2 es de p = 0,000, para M2-M3 es de p = 0,012 y para M1-M3 es de p = 0,000. Los resultados de las correlaciones indican correlación significativa para la media global de la dimensión *sentimientos (sí mismo y otros)* entre los tres momentos de medición (M1-M2; M2-M3; M1-M3). Estos resultados se discutirán en el apartado “Discusión de resultados”.

Dimensión motivaciones en sí mismos y otros. La media global de la dimensión *motivaciones en sí mismos y otros* en la medición inicial (M1) es de m : 3,29 (DS = 0,85). La media global de la dimensión *motivaciones en sí mismos y otros* al terminar la formación (M2) es de m : 3,93 (DS = 1,09). La media global de *motivaciones en sí mismos y otros* al cabo de tres meses de terminar la formación (M3) es de m : 4,26 (DS = 0,95). Los valores de las medias globales de la dimensión *motivaciones en sí mismos y otros* se encuentran por debajo de un nivel medio de mentalización. El coeficiente de correlación de *Pearson* encontrado para el análisis de la media global de la dimensión *motivaciones (sí mismo y otros)* entre M1-M2 es de p = 0,000, para M2-M3 es de p = 0,002 y para M1-M3 es de p = 0,003. Los resultados de las correlaciones indican correlación significativa para la media global de la dimensión *motivaciones (sí mismo y otros)* entre los tres momentos de medición (M1-M2; M2-M3; M1-M3). Estos resultados se discutirán en el apartado “Discusión de resultados”.

Dimensión regulación emocional. La media global de la dimensión *regulación emocional* en la medición inicial (M1) es de m : 3,34 (DS =

1,29). La media global de la dimensión *regulación emocional* al terminar la formación (M2) es de m : 4,46 ($DS = 1,12$). La media global de *regulación emocional* al cabo de tres meses de terminar la formación (M3) es de m : 4,79 ($DS = 1,01$). Se observa que los valores aumentan entre el momento inicial (M1) y final de la formación (M2) y que este sigue aumentando al cabo de los tres meses de finalizada la formación (M3). Los valores de las medias globales de la dimensión *regulación de emociones* se encuentran por debajo de un nivel medio de mentalización. El coeficiente de correlación de *Pearson* encontrados para el análisis de la media global de la dimensión *regulación emocional* entre M1-M2 es de $p = 0,076$, para M2-M3 es de $p = 0,067$ y para M1-M3 es de $p = 0,007$. Los resultados de las correlaciones indican correlación significativa para la media global de la dimensión *regulación emocional* entre los momentos de medición M1-M3, no así para M1-M2 y M2-M3. Estos resultados se discutirán en el apartado “Discusión de resultados”.

Dimensión función de observación. La media global de la dimensión *función de observación* en la medición inicial (M1) es de m : 2,12 ($DS = 1,17$). La media global de la dimensión *función de observación* al terminar la formación (M2) es de m : 3,07 ($DS = 1,45$). La media global de *función de observación* al cabo de tres meses de terminar la formación (M3) es de m : 3,55 ($DS = 1,24$). Se observa que los valores aumentan entre el momento inicial (M1) y final de la formación (M2) y que este sigue aumentando al cabo de los tres meses de finalizada la formación (M3). Los valores de las medias globales de la dimensión *función de observación* se encuentran por debajo de un nivel medio de mentalización. El coeficiente de correlación de *Pearson* encontrados para el análisis de la media global de la dimensión *función de observación* entre M1-M2 es de $p = 0,221$, para M2-M3 es de $p = 0,040$ y para M1-M3 es de $p = 0,045$. Los resultados de las correlaciones indican correlación significativa para la media global de la dimensión *función de observación* entre los momentos de medición M1-M3 y M2-M3, no así para M1-M2. Las tablas 1 y 2 del muestran los valores de medias y correlación obtenidos respectivamente a lo largo del tiempo.

Discusión de resultados

El objetivo principal de este estudio fue evaluar si había cambios en la capacidad de mentalizar del personal educativo que recibió la formación basada en la observación directa y si esta se mantenía a lo largo del tiempo; cambios tanto en la capacidad de mentalización global como en las diferentes dimensiones que se podían obtener con el método de evaluación de mentalización en contexto interpersonal (MEM-CI) entre los tres momentos de medición (M1-M2; M2-M3; M1-M3).

Se van a comentar, en primer término, los resultados descriptivos de las medias y los análisis correlacionales correspondientes a la media global de mentalización y de las dimensiones de la mentalización. Finalmente, los relativos a la media global obtenida por los sujetos y la media considerada como normal según los criterios establecidos por Fonagy et al.

En primer lugar, en relación con las medias globales de la mentalización, se observa que han mejorado una vez acabada la formación y han continuado mejorando al cabo de tres meses. Los resultados presentados muestran una mejora estadísticamente significativa entre los momentos de medición M1-M2 ($p = 0,032$) y M1-M3 ($p = 0,006$), no así entre M2 y M3 ($p = 0,884$). Se confirma así, con la muestra presentada, que las medias globales de la mentalización han mejorado una vez acabada la formación y han continuado mejorando al cabo de tres meses de forma significativa. El hecho de que esta mejora no haya sido significativa entre el final de la formación (M2) y al cabo de los tres meses de finalizada (M3) (hipótesis 5) sugiere que la formación ha impactado favorablemente en la mejora de mentalización en todos los sujetos (M1 y M2 con $p = 0,032$) y que el cambio de la mentalización tiene un ritmo no homogéneo de mejora en la población general. Hay población que tarda más en seguir mejorando esta capacidad una vez acabada la formación.

En segundo lugar, se observa una mejora en todas las dimensiones de la mentalización y esta es estadísticamente significativa si comparamos M1 y M3 (hipótesis 6). Se ha confirmado así, con la muestra presentada, que las medias

globales de cada una de las dimensiones de la mentalización han mejorado una vez acabada la formación y han continuado mejorando al cabo de tres meses de forma significativa. El hecho de que esta mejora no haya sido significativa para todas las dimensiones entre los otros momentos (momentos iniciales [M1] y finales de la formación [M2] y entre el final de la formación [M2] y al cabo de los tres meses de finalizada [M3]) sugiere que las diferentes dimensiones de mentalización tienen un ritmo no homogéneo de mejora en la población general. Hay algunas dimensiones que tardan más en conseguir una significación estadística en la población, tales como la dimensión *pensamientos (sí mismos y otros)*, *regulación emocional* y *función de observación*, siendo la más diferente en su comportamiento la dimensión de la *regulación emocional*. En otras palabras, el estudio longitudinal y, por tanto, el paso del tiempo con la formación que se ha llevado a cabo ofrece resultados que impactan significativamente en los sujetos, respecto a las dimensiones de la mentalización, pero con un ritmo diferente según cual sea esta. Esta interpretación también es coherente con los cambios observados pasados los tres meses de finalizada la formación. Se observa que los cambios no sólo se mantienen, sino que aumentan a lo largo del tiempo en todas las dimensiones evaluadas.

En tercer lugar, el nivel de mentalización global de los sujetos y de cada una de las dimensiones de la mentalización se encuentra por debajo de la media establecida por Fonagy. En la valoración del nivel de mentalización que Fonagy et al. (1998) encontraron utilizando su *Escala de Funcionamiento Reflexivo*, un nivel medio de mentalización correspondía a 5,8 ($DS = 2,3$) en un grupo control con características de población considerada normal. Estos autores insisten en que una muestra representativa de la población considerada normal está mayoritariamente integrada por sujetos que presentan un nivel de mentalización definido u ordinario (Nivel 5). En este caso, la media global de la mentalización ha sido correlativamente en el tiempo de $m = 3,46$ (M1), $m = 3,85$ (M2) y $m = 4,14$ (M3), valores que no corresponderían a una población considerada normal bajo los criterios de Fonagy, sino por debajo. Este

resultado se podría explicar debido a condiciones de estrés y/o cansancio en la que se podrían encontrar los sujetos. Existen estudios que indican que el estrés es uno de los factores que afecta la capacidad de mentalización. La mentalización no es una capacidad estática, sino dinámica. Se relaciona con el estrés o el *arousal*, particularmente en el contexto de las relaciones de apego y de sus estrategias (activación y desactivación) y/o cuando se pone en juego en conflicto (Bateman y Fonagy, 2016). Otra explicación no excluyente a las conjeturas planteadas es que la confiabilidad interjueces de los datos no fue posible realizarla por los motivos ya mencionados, por lo que tanto su calidad como la de las interpretaciones y conclusiones que se extraen de su análisis pueden ponerse en duda. (Dubé, 2008). En todo caso, se considera relevante la consideración de esta información que genera una interrogante importante respecto a las características de esta competencia en la población a la cual va dirigido este estudio. La importancia de estudiar la media de esta población con una muestra representativa es avalada por la importancia que los estudios indican de su incidencia en una mejor calidad en el trabajo con los niños a su cargo (Virmani y Ontai, 2010). Su estudio ayudaría a una estrategia a la hora de generar programas de formación que promuevan la mentalización y/o su recuperación en el ámbito de los equipos educativos en el ámbito preescolar. Como ya se ha señalado, hay estudios que indican que la alta capacidad de mentalizar del adulto significativo para el infante tiene un efecto positivo para su desarrollo en diferentes áreas, inclusive como factor protector de salud mental (Ballespí, 2017). Esto nos hace pensar en los resultados de estudios consultados, donde se demostró la influencia en la mejora en la mentalización del personal educativo de guarderías y su impacto en el desarrollo del lenguaje en los infantes (Farkas, 2019). Por lo mismo, habría que incluir en otros estudios la interacción del impacto que genera en el personal educativo con el desarrollo, por ejemplo, socioemocional de los niños que se encuentran bajo su cuidado para valorar si el cambio en la mentalización del adulto impacta en su desarrollo después de la formación recibida.

Conclusiones

El estudio presentado evidencia que la formación basada en la observación directa estudiada ha incidido positivamente en la capacidad de mentalización del personal educativo de guarderías.

Se observa una mejora en la capacidad de mentalización global y todas las dimensiones evaluadas y esta es significativa en todos los casos si comparamos el momento inicial (M1) y el final, pasados tres meses de la formación (M3).

El cambio observado se mantiene y aumenta a lo largo del tiempo en la capacidad de mentalización global y todas las dimensiones evaluadas.

El cambio de la mentalización global y de las diferentes dimensiones de la mentalización tienen un ritmo diferente de mejora después de la formación basada en la observación directa.

El nivel de mentalización global y por dimensiones de los sujetos estudiados se encuentran por debajo de la media establecida por la escala de la valoración de función reflexiva de Fonagy.

Limitaciones y sugerencias

En cuanto a los resultados presentados del presente trabajo hay que ser muy cautelosos por el tamaño de la muestra, la ausencia de grupo de control y de validación interjuez de los datos, que no permiten generalización de lo observado. Por las referencias de investigaciones citadas sería interesante implementar estudios longitudinales con muestras representativas de personal educativo preescolar, incluyendo la valoración del impacto de la formación en el niño a su cargo, en áreas como desarrollo socioemocional y lenguaje. Esto permitiría tener una referencia de la línea de base de mentalización de la población sobre la cual poder diseñar intervenciones y/o formaciones, así como también conocer áreas específicas de impactos en los niños preescolares. De este modo, estimular al diseño de intervenciones y/o formaciones que promuevan el desarrollo de áreas, por ejemplo, de acuerdo con el momento evolutivo de los niños.

Relevancia

Pese a las limitaciones señaladas, se considera

relevante este trabajo como un esfuerzo orientado a promover el estudio de programas de formación que tengan como objetivo mejorar la calidad de las habilidades y competencias de las figuras principales que participan en la vida cotidiana del infante, especialmente en la primera infancia. En este caso, se ha estudiado el efecto de una formación en la capacidad de mentalización del personal educativo preescolar por considerarse una competencia que no solo mejora su calidad del trabajo, sino que potencia mejor desarrollo en un momento crítico evolutivamente. Los estudios revisados evidencian que la alta capacidad de mentalización en personal educativo se relaciona con el desarrollo del lenguaje en el niño, así como también muestran un efecto compensatorio en situaciones de desventajas sociales en que esta capacidad se encuentra afectada en las figuras principales por razones de estrés, ansiedad o depresión. Esto adquiere más relevancia aun considerando los niveles de desigualdad social y educativa que se han ido acentuando en los últimos años y agudizando como efecto de la pandemia. En este sentido, invertir en programas que potencien competencias como la mentalización en el ámbito educativo preescolar, sobre todo que atienden a poblaciones más vulnerables, no sólo puede ser un punto de partida por intentar igualar disparidades sociales sino también una manera de prevenir y promocionar el desarrollo social, cognitivo, afectivo y de salud mental desde la primera infancia. Por último, decir que, si bien el objetivo ha sido estudiar el efecto en la capacidad de mentalización del personal educativo, con esta formación lo que más interesa es poder aportar conocimientos con evidencia e introducir mejoras a este, así como al desarrollo de programas de formación, a la luz de lo observado.

Agradecimientos

Un agradecimiento muy especial a los equipos de los tres centros educativos de primera infancia que consintieron su participación para este estudio. Los centros Cobi, Dolors Canals y Chiqui La Vila y a sus correspondientes directoras María Roca, Carme Solé e Ivette Puerta, así como también a Irene Velazco, directora pedagógica de Chiqui La Vila. A la dirección

del instituto Municipal de Educación de Barcelona al momento del estudio: Casimir Macià, Joaquina Ferrando e Imma Bargalló y a Eulàlia Ramos por facilitar la coordinación con los centros educativos municipales. A Pilar Solanes, directora del Departamento de Salud del Ayuntamiento de Barcelona y a su colaboradora, Lidia Ametller, por su especial interés y apoyo por este proyecto. A Carles Pèrez Testor, ex-director del Instituto Universitario de Salud Mental de la Fundación Vidal Barraquer, y al equipo de Investigación de pareja y familia URL, que creyó y dio soporte en sus inicios al proyecto presentado. Al Instituto Universitario de Salud Mental de la Fundació Vidal Barraquer y al Grupo de investigación, GREMAIP, que ha permitido acabar el estudio. A Chamarrita Farkas (phD) de la Pontificia Universidad Católica de Chile, por su generosidad y aportes al compartir, discutir y reflexionar sobre los resultados obtenidos. A Gustavo Lanza Castelli, creador de la escala utilizada por su rigurosidad y generosidad durante el proceso de codificación de datos. Al Ayuntamiento de Barcelona por la subvención otorgada en 2020 al proyecto código 20S01532-001: "Observació i mentalització: escoles bressol", por 1500 € que han permitido realizar la codificación de datos y diseñar, en forma digital, la entrega de resultados a la comunidad educativa.

Bibliografía

- Ballespí, S. (2017). ¿Es la mentalización un factor general de salud mental? *Revista de psicopatología y salud mental del niño y adolescente*, 30, 29-52.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (Ed.) (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. London: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Una guía práctica*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Bilbao, I., Calvete, E., Torres-Gómez, B., Redondo I., Ibáñez, M., Tello, C., ... y Lanza Castelli, G. (2016). Validación preliminar del Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal (MEMCI). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36 (130), 383- 404 doi: 10.4321/S0211-57352016000200006.
- Bilbao, I. et al. (2016). Validación preliminar del Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal (MEMCI). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 36(130), 383-404.
- Cantó, O. y Salazar, L. (2018). *La infancia* [vídeo]. YouTube.
<https://youtu.be/N3qKFkwfrWk>
- Cuellar, M. P. y Farkas, C. (2018). Sensibilidad y mentalización de las educadoras de párvulos: Predictores del lenguaje infantil a los 30 meses. *Perfiles Educativos*, XL(160), 64-82.
- Dubé, J. E. (2008). Evaluación del acuerdo interjueces en investigación clínica. Breve introducción a la confiabilidad interjueces. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII(1), 75-80. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921796008>
- Farkas, C., Strasser, K., Badilla, M. G. y Santelices, M. P. (2017). Mentalization in Chilean educational staff with 12-month-old children: Does it make a difference in relation to what children receive at home? *Early Education and Development*, 28(7), 839-857. doi:10.1080/10409289.2017.1287994
- Farkas, C. (2019). Teachers' competence profiles and their relation to language development in Chilean children at 12 and 30 months. *Early Education and Development*, 30(6), 743-764. doi:10.1080/10409289.2019.1597580
- Farràs, P. (2020). Esbós d'un model d'aprenentatge de l'observació directa a l'escola bressol. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, XXXVII(2.) doi:10.4321/S0211-57352016000200006
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. y Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H. y Steele, M. (1998). *Reflective-Functioning Manual Version 5 For application to Adult Attachment Interviews*. London. (Unpublished Manual).
- Fonagy, P., Steele, H., Moran, G., Steele, M. y Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health*, 13, 200-217.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, M. y Target, M.

(2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press. www.redalyc.org/articulo.oa?id=785/78546598008

Lanza Castelli, G. y Bilbao Bilbao, I. (2019). *Description of the Method for the Evaluation of Mentalizing in the Interpersonal Context* (MEMCI). 10.13140/RG.2.2.16564.71042. DOI:10.13140/RG.2.2.16564.71042

Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E. y Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 637-648. doi:10.1111/1469-7610.00759

Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N. y Muller, N. (2019). *Tratamiento basado en la mentalización para niños. Un abordaje de tiempo limitado*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Rosso, A. M., Viterbori, P. y Scopesi, A. M. (2015). Are maternal reflective functioning and attachment security associated with preadolescent mentalization? *Frontiers in Psychology*, 6, 1134. doi:10.3389/fpsyg.2015.01134

Santelices, M. P., Zapata, J., Fischersworing, M., Pérez, F., Mata, C., Barco, B., Olhaberry, M. y Farkas, C. (2016). Intervenciones basadas en la mentalización para padres y educadores: una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 34(1), 71-80. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000100008>

Taumoepeau, M. y Ruffman, T. (2008). Stepping stones to others' minds: Maternal talk relates to child mental state language and emotion understanding at 15, 24, and 33 months. *Child Development*, 79(2), 284-302. doi:10.1111/j.1467-8624.2007.01126.x

Virmani, E. A. y Ontai, L. L. (2010). Supervision foster caregiver insightfulness? *Infant Mental Health Journal*, 31(1), pp. 16-32. Doi:10.1002/imhj.20240.

Anexos

Tabla 1. Resultados de media global de mentalización y por dimensiones a lo largo del tiempo.

	MOMENTO 1		MOMENTO 2		MOMENTO 3	
	m	DS	m	DS	m	DS
Valores media y desviación estándar						
Mentalización Global	3,28	1,04	3,85	1,10	4,15	0,99
Dimensiones de mentalización	m	DS	m	DS	m	DS
Motivaciones	3,29	0,85	3,93	1,09	4,26	0,95
Sentimientos	3,80	0,57	3,88	0,71	4,21	0,54
Pensamientos	3,29	0,75	3,68	0,84	3,85	0,78
Regulación emocional	3,34	1,29	4,46	1,12	4,79	1,01
Función de observación	2,12	1,17	3,07	1,45	3,55	1,24

M1: momento inicial de la formación; M2: momento final de la formación; M3: momento después de tres meses de finalizada la formación. m: media; D.S: desviación estándar

Tabla 2. Resultados de análisis de correlación de media global de mentalización y por dimensiones a lo largo del tiempo.

	M1-M2		M2-M3		M1-M3	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Mentalización global / coef. <i>Pearson</i>	0,746	0,032*	0,319	0,884	0,827	0,06
Dimensiones de mentalización / coef. de <i>Pearson</i>						
<i>Motivaciones</i>	0,694	0,000*	0,654	0,002*	0,622	0,003*
<i>Sentimientos</i>	0,820	0,000*	0,747	0,000*	0,548	0,012*
<i>Pensamientos</i>	0,317	0,132	0,726	0,000*	0,474	0,036*
<i>Regulación emocional</i>	0,369	0,076	0,418	0,067	0,582	0,007*
<i>Función de observación</i>	0,265	0,221	0,475	0,040*	0,465	0,045*

M1: momento inicial de la formación; M2: momento final de la formación; M3: momento después de tres meses de finalizada la formación. * $p < 0,05$

Grupo terapéutico “No T’intoquis” para adolescentes ingresados en un hospital de día

PAU GIL NUÑEZ^{1A} Y VINYET EROLES CERDAN^{2A}

RESUMEN

Grupo terapéutico “No T’intoquis” para adolescentes ingresados en un hospital de día. El presente trabajo de investigación tiene la intención de probar si un cambio de mirada y metodología para tratar el consumo de cannabis puede generar un impacto con mayor incidencia en los adolescentes y jóvenes. En cuanto a la técnica empleada, principalmente se utiliza la psicoeducación, la técnica motivacional y la cognitiva-conductual. Se realiza una evaluación del grupo terapéutico mediante el cuestionario de factores terapéuticos grupales (FTG), también se evalúa la evolución y las mejoras del paciente con el test URICA (escala de evaluación del cambio) pre-post y anual. El cambio significativo en el estadio de acción influye que los participantes hagan un planteamiento sobre su consumo e incluso tomen la decisión de finalizarlo. **Palabras clave:** *adolescentes, cambio motivacional, grupo terapéutico, consumo.*

ABSTRACT

Therapeutic group “No T’intoquis” (Don’t get yourself intoxicated) for adolescents hospitalized in a day hospital. The present research has the intention of testing whether a change of approach and methodology to treat cannabis use can generate an impact with a greater incidence on adolescents and young people. Psychoeducation, motivational and cognitive-behavioural techniques are mainly used. An evaluation of the therapeutic group is carried out using the questionnaire of therapeutic group factors (FTG), and the evolution and improvements of the patient are also evaluated using the URICA test (change evaluation scale) pre-post and yearly. The significant change in the action stage influences participants to think about their use and even decide to stop. **Keywords:** *adolescents, motivational change, therapeutic group, substance abuse.*

RESUM

Grup terapèutic “No T’intoquis” per a adolescents ingressats en un hospital de dia. Aquest treball de recerca té la intenció de provar si un canvi de mirada i metodologia per tractar el consum de cànnabis pot generar un impacte amb més incidència en els adolescents i els joves. Quant a les tècniques emprades, principalment es fan servir la psicoeducació, la tècnica motivacional i la cognitivoconductual. Es realitza una avaluació del grup terapèutic mitjançant el qüestionari de factors terapèutics grupals (FTG); també s’avalua l’evolució i les millores del pacient amb el test URICA (escala d’avaluació del canvi), abans, després i anualment. El canvi significatiu a l’estadi d’acció influeix en el fet que els participants facin un plantejament sobre el seu consum i fins i tot prenguin la decisió de finalitzar-lo. **Paraules clau:** *adolescents, canvi motivacional, grup terapèutic, consum.*

El presente trabajo de investigación tiene la intención de probar si un cambio de mirada y metodología para tratar el consumo de cannabis puede generar un impacto con mayor incidencia en los adolescentes y jóvenes.

Este trabajo tiene como objetivo principal

avaluar si se genera un cambio de estadio según el modelo de Prochaska y DiClemente (1984) en los participantes del estudio. El objetivo secundario es observar la persistencia de dichos cambios un año después en los participantes.

**Trabajo ganador del accésit del IX Premio de Investigación en Salud Mental Infantil y Juvenil que convoca esta revista y que está patrocinado por la Fundació Orienta (Sant Boi de Llobregat, Barcelona).*

¹Educador Social, Postgrado en Traumaterapia Infantil Sistèmica. ²Enfermera, Màster en atenció d’infermeria al nen i a l’adolescent, Màster en prevenció en drogodependència i altres conductes addictives. ^AHospital de Dia per adolescents de Gavà, Fundació Orienta.

Contacto: pgil@fundacioorienta.com

Recibido: 7/6/21 - Aceptado: 15/11/21

Las hipótesis planteadas al inicio de la investigación son los siguientes:

- Los participantes del grupo terapéutico experimentan un cambio de actitud sobre el consumo después de la terapia.
- Los participantes mantienen cierto grado de cambio de actitud un año después de la finalización del grupo terapéutico.

La verificación de las hipótesis planteadas se realiza a través del test URICA (DiClemente y Hughes, 1990), de la universidad de Rhode Island. Validado y reconocido en EE. UU. y validado en muestra española (Vallejos, Orbegoso y Capa, 2007), ampliamente aceptado en el sector. Esta prueba tiene el propósito de evaluar el grado de intención, disposición o actitud en relación con el cambio.

Muestra de estudio, criterios de inclusión y exclusión.

La muestra del estudio presente son adolescentes de entre 12 y 18 años que residen en el Baix Llobregat (Barcelona) vinculados a la red pública de salud mental y que reciben un tratamiento ambulatorio o un ingreso parcial en hospital de día.

Los criterios de inclusión en la investigación son los participantes con:

- Sospecha de consumo, ya sea por la anamnesis, por la exploración física o por la detección en espacios educativos.
- Existencia de consumo documentado en otros servicios, por parte de la familia, del propio usuario o por observación directa en espacio de HD y CSMIJ.
- Riesgo por factores psicosociales, genéticos o ambientales.
- Antecedentes directos de consumo previos.

Los criterios de exclusión son participantes con:

- La existencia de un diagnóstico principal de trastorno por uso de sustancias, que el consumo sea tan activo que el paciente no pueda seguir un tratamiento terapéutico en grupo y requiera de una intervención más intensiva.
- La aparición de marcadores conductuales somáticos producidos por el consumo o intoxicación aguda evidente durante la asistencia al grupo.

- Pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA), trastornos psicóticos o bipolares en fase de descompensación.
- Pacientes con déficits cognitivos leves (coeficiente intelectual [CI] inferior a 85).

El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo cuantitativo y transversal.

El grupo está estructurado en dos bloques.

- Bloque inicial: donde participan todos los pacientes y se desarrolla a nivel psicoeducativo y preventivo.
- Segundo bloque: participan los pacientes que tengan un consumo activo. Se realiza un tratamiento más enfocado a reducir el consumo y los factores de riesgo, potenciando los factores protectores.

En cuanto a la técnica empleada, durante el primer bloque, principalmente se utiliza la psicoeducación y la técnica motivacional. Es un bloque donde se da información y se motiva la actitud al cambio de los chicos a través de actividades y debates donde se habla de diferentes situaciones respecto al consumo.

Durante el segundo bloque se utiliza la técnica cognitiva-conductual. En esta segunda parte, mediante registros diarios donde se refleja el consumo y con un análisis específico de la conducta, se realiza un trabajo más específico del consumo activo.

Se realiza una evaluación del grupo terapéutico mediante el cuestionario de factores terapéuticos grupales (FTG) (Ribé, Mercadal, Carrió, Sánchez, Ramilans y Alberich, 2018), de forma individual al finalizar el grupo. Este test facilita reconocer y evaluar el trabajo terapéutico y las habilidades para dinamizar el grupo.

También se evalúa la evolución y las mejoras del paciente con el test URICA (escala de evaluación del cambio); se administra de manera individual en la primera sesión y en la última.

Después de un año, para comprobar el mantenimiento de los cambios adquiridos se planifica una sesión individual con el paciente donde se hará un seguimiento cualitativo y se administrará de nuevo el test URICA.

La escala URICA ha sido diseñada para evaluar el nivel de predisposición al cambio en el que se encuentra un paciente; es decir, cómo se siente el sujeto ante los problemas de su vida tras comenzar un tratamiento. El instrumento

está formado por 32 ítems que evalúan cuatro estadios de cambio:

- *Precontemplación*. La persona todavía no ha considerado que tenga un problema o que necesite introducir un cambio en su vida. En consecuencia, no suelen acudir por cuenta propia a terapia.
- *Contemplación*. La persona considera y rechaza el cambio a la vez, se siente ambivalente. Aunque es consciente del problema, la balanza que recoge los motivos para cambiar y los motivos para continuar igual está muy equilibrada.
- *Acción*. La persona se implica en acciones que le llevarán a un cambio, por lo que el objetivo es cambiar el problema que se desea resolver.
- *Mantenimiento*. Se intenta mantener en el tiempo el cambio conseguido en la etapa de "Acción" y prevenir recaídas.

El sujeto responde a través de una escala tipo Likert el grado de acuerdo o desacuerdo de las afirmaciones presentadas según el momento actual.

Se obtienen puntuaciones para cada uno de los estadios, siendo el paciente asignado a aquel en el que puntúe más alto.

Finalmente se realizan controles de orina en diferentes momentos:

- Al inicio del primer bloque, para evidenciar el consumo de los jóvenes participantes. Esto permite trabajar la concienciación sobre el consumo.
- En el cambio de bloque, para poder seleccionar aquellos chicos que continúan consumiendo y poder incidir de forma más específica.

Con este grupo se realizan dos tipos de prevención. Entendemos la prevención con toda la amplitud. La prevención selectiva se trabaja en el bloque 1 con los pacientes que no tienen un consumo activo, pero que sí están expuestos en entornos de consumo. Se realiza prevención indicada en el bloque 2 con los pacientes que tienen un consumo activo durante el tratamiento del grupo.

Resultados

Los resultados del presente trabajo de investigación han sido analizados por el Instituto IN-PECS, mediante los instrumentos de valoración

descritos anteriormente.

A continuación, se presentan los resultados con la información desde junio del 2019 hasta febrero de 2021. El estudio presenta 13 muestras de pacientes (entre 12 y 17 años) que han participado del grupo terapéutico.

Para poder realizar el análisis del estudio y extraer resultados, se utilizan los valores de *preparación al cambio* y el cálculo de la *puntuación total*.

Se observa un cambio significativo en el estadio de acción de *preparación al cambio*, entre los valores pre y post (ver tabla 1 del anexo).

El gráfico *bloxpot* permite ver la distancia significativa entre el pre y el post en el estadio de *acción* (ver gráfico 1 del anexo).

A continuación, se refleja una disminución de valores en el estadio *precontemplación* de *preparación al cambio* (ver tabla 1 del anexo).

En el valor de *puntuación total*, observamos un cambio significativo entre los valores pre y post (ver tabla 2 y gráfico 2 del anexo).

Según los baremos del artículo de DiClemente, Schlundt y Gemmell (2004), se utilizan las siguientes puntuaciones para cada estadio:

- Puntuaciones menores a 8: *precontemplación*.
- Puntuaciones iguales o superiores a 8 e iguales o inferiores a 12: *contemplación*.
- Puntuaciones entre iguales o superiores a 12 e iguales o inferiores a 14: *preparación/acción*.

Nos encontramos que los 13 participantes están en las categorías de *precontemplación* y *contemplación* (ver tabla 3 del anexo).

En la tabla de doble entrada observamos que siete pacientes han pasado de *precontemplación* en el momento pre, a *contemplación* en el momento post. Y tan solo uno ha pasado de *contemplación* a *precontemplación*. Todos estos cambios tienen tendencia a la significación.

En cuanto a la valoración del grupo terapéutico, gracias al test FTG, podemos concluir que los factores con una media superior a 7,00, refiriendo los más importantes para los participantes, son: cohesión, factores existenciales, catarsis, esperanza, guía aprendizaje interpersonal proyectivo e insight (ver tabla 4 del anexo).

Discusión

El presente estudio de investigación es un

proyecto novedoso realizado con adolescentes de la población del Baix Llobregat. Al no tener constancia de antecedentes de estudios similares en población ambulatoria adolescente con consumo de THC, no se han podido comparar los resultados con estudios previos. La misma herramienta usada para la evaluación de motivación al cambio en nuestra investigación ha sido empleada en otros estudios de población adulta con consumo de alcohol en EE.UU.

Tal y como hemos referenciado en los resultados, el cambio significativo en el estadio de acción influye en que los participantes hagan un planteamiento sobre su consumo e incluso tomen la decisión de finalizarlo. En numerosas ocasiones, los participantes han expresado cambios de conducta específicos para reducir el consumo y su deseo de cambiar. Cuanto mayor es la distancia entre el pre y el post en el estadio de *acción*, mayor es la conciencia y la motivación para el cambio en el consumo.

Debido a la disminución de los valores en el estadio *precontemplación* de preparación al cambio, concluimos que los jóvenes han aumentado la conciencia de consumo. A medida que aumenta la concienciación del consumo, los adolescentes pueden posicionarse de una manera más flexible y tolerante a introducir cambios en su comportamiento.

Estos cambios se han conseguido gracias a tres impactos principales: la psicoeducación recibida por los referentes del grupo y las sesiones programadas, la misma experiencia grupal y la reflexión individual.

Queda concluido que el cambio en el consumo es más incidente desde una perspectiva psicoeducativa y motivacional que desde el seguimiento y control.

Esto nos indica que los participantes evolucionan favorablemente en su participación durante el tratamiento grupal.

Seguidamente, los siete pacientes que han pasado de *precontemplación* en el momento pre a *contemplación* en el momento post nos constata que la intervención grupal genera un cambio motivacional sobre el consumo y un cambio de estadio.

Finalmente, la valoración del grupo terapéutico nos permite concluir que la terapia grupal dirigida de forma motivacional genera el cambio

en los participantes, influye en el aprendizaje, refuerza el cuestionamiento sobre el consumo, potencia la ayuda mutua y favorece la pertenencia del grupo.

Todos estos factores son necesarios y generadores de recuperación.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos de la investigación y todas las argumentaciones mencionadas, podemos afirmar que los participantes del grupo terapéutico experimentan un cambio de actitud sobre el consumo después de la terapia.

Como limitación se debe destacar que, por las propias características clínicas de la muestra, no se ha podido controlar la discontinuidad en la asistencia al grupo (por ingreso hospitalario del adolescente), el abandono terapéutico o la interrupción temporal del tratamiento. Esto ha hecho que en ocasiones el proceso de recogida de muestras se alargue en el tiempo.

Este estudio persigue el propósito de poder demostrar que este cambio de actitud motivacional se mantiene en el tiempo. Es por ello que se recogen muestras anuales de participantes que han realizado el grupo, con las cuales aún no se puede contar a fecha de redacción de este artículo.

Una última limitación es el pequeño tamaño muestral. Esto ha limitado obtener cambios significativos, todo y que se ha logrado alguno en específico. También limita la generalización de resultados. Por lo que ampliar la muestra ayudará a poder seguir desarrollando los propósitos de esta investigación y contar con mayor evidencia científica que avale la eficacia clínica de esta intervención grupal.

Bibliografía

- DiClemente, C. C. y Hughes, J. R. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.
- DiClemente, C. C., Schlundt, D. y Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *The American Journal on Addictions*, 13, 103 - 119.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Melbourne,

Florida: Krieger Publishing Company.
Ribé, J. M., Mercadal, J., Carrió, A., Sánchez, J., Ramlans, C. y Alberich, C. (2018). Factores terapéuticos en psicoterapia grupal: un estudio desde la perspectiva de los participantes. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 38(134), 473-489.
Vallejos Flores, M., Orbegoso Faccio, C. y Capa

Luque, W. (2007). Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA): validez y confiabilidad en drogadependientes. *Revista De Psicología (Trujillo)*, 9, 52-59. Recuperado de <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revpsi/article/view/513>.

Anexos

Tabla 1. Preparación al cambio

		Estadísticos							
		Precontemplación		Contemplación		Acción		Mantenimiento	
		PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
N	Válidos	13	13	13	13	13	13	13	13
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		2,9115	2,5823	3,4677	3,9846	3,2046	3,9838	2,8746	3,3023
Desv. típ.		,96904	,73595	,77174	,65128	,69389	,52059	,65968	,75942
Percentiles	25	2,0000	2,1400	2,8500	3,4250	2,7100	3,7100	2,5700	2,9950
	50	2,8600	2,5700	3,4200	4,1400	3,2800	4,1400	2,7100	3,2800
	75	3,7850	3,0700	4,2800	4,4950	3,4950	4,3500	3,2800	3,6400

Gráfico 1. Preparación al cambio gráfico boxplot.

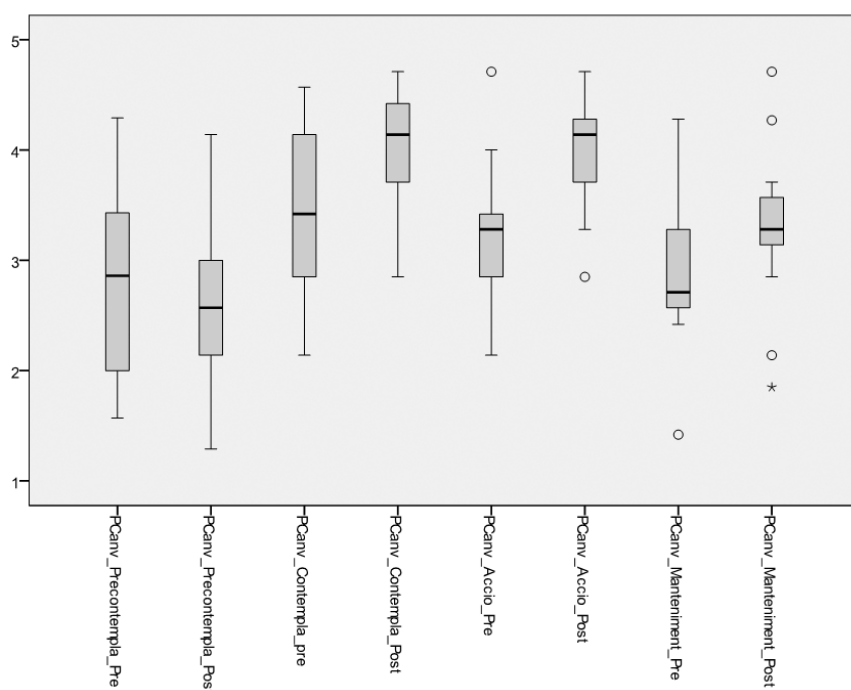


Tabla 2. Puntuación total

Puntuación total			
		PRE	POST
N	Válidos	13	13
	Perdidos	0	0
Media		6,6354	8,6885
Desv. típ.		1,79288	1,25614
Percentiles	25	4,7750	7,6950
	50	6,8400	8,9800
	75	8,2750	9,8350

Gráfico 2. Puntuación total pre y post, grafico *bloxpot*

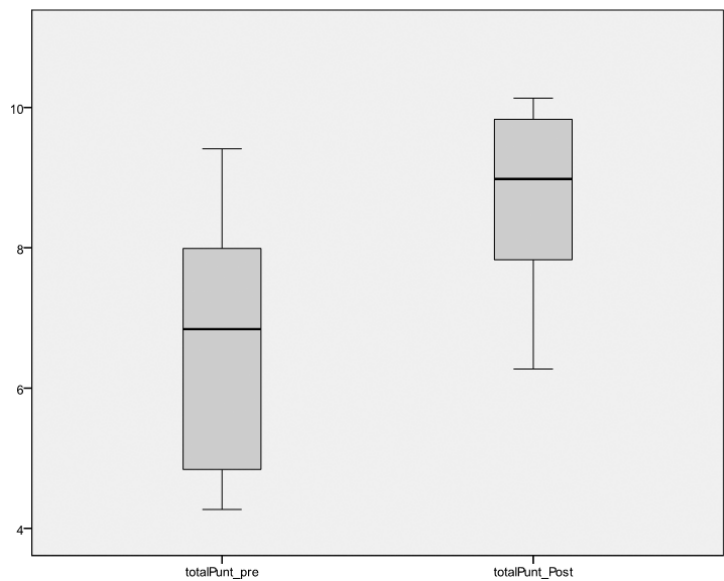


Tabla 3. Tabla de contingencia de doble entrada

Recuento				
		Puntuación POST		Total
		Precontemplación	Contemplación	
Puntuación PRE	Precontemplación	3	7	10
	Contemplación	1	2	3
Total		4	9	13

Tabla 4. Tabla estadística de FTG

		Altruismo	Cohesión	Universalidad	Aprendizaje interpersonal insight	Aprendizaje interpersonal proyectivo	Guía
<i>Media</i>		5,25	8,00	6,75	6,50	7,00	7,17
<i>Desv. típ.</i>		2,832	1,128	2,527	2,195	2,000	2,038
<i>Percentiles</i>	25	3,25	7,00	4,50	5,00	5,00	5,25
	50	4,00	8,00	6,50	6,00	7,00	7,00
	75	7,75	9,00	9,00	8,00	8,75	9,00

		Catarsis	Identificación	Revalidación familiar	Insight	Esperanza	Factores existenciales
<i>Media</i>		7,42	4,75	5,92	7,00	7,25	7,50
<i>Desv. típ.</i>		2,843	3,166	2,610	2,256	2,417	1,446
<i>Percentiles</i>	25	6,25	2,00	4,00	4,25	5,25	6,25
	50	8,00	4,00	6,50	7,50	7,50	7,50
	75	9,75	7,75	7,75	8,75	9,00	8,75

Percepción materna de la discapacidad, estilo de afrontamiento y su influencia en la participación social de niños con discapacidades múltiples*

CLAUDIA P. PÉREZ SALAS^{1A} Y EMMA CASTILLO INOSTROZA^{2A}

RESUMEN

Percepción materna de la discapacidad, estilo de afrontamiento y su influencia en la participación social de niños con discapacidades múltiples. El presente artículo plantea una investigación con diseño mixto para conocer la relación entre variables de madres de niños con discapacidades múltiples (DM) (percepción y afrontamiento ante la discapacidad) y la participación social que estos logran en la actualidad. Los resultados apuntan a que, si bien no hay una relación directa entre la percepción de la discapacidad y las estrategias de afrontamiento de las madres sobre la participación social de sus hijos, existen diferencias cualitativas entre las que poseen una percepción negativa y positiva del diagnóstico. **Palabras clave:** *discapacidades múltiples, percepción de la discapacidad, estrategias de afrontamiento, participación social.*

ABSTRACT

Maternal perception of disability, coping style and its influence on social participation of children with multiple disabilities. This article proposes a mixed-design research project to find out the relationship between variables of mothers of children with multiple disabilities (MD) (perception and coping with disability) and the social participation that these children currently achieve. The results suggest that while there is no direct relationship between the perception of disability and mothers' coping strategies on their children's social participation, there are qualitative differences between those with a negative and positive perception of the diagnosis. **Keywords:** *multiple disabilities, perception of disability, coping strategies, social participation.*

RESUM

Percepció materna de la discapacitat, l'estil d'afrontament i la seva influència en la participació social de nens amb discapacitats múltiples. Aquest article planteja una investigació amb disseny mixt per conèixer la relació entre variables de mares de nens amb discapacitats múltiples (DM) (percepció i afrontament davant de la discapacitat) i la participació social que aquests aconseguixen actualment. Els resultats apunten que, si bé no hi ha una relació directa entre la percepció de la discapacitat i les estratègies d'afrontament de les mares sobre la participació social dels seus fills, hi ha diferències qualitatives entre les que tenen una percepció negativa i positiva del diagnòstic. **Paraules clau:** *discapacitats múltiples, percepció de discapacitat, estratègies d'afrontament, participació social.*

Introducción

En Chile, el primer estudio nacional de la discapacidad (ENDISC) realizado el año 2004, detectó que el 12,9 % de la población chilena pre-

senta discapacidad. Dentro de estas personas, un 13,8 % tiene discapacidades múltiples (DM) (Fondo Nacional de la Discapacidad [FONADIS], 2004), es decir, que además de una dificultad inicial, presentan otras discapacidades

*Trabajo ganador del accésit del IX Premio de Investigación en Salud Mental Infantil y Juvenil que convoca esta revista y que está patrocinado por la Fundació Orienta (Sant Boi de Llobregat, Barcelona).

¹Doctora en Psicología. ²Educadora Diferencial. Magíster en Psicología. ^ADepartamento de Psicología, Universidad de Concepción, Chile. Contacto: cperezs@udec.cl.

Recibido: 23/6/21 - Aceptado: 15/11/21

de tipo sensorial, intelectual, de la comunicación, entre otras; necesitando de atención especial en funciones de autocuidado, tales como alimentación, vestuario, baño y desplazamiento (Muñoz y Lucero, 2011). Si bien el ENDISC sufrió una actualización en el año 2015, incrementándose el porcentaje de personas en situación de discapacidad a un 16,7 % (FONADIS, 2016), en esta ocasión no se pesquió la cantidad de personas que presentan DM.

Sin embargo, se presume que dicha cifra se ha mantenido o ha sufrido un aumento en la última década, en concordancia con la cifra general.

Así como el diagnóstico de DM tiene alcances para el individuo, también tiene un impacto sobre la sociedad y su sistema más cercano, que es la familia (Urrego, Aragón, Combata y Mora, 2012), imponiendo múltiples cambios en variados aspectos de la vida cotidiana, especialmente de los padres y madres del sujeto con la discapacidad (Fernández, García, Berrocal, Benítez, Robles y Laynez, 2013). Sin embargo, estos no experimentan la situación de la misma manera, probablemente por el papel familiar que cada uno desempeña.

Al respecto, Núñez (2003) reveló que existe una división rígida de roles entre los miembros de la pareja, siguiendo un modelo tradicional donde el padre es el sostén económico responsable del mantenimiento financiero del hogar, poniendo la mayor parte de las energías en el exterior. Por su parte, la madre es quien se encarga directamente del hijo, aferrada a una ideología del sacrificio y postergación como mujer, esposa y madre de los otros hijos; lo cual está fuertemente determinado por mandatos sociales.

Esto condice con hallazgos que señalan que las madres, junto con atender las variadas necesidades familiares (Barrera, Sánchez y Carrillo, 2013), son las principales cuidadoras del niño con discapacidad (Badia y Aguado, 2002), realidad que puede alterar su calidad de vida, convirtiéndose en un factor de riesgo para su salud física y mental (Piven y Palmer, 1999).

Sin embargo, esta amenaza puede ser aminorada de acuerdo con los recursos de afrontamiento que utilice (Badia y Aguado, 2002), logrando ser favorables en la medida que promuevan actitudes y hábitos constructivos, flexibles y abiertos al apoyo comunitario y/o profesional (Louro,

2005), lo que reduciría la sobrecarga y ampliaría las posibilidades de desarrollo del hijo con DM en sus distintos desafíos.

Uno de los principales retos a enfrentar por una persona con DM y, por ende, sus cuidadores, es la participación social, pues suele verse muy restringida (Badia et al., 2011) “no solo por las necesidades que se derivan de su condición de salud, sino también por las diversas barreras sociales, culturales y educativas, que dificultan aún más sus posibilidades de participación, comunicación y socialización” (MINEDUC, 2013).

La participación social resulta, entonces, de la combinación de factores personales y ambientales fundamentales para comprender la discapacidad y el funcionamiento de los individuos, además de las medidas que se pueden adoptar para reducir su impacto cuando este es negativo (Ayuso, Nieto, Sánchez y Vázquez, 2006).

En este sentido, el desarrollo del niño dependerá en gran medida de cómo la sociedad y especialmente su red de apoyo más cercana observe y afronte su discapacidad (Badia, 2005), tomando en cuenta que las percepciones, creencias y expectativas que existan determinarán las acciones que emprendan en pos de su mayor realización (Borg, 2001).

Marco de referencia

Discapacidad en la actualidad

Hoy en día, la discapacidad se ve desde una perspectiva ecológica; es decir, desde la interacción entre la persona y las variables ambientales que incluyen el ambiente físico, las situaciones sociales y los recursos (Schalock, 1999); coherente al actual modelo biopsicosocial que comprende las barreras que enfrentan las personas desde la dimensión ambiental/social en la que se desenvuelven (FONADIS, 2016).

Este modelo, junto con buscar los accesos justos y oportunos, promueve la autonomía de las personas en situación de discapacidad, sus derechos e inclusión social, interpretando la magnitud y las consecuencias de sus limitaciones en función del entorno social en que se manifiestan y de los factores personales de base (FONADIS, 2006).

Los cambios conceptuales y estructurales llevaron a que, en 2001, la Organización Mundial

de la Salud (OMS) generara un instrumento denominado *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF)*, que define la discapacidad como “un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción de las personas con su entorno físico y social”, y describe el funcionamiento humano a través de la siguiente clasificación (ver figura 1 del anexo): funciones y estructuras corporales (cambios y deficiencias), actividades y participación (capacidades y desempeños) y factores contextuales (facilitadores y barreras) (OMS, 2001).

Participación Social de personas con discapacidad

Cualquier persona, independiente de su situación o no de discapacidad, aspira al bienestar físico, la seguridad afectiva y la participación social para una mayor realización (McConachie, Colver, Forsyth, Jarvis y Parkinson, 2006).

En este sentido, la Convención de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad declara la obligación de los Estados de garantizar su plena participación en la comunidad y su pleno disfrute de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el resto de los individuos (ONU, 2006).

Congruente al modelo de discapacidad vigente, la CIF (ONU, 2001) precisó la *participación social* (PS) como el acto de involucrarse en una situación vital o de vida, donde podemos considerar las relaciones sociales con amigos y familiares, las tareas domésticas, el aprendizaje en la escuela, el ocio y las actividades recreativas en el hogar y en la comunidad (Majnemer et al., 2010).

La PS se considera fundamental en la vida de las personas (Longo y Badia, 2009), pues conduce a la satisfacción y al conocimiento de habilidades y capacidades, promoviendo el desarrollo psicológico, el bienestar emocional y una mejor calidad de vida (Engel-Yeger, Jarus, Anaby y Law, 2009).

Sin embargo, también existen restricciones que, desde el exterior, afectan la participación, como las limitaciones ambientales relacionadas con la accesibilidad y la falta de adaptaciones (Dahan-Oliel, Mazer y Majnemer, 2012), elementos necesarios para facilitar un mayor acceso a

una vida participativa, entendiendo esta como la posibilidad de elegir e integrarse en situaciones normalizadoras cuya calidad y disfrute será independiente del tipo de ayuda que requiera para realizarlo (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad [CERMI], 2002).

Percepción de la Gravedad de la Discapacidad

Controlar un diagnóstico crónico, como las DM, implica conocer y adaptarse a dicha realidad (Petrie, Jago y Devcich, 2007).

Uno de los modelos que intenta explicar la adaptación de las personas frente a su enfermedad es el Modelo de Autorregulación de Sentido Común (*Common Sense of Self-Regulation Model*), propuesto por Leventhal y su grupo (Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980; Leventhal, Leventhal y Cameron, 2001), que concibe al individuo como un ente activo que, influenciado por su entorno psicosocial (Coletto y Camara, 2009), desarrolla sus propias teorías en torno a su estado de salud y se esfuerza por darle sentido intentando modificar, evitar o controlar cambios que son percibidos como signos de enfermedad (Quiles, Terol, Tirado y Beléndez, 2007).

De esta forma, la representación de la enfermedad se organiza en tres etapas (Pacheco-Huergo et al., 2012; Quiles et al., 2007) (ver figura 2 del anexo):

1. Las personas perciben una amenaza para la salud y desarrollan, en paralelo, una representación cognitiva del problema y de las emociones que lo acompañan.
2. Se establecen planes de acción o procedimientos de afrontamiento para las representaciones cognitivas.
3. Se valoran las consecuencias que tienen estas conductas de afrontamiento, que pueden afectar a las etapas previas y modificar los siguientes episodios ante futuras amenazas de salud.

La forma en que el individuo percibe su enfermedad influye en su comportamiento cognitivo hacia esta. En el caso de los niños con DM, dada la importancia del apoyo familiar, la percepción que los padres tienen sobre el diagnóstico de estos (especialmente la madre como cuidadora principal), junto a su ajuste emocional y las estrategias de afrontamiento que emplean, son de

suma importancia para el logro de una adecuada adaptación (Rodrigues, Rosa, Moura y Baptista, 2000).

Afrontamiento

La conceptualización de los procesos de afrontamiento es un aspecto central en las teorías actuales sobre la adaptación de las personas y el proceso de estrés que enfrentan en su vida cotidiana (Mikulic y Crespi, 2008).

Esta se inicia en 1984 a partir del trabajo de Lazarus y Folkman (1986), que plantearon la teoría relacional del estrés como proceso personal de valoración y enfrentamiento de situaciones desafiantes que implica la interacción entre el sujeto, sus recursos y el ambiente.

El afrontamiento se define como la ejecución de un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas por la persona como excedentes de sus propios recursos, a fin de reducir o eliminar el distrés psicológico o las condiciones estresantes (Lazarus y Folkman, 1986).

En consecuencia, el afrontamiento se considera una “variable mediadora o moderadora que modifica los efectos desestabilizadores del estrés” (Mikulic y Crespi, 2008, pág. 306), a través de respuestas que, dependiendo de la conducta del individuo, pueden ser de dos tipos: dirigido a la emoción o dirigido al problema (Di-Colloredo, Aparicio y Moreno, 2007).

Afrontamiento dirigido a la emoción

El afrontamiento dirigido a la emoción tiene como función la regulación emocional, que incluye los esfuerzos por manejar el malestar y los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante, pero sin modificar la situación (Casado, 2002). En algunos casos, el sujeto evita afrontar la situación problema y busca un alejamiento o un manejo ilusorio de la situación, en ocasiones negándola o transfiriendo a otros la responsabilidad de lo ocurrido.

Afrontamiento dirigido al problema

El afrontamiento dirigido al problema tiene como función la resolución de problemas, lo cual implica el manejo de las demandas internas o ambientales que suponen una amenaza

y descompensan la relación entre la persona y su entorno, ya sea mediante la modificación de las circunstancias problemáticas o la aportación de nuevos recursos que contrarresten el efecto aversivo de las condiciones ambientales.

Ambas formas de afrontamiento, centradas en la emoción o centradas en el problema, se utilizan en gran parte de las situaciones estresantes y las proporciones relacionadas a cada forma y varían dependiendo de cómo sea evaluada cada situación. No obstante, se ha observado que sucesos como las enfermedades físicas tienden a promover mayor cantidad de respuestas de afrontamiento centradas en el problema y los debidos a relaciones interpersonales, más de afrontamiento focalizado en la emoción (Mikulic y Crespi, 2008).

Método

El objetivo del estudio es analizar la percepción de la discapacidad y las estrategias de afrontamiento de madres de niños con Discapacidades Múltiples y cómo estas variables se relacionan con la participación social de sus hijos.

Tipo de investigación

El estudio fue de tipo mixto con una ejecución secuencial compuesta por dos fases. La primera, cuantitativa correlacional, recolectó datos numéricos sobre las variables: percepción de la discapacidad, estrategias de afrontamiento y participación social; posteriormente analizadas estadísticamente según su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

La segunda fase contempló un estudio insertado de tipo cualitativo, con base en un diseño narrativo que recogió información respecto las historias de vida y experiencias de las participantes que obtuvieron diferencias significativas en una de las variables de la primera fase (percepción de la discapacidad). Esto, con el propósito de complementar la información previamente recolectada y adquirir una comprensión más profunda del fenómeno en estudio, indagando en la experiencia vivencial de las participantes, quienes, desde la riqueza de su propio relato y la expresión de sus puntos de vista, dieron

mayor amplitud al conocimiento y análisis de la realidad que se estudiaba.

Consideraciones éticas

Iniciado el proceso, las participantes fueron informadas de los objetivos y alcances de la investigación, así como de los procedimientos de recolección de datos; dando la libertad de decidir si participar o no en el estudio a través de la firma del consentimiento informado. En dicho documento, además, se garantizó la confidencialidad de sus respuestas y se consultó la disponibilidad para colaborar en una segunda fase del estudio en caso de cumplir los requisitos. Así, también se les anunció la posibilidad de retirarse libremente del proceso en el momento que lo desearan, sin perjuicio alguno.

Las participantes pudieron acceder a los resultados de la investigación a través de una ponencia que convocó a toda la comunidad educativa de los establecimientos educacionales colaboradores y/o contactando directamente a las investigadoras a sus correos electrónicos o número telefónico previamente notificado.

Fase cuantitativa: participantes

A través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, se seleccionó a 29 mujeres (ver tabla 1 del anexo) tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Ser madre cuidadora de un menor con DM cuya funcionalidad motora perteneciera al tercer, cuarto o quinto nivel según el Sistema de Clasificación de la Función Motora Gruesa (GMFCS) (Palisano, Rosenbaum, Bartlett y Livingston, 2007) (1).
- Que la edad de su hijo fluctuara entre 4 años 6 meses y 10 años.
- Aceptar responder los instrumentos de recolección de datos.

Variables independientes e instrumentos de recolección o recogida de datos

Percepción de la discapacidad. Se midió la apreciación de las madres sobre la discapacidad de sus hijos con DM a través de un cuestionario basado en el *Illness Perception Questionnaire* (Weinman, Petrie, Moss-Morris y Horne, 1996), que contempló nueve ítems evaluados mediante una escala tipo Likert donde “0” es la opción

mínima, tendiente a la percepción más positiva (poco grave) de las madres en relación a la discapacidad de su hijo, y 10, la opción máxima, tendiente a la percepción negativa de esta (muy grave). La adaptación del cuestionario incluyó la entrevista cognitiva a siete madres de hijos con alguna discapacidad (no participantes del estudio), cuyas apreciaciones modificaron las instrucciones y opciones de respuesta del instrumento. Posteriormente, se realizó una aplicación piloto a 23 apoderadas de los establecimientos participantes (distintas a las de la aplicación oficial) para evaluar su consistencia interna (ver tabla 3).

Estrategias de Afrontamiento. Se utilizó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (*Coping Strategies Inventory* [Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, 1989]) adaptado en España por Cano, Rodríguez y García (2007). Este instrumento mide la frecuencia de uso de ocho estrategias de afrontamiento: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica; a través de la respuesta a 40 ítems, según una escala tipo Likert de cinco puntos (0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente), donde la persona evaluada debió enunciar con qué frecuencia hizo lo expresado por cada ítem en la situación descrita. Al final de la escala se contesta a un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento, mas no tiene incidencia en el puntaje total. La adaptación del instrumento en España (Cano et al., 2007) demostró tener excelentes propiedades psicométricas: ocho factores explicaron un 61 % de la varianza con solo 40 ítems (frente a los 72 que explicaban un 47 % en el instrumento original) y obtuvieron coeficientes de consistencia interna entre 0,63 y 0,89. Para efectos de este estudio, el inventario fue nuevamente sometido a la evaluación de sus coeficientes (ver tabla 3 del anexo), incluyéndose en la aplicación piloto y obteniendo resultados cercanos a los reportados en la adaptación al idioma español (Cano et al., 2007).

Variable dependiente

Participación Social. Se examinó a través del instrumento de medición de los hábitos de vida

LIFE-H 3.0 para niños y jóvenes entre 5 y 13 años, desarrollado por Fougereyrollas, Noreau, Bergeron, Cloutier, Dion y St-Michel en 1998, y validado en Chile (Pérez-Salas, Cobo-Rendón, Herrera, Bustos y Candia, 2019).

Consta de 64 preguntas agrupadas en 12 categorías de hábitos de vida que son característicos de los estudiantes en su entorno (casa, escuela y barrio), independientemente del tipo de deficiencias subyacentes. Para efectos de este estudio se seleccionaron tres: relaciones interpersonales, vida en comunidad y educación. El LIFE-H permite documentar el nivel de logro de cada hábito de vida mediante una calificación de 0 a 9, que depende del grado de dificultad en la realización y el tipo de ayuda requerida para lograr este objetivo (1 = realizado por sustitución, 2 = con dificultad/adaptación o acondicionamiento, 3 = con dificultad/ayuda humana adicional, 4 = sin dificultad/adaptación o acondicionamiento, 5 = sin dificultad/ayuda humana adicional, 6 = con dificultad/adaptación o acondicionamiento, 7 = con dificultad/sin ayuda, 8 = sin dificultad/ayuda técnica, 9 = sin dificultad/sin ayuda). Cabe señalar que, si la madre consideró que un modo de vida específico no forma parte de la vida cotidiana de su hijo, esta debió ser marcada como no aplicable. Adicionalmente, el instrumento evalúa la satisfacción con la participación lograda por el niño en los hábitos consultados como un segundo puntaje en cada una de las doce escalas. Es importante destacar que la adaptación del instrumento establece que el LIFE-H cuenta con adecuados índices de consistencia interna. El análisis factorial exploratorio de los datos evidenció un factor general que explicó el 69,55 % de la varianza. Por tanto, se concluye que el LIFE-H es un instrumento idóneo para el estudio de la participación como un constructo global en esta población (Pérez-Salas et al. 2019).

Resultados cuantitativos

Percepción de la Discapacidad

En la escala, de un total de 90 puntos, se obtuvo un puntaje promedio de 45 puntos ($M = 45,41$; $DE = 14,89$); siendo 16 puntos el mínimo obtenido por las participantes y 80 puntos el máximo alcanzado. La calificación con mayor

frecuencia (10,3 %) fue de 38 puntos.

El 50 % de las participantes obtuvo un puntaje menor a 42 puntos.

La percepción negativa de la discapacidad no tuvo una correlación significativa con la edad de las madres $\rho(29) = 0,17$; $p = 0,62$; ni con su escolaridad $\rho(29) = -0,27$, $p = 0,16$.

Estrategias de Afrontamiento

La estrategia de afrontamiento más utilizada por las madres es la resolución de problemas (55,2 %) ($M = 17,31$; $DE = 4,29$), seguida por la reestructuración cognitiva (10,3 %) ($M = 13,17$; $DE = 4,25$), el pensamiento desiderativo ($M = 9,37$; $DE = 6,74$) y el apoyo social (3,4 %) ($M = 10,27$; $DE = 4,89$).

Participación Social

Los resultados muestran que la participación social de los hijos de las participantes se da, en mayor medida, en el ámbito de las relaciones interpersonales ($M = 6,18$; $DE = 1,98$), seguido por la educación ($M = 3,46$; $DE = 1,24$) y, en último lugar, la vida en comunidad ($M = 2,38$; $DE = 2,25$).

En relación con el grado de satisfacción de las madres respecto a la participación lograda por sus hijos en dichos ámbitos, tanto en la escala vida en comunidad ($M = 3,72$; $DE = 0,86$) y educación ($M = 4,42$; $DE = 0,6$), los promedios son similares, existiendo un leve incremento en las relaciones interpersonales ($M = 4,79$; $DE = 0,75$).

En cuanto a la *relación entre la percepción negativa de la discapacidad y la participación social*, se observa que no existen relaciones estadísticamente significativas entre las distintas dimensiones de la participación y la percepción de la discapacidad.

Sin embargo, sí se observa que, a mayor puntaje en el instrumento *percepción de la discapacidad (percepción negativa)*, se presenta menor satisfacción con la participación en relaciones interpersonales, $r = -0,37$, $p = 0,04$, y con la vida en comunidad, $r = -0,41$, $p = 0,035$.

Referente a la *relación entre la participación social y las estrategias de afrontamiento de las madres*, es posible apreciar que solo se relacionan de forma estadísticamente significativa y negativa el pensamiento desiderativo con la participación en educación, $r = -0,46$, $p = 0,02$,

al igual que la autocrítica con la satisfacción con la participación en educación, $r = -0,41$, $p = 0,03$.

Respecto a la *relación entre la percepción que tienen las madres de la discapacidad de los hijos y las estrategias de afrontamiento que utilizan*, puede observarse que existe una relación estadísticamente significativa de tipo directa entre la percepción de la discapacidad con la estrategia de autocrítica (es decir, a mayor puntaje, mayor percepción negativa con mayor autocrítica), $r = 0,42$, $p = 0,02$, y retirada social, $r = 0,62$, $p < 0,001$.

Fase cualitativa

Participantes

Se realizó un estudio de casos extremos, para el cual se eligió a las dos madres que reportaron el puntaje más alto en la escala de percepción de la discapacidad de su hijo (percepción negativa) y a las dos madres que obtuvieron el puntaje más bajo (percepción positiva), según los resultados emanados en la primera etapa de la investigación (estudio cuantitativo) (ver tabla 5 del anexo).

Los temas que indagar en este estudio cualitativo se agruparon en cuatro grandes dimensiones: a) diagnóstico, b) percepción de la gravedad del diagnóstico de su hijo (conocimiento del diagnóstico y tratamiento, expectativas actuales y futuras), c) estrategias de afrontamiento (tiempo dedicado al cuidado, habilidades adquiridas, percepción del problema, impacto en la vida personal) y d) participación social de su hijo (percepción de su inserción social, vida escolar y comunitaria).

Contexto del estudio cualitativo

Esta fase se efectuó en la provincia de Concepción (VIII Región), Chile. Cada entrevista tuvo una duración de aproximadamente una hora y 30 minutos, siendo dirigida, grabada en audio y transcrita en su totalidad para su posterior análisis. Tres de ellas se realizaron en el domicilio de la participante y una en dependencias del establecimiento educacional de su hijo con DM, según disponibilidad y preferencia de cada una.

Instrumento de recolección o recogida de datos

La recolección de datos se realizó por medio

de una entrevista en profundidad de tipo individual, cuyo guion fue diseñado especialmente para esta investigación e incluyó, como ámbitos de exploración, la experiencia de las madres en relación con el diagnóstico de su hijo, la percepción que tenían sobre él, las estrategias de afrontamiento que utilizaban para sobrellevar esta situación y cómo percibían la participación social de estos.

Criterios de rigor metodológico

Confirmabilidad. Se cauteló a través de la descripción detallada tanto del método como de los procedimientos llevados a cabo en la investigación, que incluyen la grabación de las entrevistas, el contexto de la aplicación, la técnica de análisis de la información y la vinculación de los hallazgos obtenidos con la propuesta teórica de base.

Credibilidad. Se cauteló mediante el uso de transcripciones textuales de las entrevistas para respaldar significados e interpretaciones presentadas en los resultados.

Transferibilidad o aplicabilidad. Se cauteló con la descripción detallada del lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado, en cuanto a sus antecedentes socio-demográficos y aspectos generales referidos a sus hijos con DM.

Resultados cualitativos

Recepción del diagnóstico

Las madres con una percepción negativa de la discapacidad de su hijo (PDN) recibieron el diagnóstico *durante el embarazo y al momento de dar a luz*, mientras que las que presentan una percepción positiva de la discapacidad (PDP) se enteraron durante los primeros *meses de vida* de su hijo.

Al momento de recibir esta noticia, en ambos casos, lo primero que sintieron fue un fuerte impacto. Las madres que obtuvieron una PDN se encontraban solas y en un estado de temor e incertidumbre, mientras que las de PDP estuvieron *acompañadas* por su pareja y revelaron haber actuado con tranquilidad ante la noticia, siendo la fe un importante apoyo en una de ellas.

“Sentí mucho susto. No sabía qué iba a pasar, cómo iba a seguir con ella (...). Pero lo único que

sabía era que teníamos que salir adelante”. (E1; PDN)

“Mi confianza en Dios fue fundamental. No busqué mayores explicaciones, le eché para delante nomás, siempre considerando a mi hija como una bendición”. (E4; PDP)

En la mayoría de las participantes, la noticia del diagnóstico del hijo con DM generó cambios que afectaron la relación de pareja. Las madres con PDN, además, señalan que este acontecimiento interfirió en la atención que le brindaron de ahí en adelante a sus demás hijos.

Percepción de la discapacidad

Conocimiento del diagnóstico. Al solicitar a las madres que expliquen el diagnóstico de su hijo, quienes tienen una PDN lograron exponerlo a nivel general, mientras que las de PDP aún lo desconocen oficialmente, tanto por *falta de especificidad en el diagnóstico* médico como por opción personal. Para conocer el diagnóstico, las madres se han apoyado principalmente en los *especialistas* responsables del tratamiento de su hijo, y en menor medida, de información extraída en *internet*.

“Lo que ella tiene es un Síndrome de Cloves (...); hay como dos casos en el mundo, así que no hay mucha información. Tiene otros problemas de salud, reflujo renal y la médula anclada a la columna vertebral. Tiene lipomas en todo el cuerpo y no hay curación para eso, es solo hasta que su cuerpo aguante. Me dijeron que es mucho más grave que un cáncer”. (E1; PDN)

“Me es difícil porque ahora están confirmando otro diagnóstico. Sé más lo que no tiene que lo que realmente tiene”. (E4; PDP)

Expectativas. De acuerdo con cómo las madres observan a su hijo con DM en relación con otros niños de su edad, existe una visión positiva manifestada en distintos grados de conformidad. Las madres con PDP, particularmente, destacan la iniciativa de sus hijos como motor de sociabilización con sus pares. En cuanto a cómo perciben la evolución que su hijo ha tenido en el tiempo, en ambos casos evalúan este proceso de manera efectiva señalando *logros* y valorando los avances alcanzados a lo largo de su vida, *pese a las dificultades*.

“La veo bien, habla, hace más cosas. El colegio le ha hecho súper bien. Quizás hay diferencias

porque no habla tan claro, pero si la comparo le voy a pillar todos los detalles que en verdad no me importan mucho porque estoy conforme”. (E1; PDN)

“Yo la encuentro muy inteligente. A veces llega a sobresalir entre otros niños de su edad, por su personalidad más que nada. Toma la iniciativa, habla, no se cohíbe; en cambio, los demás niños, sí”. (E4; PDP)

Con respecto a la visualización de su hijo en el futuro, se aprecia, a nivel general, resistencia de las madres a proyectarlos en la vida adulta, movilizadas por el *temor y preocupación* por el porvenir si ellas se ausentan. No obstante, se da el caso de una madre con PDP cuyas expectativas en su hija apuntan a la *vida independiente*.

Afrontamiento

Afrontamiento personal. De acuerdo con el proceso de afrontamiento ante la llegada de su hijo con DM, quienes presentan una PDP señalaron no haber sufrido transformaciones importantes en su vida personal, *ningún quiebre*; a diferencia de las madres con PDN, que, en distinto grado, reconocen haber tenido *cambios en su vida*, siendo su hijo con DM el foco donde se concentra su preocupación permanente.

En concordancia con lo anterior, existen también diferencias en la incidencia que esta situación ha tenido en sus interacciones sociales fuera de su núcleo familiar. Se observa que quienes tienen una PDN reconocen haberse aislado de sus relaciones de amistad, ante lo cual se sienten tranquilas y conformes. Por su parte, las madres entrevistadas con PDP mencionan tener amigos sin mayor inconveniente.

“Tenía al menos unas 10 amigas, pero (...) se fueron yendo. Yo me encerré y me dediqué a llevarla donde tenía que llevarla. Me llamaban de repente, pero hasta la fecha me centré solo en eso. Me gusta mi vida así de todas formas”. (E1; PDN)

“En verdad, no ha habido ningún cambio. Mantengo mis relaciones de amistad, tal cual como antes”. (E4; PDP)

A lo largo del tiempo, la adaptación al diagnóstico de su hijo para las madres con PDP ha sido un proceso vivido de manera *natural y rápida*, conforme a los hechos. Por su parte, las madres con PDN se refieren a este período como una

etapa difícil, similar a un duelo, pero que ha traído enseñanzas en su forma de afrontar la situación.

Tanto las madres con PDN como PDP destacan la *escolarización* como principal hito que ha marcado el período de adaptación al diagnóstico de su hijo. Este hecho significó, en gran medida, un desafío de confianza ante sus aprensiones, pues sentían *temor de que les pasara algo* fuera de su cuidado.

La actitud positiva para afrontar la discapacidad de su hijo es un factor común tanto en las madres con PDN como PDP. Sin embargo, en las madres con PDN la actitud también se acompaña de temor y resignación.

“Tengo temor, porque no sé qué va a pasar el día de mañana con mi hija (...). Trato de ser positiva, pero me cuesta”. (E1; PDN)

“Positiva siempre. La miro a ella y me carga de energía”. (E4; PDP)

La *preocupación permanente, fuerza, paciencia y fe en un ser superior* son aspectos destacados por ambos casos. Así, también, comparten como principal acción para afrontar el diagnóstico de su hijo el *cumplimiento del tratamiento médico*, otorgándole valor a la relación que pueden establecer con los especialistas y el apoyo que estos pueden brindarles.

Al indagar sobre las actividades que realizan dentro de la rutina diaria al cuidado de su hijo con DM, las principales acciones, tanto en la PDP como PDN, guardan relación con atender sus requerimientos de *vestimenta, higiene y alimentación* durante el tiempo que no están en el colegio. En general, se aprecia que los niños se entretienen viendo televisión y jugando solos, salvo una madre con PDP que otorga importancia al compartir y pasar tiempo juntas en el hogar.

Fuera del cuidado de su hijo con DM, solo una de las madres entrevistadas (de PDN) mencionó “trabajar” como actividad complementaria a dicha responsabilidad.

Para todas las madres, el hecho de tener un hijo con DM ha sido una experiencia que le ha dado un significado constructivo a sus vidas. Se menciona que, a partir de este acontecimiento, han adquirido mayor fuerza para salir adelante y un nuevo sentido a su diario vivir, valorando mucho más el presente por sobre las proyecciones futuras.

Afrontamiento familiar. Referente a cómo ha

sido la actitud que el grupo familiar ha tenido desde la llegada del hijo con DM, se observa que las madres con PDP mencionan que la principal reacción ha sido asumirlo desde un inicio y hacerse cargo de ello. Por su parte, las madres con PDN se han visto enfrentadas a problemáticas que han afectado a sus otros hijos y a la participación del padre, quien paulatinamente se ha involucrado con mayor compromiso en la labor de sacar adelante a su hijo.

“Al papá no sé cómo evaluarlo. Yo aún tengo una rabia por la forma en que se comportó cuando XX nació. Ahora, él se ha acercado porque ella lo conquistó de a poco, pero no es una ayuda tan potente. Fuera de eso, del resto de la familia hay un poco más de apoyo, pero no tanto como quisiera”. (E1; PDN)

“El apoyo siempre ha estado, de mis hermanos, papás, tíos. XX vino a unir a mi familia. Con ella se han creado lazos, porque todos la invitan, entre esos unos tíos que no veía en años. Siempre tiene panoramas”. (E4; PDP)

Esto hace que también existan diferencias en la forma en cómo evalúan la participación del grupo familiar en el desarrollo de su hijo con DM. Las madres entrevistadas con una PDP cuentan con apoyo de hermanos y tíos que las hace sentir conformes; mientras que las madres con PDN cuentan con una red de apoyo familiar más restringida, ante lo cual se sienten insatisfechas.

En cuanto a la relación que el padre tiene con su hijo con DM, según la percepción de la madre, todos los casos revelan que existe un vínculo con el menor, pero a través de diferentes experiencias y manifestaciones, habiendo padres *consentidores, distantes y estrictos*.

Redes de apoyo. Las principales redes de apoyo con las que cuentan a nivel familiar, en el caso de quienes tienen una PDP, incluyen, por un lado, el *esposo y hermanos*, y por otro, *los padres y tíos*; a diferencia de las madres con PDN que mencionan no tener esta ayuda, tanto por opción como por circunstancias.

Fuera del grupo familiar, tanto en las entrevistadas con PDP y PDN, hay quienes no se ayudan de otras personas y quienes se apoyan en la *fe* y en los *médicos tratantes*.

Participación social

Participación en la familia. En cuanto a cómo

evalúan la participación de su hijo en el hogar, en ambos casos se indica estar *conformes* con aquello, independiente de cómo este se comunica, pues son capaces de *comprender e interpretar lo que les desean expresar*. Sin embargo, una madre con PDN señala desear una mayor interacción de su hija, pues a esta última *le gusta mucho estar sola*. Al momento de consultar sobre la persona más significativa para su hijo con DM a nivel familiar, las madres con PDN se autodenominan de forma exclusiva, mientras que las de PDP incluyen, además, al *padre*.

Participación en la escuela. A nivel escolar, tanto las madres con PDP como PDN creen que, para sus hijos con DM, la escuela es un lugar de *apoyo importante y valioso* para su desarrollo, especialmente social. Las principales actividades que intuyen que su hijo realiza en dicho lugar se repiten tanto para las que tienen PDN como PDP. Entre ellas, se encuentran: pintar, contar números, cantar, moverse y trabajar con la kinesióloga.

Participación en la comunidad. Tanto las madres con PDP como PDN comentan que su hijo con DM se relaciona con otros adultos y niños fuera de la escuela y el hogar, donde se encuentran los *médicos, vecinos, abuelos, primos y tíos*. Sin embargo, solo una madre (de PDP) asegura que su hija con DM participa de instancias sociales fuera del establecimiento educacional y que guardan relación con actividades religiosas como el *culto de la iglesia y la escuela dominical*.

Los principales lugares que tanto las madres con PDN y PDP visitan junto a su hijo con DM fuera de la escuela son las instituciones donde reciben tratamiento médico y los *centros comerciales*.

Acerca de los apoyos que su hijo con DM necesita para participar activamente en la comunidad, en ambos casos, ayudas técnicas como *rodilleras y la silla de ruedas* resultan ser un recurso fundamental, junto al adulto que la porte.

El desafío de integrar a su hijo con DM a la comunidad ha sido vivido de forma distinta entre las madres con PDP y PDN. En el caso de las primeras, este proceso ha sido natural y llevadero, principalmente por la personalidad afable y dispuesta de sus hijos. En contraste a aquello, las madres con PDN reconocen lo difícil que ha sido, principalmente por la discriminación social

que han sentido, tanto en la búsqueda de un establecimiento educacional para su hijo con DM como en la forma que se sienten observadas por el resto.

“Es difícil porque siento discriminación, me la miran como pobrecita”. (E2; PDN)

“Ha sido fácil, porque mi hija facilita sola las cosas para integrarse, abre sola los espacios”. (E4; PDP)

Tanto las madres con PDN como PDP consideran la *discapacidad de su hijo* como una barrera que impide su participación social, principalmente por los cuidados de su salud y la dificultad que tienen para trasladarse de manera autónoma.

Dentro de las barreras vistas en el exterior, está la dificultad para utilizar el *transporte público*, restringida a la voluntad y tiempo de cada chofer.

Cabe señalar que una de las madres con PDP centra en sí misma una barrera, mencionando su *aprensión* como una limitación para que su hija sea cuidada por otra persona.

Pese a los obstáculos percibidos en el exterior, las madres tienen expectativas en la sociedad para que sus hijos con DM puedan alcanzar una participación social efectiva. Estas guardan relación con mayores *posibilidades educativas*, aptas e inclusivas, donde puedan desenvolverse con libertad y seguridad. Por su parte, las madres con PDN, además, esperan que la discriminación que han sentido se sustituya por mayor *empatía y comprensión*.

Discusión y conclusión

Los resultados del estudio concuerdan con investigaciones que han comprobado que las madres son las principales cuidadoras del niño con discapacidad(es) y quienes siempre o todo el tiempo asumen esa misión (Badía y Aguado, 2002), siendo el padre en gran parte de los casos, el único sostén económico a nivel familiar (Núñez, 2003).

En relación con el afrontamiento, la estrategia más utilizada por las madres es la *resolución de problemas*, manifestada en una actitud que enfrenta la situación de discapacidad en vez de evitarla. Esto coincide con observaciones que indican que sucesos estresantes como

las enfermedades crónicas tienden a promover respuestas de afrontamiento para modificar la circunstancia problemática o aportar nuevos recursos para neutralizar el efecto hostil de las variables del entorno (Di-Colloredo, Aparicio y Moreno, 2007).

En este caso, se detectó que las principales acciones emprendidas por las madres (sin distinción de la percepción de la discapacidad) apuntan al cumplimiento del tratamiento médico, tanto en lo farmacológico como en lo terapéutico. Dada la severidad de los diagnósticos y su progresiva rehabilitación, esto podría incrementar el estrés especialmente donde no hay posibilidad de modificar o asimilar emocionalmente la situación.

La llegada de un hijo con DM supuso para las madres un fuerte impacto en sus vidas. No obstante, el afrontamiento que posteriormente asumieron estableció discrepancias entre quienes tuvieron una percepción negativa y positiva de la discapacidad.

Los hallazgos del estudio cualitativo revelaron que las madres con una percepción negativa presentan factores actitudinales de distancia hacia el vecindario y comunidad, constituyendo una población muy vulnerable, pues la situación de discapacidad de su hijo y el afrontamiento que asumen al respecto puede afectar total o parcialmente su proyecto de vida, incluyendo la dimensión social, tanto propia como familiar (Góngora, 2013).

Por el contrario, las madres con una percepción de la discapacidad positiva evidenciaron diferencias tanto en la actitud que tienen hacia la misma (manifestada en la búsqueda permanente de *apoyo social y familiar*) como en las expectativas sobre el diagnóstico, tendientes hacia una progresión favorable de sus hijos.

En consecuencia, es posible dar aplicación al Modelo de Autorregulación de Sentido Común (Leventhal et al., 1980, 2001) respecto de la adaptación de las personas frente a una enfermedad, pues la forma en que las participantes perciben el diagnóstico de sus hijos determina el comportamiento cognitivo hacia este.

Respecto de la participación social alcanzada por los hijos con DM, las *relaciones interpersonales* establecen el ámbito de participación con mayor prevalencia, en perjuicio de la dimensión

vida en comunidad y educación. Estos resultados concuerdan con un estudio realizado con niños con parálisis cerebral (Pérez-Salas, Ortega, Parra y Rosenbaum, 2020), lo que podría explicarse por la etapa vital en la que se encuentran, donde el principal ambiente socializador es el familiar.

No obstante, el presente estudio manifestó que, junto a la falta de instancias de esparcimiento, las aprensiones e inseguridades planteadas por las madres son factores que también obstruyen la *participación social* de sus hijos en otros contextos. Por tanto, la definición de participación social de Fougeyrollas et al. (1998) hace reiterar que, aunque las personas con DM pueden presentar características similares en la gravedad de la discapacidad, también logran mostrar resultados diferentes en la participación debido a condiciones ambientales distintas. En este sentido, la familia sigue siendo el recurso fundamental de servicios personales y principal promotor de la *participación social* del niño con DM, teniendo en su misión interna el reto de crear, potenciar y cultivar espacios de convivencia que eduquen tanto en sus integrantes, como entorno inmediato, mayores actitudes inclusivas. Así, se aproxima la concepción de la discapacidad a un modelo de calidad de vida centrado en la familia, adoptando una orientación desde los puntos fuertes que posee como unidad de apoyo, y que le otorga confianza para desarrollar sus potencialidades y propósitos.

Finalmente, resulta crucial para el desarrollo de políticas públicas que se reconozca la participación social como un aspecto crítico de la rehabilitación y bienestar de las personas con DM. Ello implica apoyar la inclusión real de las personas con DM en la sociedad, removiendo las barreras que hoy dificultan y entorpecen el involucramiento activo tanto a nivel educacional, como a nivel comunitario y laboral, además de fortalecer a la familia y a los cuidadores principales para que puedan apoyar esta participación efectiva.

Notas

(1) GMFCS I= no tiene limitaciones de desplazamiento; GMFCS II= presenta algunas limitaciones en el desplazamiento; GMFCS III= se

desplazaba utilizando algún dispositivo de sujeción manual; GMFCS IV= requiere apoyo de otra persona para desplazarse; GMFCS V= requiere asistencia total de otra persona para desplazarse.

Bibliografía

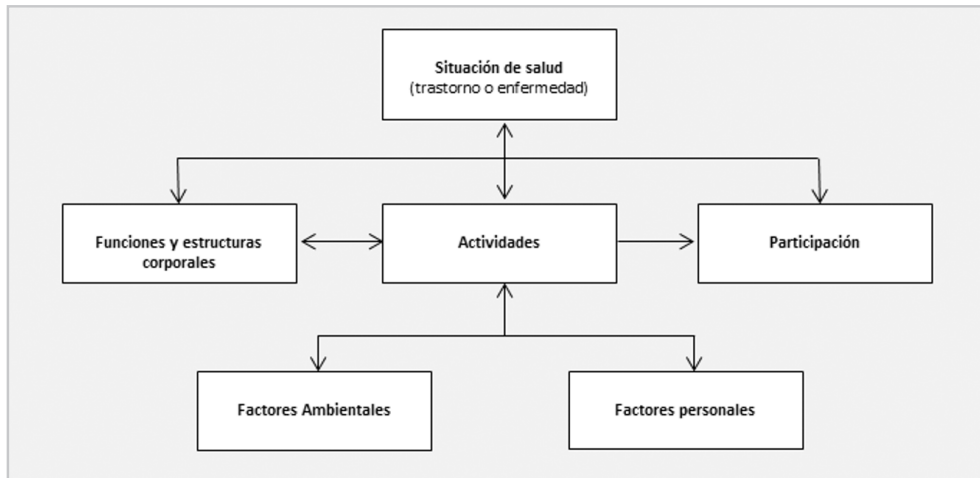
- Ayuso, J., Nieto, M., Sánchez, J. y Vázquez, J. (2006). Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Medicina Clínica*, 126(12), 461-466. doi:10.1157/13086326
- Badia, M. (2005). Calidad de vida familiar: la familia como apoyo a la persona con parálisis cerebral. *Intervención Psicosocial*, 14(3), 325-341.
- Badia, M. y Aguado, A. (2002). *Repositorio documental Gredos*. Recuperado de <http://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/115503>
- Badia, M., Araújo, E., Orgaz, M., Verdugo, M., Arias, B., Gómez, M. y González, F. (2011). Participación de niños y adolescentes con parálisis cerebral en actividades de ocio. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 42(3), 23-34. Recuperado de <http://www.federacionaspacecyl.org/investigacion/siglocero-pc-participacion-en-las-actividades-de-ocio.pdf>
- Barrera, L., Sánchez, B. y Carrillo, G. (2013). La carga del cuidado en cuidadores de niños con enfermedad crónica. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(1), 39-47. Recuperado de http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000100
- Borg, M. (2001). Teachers' beliefs. *ELT Journal*, 55(2), 186-188. doi:10.1093/elt/55.2.186
- Cano, F., Rodríguez, L. y García-Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39. Recuperado de https://fjcano.info/images/test/CSI_art_esp.pdf
- Casado, F. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*, 20(3), 403-414. Recuperado de http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL20_3_5.pdf
- Coletto, M. y Camara, S. (2009). Estrategias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença crônica: o contexto do cuidador. *Diversitas: Perspectivas em Psicologia*, 5(1), 97-110. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/679/67916259009.pdf>
- CERMI. (2002). *Servicio de Información sobre Discapacidad* [en línea]. Recuperado de <https://sid-inico.usal.es/documentacion/discapacidad-severa-y-vida-autonoma/>
- Dahan-Oliel, N., Mazer, B. y Majnemer, A. (2012). Preterm birth and leisure participation: A synthesis of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 33(4), 1211-1220. doi:10.1016/j.ridd.2012.02.011
- Di-Collaredo, C., Aparicio, D. y Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 1(2), 125-156. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>
- Engel-Yeger, B., Jarus, T., Anaby, D. y Law, M. (2009). Differences in patterns of participation between youths with cerebral palsy and typically developing peers. *The American Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 96-104. doi:10.5014/ajot.63.1.96
- Fernández, M., García, M., Berrocal, M., Benítez, A., Robles, C. y Laynez, C. (2013). Experiencias y cambios en los padres de niños con parálisis cerebral infantil: Estudio cualitativo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 36, 9-20. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272013000100002>
- FONADIS (2005). *Primer estudio nacional de la discapacidad en Chile*. Santiago (Chile): FONADIS. Recuperado de: https://www.senadis.gob.cl/pag/136/1196/resultados_endisc_i
- FONADIS (2006). *SENADIS*. Santiago (Chile): FONADIS. Recuperado de: <http://www.senadis.gob.cl/documentos/listado/137/estudios-estadisticas-informes>
- FONADIS (2016). *SENADIS*. Santiago (Chile): FONADIS. Recuperado de: <http://www.senadis.gob.cl/documentos/listado/137/estudios-estadisticas-informes>
- Fougeyrollas, P., Noreau, L., Bergeron, H.,

- Cloutier, R., Dion, S. y St-Michel, G. (1998). Social consequences of long term impairments and disabilities: Conceptual approach and assessment of handicap. *International Journal of Rehabilitation Research*, 21(2), 127-141.
- Góngora, G. (2013). Aislamiento social en padres con hijos afectados de parálisis cerebral. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 23(1), 11-23. Recuperado de <http://www.revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/78>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leventhal, H., Leventhal, E. y Cameron, L. (2001). Representations, procedures and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. *Handbook of health psychology*, 19-47.
- Leventhal, H., Meyer, D. y Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. *Medical psychology*, 2, 7-30. Recuperado de https://www.academia.edu/259452/The_Common_Sense_Representation_of_Illness_Danger
- Longo, E. y Badia, M. (2009). La participación en las actividades de ocio en los niños y adolescentes con parálisis cerebral. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 40(4), 79-93. Recuperado de http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/imprimir_239.pdf
- Louro, I. (2005). Modelo de salud del grupo familiar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(4), 333-337. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v31n4/spu11405.pdf>
- Majnemer, A., Shikako-Thomas, K., Chokron, N., Law, M., Shevell, M., Chilingaryan, G., ... Rosenbaum. (2010). Leisure activity preferences for 6 to 12- year-old children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52, 167-17. doi:10.1111/j.1469-8749.2009.03393.x
- McConachie, H., Colver, A., Forsyth, R., Jarvis, S. y Parkinson, K. (2006). Participation of disabled children: How should it be characterised and measured? *Disability & Rehabilitation*, 28, 1157-1164. doi:10.1080/09638280500534507
- Mikulic, I. y Crespi, M. (2008). Adaptación y validación del inventario de respuestas de afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de Investigaciones*, 15, 305-312. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139944030>
- MINEDUC (2013). *Ministerio de Educación* [en línea]. Recuperado de http://www.mineduc.cl/index2.php?id_portal=20&id_seccion=3007&id_contenido=11811
- Muñoz, M. y Lucero, B. (2011). Atención psicológica en estudiantes con necesidades educativas especiales múltiples: algunas sugerencias metodológicas. *Límite. Revista de Filosofía y Psicología*, 6(23), 57-72. Recuperado de <http://www.redalyc.org/src/inicio>
- Núñez, B. (2003). La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 101(2), 133-142. Recuperado de <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/133.pdf>
- OMS (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: IMSERSO. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=F07E872AE18829589873018BF42D2800?sequence=1
- ONU (2001). *Servicio de información sobre discapacidad*. [en línea]. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=F07E872AE18829589873018BF42D2800?sequence=1
- ONU (2006). *Convención de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* [en línea]. Recuperado de <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Pacheco-Huergo, V., Viladrich, C., Pujol-Ribera, E., Cabezas-Peña, C., Núñez, M., Roura-Olmeda, P. y del VAL, J. (2012). Percepción en enfermedades crónicas: Validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Atención Primaria*, 44(5), 280-287. doi:10.1016/j.aprim.2010.11.022
- Palisano, R., Rosenbaum, P., Bartlett, D. y Livingston, M. (2007). *CanChild Centre for*

- Childhood Disability Research*. Recuperado de https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/079/original/GMFCS-ER_Translation-Spanish.pdf
- Pérez-Salas, C., Cobo-Rendón, R., Herrera, C., Bustos, C. y Candia, J. (2019). Validación del cuestionario de hábitos de vida (LIFE-H) para evaluar la participación de niños/as y jóvenes con Parálisis Cerebral en Chile. *Terapia psicológica*, 37(2), 104-115. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082019000200104
- Pérez-Salas, C., Ortega, A., Parra, V. y Rosenbaum, P. (2020). School placement and participation of Chilean young people with cerebral palsy. *International Journal of Inclusive Education*, 1-20. doi:10.1080/13603116.2020.1807625
- Petrie, K., Jago, L. y Devcich, D. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 163-167. doi:10.1097/YCO.0b013e328014a871.
- Piven, J. y Palmer, P. (1999). Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple-incidence autism families. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 557-563. Recuperado de <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf>
- Quiles, Y., Terol, M., Tirado, S. y Beléndez, M. (2007). Estructura factorial de la versión española del "cuestionario de percepción de enfermedad revisado" (IPQ-R) en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario y sus familiares. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 83, 9-22. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2550603>
- Rodrigues, M., Rosa, J., Moura, M. y Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença do foro oncológico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 61-68. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862000000100007&lng=es&nrm=iso
- Schalock, R. (1999). Hacia una nueva concepción de la discapacidad. Ponencia presentada a las *III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*.
- Tobin, D., Holroyd, K., Reynolds, R. y Wigal, J. (1989). The hierarchical structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-361.
- Urrego, Y., Aragón, A., Combata, J. y Mora, M. (2012). Descripción de las estrategias de afrontamiento para padres con hijos con discapacidad cognitiva. *Con-textos*, 8, 1-13. Recuperado de <http://www.contextos-revista.com.co/Revista%208/A3-DescripciOn%20de>
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R. y Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11(3), 431-445.

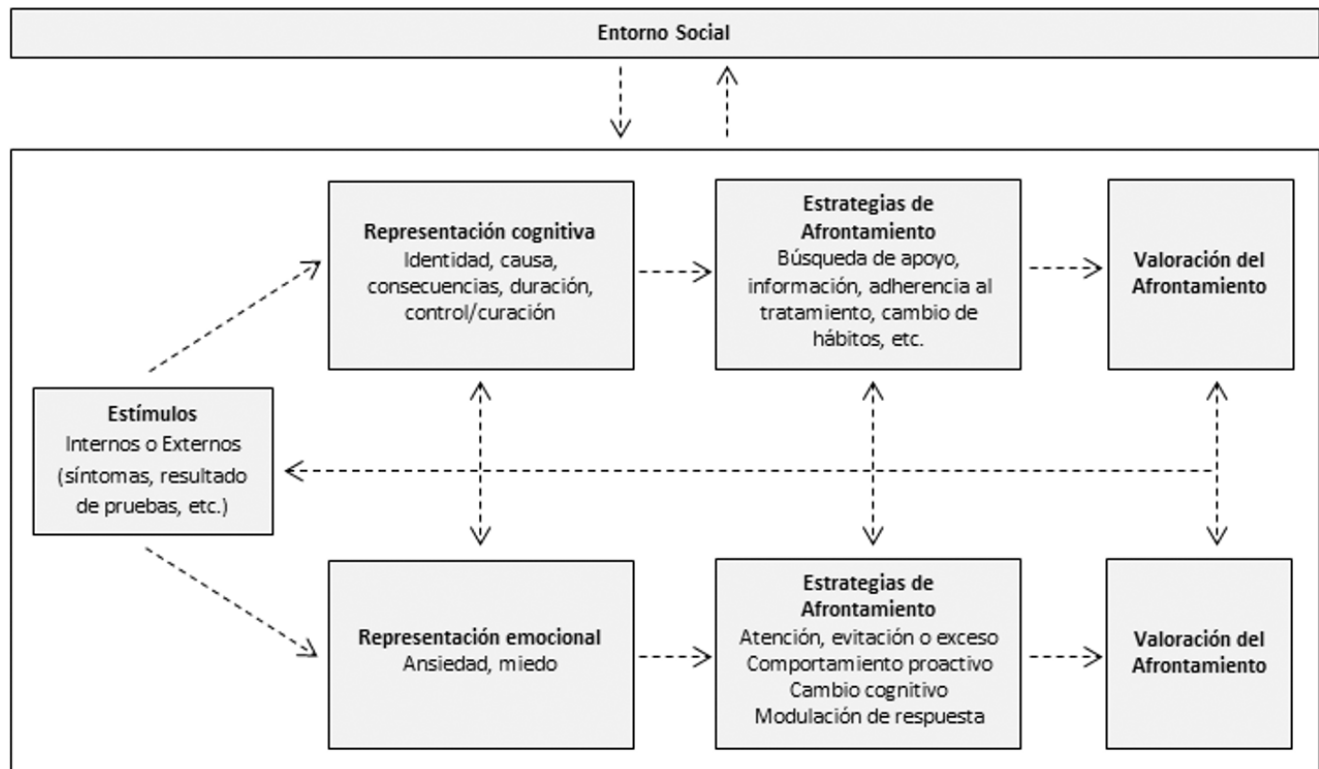
Anexos

Figura 1: Interacción entre los componentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF).



Ayuso et al., 2006

Figura 2: Modelo de Autorregulación de Sentido Común del comportamiento de la salud y la enfermedad.



Pacheco-Huergo, Viladrichc, Pujol-Riberad, Cabezas-Pena, Núñez Roura-Olmedag, Amado-Guiradoh, Núñez y del VAL, 2012.

Tabla 1: Resumen de la información sociodemográfica de las madres (N = 29)

Variables sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje
<i>Estado civil</i>		
Casada	14	48,3 %
Soltera	12	41,4 %
Divorciada	2	6,9 %
Separada	1	3,4 %
<i>Nº hijos</i>		
1	8	27,6 %
2	9	31,0 %
3	5	17,2 %
4	4	13,8 %
5	2	6,9 %
6	1	3,4 %
<i>Vive con el padre de hijo con DM</i>		
Sí	23	79,3 %
No	6	20,7 %
<i>Escolaridad alcanzada</i>		
E. básica incompleta	3	10,3 %
E. básica completa	4	13,8 %
E. media incompleta	1	3,4 %
E. media completa	11	37,9 %
E. superior incompleta	7	24,1 %
E. superior completa	3	10,3 %
<i>Actividad desempeñada</i>		
Dueña de casa	22	75,9 %
Trabajo remunerado	7	24,1 %

Tabla 2: Resumen de la información sociodemográfica de los hijos (N = 29)

<i>Género</i>		
Masculino	15	51,7 %
Femenino	14	48,3 %
<i>Diagnóstico de base</i>		
Daño neurológico inespecífico	2	6,9 %
Síndrome Genético	6	20,7 %
Retraso del Desarrollo Psicomotor	6	20,7 %
Parálisis Cerebral	15	51,7 %
<i>Nivel de funcionalidad motora</i>		
GMFCS 4	5	17,2 %
GMFCS 5	24	82,8 %

Tabla 3: Consistencia interna de los instrumentos piloteados ($n = 23$)

Escala	Nº ítems	Alfa de Cronbach
<i>Percepción de la gravedad de la discapacidad</i>	9	0,68
<i>Estrategias de Afrontamiento</i>		
Resolución de problemas (EA1)	5	0,83
Autocrítica (EA2)	5	0,83
Expresión emocional (EA3)	5	0,85
Pensamiento desiderativo (EA4)	5	0,86
Apoyo social (EA5)	5	0,87
Reestructuración cognitiva (EA6)	5	0,81
Evitación de problemas (EA7)	5	0,62
Retirada social (EA8)	5	0,65

Tabla 4: Frecuencia de las estrategias de afrontamiento utilizadas por las madres.

Estrategias de Afrontamiento	<i>n</i>	%
<i>Resolución de problemas</i>	16	55,2 %
Resolución de problemas con pensamiento desiderativo	1	3,4 %
Resolución de problemas y apoyo social	1	3,4 %
Resolución de problemas con reestructuración cognitiva	1	3,4 %
Resolución de Problemas y retirada social	1	3,4 %
<i>Pensamiento desiderativo</i>	2	6,9 %
<i>Apoyo social</i>	1	3,4 %
<i>Reestructuración cognitiva</i>	3	10,3 %
<i>Autocrítica y retirada social</i>	1	3,4 %
<i>Expresión emocional y pensamiento desiderativo</i>	1	3,4 %

Tabla 5: Características sociodemográficas de las madres entrevistadas.

	Entrevistada			
	1	2	3	4
Percepción de la Discapacidad	(-)	(-)	(+)	(+)
Edad	32 años	42 años	23 años	33 años
Estado civil	Soltera	Separada	Soltera	Casada
Vive con el padre del hijo con DM	No	Sí	Sí	Sí
<i>Escolaridad alcanzada</i>	E. Básica incompleta	E. Básica completa	E. Básica completa	E. Media completa
<i>Actividad desempeñada</i>	Dueña de casa	Auxiliar de aseo	Dueña de casa	Dueña de casa
<i>Nº hijos</i>	2	2	1	2

Tabla 6: Características de los hijos de las entrevistadas.

	Entrevistada			
	1	2	3	4
Sexo hijo con DM	Mujer	Mujer	Hombre	Mujer
Edad hijo con DM	6 años	8 años	5 años	6 años
Diagnósticos hijo con DM	Síndrome de Cloves Lipoma facial Vejiga neurogénica Malformación cerebelosa Retraso del Desarrollo Psicomotor global severo	Síndrome de Down Retraso del Desarrollo Psicomotor Trastorno Espectro Autista (en estudio)	Parálisis cerebral espástica Retraso del Desarrollo Psicomotor	Atrofia cerebral Retraso del Desarrollo Psicomotor
Tipo establecimiento educacional del hijo con DM	Municipal	Particular Subvencionado	Particular Subvencionado	Particular Subvencionado

El concepto de *problema en el desarrollo* en la clínica interdisciplinaria

FERNANDO PEDRO MACIEL¹

RESUMEN

El concepto de problema en el desarrollo en la clínica interdisciplinaria. Este escrito se propone ahondar en un modo de definir el concepto de "problema en el desarrollo infantil" pensado como central en la clínica interdisciplinaria y en la configuración de su dispositivo terapéutico. Partiendo del intento por precisarlo y ponerlo en contexto histórico, se introducirá en el análisis de sus sesgos nominativos conjugándolos con distintas formas de entender la praxis clínica. Un recorte clínico buscará operar como un ejemplo de lecturas e intervenciones desde el Psicoanálisis y desde un dispositivo de trabajo interdisciplinario. **Palabras clave:** *problemas en el desarrollo, interdisciplina, psicoanálisis, intervenciones interdisciplinarias.*

ABSTRACT

The concept of the developmental problem in the interdisciplinary clinic. This paper aims to delve into a way of defining the concept of "problem in child development" as central in the interdisciplinary clinic and the configuration of its therapeutic device. Starting from the attempt to define it and put it in historical context, it will be introduced in the analysis of its nominative biases, combining them with different ways of understanding clinical praxis. A clinical cut will seek to operate as an example of readings and interventions from Psychoanalysis and an interdisciplinary work device. **Keywords:** *developmental problems, interdisciplinary, psychoanalysis, interdisciplinary interventions.*

RESUM

El concepte de problema en el desenvolupament a la clínica interdisciplinària. Aquest escrit es proposa aprofundir en una manera de definir el concepte de "problema en el desenvolupament infantil" pensat com a central a la clínica interdisciplinària i en la configuració del seu dispositiu terapèutic. Partint de l'intent per precisar-lo i posar-lo en context històric, s'iniciarà en l'anàlisi dels seus biaixos nominatius conjugant-los amb diferents formes d'entendre la praxi clínica. Un retall clínic buscarà operar com un exemple de lectures i intervencions des de la psicoanàlisi i des d'un dispositiu de treball interdisciplinari. **Paraules clau:** *problemes en el desenvolupament, interdisciplina, psicoanàlisi, intervencions interdisciplinàries.*

Hace ya un tiempo que se publicó *Lo posible y lo imposible en interdisciplina* (Maciel, 2001). En aquel momento, era importante definir qué entendíamos por interdisciplina en el abordaje terapéutico con niños y cuáles eran sus condiciones de posibilidad. Hoy nos ocupará definir el concepto de *problema en el desarrollo infantil* que, a nuestro entender, es central para pensar una clínica interdisciplinaria y configurar su dispositivo terapéutico. Nuestra intención es partir de un análisis etimológico del término *problema*, resaltando el sentido específico que cada

discurso disciplinar le otorga a este concepto. Nuestro destino está fijado: arribar a una definición, a una forma de conceptualizar el *problema en el desarrollo*.

¿Qué es un problema?

El término que vamos a analizar aquí es muy difundido y permanentemente utilizado en el discurso cotidiano. Comencemos por mencionar que, en infinidad de ocasiones, se utiliza como un sinónimo de dificultad u obstáculo. Los

¹Psicoanalista. Licenciado en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Miembro Fundador de Lugar de infancia. Contacto: licfernandomaciel@gmail.com

Recibido: 12/6/21 – Aceptado: 4/10/21

enunciados “tengo un problema” o “me surgió un problema”, referidos a la presencia de una dificultad, son muy frecuentes en el habla cotidiana. En el uso común, y no tan común, se deslizan las equivalencias de sentido entre ambos términos que no son en lo más mínimo equiparables.

Entonces, lo primero que debemos afirmar categóricamente es que dificultad y problema no tienen un mismo significado. Dicho esto, sostendremos que *todo problema se constituye, necesariamente, a partir del encuentro con un obstáculo o dificultad*. Es imposible formular un problema sin el encuentro con el obstáculo, aunque sí puede haber algún obstáculo que no se articule como problema. El obstáculo, en tanto real, se resiste a una articulación simbólica absoluta y universal.

Intentemos situar qué nos puede aportar la literatura para ir esclareciendo el significado de este término. En principio, hacemos nuestra la pregunta de Miguel Unamuno (1927): “¿Cuál es la etimología de la palabra problema? Es el sustantivo que representa el resultado de la acción de un verbo, *proballein*” (p. 143).

Detengámonos en este verbo para ubicar a dónde nos remite desde un breve análisis de los elementos que lo componen: la raíz *pro* y la desinencia. La raíz *pro* significa “por el bien de”, en tanto que *ballein*, en griego, se define como “lanzar antes, presentar algo”. Es posible afirmar, a partir de ello, que este verbo indica una acción en pos de un bien, acción que apunta a una posición que la lance más allá del actual obstáculo. Queda planteado un “más allá del atolladero”.

Si seguimos un poco más los pasos de Unamuno acerca de lo que significa “echar o poner por delante, presentar algo”, nos encontramos con que lo plantea como equivalente al término latino *projicere*, “proyectar”, a partir de lo cual *problema* viene a equivaler a *proyecto*.

Y el problema, ¿proyecto de qué es?, ide acción! El proyecto de un edificio es un proyecto de construcción. Y un problema presupone no tanto una solución, en el sentido analítico o disolutivo, sino una construcción, una creación: se resuelve haciendo. O, dicho en otros términos: un proyecto se resuelve en un trayecto, un problema en un *metablema* (1), en un cambio. Y sólo con la acción se resuelven problemas.

Entonces, podemos afirmar, junto con Unamuno, que es inherente al concepto de problema el que hay algo que se proyecta, que se lanza para adelante, siendo necesarios ciertos cálculos y cierta orientación de los actos a realizar. Y que, a su vez, implica la construcción y la creación de un *nuevo camino*.

Sería una opción detenernos aquí y comenzar a definir el valor del concepto para pensar la dinámica de la clínica interdisciplinaria o a situar el por qué hablamos de *problemas en el desarrollo* en la clínica con niños. Sin embargo, creemos necesario aventurarnos en algunos rodeos más para que cada lector pueda ir ubicando algunos puntos simbólicos significativos que serán los instrumentos para pensar nuestras intervenciones en este campo específico.

¿Qué se entiende por *problema en las matemáticas*?

No podemos omitir la definición que se le da a este concepto en el marco de las matemáticas: “un problema es una situación que difiere de un ejercicio en que el resolutor no tiene un procedimiento o algoritmo que le conduzca con certeza a una solución” (Kantowski, 1981, p. 111).

Detengámonos en la primera parte de la definición: “un problema es una situación que difiere de un ejercicio”. Esta diferencia resulta muy esclarecedora en tanto que nos permite ubicar que, cuando referimos a un *problema matemático*, claramente no aludimos a un *ejercicio matemático*. La diferencia está dada por el hecho de que, en un *problema*, “el resolutor no tiene un procedimiento o algoritmo que le conduzca con certeza a una solución”, mientras que, en el caso de los *ejercicios*, ya existe dicho procedimiento resolutivo. Existe una gran cantidad de problemas en matemáticas, pero una vez conocidos sus procedimientos resolutivos, estos dejan de serlo en términos estrictos para transformarse en *ejercicios* en los que solo basta replicarlos para llegar a idénticos resultados. Todo ejercicio matemático conlleva una *certeza de solución*.

Reaparece así *lo nuevo* ligado a este concepto que nos ocupa. Esta diferencia que plantean las matemáticas entre *problema* y *ejercicio* va a resultar de gran valor y utilidad para pensar las intervenciones desde un dispositivo terapéutico

o educativo sostenidos en una u otra lógica. La que definimos como *lógica del ejercicio* es la que postula la existencia de un procedimiento resolutivo que siempre lleva a idéntico resultado, tornándolo, de este modo, indubitable. En cambio, partiendo de la *lógica del problema*, no hay procedimiento resolutivo certero, sino que requiere articularse: en este caso, reina la incertidumbre sobre esa trayectoria singular que irá dejando huellas y que luego serán leídas en términos de *desarrollo*.

Retornando a la definición de *problema* en el campo matemático vale reiterar, a modo de síntesis, su alusión a la construcción de una pregunta que surge frente a un “real” (2) y que, en tanto tal, no posee aún una forma de resolución preestablecida.

¿Qué se entiende por obstáculo clínico? El encuentro con el límite, el fin de los recursos, la *aporía*.

Como sostenemos en los tramos iniciales de este texto, el problema se constituye a partir del encuentro con el obstáculo o la dificultad.

Desde la Filosofía, la *aporía* es la palabra que remite al encuentro con el final de un camino, a un callejón sin salida, a algo para lo cual no contamos con recursos para una solución. Es el encuentro con el límite.

En el *Banquete*, es Diotima la que relata el mito del nacimiento del amor, cuyos padres son Penia (pobreza) y Poros (recurso) (3). Los padres de Poros son Zeus y Metis, diosa de la sabiduría, poseedora de recursos infinitos. Lo que se rescata en esta conjunción de contrarios no es tanto el sentido derivado, que, efectivamente es recurso, sino el etimológico, en el que prevalece la raíz *póros*, que, en sí misma, porta la imagen de un agujero, tal como cuando hablamos de “los poros de la piel”. En griego clásico, el verbo del cual deriva el sustantivo *póros*, *peirao*, significa “perforar”, “pasar por el agujero” y, figuradamente, “atravesar”. Es decir, el griego piensa el atributo del recurso como lo que se alcanza cuando se traspasa o atraviesa un agujero. Lo contrario, la *aporía*, es no sólo la falta de salida sino el sin salida ante la falta de agujero (Lacan, 1960/ 1988).

Recuperando los planteos de Lacan, el recurso se alcanza cuando se atraviesa el agujero,

cuando se perfora el obstáculo o la dificultad. Posicionarse en el lugar del Pantóporos es hacerlo como aquel que cree poseer todos los recursos. Por el contrario, *áporos* remite a encontrarse con su falta. En el territorio del saber y del conocimiento siempre hay un encuentro con la *aporía*. El mito, en algunas ocasiones, intenta cubrir el encuentro con la falta.

A su vez, un límite puede ser pensado como *frontera*, aquel borde que marca dos territorios cuya característica singular es que es simbólica, aunque no por ello menos eficaz.

Jaques Derrida (1998), en un texto dedicado al concepto de *aporía*, trabaja la relación existente entre *frontera* y *problema*. En su análisis del concepto de problema introduce una perspectiva diferente, iluminando lo que sería otra faceta, ubicando otro sentido para el término. En griego, la palabra problema puede significar tanto *proyección* o *protección* y remite a ir más allá de la frontera, a tener un proyecto o a la cara protectora, la que, etimológicamente, tiene un sentido de escudo, un escudo tras el cual protegerse, quedar al abrigo.

Esto es posible de pensar en un sentido epistemológico partiendo de un principio: toda disciplina para poder definirse necesita un objeto de estudio y un corpus teórico, un límite necesario que la constituye en ese saber parcial. Podemos pensar a ese límite en términos de frontera. Y “toda frontera es problemática en ambos sentidos” (Derrida, 1998).

Es en la frontera en donde se genera el punto de tensión, en donde se puede producir la acción de atravesarla o no. Esto determina dos posiciones, protección y proyección, diferentes con relación al encuentro con el límite y/o con la falta de recursos. Es en esas *fronteras* disciplinares donde se engendran los problemas que son el resultado de un trabajo con el obstáculo en el interior de una disciplina. En rigor, el resultado de ese trabajo es elaborar una pregunta que no es otra cosa que formular el *problema* que nos exime de quedar sin recursos.

De lo denominativo a un concepto nodal para el trabajo interdisciplinario

Lo denominativo

La referencia al concepto de *problema* en el

desarrollo infantil concierne a una forma denominativa y, a su vez, a un concepto central para pensar la dinámica del trabajo interdisciplinario.

Aquí se hace necesario puntuar históricamente el encuentro con esta forma nominativa e intentar explicar los puntos de apoyo para la construcción del concepto interdisciplinario.

En 1992, después de un proceso de admisión -disponiendo ya de una formación psicoanalítica en el trabajo clínico con niños-, comienzo a formar parte del equipo de Psicología y Psicoanálisis del Centro Dra. Lydia Coriat, institución dedicada al Diagnóstico y Tratamiento de los Problemas del Desarrollo Infantil, que, juntamente con su Instituto de formación, conforman la Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia.

Desde aquellos primeros tiempos de mi inserción en el equipo, mi interés se dirige a entender e intentar definir cómo pensar la interdisciplina estableciendo su función y su dinámica dentro del campo específico de la clínica con niños (4). El otro término que convoca mi atención es el de *problemas del desarrollo*: hasta aquel momento, tanto esta denominación como la clínica interdisciplinaria no eran, para mí, referencias teóricas en el trabajo clínico como psicoanalista de niños.

En este recorrido debemos partir de una certeza. Es imposible saber cuáles fueron las razones que llevaron a acuñar la denominación *problema del desarrollo* y cuál fue su origen. Lo que sí es posible afirmar es que es utilizada como sinónimo de *trastorno del desarrollo* o de *déficit*.

Debemos hacer un primer análisis para diferenciar los conceptos de *problema en el desarrollo* y de *trastorno del desarrollo*. *Trastorno* es el término con el que se tradujo el *disorder* anglófono, muy utilizado en la confección del manual DSM. En algunos textos, aún pueden leerse los rastros de la traducción de ese *disorder* o “desorden” en castellano. El desorden, pues, está también en el trasfondo del *trastorno*. Su etimología nos conduce al torno del tornero, a lo que da vueltas de forma regular. El trastorno desordena o revuelve las cosas, es lo que hay que eliminar para que el torno siga dando vueltas (Bassols, 2005; Maciel, 2017). Dicho desorden implica, entonces, un déficit en relación con un orden: cada trastorno contiene una serie de

desórdenes que lo caracterizan y se define por los elementos en común que, reunidos en una categoría o conjunto, se utilizan para clasificar y denominar. De modo que cualquier niño en el que se observen desórdenes similares pertenece a dicha categoría.

El concepto de *problema en el desarrollo* introduce otra dimensión, lo singular, lo que va más allá de los rasgos comunes del déficit que se reúnen en ese conjunto. En las categorías síndrome de Down, X frágil, trastorno del espectro autista (TEA) o trastornos alimentarios -sólo como algunos ejemplos- podemos reunir a todos los niños que se comprueba que cumplen con los criterios categoriales que los hacen pertenecientes a ese conjunto. Para reunirlos dentro de esas categorías hay que dejar por fuera el análisis de los elementos singulares de cada uno de ellos y de cada familia y dicha exclusión conduce a eliminar la dimensión del sujeto.

¿Qué es la dimensión del sujeto? Es lo que hace imposible que un niño sea idéntico a otro niño. Es lo que no sabemos de él. Es lo que nos sorprende de su juego, lo que se va articulando por su deseo. El sujeto es una pregunta, es lo singular, es lo que hace diferencia.

Entonces, plantear que un niño tiene un *problema en el desarrollo* no es lo mismo que afirmar que tiene un *trastorno del desarrollo*. Entendemos que estas dos denominaciones se comienzan a diferenciar en un momento determinado en el seno del trabajo clínico con los niños.

En esta línea, se hace necesario recuperar cómo se van articulando estas diferencias en los trabajos realizados por la Dra. Lydia Coriat y sus equipos en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y en el Centro de Neurología infantil de Buenos Aires (5), trabajos que se continúan en el Centro Dra. Lydia Coriat de Diagnóstico y Tratamiento de los Problemas del Desarrollo Infantil creado por sus discípulos después de su muerte.

Por primera vez, en el nombre con el que se identifica a este equipo clínico, aparece esta denominación. El término *problemas del desarrollo infantil* se ubica como el objeto de los diagnósticos y tratamientos. ¿Será que surge como resultado de un cambio de paradigma, de pasaje de un equipo centrado en lo médico-neurológico a

un nuevo modelo de lectura?

En la reedición digital del libro *Maduración Psicomotriz en el primer año del niño* (1974/2017) hay un apartado que se titula “Acerca de Lydia F. Coriat”. En una parte de dicho texto, se reproduce una carta de la Dra. Lydia Coriat dirigida al director del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. En ella se encuentran valiosos indicios de su pensamiento acerca de su praxis y de la importancia que le otorgaba a la interdisciplina y a lo singular en el trabajo clínico con niños. En esa carta (6), hay una referencia a un caso clínico (“Chichí”) en el que se puede reconocer su valor paradigmático para explicar los cambios producidos por las intervenciones terapéuticas.

En la nota que escribe en 1970 comienza refiriendo: “en 1960 me interesé por el problema del mongolismo y obtuve una beca del CNICT para investigar diversos aspectos de la afección”, dejando en claro que el “mongolismo” ya se había transformado para ella en un problema. En otro párrafo de esta misma carta aparece un dato revelador que marcaría el pasaje de una concepción del síndrome de Down como enfermedad que repite inexorablemente su destino a otra que lo entiende en términos de problema.

“Durante mis primeros tanteos al margen de las medicaciones habituales, fue una enferma determinada, Chichí, quien encendió una luz que me mostró el camino: niña de dos años, moderadamente afectada, sin complicaciones que agravaran el cuadro, hija de un hogar que se preocupaba eficazmente por ella y la rodeaba de afecto. Fue la primera de mis pacientes que, en el curso de seis meses, en lugar de bajar su cociente intelectual como era lo habitual, subió 20 puntos: de 55 a 75. ¿Cuál era la diferencia con los otros niños? Que estuvo en manos de una psicóloga y no de una reeducadora fonética o motriz exclusivamente”.

El destino y el desarrollo de los niños o niñas afectados por una trisomía del par 21 jamás volverá a ser idéntico entre ellos. La clave se encuentra en la enunciación de esa pregunta fundante que introduce lo singular de cada uno: “¿cuál era la diferencia con los otros niños?”. Este interrogante se dirige a ubicar algo de lo singular en Chichí y avala al mismo tiempo una praxis clínica interdisciplinaria.

Es a partir de ese momento que se transforma

al “mongolismo” en el *problema del mongolismo*, introduciendo la pregunta por él o por la trisomía del par 21.

El concepto de *problema* es parte del legado de la Dra. Lydia Coriat, quien se atrevió a introducir cierta falta en el discurso neurológico y habilitó una pregunta dirigida por fuera de la frontera del saber médico. Debemos situar lo subversivo de esta pregunta entendiendo que solo se tornó eficaz por el hecho de haber sido formulada desde dentro del discurso médico-neurológico.

En otra parte del mundo, en el año 1964 se publica en la colección *Le champ freudien*, dirigida por Jaques Lacan, el libro *El niño retardado y su madre* de Maud Mannoni (1995). Dicho texto introduce al psicoanálisis en el campo del retardo mental o de la debilidad mental.

Pierre Bruno (1986), refiriéndose a este trabajo de Maud Mannoni, afirma: “el mérito de Maud Mannoni es, de manera incuestionable, el haber levantado, por un acto, la prohibición del acceso del débil mental a la cura analítica. La dirección a donde apunta este libro –su impacto histórico– es la de devolver al niño débil su estatuto de sujeto, descargándole de los significantes parentales y médicos que le identificaban con el “débil”. Tanto si esta debilidad se enfoca del lado de un accidente orgánico como el de la psicogénesis, la cuestión preliminar consiste, por consiguiente, en estudiar las incidencias en el sujeto, tomado como débil, de su posición en el fantasma materno” (p. 42).

Desde la otra orilla del océano y desde otro discurso, el del psicoanálisis, se introduce la condición de sujeto infantil que implica necesariamente la dimensión de lo singular para todo niño más allá de su condicionamiento por cierto déficit. Más allá de lo patológico se da un lugar al sujeto infantil.

Un concepto nodal para el trabajo clínico interdisciplinario

La forma denominativa *problema en el desarrollo* apunta a suprimir toda categorización patológica en los niños. Cuando nos referimos a *toda categorización* no hacemos excepción: tanto las que son elaboradas desde los discursos médicos, psiquiátrico, neurológico, fonoaudiológico, psicomotor, psicopedagógico, como

las que provienen de la psicología o el psicoanálisis, ninguna es válida en tanto atenta contra lo singular de lo que pone en juego un niño. Suprimir las categorías nos permite salir del terreno de lo normal-anormal en el que todo lo patológico se divide en clasificaciones que dan nombre a lo anormal.

Hablar en términos de problema significa introducir la dimensión de la pregunta respecto al desarrollo de un niño; no es negar la dificultad o el obstáculo, sino aludir a lo *aún no resuelto*. El denominar que un niño tiene un *problema en el desarrollo* es determinar que, en relación con el desarrollo de ese niño, hay una pregunta.

Ahora bien, podría aducirse que este hecho denominativo es un mero eufemismo para evitar referir a lo anormal o lo patológico. Pero es fundamental resaltar que estas categorías en los niños no operan como meros enunciados, sino que, muy por el contrario, tienen un valor de acto performativo o realizativo (Austin, 2003). En estos actos, se realizan cosas con palabras; por ejemplo, el acto del matrimonio, del bautizo, del juramento no requieren más que *ser dichos* bajo determinadas condiciones. En ese mismo sentido, el acto de clasificar o definir a un niño como trastorno generalizado del desarrollo (TGD), disléxico, psicótico, difásico, hiperkinético o trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), en su gran mayoría, se transforma en performativo y determina *que no hay nada más que hacer*, que así será y el sujeto pasa a ser la patología y su nombre sólo un predicado: “un TGD llamado Juan”. La patología eclipsa el nombre o se adosa a él.

Podemos afirmar categóricamente que estas clasificaciones atentan contra el análisis singular de cada trayectoria y que tienen tal peso que tornan muy difícil escapar de la categoría que le es adjudicada.

Y, entonces, los niños pasan de ser sujetos supuestos -aquellos que sorprenden- a ser sujetos sospechados que, paso a paso, cumplen el irreversible destino de lo performativo de su clasificación patológica, emulando al héroe trágico que intenta inútilmente luchar contra la fuerza de la fatalidad sospechada por los distintos oráculos sin poder escapar a él. En ellos, la suerte está echada en tanto inmodificable y la pregunta a un niño, que es condición necesaria para

que se constituyan como sujetos, ha quedado abolida. La sorpresa, en cambio, es esa alteración emocional que denuncia lo inesperado y que es la condición propia del sujeto.

Utilizar denominativamente el término *problema en el desarrollo* es la forma de nombrar a lo que a un niño le acontece y condiciona su condición infantil. Aunque ello no alcanza a explicar la función del concepto dentro de un dispositivo interdisciplinario.

¿Cómo analizar ese pasaje del obstáculo a la constitución de un problema en la dinámica del trabajo interdisciplinario?

Podemos definir dos momentos en la dinámica interdisciplinaria que articula el pasaje del obstáculo al problema. El primer paso del pasaje es la elaboración que se produce dentro de la propia disciplina frente a la emergencia (7) de una nueva demanda, movimiento que podemos definir como formulación de un *problema específico*. El ubicar el límite o el *sin recursos* para responder a esa nueva demanda que se articula en el tratamiento de un niño implica como primer movimiento un trabajo dentro de las fronteras de la propia disciplina. Dirigir la pregunta al equipo o plantearla en un espacio de supervisión clínica es, en ambos casos, introducir otra mirada específica que, en el territorio del propio saber disciplinar, establezca nuevos puntos simbólicos que permitan construir recursos para la dirección del tratamiento y la cura.

Otro de los resultados posibles es la formulación de una pregunta o problema que perfora las fronteras de la propia disciplina y que es dirigida a otra, demandando un trabajo en interconsulta. Queda inaugurado así el segundo momento que podemos denominar del *problema interdisciplinario*, que parte de ubicar simbólicamente el encuentro con el *sin recurso*, la frontera o el límite que toda disciplina porta por el hecho de tener un objeto que la define.

El límite, el escudo que protege ese saber como específico, se constituye en función de la pérdida de un saber absoluto; es el reconocimiento de la existencia de un resto que queda por fuera y que la conforma en una disciplina que, en tanto tal, solo porta un saber parcial sobre un objeto parcial. La idea de saber absoluto es solo ilusoria.

El *problema* se revela en dos caras de la

moneda: *protección y proyección*. En el sentido de la *protección*, define un discurso y determina el saber propio de una disciplina. Respecto a la *proyección*, recuperamos su sentido etimológico de *arrojar por delante* en cuanto a salir de la dificultad llevando la pregunta a otra disciplina.

El planteo de la pregunta a otra disciplina evita reducir la complejidad de un déficit a las respuestas posibles dentro de las fronteras del saber propio. Cuando la forma de respuesta rechaza un saber más allá de las fronteras de la propia disciplina, genera un *reduccionismo teórico* simplificando la complejidad de todo problema. De tal modo, simplificar es lo contrario de problematizar, en tanto este desafía a abandonar la protección del territorio de lo conocido haciendo poros, agujereando con las preguntas las fronteras disciplinarias en búsqueda de nuevas lecturas que nos saquen del *sin recurso*. De eso se trata el trabajo interdisciplinario, cuyo producto es un trastrocamiento (8) de la posición, saliendo de la *aporía* y habilitando la construcción de nuevos instrumentos de trabajo.

El dispositivo que apunta a realizar un trabajo interdisciplinario resulta la única forma de sostener la complejidad de la pregunta o del problema en tanto que sustenta un lugar abierto para lo irreducible de lo singular. Este trabajo no se garantiza en el hecho de nombrarse como un *equipo interdisciplinario*, sino que requiere producirse como tal para que sea su operatoria la que lo defina como dispositivo interdisciplinario.

Problema del desarrollo o problema en el desarrollo: una pequeña/gran diferencia

Problema del desarrollo es el uso denominativo tal como se acuñó en su origen. A partir del momento en que comenzamos a pensar el concepto *problema* como fundamental en la dinámica interdisciplinaria, se torna necesario reafirmar su sentido como pregunta.

Retomando las ideas que se vienen plasmando, todo problema existe en tanto se presenta una dificultad y resulta un intento de atravesar/agujerear/perforar esa dificultad u obstáculo. Es en tal sentido que, rompiendo con el uso común que los trata como sinónimos, diferenciamos los conceptos de dificultad y de problema.

Afirmamos, entonces, que no hay problema sin pregunta en tanto, en rigor, se trata de la formulación de una pregunta.

Profundizando desde estas ideas, lo que entendemos respecto a esta pequeña/gran diferencia, el uso de la contracción *del* respecto al *desarrollo* indica un sentido de pertenencia y de existencia en él. Un desarrollo va trazando una línea hilvanando los puntos simbólicos que se van registrando en el tiempo, determinando una trayectoria. Entonces, lo que pertenece al desarrollo son los registros de la presencia o ausencia de las dificultades que son *una parte* del problema y lo son en tanto arman pregunta. Introducir la referencia problema *en el desarrollo* subraya, entonces, el sentido de aquello que aún es una incógnita -en el presente de cada una de las consultas-, así como la idea de que jamás accederemos a la verdad de cómo se fue determinando esa trayectoria singular, salvo que reduzcamos y simplifiquemos todo a una respuesta mítica.

Es *una incógnita* tanto en relación con lo que pasó como con lo que pasará impidiendo la construcción de pronósticos probabilísticos. En esta formulación a la que adherimos se acentúa la pregunta a resolver respecto a lo que arma obstáculo y no su pertenencia a un desarrollo en el que cobra existencia.

Y es en este marco que el concepto *problema en el desarrollo infantil* explica la dinámica interdisciplinaria en el trabajo clínico con niños mestizándose (9) en él todas las dificultades u obstáculos que los condicionan: la posibilidad de apropiarse de la lengua, del cuerpo y sus movimientos, de los objetos de conocimiento y de constituirse como un sujeto de deseo jugando y habitando su infancia.

Un recorte clínico

La intención de la presentación de este recorte clínico es explicar las intervenciones que se realizan en un dispositivo terapéutico que tiene como función producir un trabajo interdisciplinario. Ello nos convocará a adentrarnos en la dinámica entre el obstáculo clínico y la elaboración de un problema dirigido a otra disciplina: el reconocimiento del obstáculo no es más que ubicar el *sin recursos* que, a su vez, inaugura la

posibilidad de una salida. Se juega allí el reconocimiento de un límite a nuestro conocimiento, de una falta de saber y sólo matando al niño maravilloso del narcisismo se hace posible agujerear la frontera disciplinar que al mismo tiempo es propia y ajena. En definitiva, lo que define lo específico de una praxis y de una disciplina es el encuentro con su límite.

Mariana

Comencemos por el final. Hoy, Mariana, con sus 28 años, se dedica al arte con muy buenos resultados laborales. Terminó su escolaridad primaria y secundaria en una escuela con características tradicionales.

Motivo de consulta

Los padres planteaban que Mariana (a los tres años y cuatro meses) tenía crisis de llanto y gritos sin poder saber qué motivaba esas situaciones. Señalaban que no hablaba, sino que solo hacía ruidos con la boca. Se movía todo el tiempo de aquí para allá, sin responder cuando se la llamaba. Jugaba sola, no le interesaba jugar con otros niños y repetía siempre las mismas cosas con los juguetes sin querer compartir con nadie. Prefería estar sola escuchando canciones infantiles.

Primeros encuentros con la niña

En los primeros encuentros con Mariana confirmé que hay rasgos de desconexión, evitando activamente el encuentro con la demanda del Otro. En esos momentos en que se intenta convocarla o entrar en relación con ella, se intensifica la jerga acompañada de una gran excitación corporal que se expresa en movimientos repetitivos, aleteos de las manos y movimientos oscilatorios de la cabeza. Manipula los juguetes sin detenerse a jugar con ninguno. La jerga es muy insistente y, en muy pocas ocasiones, se puede recortar alguna denominación de un objeto presente.

Tratamiento psicoanalítico

Después de un trabajo de interconsulta con el equipo de admisión (10), se ubica que las perturbaciones psíquicas que se manifiestan en Mariana dan cuenta de una dificultad en su constitución como sujeto, condicionando significativamente

un armado psíquico estable. Esta lectura inicial nos orienta a comenzar nuestra intervención desde un tratamiento psicoanalítico.

En la medida en que se suceden los encuentros, se van produciendo cambios importantes que marcan claramente un progreso muy significativo en sus juegos y en las relaciones con otros, dando indicios de un lugar para el sujeto: los juegos comienzan a poder soportar las intervenciones de otros personajes y los objetos pueden circular en ciertos intercambios. Resulta claro que lo que comienza a tramarse como juego constituye un “otro lugar”, permitiéndole habitar una realidad más placentera. Comienza a ceder la evitación de la demanda para luego desaparecer y, de este modo, se establecen nuevas formas de intercambio. Paralelamente concluyen sus crisis de angustia, de llantos y gritos facilitando su circulación en el espacio escolar. En un trabajo con la guardería y con los padres, se decide una permanencia en la sala de tres años para el siguiente ciclo. En este punto ya ha transcurrido un año de tratamiento psicoanalítico.

Algunos juegos de Mariana

Uno de los juegos que se repetían en estos tiempos era leer los logos de las marcas de los juegos: por ejemplo, si veía un dominó en el armario de los juguetes, ella no lo nombraba “dominó”, sino “Ruibal”, que era el nombre del fabricante cuyo símbolo o logo ella reconocía. En aquel momento, las propagandas televisivas en los canales infantiles concluían con el nombre del fabricante del juguete y lo último que se mencionaba, por ejemplo, era “Hecho por Joska”, y creo que ahí estaba la razón de reconocerlos de ese modo.

El juego de la Oca era “Joska” por haber identificado el logo en la caja y no hablaba del juego de la Oca o de las damas sino de “Joska”, de “Ruibal”. Esta lectura, que en un principio se limitaba a los juegos y juguetes, se extendió a cualquier objeto que tuviera una etiqueta: “Coca-Cola” (gaseosa), “Ayudín” (lavandina), “Villavicencio” (agua mineral), “ECHO en el balde” (desinfectante de pisos). Se trataba de ver las etiquetas y nombrarlas tal como un lector de código de barras de las cajas registradoras de los comercios.

En aquella época de la lectura como *lectora de código de barras* la pregunta que surgió fue: ¿Cómo hacer un juego con estos signos que cautivan su interés casi exclusivamente? Los envases se convirtieron en personajes y deseaban tener otra etiqueta: por ejemplo, Ayudín pedía por ser Coca o, en otro momento, reclamaba ser agua Villavicencio; también la botella de Coca-Cola suplicaba por ser Hecho en el balde. Las etiquetas se intercambiaban entre las diferentes botellas creando personajes. Así fue como los objetos fueron consiguiendo ser otros al tener otras etiquetas y hablaban de lo felices que estaban con el cambio. A veces extrañaban sus etiquetas originales y podían recuperarlas, algo que a los personajes los tranquilizaba mucho. Jugamos con esos significantes y soportábamos que los personajes quisieran ser otros por un rato.

Extendemos hasta aquí estas diferentes lecturas en las que incursionábamos en los encuentros con Mariana para situar la importancia que tenían dentro del tratamiento psicoanalítico. En tales encuentros, más de una vez, se generaron obstáculos que dejaron al psicoanalista sin recursos. La salida de ese callejón sin salida fue -en principio- las preguntas dirigidas a un trabajo de supervisión que permitieron el armado de algunas nuevas estrategias de intervención en el juego.

Ahora bien, tal como se ha propuesto, la función de esta viñeta clínica que se presenta es marcar el pasaje abierto por una pregunta; es dar cuenta del planteo de un problema que se dirige más allá de las fronteras de la propia disciplina, en este caso, del psicoanálisis. A ello se dedicarán los planteos del próximo apartado.

El pasaje del obstáculo a la pregunta

Un día, al entrar con Mariana al consultorio en el que habitualmente sucedían nuestros encuentros, la escucho decir “Power Rangers” y luego “amarillo”, “rojo”. En ese momento descubro con gran asombro que, en el pizarrón, estaban escritas esas mismas palabras. Le digo, “Sí Mariana...” y repito las palabras que hacía un momento ella había leído. Mi sorpresa se mezclaba con la duda y con la alegría de presenciar esa lectura. Sin entender demasiado por qué hacía lo que hacía, comencé a señalar con mi dedo índice las palabras escritas en el pizarrón mientras

ella, al unísono, pronunciaba silabeando y prolongando las vocales, “Poweeeeer Raaangeeers”, “aaamaaariillooo” “rooojooo”.

Podremos ubicar en lo que sigue el producto de mi desconcierto que, cuando sucede, nos lleva a hacer cosas que no nos queda claro para qué se hacen. Borro el pizarrón, y escribo: “nene”, “pato”, “casa”, mientras ella reproduce en su lectura “nene, pato, casa”. Me descubro, entonces, escribiendo palabras en un pizarrón para que Mariana las lea y pudiera comprobar si lo hacía “de verdad”. Debo confesar que el hecho de descubrirme en esa posición, haciendo esas pruebas para indagar si leía verdaderamente, me resultó muy incómodo y sumamente desubicado. Surgió, entonces, en mí, una primera pregunta que creo fundamental para pensar la clínica: ¿qué estoy haciendo?

Lo que hacía no podía ser reconocido como el trabajo de un psicoanalista en el encuentro con una niña. Como planteaba Jorge Fukelman (1996) -un psicoanalista a quien considero un maestro y un referente en la clínica psicoanalítica con niños-, “el problema no es meter la pata, sino sacarla a tiempo” (p. 8).

A esta altura se me precipita una segunda pregunta: ¿Qué hago con esto que excede mi función como psicoanalista? ¿...con esto que implica la necesidad de ubicar una diferencia?, respecto a una niña en quien podíamos armar lectura de cierto problema/pregunta en el desarrollo, con perturbaciones psíquicas que delataban el compromiso en su constitución como sujeto y en la construcción de un “yo” que le facilitara su orientación en el mundo real. Respecto a una niña con una escolaridad que le exigía una permanencia en una sala de tres años pero que, a su vez, mostraba posibilidades de encuentros con sus pares y de responder a aquellas consignas escolares más importantes. Respecto a Mariana y a todos los niños, ¿es posible dejar de lado su aprender a leer? Que los niños aprendan a leer y a escribir y que se apropien de los conocimientos de la cultura es un anhelo universal del cual nadie debería estar exceptuado en tanto se sostenga en ciertas relaciones de lazo social.

¿Cómo hacer para poder sostener mi lugar de psicoanalista en los encuentros con Mariana sin ocuparme de la pregunta por su aprender a

leer? Lo primero que podría afirmar es que lo que me permite mantener intermitentemente el lugar de analista en los encuentros con un niño o una niña es la posibilidad de no ocuparme de sus aprendizajes. Las vicisitudes de la lectura de la niña, a mi entender, exceden al tratamiento psicoanalítico por el hecho de que no se puede reducir toda la complejidad de su apropiación a una disciplina: un analista no se puede ocupar de los procesos de aprendizaje porque no es su función. Entonces ¿cómo operar con ese suceso que me inquieta respecto de la lectura que produce Mariana?

Se impone aquí una breve digresión. Winnicott (1992) comentaba que es muy común entre los analistas anotar lo que los pacientes dicen pero que rara vez anotan en esas mismas páginas sus propias intervenciones (p. 25). Referido esto, vale abocarnos a lo que pude pensar para trastocar en una *pregunta interdisciplinaria* un obstáculo que se recortaba en mi trabajo psicoanalítico. El trabajo interdisciplinario me posibilita no ocuparme de aquello que no es mi función, en este caso, los aprendizajes de la lectura de una niña. Según la situación, esta pregunta puede lanzarse a aquel o aquella terapeuta que sostiene una clínica de niños pequeños en el marco de lo que entendemos como la atención precoz o puede direccionarse a la intervención psicopedagógica cuando se sospecha un problema específico en el aprendizaje. En el caso de Mariana, la pregunta se dirigió a la psicopedagogía clínica en tanto disciplina abocada a intervenir cuando algo se problematiza en el aprender. Ahora bien, ¿a quién se dirige esa pregunta dentro de ese campo disciplinar?

La función de la transferencia en el trabajo interdisciplinario

En la forma en que concebimos la dinámica del trabajo interdisciplinario, esa pregunta/problema no tiene como destinatario a alguien anónimo de una disciplina, sino que la demanda se dirige a *alguien* que, además de ser portador de los conocimientos específicos, ocupa un lugar de Sujeto al que se le supone un saber que va más allá de lo que conoce.

¿Por qué no alcanza con ser portador de los conocimientos de una disciplina? Para responder

a esta pregunta es imprescindible introducir los conceptos de *transferencia* acuñado por Freud y del lugar del *Sujeto supuesto* articulado por Jaques Lacan, fundamentales para el psicoanálisis. Es Freud quien va a afirmar que la *transferencia* no es un fenómeno creado por efecto del dispositivo psicoanalítico. “No debe creerse que el análisis cree la transferencia y que esta sólo aparece en él. Por el contrario, el análisis se limita a revelar la transferencia y aislarla. Trátese de un fenómeno generalmente humano que decide el éxito de toda influencia médica, y domina, en general, las relaciones de una persona con las que le rodean” (Freud, 1975).

Lacan (1987) va a precisar que “la transferencia es un fenómeno esencial, ligado al deseo, como fenómeno nodal del ser humano” (p. 239). Entendemos que tal fenómeno opera en todo dispositivo terapéutico y dar un lugar a sus efectos en toda relación terapéutica introduce otra dimensión para pensar las intervenciones. Es así como el propio emperador Marco Aurelio convocaba a Galeno para que le vertiese con sus propias manos la “teriaca” (Lacan, 1985, p. 87): no alcanzaba la teriaca, sino que hacía falta la mano de Galeno vertiéndola directamente en su boca.

La transferencia está en relación con el reconocimiento de cierta falta de saber que, a su vez, se le supone a Otro. Esta falta de saber motoriza la búsqueda de un sujeto al que se lo supone poseedor de un saber acerca de los caminos que conducen a la cura. En esta operación, se funda la posibilidad de un trabajo interdisciplinario: en la posibilidad de ubicar un saber que *hace falta* y se ubica en Otro.

Como para Marco Aurelio, no alcanza con los conocimientos que Galeno pudo haber transmitido a algún discípulo, sino que hace falta el mismo Galeno ubicado en ese lugar transferencial. Por ocuparlo, sus propias manos agregan *algo* a esa medicina.

El obstáculo clínico no sólo se refiere al límite de cada disciplina sino también al propio narcisismo de los terapeutas que resistimos a reconocer nuestro límite. Se trata de cierta resistencia a encontrarnos con *la falta*, con nuestra propia castración, si lo planteamos desde una lectura psicoanalítica. Esta es la razón por la cual para algunos resulta imposible el trabajo

interdisciplinario y para otros tan difícil. Requiere necesariamente cierta confianza a quien se le va a dirigir esa pregunta y eso no es con cualquier representante de la disciplina.

Entonces, por un lado, hay una cara del obstáculo a la que hemos referido reiteradamente a lo largo del texto: la del límite que permite que se elabore cierto saber disciplinar que no apunta a un saber absoluto sino a la articulación de un constructo teórico que marca lo parcial del conocimiento y que insiste en dar respuestas parciales sobre lo real. La otra cara del obstáculo -a la que podríamos llamar el *lado oscuro de la luna*- es el límite con el que operamos todos los terapeutas en tanto sujetos: no queremos saber nada con esa falta de saber (castración) y, en tal sentido, es que se ubica como resistencia.

Es por ello por lo que, en el caso de Mariana, la demanda no es al universo de las psicopedagogas, sino que es a una o a algunas; específicamente, a aquella que ocupa dicho lugar transferencial de *Sujeto Supuesto Saber*.

El primer movimiento en la dinámica del trabajo interdisciplinario es la *interconsulta*. De lo que se viene planteando se desprende que la interconsulta no propone una relación simétrica y que, aunque tenga la apariencia de un encuentro entre pares de diferentes disciplinas, no se trata de eso. Entendemos que la dinámica interdisciplinaria se funda en una relación asimétrica entre aquel que demanda (11) y aquel a quien se le supone la posibilidad de poder dar una respuesta a lo que se plantea. En ese *inter* asimétrico de la interconsulta es donde se debe producir un trabajo que apunte a ubicar puntos simbólicos, esos elementos inteligibles que permitan realizar nuevos cálculos para las intervenciones.

Las intervenciones terapéuticas: la interconsulta, el seguimiento y la intervención directa

La interconsulta

Como planteáramos, la interconsulta es el primer movimiento en la dinámica interdisciplinaria. Ubicada la pregunta desde el terapeuta, esta es dirigida a un profesional que sostiene cierto lugar transferencial más allá de los conocimientos disciplinares.

El trabajo en interconsulta es una *intervención*

indirecta en tanto no es ni con el niño ni con sus padres: es la primera red en la cual se captura y se elaboran nuevos *puntos mestizos* (12) en una nueva trama simbólica que es producto de lo que se elabora *entre* los discursos disciplinares.

Retornando al material de Mariana, en el trabajo de interconsulta apareció la necesidad de realizar una *intervención directa* que se plasmó en un estudio psicopedagógico. A partir de los resultados que surgieron de ese estudio se tomó la decisión de abrir, para la niña, un *trabajo de seguimiento* que se concretaría en encuentros de reevaluación con cierta frecuencia. En determinado momento, en el marco de ese trabajo, se evidenció como necesaria una *intervención directa* desde un tratamiento en psicopedagogía clínica.

Lo que resultara un obstáculo para mí en tanto psicoanalista -la pregunta por las producciones en lectura y escritura de Mariana- queda sostenido desde un lugar de saber específico.

El seguimiento

Todo dispositivo terapéutico se articula en función de dar una respuesta a cierto emergente. En este sentido, la instancia de *seguimiento* dentro de nuestro dispositivo terapéutico de trabajo interdisciplinario es la que nos permite no responder con un tratamiento específico a cada dificultad que presenta un niño o una niña. Esta instancia de trabajo clínico no tiene una frecuencia establecida, sino que, por el contrario, depende de lo que se articule como demanda dentro del tratamiento específico.

Es importante destacar que, el hecho de que no hubiere una intervención directa no implica que no hubiera un *tratamiento* del problema. El seguimiento tiene por función dar soporte y sostén al tratamiento específico que orienta la cura, de modo que el terapeuta o los terapeutas cuenten con la contención que les dan las otras disciplinas.

¿Cómo es eso? El dispositivo interdisciplinario tiene como una de sus funciones estar dispuesto a dar alguna respuesta sobre aquello que excede al tratamiento y se dirige como pregunta a algún terapeuta de otra disciplina.

¿Por qué no un tratamiento para cada déficit o para cada dificultad que se presenta? Como ya lo anticipamos, los tratamientos tienen efectos secundarios no deseados y condicionan

a los niños en el poder habitar la infancia. Nos referimos a su vida familiar, su vida social, sus relaciones en general: los tratamientos no son inocuos en esos aspectos. La introducción de uno nuevo hace foco -subraya- un obstáculo en el desarrollo de un niño y sabemos que el hecho de focalizarlo genera, sobre quienes encarnan las funciones parentales, vacilación en el saber sobre su hijo.

Aunque en muchas ocasiones quienes ejercen dichas funciones parentales piensan que “cuantos más tratamientos, mejor”, debemos discrepar de que esto sea así. Este saber vacilante sobre el hijo genera una demanda: que la *falta de saber* sea remplazada por los conocimientos de las disciplinas.

Es absolutamente necesario para constituirse como sujeto que los hijos y las hijas cuenten con esas coordenadas que traza el deseo de aquellos que cumplen dichas funciones parentales. Sin que alguien salga del anonimato y ponga en juego su deseo de otorgarles un lugar de hijo, no hay posibilidad de que un bebé o un niño tenga un referente para orientarse.

A su vez, consideramos que no son los déficits o dificultades que observan los padres los que determinan los tratamientos del niño. No se trata de no escucharlos en su demanda sino de afirmar que la decisión sobre los tratamientos a seguir es responsabilidad del grupo de trabajo interdisciplinario.

El esquema de tratamientos que propone un dispositivo cognitivo conductual se define por intervenciones directas sobre cada dificultad observable, multiplicando los tratamientos para el niño. Muy diferente es la respuesta desde un dispositivo interdisciplinario, que orienta sus intervenciones considerando cierta ética sobre los condicionamientos para la constitución de un sujeto infantil.

Desde nuestra lectura, resulta imposible indicar una *intervención directa* con un niño o con sus padres sin haber determinado que ha surgido un problema específico que la hace indispensable. Con respecto a Mariana, en un primer momento, el resultado del estudio psicopedagógico no derivó en la necesidad de una intervención directa desde un tratamiento específico, sino que abrió una instancia de *seguimiento*.

Tal como pensamos nuestro dispositivo de

trabajo interdisciplinario, una de sus funciones principales -sino la principal- es tutelar que se constituya un sujeto infantil en un niño.

La intervención directa

Las intervenciones directas, en un sentido general, son aquellas en que se concretan encuentros con los niños o sus padres: cuando se hace necesario un estudio específico en el marco de una disciplina, cuando -como resultado del trabajo en interconsulta- se revela pertinente el comienzo de un nuevo tratamiento o las entrevistas con los padres.

Con respecto a estas últimas, debemos ubicar una diferencia. Están aquellas que los padres sostienen con los terapeutas en el marco del tratamiento que llevan adelante con su hijo. Y, en nuestro dispositivo, está también la instancia del trabajo con los padres que se lleva a cabo sin que necesariamente el niño esté en un tratamiento: aquellas que se concretan con el psicoanalista.

Estas *intervenciones directas* son específicas de la forma en que pensamos nuestro dispositivo interdisciplinario. Desde el primer momento en que un niño se deriva a nuestro grupo de trabajo, se ubica con los padres la imposibilidad de comenzar un trabajo *sin ellos*.

El tratamiento terapéutico en este dispositivo necesita que los padres ocupen su función parental: no necesitamos ayudantes, no queremos que trabajen con nosotros ni por nosotros, no queremos que sean reeducadores de sus hijos, ni docentes, ni enfermeros, sino que queremos que puedan hacer propia esa función parental. Los encuentros del psicoanalista con los padres son en función de su hijo, en tanto poder ubicar simbólicamente por dónde pasan las coordenadas que marcan las anticipaciones de su deseo sobre este sujeto en constitución.

No necesitamos ver a los niños sino escuchar a los padres intentando ubicar los puntos simbólicos en los que ellos los esperan. Trabajar con ellos los aspectos imaginarios, ilusorios, que se producen como efecto de la transferencia sobre los terapeutas que conducen los tratamientos de sus hijos.

Es trabajo de estas entrevistas transformar esa demanda de respuesta por la felicidad en ubicar por qué lugares pasa su deseo. Los dispositivos

terapéuticos pasan, los niños se transforman en adolescentes y adultos y es muy sufriente la vida para un adulto que no se constituyó como sujeto infantil.

Este trabajo de seguimiento en entrevistas determina su frecuencia de encuentros por el ritmo que dicta la transferencia: por la demanda de los terapeutas, dados los efectos transferenciales de los padres sobre ellos, o por la demanda de los padres en función de pensar cierto malestar que se les impone.

Algunas advertencias con respecto al trabajo interdisciplinario

El tratamiento interdisciplinario del problema trasciende lo específico de cada disciplina. La frase “mi paciente”, tan cara a algunos terapeutas, puede resultar costosa para los pequeños pacientes. El *mí* o el *mío* respecto al paciente en cuestión hace referencia a una posesión en un sentido imaginario que evidencia cierta propiedad sobre la dificultad y que remite necesariamente al narcisismo del profesional. Este narcisismo se plantea como cierta resistencia al trabajo interdisciplinario.

Otro aspecto imaginario es considerar que la propia disciplina se erige como central o eje sobre las demás en tanto disciplina-Reina. Resulta indiscutible que en aquel que elige esta forma de trabajo interdisciplinario -que se sostiene en una ética- se juega el renunciamento a estas posiciones. No obstante, sabemos que ello no exime que estas posiciones monárquicas emerjan como un obstáculo en la dinámica del trabajo interdisciplinario: la transferencia puede generar, en aquel que ocupa ese lugar, cierta ilusión o creencia de que dicho saber no es solo supuesto sino una posesión real. Caer en el engaño no es difícil si no se está advertido.

Cuenta la historia (13) que, durante el desfile de la victoria en los Campos de Marte, los conquistadores romanos eran vivados como la imagen viviente de Júpiter: su rostro iba pintado de minio (el color de los inmortales) para evitar el *fasinum* (creerse ser el Falo). Además de todos los amuletos fálicos que llevaban sobre el carro para protegerlos de caer en dicha fascinación, otra medida precautoria que se tomaba era colocar detrás de los conquistadores un esclavo

que, parado tras ellos, sostenía a cierta distancia de la cabeza la corona de laureles de oro de Júpiter y, sin apoyarla, le iba replicando en su oído, “recuerda que eres un hombre”.

Como profesionales, se corre riesgo de caer en esos lugares fascinantes, narcisistas, que requieren de hacer un trabajo con ellos. Nadie está exento de caer allí; aún más, forman parte del obstáculo.

A su vez, como venimos señalando, el que resulte producto de un equipo que se reúne en su seno no garantiza que opere allí el trabajo interdisciplinario. Por el contrario, serán aquellos elementos que se producen a partir de ese trabajo los que permitan determinar la operatoria interdisciplinaria de un dispositivo terapéutico.

El dispositivo de trabajo interdisciplinario determina una forma de tratar los problemas/preguntas en el desarrollo de un niño del mismo modo que la forma de tratar al problema/pregunta determina al dispositivo de trabajo como interdisciplinario.

Agradecimiento

A mi colega Patricia Enright, interlocutora fundamental para la elaboración de este artículo y quien fuera central en la lectura y corrección de este texto.

Notas

(1) Este neologismo que utiliza Unamuno (1927) hace referencia al *trayecto* (del latín *proiectus* o *traictus*). En él toma valor el camino más que la meta o el punto de llegada.

(2) Entendemos *lo real* como lo que aún no tiene un lugar simbólico, lo que aparece como imposible. Es lo que queda por fuera de toda articulación.

(3) Recomiendo la lectura de *El nacimiento del amor* (Platón, *El Banquete*, 203b-204b)

(4) De este interés inicial surge el artículo de mi autoría publicado en la revista *Desenvolupa* en el año 2001, “Lo posible y lo imposible en interdisciplina”, referenciado en la bibliografía.

(5) El Centro de Neurología Infantil es la institución dirigida por la Dra. Lydia Coriat hasta su muerte. Después de su fallecimiento prematuro -en 1980, a los 60 años-, haciendo honor a su

legado y como continuidad de su trabajo, sus discípulos crean el *Centro Dra. Lydia Coriat de Diagnóstico y Tratamiento de los Problemas del Desarrollo Infantil*, también en Buenos Aires.

(6) Recomendamos enfáticamente su lectura en <http://www.lydiacoriat.com.ar/libro/prologo-h.html>.

(7) El término *emergencia* se utiliza tanto en el sentido de algo que se hace presente en un momento determinado (que emerge) como en el de la urgencia de ser atendido.

(8) *Trastocar* es definido por el Diccionario de la Real Academia Española como mudar el ser o estado de algo, dándole otro diferente del que tenía.

(9) Referido al concepto de *pensamiento mestizo* (Laplantine y Nouss, 2007)

(10) La entrevista de admisión es la primera entrevista que los padres tienen con el dispositivo terapéutico. En esta entrevista participan un neuropsiquiatra y un psicoanalista.

(11) Nos referimos a la *demanda* en el sentido con que se utiliza en psicoanálisis. La demanda introduce, en alguna medida, cierta exigencia y perentoriedad a satisfacerla. Podemos asimilarla a la demanda judicial: no es algo que se puede desoír sin consecuencias, dado que hay en juego la suposición de un derecho. Esta demanda surge en función de una oferta previa, la disciplina y aquel que la ejerce, a quienes se les supone su posibilidad de responder dado que declaran poseer cierto saber específico.

(12) Situamos como *puntos mestizos* aquellos que se crean en la interconsulta, ya que no son de una u otra disciplina, tampoco son una mezcla ni una fusión. Son singulares y en ese punto son irreversibles en el tratamiento: son un punto simbólico más, producto del *mestizaje*.

(13) Se puede recuperar esta historia en http://olimpiadasquindio.ddns.net/principal/obra_arte/x-antigu/rom-arc1.htm

Bibliografía

Austin, J. L. (2003). *Como hacer cosas con palabras*. Buenos Aires: Paidós.

Bassols, M. (2005). Síntoma o Trastorno, XIV *Jornadas Anuales de la Escuela de Orientación*

Lacanianana.

Bruno, P. (1986). Al margen sobre la debilidad mental. *Revue du Champ Freudian*, 37, 38- 65.

Coriat, L. (1974/2017). *Maduración Psicomotriz en el primer año del niño* (en línea). Recuperado de

<http://www.lydiacoriat.com.ar/libro/prologo-h.html>

Derrida, J. (1998). *Aporías, Morir-esperarse* (en) "*los límites de la verdad*". Barcelona: Editorial Paidós.

Freud, S. (1975). Presentación autobiográfica (1925 [1924]), en *Obras Completas*, vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu.

Fukelman, J. (1996). *Ponerse en juego*. Seminario agosto 30 y 31 septiembre 1 y 2 Cartagena de Indias, Colombia (no publicado).

Kantowski, M. G. (1981). Problem solving. En E. Fennema (Ed.), *Mathematics education research: Implications for the 80's*. Reston, VA: National Council of Teachers of Mathematics. (pp. 111-113).

Lacan, J. (1985). *Psicoanálisis y Medicina. Intervenciones y Textos*. Buenos Aires: Manantial.

Lacan, J. (1987). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Seminario XI*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1960/1988). *La Ética del Psicoanálisis 1959-1960. Seminario VII*. Buenos Aires: Paidós.

Laplantine, F. y Nouss, A. (2007). *Mestizajes. De Arcimboldo a zombi*. Buenos Aires: Fondo de cultura Económica.

Maciel, F. (2017). En algunos barrios de Buenos Aires... Dar lugar al sujeto es sostener la infancia de un niño en los abordajes terapéuticos. *Desenvolupa*, 34.

Maciel, F. (2001). Lo posible y lo imposible en interdisciplina. *Revista de l'ACAP*, 17-18.

Mannoni, M. (1995). *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires: Paidós.

Platón, (2014). *El Banquete*, Barcelona: Gre-dos. 203b-204b.

Unamuno, M. (1927). Manuel Machado y yo. Arabesco tópico paradójico y Carta a José Bal-seiro. En *Cómo se hace una novela*, Buenos Aires: Alba Libro.

Winnicott, D. (1992). *Sostén e Interpretación. Fragmento de un análisis*. Buenos Aires: Paidós.

Contexto familiar y desarrollo infanto-juvenil: el papel de la interacción filio-parental en la salud mental

LAURA COMENDADOR VÁZQUEZ^{1,A,D}, IRIS PÉREZ-BONAVENTURA^{2,3,4,A,B}, ANTONI SANZ RUÍZ^{2,4,C},
BEATRIZ MOLINUEVO ALONSO^{4,5,D}, ANASTASIYA IVANOVA-SEROKHVOSTOVA^{1,6,D},
RAFAEL TORRUBIA BELTRI^{2,7,D}, DIEGO J. PALAO VIDAL^{5,7,8,9,A,D,E} Y MONTSERRAT PÀMIAS MASSANA^{5,4,8,10,A,D,E}

RESUMEN

Contexto familiar y desarrollo infanto-juvenil: el papel de la interacción filio-parental en la salud mental. El presente estudio explora la relación entre prácticas educativas parentales y/o estilos educativos parentales sobre conductas internalizantes y externalizantes. Se evaluaron las prácticas educativas parentales en una muestra constituida por 43 niños y adolescentes de 7-14 años, los estilos educativos parentales y la psicopatología mediante el APQ y el CBCL, respectivamente. Los resultados sugieren que menor implicación parental, elevada inconsistencia en la disciplina y uso de castigo corporal se relacionan con conductas externalizantes. Asimismo, los estilos educativos autoritarios, permisivos y/o negligentes se relacionan con conductas internalizantes y externalizantes. En conclusión, se manifiesta la relevancia de promocionar prácticas educativas parentales adaptativas, contribuyendo en la implementación de programas específicos basados en la evidencia para progenitores. **Palabras clave:** conducta externalizante, conducta internalizante, estilo educativo parental, interacción filio-parental, práctica educativa parental, psicopatología infanto-juvenil.

ABSTRACT

Family context and child and adolescent development: the role of child-parent interaction in mental health. The present study explores the relationship between parental educational practices and/or parental educational styles on internalizing and externalising behaviours. Parental educational practices, parental educational styles, and psychopathology were assessed in a sample consisted of 43 children and adolescents aged between 7-14 years using the APQ and the CBCL, respectively. The results suggest that less parental involvement, high inconsistency in discipline, and use of corporal punishment are related to externalising behaviours. Likewise, authoritarian, permissive, and/or negligent educational styles are related to internalising and externalising behaviours. In conclusion, the relevance of promoting adaptive parental educational practices, contributing to the implementation of specific evidence-based programmes for parents, is evident. **Keywords:** externalising behaviour, internalising behaviour, parental educational style, child-parent interaction, parental educational practice, child and adolescent psychopathology.

RESUM

Context familiar i desenvolupament infantil i juvenil: el paper de la interacció filio-parental en la salut mental. Aquest estudi explora la relació entre pràctiques educatives parentals i/o estils educatius parentals sobre conductes internalitzants i externalitzants. Es van avaluar les pràctiques educatives parentals, els estils educatius parentals i la psicopatologia en una mostra constituïda per 43 nens i adolescents de 7 a 14 anys mitjançant l'APQ i el CBCL, respectivament. Els resultats suggereixen que menor implicació parental, elevada inconsistència a la disciplina i ús de càstig corporal es relacionen amb conductes externalitzants. Així mateix, els estils educatius autoritaris, permisius i/o negligents es relacionen amb conductes internalitzants i externalitzants. En conclusió, es manifesta la rellevància de promocionar pràctiques educatives parentals adaptatives, contribuint a la implementació de programes específics basats en l'evidència per a progenitors. **Paraules clau:** conducta externalitzant, conducta internalitzant, estil educatiu parental, interacció filio-parental, pràctica educativa parental, psicopatologia infantil i juvenil.

¹Psicòloga General Sanitaria ²Doctor/a en psicologia ³Psicòloga Especialista en Psicologia Clínica. ⁴Profesor/a agregado/a.

⁵Doctor/a en Psiquiatria ⁶Investigadora Predoctoral ⁷Titular de universidad ⁸Doctor/a en medicina ⁹Director de Salud Mental.

¹⁰Jefa de Servicio. ^AServicio de Salud Mental. Hospital Universitario Parc Taulí. Unitat Mixta de Neurociència Traslacional I3PT-UAB. Parc Taulí, Barcelona. ^BFacultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). ^CFacultad de Psicología. Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación. UAB. ^DFacultad de Medicina. Departamento de Psiquiatria y de Medicina Legal. UAB. ^ECIBERSAM (Madrid). Barcelona.

Contacto: antonio.sanz@uab.cat

Recibido: 22/6/21 - Aceptado: 29/11/22

Introducción

El desarrollo infanto-juvenil es un proceso global de transformaciones progresivas en competencias físicas, cognitivas, socioemocionales y morales (Vogler, Crivello y Woodhead, 2008). En las últimas décadas, el estudio de la salud mental (SM) en la etapa infanto-juvenil ha experimentado un notable incremento (Navarro-Pardo, Moral, Galán y Beitia, 2012); la trascendencia de la detección precoz, diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicológicos con objeto de mejorar el pronóstico ha llevado a profundizar el análisis de este grupo poblacional (Vasileva, Graf, Reinelt, Petermann y Petermann, 2021). En la sociedad actual, los trastornos mentales (TM) tienen una elevada prevalencia en población infanto-juvenil. A escala internacional, entre un 10 % y un 20 % de las personas menores de edad presentan problemas de SM (Organización Mundial de la Salud, 2019); en España, entre un 15 % y un 24 % (Instituto Nacional de Estadística, 2018); y en Cataluña, un 7,5 % (Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, 2018).

En este contexto, es relevante describir y clasificar las psicopatologías con mayor incidencia en niños y adolescentes. Achenbach, Edelbrock y Howell (1987) diferencian dos tipologías de conducta en la desviación del comportamiento infanto-juvenil: internalizante vs. externalizante. Las conductas internalizantes se caracterizan por un conjunto de síntomas que incluyen ansiedad, afecto depresivo y estados alterados del ánimo (Moreno-Méndez, Echavarría, Pardo y Quiñones, 2014). Se identifican diversos trastornos psicopatológicos internalizantes: trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y trastornos de síntomas somáticos (Del Barrio, 2010; Soler, Alcántara, Fernández, Castro y Pina, 2010). Las conductas externalizantes se caracterizan por un conjunto de comportamientos que incluyen conductas desafiantes hacia la autoridad, coacción, agresividad, hiperactividad, impulsividad, inatención, irritabilidad y desobediencia (Moreno-Méndez y Chauta, 2012). Se identifican diversos trastornos psicopatológicos externalizantes: trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno negativista-desafiante (TND) y trastorno de conducta (TC) (Del Barrio, 2010).

Múltiples investigaciones han tratado de identificar los factores que predicen la presencia de conductas internalizantes y externalizantes en la población infanto-juvenil (Achenbach y Rescorla, 2001; Villanueva-Bonilla y Ríos-Gallardo, 2018). Entre ellos, se destaca el contexto familiar como elemento determinante en la transmisión de patrones de comportamiento que pueden influir en el desarrollo y mantenimiento de conductas disruptivas y alteraciones emocionales (Bornstein, Putnick, y Suwalsky, 2018; Palacios y Andrade, 2008). Específicamente, las prácticas educativas parentales adoptan un papel prominente en el desarrollo psicológico, social y neurológico de niños y adolescentes (Belsky, Pasco-Fearon y Bell, 2007; Coscolla, Martínez y Poll, 2016). Las prácticas educativas parentales son conductas específicas orientadas a una meta particular, que permiten a los progenitores ejercer un papel socializador (Torío, Peña y Rodríguez, 2008). En contraste, los estilos educativos parentales se definen como una constelación de actitudes, metas y valores que los progenitores asumen frente a la descendencia; comunicadas crean un clima emocional en el que se expresan los comportamientos parentales (Darling y Steinberg, 1993).

Históricamente, el concepto de estilo educativo parental ha tenido diferentes connotaciones y matices. Baumrind (1967, 1971), en el *modelo de socialización parental*, sostiene la existencia de tres estilos básicos de interacción filio-parental: democrático, autoritario y permisivo. La tipología fue reformulada por Maccoby y Martin (1983), postulando que los estilos educativos parentales son el resultado de la combinación de las dimensiones *afecto/comunicación* y *control/exigencia* (ver tabla 1 del anexo). En la década de los noventa, Palacios (1999) plantea el *modelo de construcción conjunta y de influencias múltiples*, defendiendo la bidireccionalidad de las relaciones filio-parentales. La tendencia actual considera este carácter recíproco y mediador, describiendo las prácticas educativas parentales como causa y/o consecuencia de problemas de desarrollo infanto-juvenil (Tur-Porcar, Mestre y Del Barrio, 2004).

En referencia a los factores observados con el desarrollo de conductas internalizantes, se remarca la incidencia de la dimensión *afecto/*

comunicación (Brumariu y Kerns, 2010). Hay cierta evidencia de que los progenitores de niños con ansiedad ejercen mayores conductas de sobreprotección asociadas a un clima familiar caracterizado por bajos niveles de afectividad, mayor rechazo y crítica parental (Izquierdo-Sotorrío, Carrasco y Holgado-Tello, 2020; Pereira, Barros, Mendonça y Muris, 2014). Por otra parte, la manifestación de menor implicación parental, mayor sobreprotección y mayor nivel de crítica podría predisponer al desarrollo de sintomatología depresiva (Muris, Meesters y van den Berg, 2003). Asimismo, se describe que la sobreprotección parental podría tener un efecto directo en la manifestación de síntomas somáticos (Serra, Claustre y Bonillo, 2013).

En referencia a los factores observados con el desarrollo de conductas externalizantes, se destaca la incidencia de la dimensión *control/exigencia* (Ruiz-Hernández, Moral-Zafra, Llor-Esteban y Jiménez-Barbero, 2018; Sharma y Sandhu, 2006). Los progenitores de niños con síntomas de inatención y/o hiperactividad/impulsividad parecen presentar actitudes más inconsistentes asociadas a mayores niveles de rechazo parental (González, Bakker y Rubiales, 2014; Izquierdo-Sotorrío et al., 2020). La inconsistencia en la disciplina y ausencia de monitorización/supervisión se describe como factor de riesgo en la presencia de problemas negativistas y desafiantes (Franco, Pérez y Dios, 2014; Javaloyes y Redondo, 2008). Por otra parte, los progenitores de niños con problemas de conducta parecen presentar actitudes autoritarias o inconsistentes, asociadas a elevados niveles de reciprocidad negativa (García-Méndez, Rivera y Reyes-Lagunes, 2014; Moreno-Manso, Serrano-Serrano, Galán-Rodríguez y García-Baamonde, 2015). En población adolescente, las conductas antisociales han sido relacionadas con una escasa monitorización/supervisión y mayores prácticas punitivas (Ochoa, Hernández, Yépiz, Mercado y Verduzco, 2016; Palacios y Andrade, 2008).

El modelo óptimo para favorecer un correcto desarrollo evolutivo combina, de manera pertinente, niveles de *afecto/comunicación* y *control/exigencia* en función de la edad y características personales de la descendencia (Ceballos y Rodrigo, 1998), condición presente en progenitores que emplean sistemáticamente un

estilo educativo democrático (Jorge y González, 2017). Así pues, prácticas educativas parentales y/o estilos educativos parentales etiquetados como adaptativos facilitan la adquisición de conductas prosociales, de autorregulación emocional y de prevención de problemas de SM (Sánchez-Esteban, 2019). En contraposición, prácticas educativas parentales y/o estilos educativos parentales etiquetados como desadaptativos están asociados a altas tasas de psicopatología infanto-juvenil (Franco et al., 2014). Adoptando una perspectiva crítica, la actual investigación trata de constatar la robustez terminológica apriorísticamente empleada en la literatura, analizando la existencia de interacciones filio-parentales que reducen significativa y sistemáticamente una determinada sintomatología.

El objetivo del presente estudio se centra en: (O1) Explorar la relación existente entre interacción filio-parental y psicopatología en una muestra clínica infanto-juvenil.

De acuerdo con la evidencia científica, las hipótesis planteadas fueron: (H1) Las prácticas educativas parentales y/o estilos educativos parentales apriorísticamente etiquetados como desadaptativos reportan una mayor presencia de conductas internalizantes y externalizantes; (H1.1) Prácticas educativas parentales caracterizadas por menor implicación parental y menor refuerzo positivo y/o estilos educativos autoritarios o negligentes se corresponden con conductas internalizantes; (H1.2) Prácticas educativas parentales caracterizadas por inconsistencia en la disciplina, escasa monitorización/supervisión y castigo corporal y/o estilos educativos permisivos o negligentes se corresponden con conductas externalizantes (ver figura 1 del anexo).

Método

Participantes

La población diana estaba representada por niños y adolescentes con diagnóstico psicopatológico y sus respectivos progenitores. Los criterios de inclusión de la muestra fueron: (a) género masculino, (b) edad entre seis y 14 años, (c) ausencia de discapacidad intelectual moderada cuantificada con una puntuación escalar ≥ 4 en las subpruebas *Vocabulario* y *Matrices* de la

Escala de Inteligencia de Wechsler para niños-IV (WISC-IV [Wechsler, 2003]), (d) comprensión lectoescritora en lengua catalana y castellana y (e) confirmación de participación voluntaria y anónima mediante la firma del consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: (a) ingreso psiquiátrico durante la realización del estudio, (b) diagnóstico de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos y (c) daño sensorial o motor significativo.

El estudio fue efectuado en una muestra clínica en seguimiento en el Servicio de Salud Mental Ambulatorio Infanto-Juvenil (CSMIJ) del área sanitaria del Vallés Occidental Este en Cataluña, siendo la estrategia de selección un muestreo no probabilístico accidental (Pallás y Villa, 2019). Un total de 90 niños y adolescentes fueron seleccionados. Los criterios de elegibilidad, disponibilidad de las familias participantes y voluntariedad de participación disminuyeron significativamente la muestra (ver tabla 2 del anexo), constituyendo el 25,5 % ($n = 23$) de los niños y adolescentes excluidos por incumplimiento de los criterios de inclusión. Finalmente, se obtuvo una muestra de 43 participantes, reclutados en un total de seis meses.

La tabla 3 del anexo recoge los estadísticos descriptivos de la muestra. Los niños y adolescentes ($n = 43$) eran de género masculino (100 %) con un rango de edad de entre siete y 14 años ($M = 10,42$; $DE = 2,36$). El 90,7 % presentaba antecedentes de SM, siendo el 27,9 % diagnosticado de más de una patología. El diagnóstico más prevalente era el TDAH (74,4 %), seguido de TC (4,7 %), trastornos del neurodesarrollo (4,7 %) y trastornos de ansiedad (2,3 %). La edad del participante cuando se realizó la especificación del diagnóstico oscilaba entre los cuatro y los 13 años ($M = 7,78$; $DE = 2,53$), constituyendo un rango de 0 a 10 ($M = 2,30$; $DE = 2,38$) los años transcurridos desde el diagnóstico.

Instrumentos

Entrevista estructurada de información sociodemográfica y clínica elaborada ad hoc. Se empleó para obtener datos generales y clínicos: edad, antecedentes de SM, tratamiento farmacológico, procedencia, convivencia familiar y nivel educativo parental.

Alabama Parenting Questionnaire (APQ

[Shelton, Frick y Wootton, 1996]). Se utilizó la adaptación catalana (Molinuevo, Pardo y Torrubia, 2011) en versión autoadministrada para progenitores. Su aplicación permitió evaluar las prácticas educativas parentales relevantes para la etiología de conductas internalizantes y externalizantes en población infanto-juvenil. Se trata de un instrumento *gold standard* empleado en múltiples estudios (Blader, 2004). Consta de 42 ítems, que se responden en una escala *Likert* de 5 puntos. Presenta cinco dimensiones: implicación parental, refuerzo positivo, escasa monitorización/supervisión, inconsistencia en la disciplina y castigo corporal, categorizadas en tres escalas: prácticas educativas positivas (PEP), disciplina inconsistente y negativa (DIN) y escasa monitorización/supervisión (EMS). Puntuaciones altas en implicación parental y refuerzo positivo indican tendencia a prácticas educativas parentales adaptativas. Puntuaciones altas en escasa monitorización/supervisión, inconsistencia en la disciplina y castigo corporal indican tendencia a prácticas educativas parentales desadaptativas. El criterio de categorización de las puntuaciones se estableció *ad hoc*. La media de los ítems se codifica en *muy alta frecuencia* ($> 4,6$), *alta frecuencia* (3,6-4,5), *cierto grado* (2,6-3,5), *baja frecuencia* (1,33-2,5) y *ausencia* ($< 1,32$). La versión validada en España presenta una consistencia interna para PEP de $\alpha = ,82$, para DIN de $\alpha = ,68$ y para EMS de $\alpha = ,66$ (Molinuevo et al., 2011). La consistencia interna total en una muestra de EE. UU. es adecuada ($\alpha = ,68$; Shelton et al., 1996).

Child Behavior Checklist 6-18 (CBCL; Achenbach y Rescorla, 2001). Se utilizó la adaptación española (Sardinero-García, Pedreira-Massa y Muñiz, 1997) en versión autoadministrada para progenitores. Su aplicación permitió explorar la presencia de psicopatología infanto-juvenil. Se trata de un instrumento *gold standard* en investigación psiquiátrica de niños y adolescentes (Verhulst y Achenbach, 1995). Consta de 113 ítems, que se responden en una escala *Likert* de tres puntos, y de ítems abiertos sobre información de carácter descriptivo. Los ítems se agrupan en: problemas afectivos, problemas de ansiedad, problemas somáticos, problemas de déficit de atención/hiperactividad, problemas negativistas-desafiantes y problemas

de conducta. Las escalas se configuran en tres dimensiones: conductas internalizantes, conductas externalizantes y puntuación total. Puntuaciones T inferiores a 65 se consideran *no patológicas*; de 65 a 69, *límite* y superiores a 70, *clínicamente significativas*. La versión validada en España presenta una consistencia interna entre moderada y buena ($\alpha = ,70$ a $\alpha = ,82$), a excepción de la escala *problemas de ansiedad* ($\alpha = ,59$), que presenta una consistencia aceptable (Albores-Gallo, Lara-Muñoz, Esperón-Vargas, Cárdenas, Pérez y Villanueva, 2007). Los valores observados son inferiores a los obtenidos por los autores ($\alpha = ,72$ a $\alpha = ,91$; Achenbach y Rescorla, 2001).

Procedimiento

El presente estudio empírico se basó en un diseño observacional transversal. El procedimiento constó de cuatro fases, especificadas en el protocolo experimental. La fase 1 se destinó a la obtención de la muestra. El acceso a la muestra se realizó a través de la difusión del estudio al equipo multidisciplinar del CSMIJ, equipo de atención primaria y grupos de progenitores.

La fase 2 se destinó a la recogida de datos. Se contactó vía telefónica con los progenitores de los niños y adolescentes que cumplían los criterios de inclusión con el objetivo de presentar la investigación y solicitar su participación. Los progenitores que aceptaron participar fueron citados para la administración de los instrumentos en el CSMIJ. Para minimizar los *drop-out* se realizaron llamadas recordatorias 24 horas antes de la citación. El día acordado, se presentaban los documentos informativos y los correspondientes consentimientos informados. En primer lugar, se recordaba el objetivo de estudio y los instrumentos que se administrarían, se firmaban los consentimientos informados y se pedía a los progenitores que cumplimentaran el CBCL y el APQ. En segundo lugar, se administraban las subpruebas del WISC-IV a los niños y adolescentes. Por último, se recopilaban datos sociodemográficos y clínicos. Las sesiones de administración tuvieron una duración aproximada de 90 minutos, formando parte del protocolo la ejecución de un *briefing* y *debriefing* con la coordinadora de la investigación.

La fase 3 se destinó a efectuar procedimientos analíticos para la estimación de resultados. En

primer lugar, se procedió a corregir las subpruebas del WISC-IV, el APQ y el CBCL. Posteriormente, se ejecutaron los informes de resultados. Por último, se introdujeron los datos sociodemográficos y los resultados de los instrumentos administrados a una base de datos *online* de creación *ad hoc*.

La fase 4 se destinó a la devolución de resultados. Se contactó con los progenitores vía telefónica constatando la actual disponibilidad para efectuar la devolución de los resultados y las recomendaciones oportunas. Las sesiones de devolución tuvieron una duración aproximada de 30 minutos. Al concluir, se incorporaron los resultados en la historia clínica de los niños y adolescentes.

El presente trabajo fue aprobado el 3/1/2019 por el Comité de Ética de Investigación Clínica de la Corporación Sanitaria de Sabadell con el Código de Autorización 2018633, garantizando el cumplimiento de requisitos éticos y legales aplicables. Se cumplieron las directrices nacionales e internacionales adscritas en el Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña y la Declaración de Helsinki. La recogida de datos se ejecutó conforme la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Para garantizar la confidencialidad de los datos, se asignaron identificadores a cada participante que permitieron la disociación de datos personales y de la investigación (p. ej. TC01).

Análisis estadístico

El análisis estadístico se ejecutó mediante el programa SPSS versión 25.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). En primera instancia, se realizó la conversión de variables dicotómicas a formato numérico, transformación categórica de variables y cómputo de nuevas variables. En específico, se computó una variable denominada *estilo educativo parental* que asignó a cada niño y adolescente el estilo educativo mayoritariamente empleado por sus progenitores. La transformación se realizó a partir de las dimensiones del APQ (ver figura 2 del anexo), mediante el cálculo de una puntuación estandarizada (*z*) de la distancia entre prácticas educativas parentales y perfil prototípico de estilo educativo parental, adoptando un marco

multidimensional que permitiera estudiar la naturaleza interactiva y dinámica de las relaciones filio-parentales.

En segunda instancia, se extrajeron los estadísticos descriptivos a través de medidas de tendencia central y dispersión (M y DE) en variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas en variables cualitativas. Apriorísticamente, se efectuó una revisión del cumplimiento del supuesto de homogeneidad de varianzas, a partir de la prueba de Levene, permitiendo los resultados aceptar el supuesto de homocedasticidad ($p > ,05$). Finalmente, se ejecutaron pruebas de estadística inferencial. Para abordar los objetivos que miden la relación de variables cuantitativas, se emplearon coeficientes de correlación de Pearson (r). Respecto a los objetivos que implican comparar variables con tres o más grupos se emplearon análisis de la varianza (ANOVA) univariantes de efectos fijos, añadido a contrastes simples a priori estableciendo como grupo de referencia el estilo educativo democrático.

Resultados

Prácticas educativas parentales y psicopatología

Existe una correlación estadísticamente significativa entre problemas negativistas-desafiantes e inconsistencia en la disciplina ($r = ,43$; $p = ,004$). Análogamente, se observó una correlación estadísticamente significativa entre problemas de conducta y castigo corporal ($r = ,32$; $p = ,04$). Asimismo, se obtuvieron correlaciones marginalmente significativas e inversas entre conductas externalizantes e implicación parental ($r = -,27$; $p = ,08$) y entre problemas de déficit de atención/hiperactividad e implicación parental ($r = -,27$; $p = ,08$).

Estilos educativos parentales y psicopatología

Los ANOVA univariantes indicaron que existen diferencias estadísticamente significativas en conductas internalizantes y problemas afectivos entre las cuatro categorías de estilo educativo parental (ver tabla 4 del anexo). Los contrastes simples a priori mostraron diferencias estadísticamente significativas entre estilo educativo democrático vs. permisivo ($p = ,02$)

y negligente ($p = ,02$; $p = ,03$). Se evidencia que los niños y adolescentes cuyos progenitores emplean un estilo educativo democrático obtuvieron menores puntuaciones en conductas internalizantes y problemas afectivos en comparación con participantes cuyos progenitores emplean un estilo educativo permisivo o negligente.

No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en problemas de ansiedad y problemas somáticos entre las cuatro categorías de estilo educativo parental (ver tabla 4 del anexo). Los contrastes simples a priori mostraron diferencias marginalmente significativas entre estilo educativo democrático y negligente ($p = ,07$) en problemas de ansiedad. Se evidencia que los niños y adolescentes cuyos progenitores emplean un estilo educativo democrático obtuvieron menores puntuaciones en problemas de ansiedad en comparación con participantes cuyos progenitores emplean un estilo educativo negligente.

Los ANOVA univariantes indicaron que existen diferencias marginal o estadísticamente significativas en conductas externalizantes y problemas negativistas-desafiantes entre las cuatro categorías de estilo educativo parental (ver tabla 5 del anexo). Los contrastes simples a priori mostraron diferencias marginal o estadísticamente significativas entre estilo educativo democrático vs. permisivo ($p = ,08$) y negligente ($p = ,01$). Se evidencia que los niños y adolescentes cuyos progenitores emplean un estilo educativo democrático obtuvieron menores puntuaciones en conductas externalizantes y problemas negativistas-desafiantes en comparación con participantes cuyos progenitores emplean un estilo educativo permisivo o negligente.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en problemas de déficit de atención/hiperactividad y problemas de conducta entre las cuatro categorías de estilo educativo parental (ver tabla 5 del anexo). Los contrastes simples a priori mostraron diferencias marginal o estadísticamente significativas entre estilo educativo democrático vs. autoritario ($p = ,10$) y negligente ($p = ,04$) en problemas de conducta. Se evidencia que los niños y adolescentes cuyos progenitores emplean un estilo educativo democrático obtuvieron menores puntuaciones

en problemas de conducta en comparación con participantes cuyos progenitores emplean un estilo educativo autoritario o negligente.

Las figuras 3 y 4 del anexo muestran la existencia de una tendencia a la relación positiva. Se manifiestan sistemáticamente diferencias entre los estilos educativos parentales más extremos (democrático vs. negligente), obteniéndose mayores puntuaciones en psicopatología en estilo educativo negligente.

Discusión

Múltiples investigaciones afirman que los comportamientos parentales desadaptativos contribuyen al desarrollo de problemas de adaptación y funcionalidad infanto-juvenil (Franco et al., 2014; Steinberg, Blatt-Eisengart y Cauffman, 2006). Los resultados del presente estudio indican que las prácticas educativas parentales caracterizadas por mayor inconsistencia en la disciplina, mayor castigo corporal y menor implicación parental se relacionan con la presencia de problemas externalizantes: problemas negativistas-desafiantes, problemas de conducta y problemas de déficit de atención/hiperactividad, respectivamente. En consonancia con investigaciones previas; los progenitores que modifican de forma impredecible y arbitraria las normas, reglas y consecuencias inciden en los problemas negativistas-desafiantes de sus hijos (Franco et al., 2014; Javaloyes y Redondo, 2008); mayores prácticas punitivas en los progenitores se asocian con problemas de conducta en la descendencia (Ochoa et al., 2016; Palacios y Andrade, 2008); y la ausencia de afectividad y/o comunicación por parte de los cuidadores principales interviene en conductas externalizantes y problemas de déficit de atención/hiperactividad en niños y adolescentes (González et al., 2014; Raya, Herruzo y Pino, 2008). Si bien, la presencia de asociaciones débiles y efectos marginalmente significativos demanda interpretar los hallazgos como una primera aproximación a tendencias reportadas en la literatura científica.

Conforme una perspectiva categorial, estudios precedentes han resaltado que determinados estilos educativos parentales influyen en el desarrollo y mantenimiento de alteraciones emocionales

y/o conductuales en la descendencia (Franco et al., 2014; Pinquart, 2017). En consonancia con la anterior concepción, los resultados sugieren que estilos educativos permisivos o negligentes se relacionan con mayor presencia de conductas internalizantes, conductas externalizantes, problemas afectivos y problemas negativistas-desafiantes; estilos educativos negligentes se relacionan con mayor presencia de problemas de ansiedad y problemas de conducta; y estilos educativos autoritarios se relacionan con mayor presencia de problemas de conducta. Se teoriza una distribución jerárquica, denotando menores puntuaciones en psicopatología infanto-juvenil en progenitores que emplean predominantemente un estilo educativo democrático.

Los estilos educativos permisivo y negligente aparecen asociados a puntuaciones dentro del rango de significación clínica para conductas internalizantes, conductas externalizantes, problemas afectivos, problemas negativistas-desafiantes y problemas de conducta. Excepcionalmente, se presentan puntuaciones dentro del rango de significación clínica en estilo educativo autoritario para problemas de conducta, corroborando que un control coercitivo y una falta de afectividad propician mayores alteraciones de conducta (Morrell y Murray, 2003; Steinberg et al., 2006).

Conviene remarcar que los tamaños del efecto obtenidos son pequeños o moderados, mostrando en determinadas psicopatologías tendencia a la significación estadística. Los efectos globales no son significativos para problemas de ansiedad y problemas de conducta, en cambio, se muestran diferencias en determinadas categorías del factor explicativo: democrático vs. negligente o autoritario. Por otro lado, existe una ausencia de efecto de los estilos educativos parentales en problemas somáticos y problemas de déficit de atención/hiperactividad, hallazgo no concordante con la bibliografía científica consultada. Es notorio recordar que los problemas somáticos muestran prevalencias predominantes en género femenino (Romero-Acosta, Canals, Hernández-Martínez, Penelo, Zolog y Domènech-Llaberia, 2013). El estudio de una muestra únicamente masculina podría haber alterado la distribución epidemiológica, representando menores tasas de problemas somáticos o

patologías de etiología orgánica en ausencia de base ansiosa. Por otra parte, los problemas de déficit de atención/hiperactividad podrían haber actuado como una constante, ya que el 81,4 % de los participantes tenían diagnóstico de TDAH. La limitada heterogeneidad de la muestra es explicativa de la ausencia de relación observada. Adicionalmente, el TDAH constituye un trastorno del neurodesarrollo, aludiendo a una configuración del 75 % de factores genéticos vs. 25 % de factores ambientales (Lee et al., 2019). En este sentido, los estilos educativos parentales podrían poseer un menor margen de acción en el control de impulsos o regulación atencional. A pesar de ello, propuestas de intervención multimodal en el tratamiento del TDAH (Mejía, Rubiales, Etchepareborda, Bakker y Zuluaga, 2012) manifiestan la relevancia del rol co-terapéutico de los familiares.

Conforme una perspectiva dimensional, MacCoby y Martin (1983) sugieren que la presencia de elevado *afecto/comunicación* y *control/exigencia* constituye un factor protector ante la psicopatología infanto-juvenil. Los resultados obtenidos en el presente estudio ratifican esta propuesta, mostrando una repercusión diferencial de las dimensiones *afecto/comunicación* y *control/exigencia* en conductas internalizantes y externalizantes.

Fortalezas y limitaciones

La presente investigación verifica y amplía la evidencia científica disponible incorporando contribuciones que manifiestan la relevancia de promover prácticas educativas parentales adaptativas en el desarrollo infanto-juvenil. Se presentan aportaciones teóricas y profesionales en contexto de un análisis multidimensional de los procesos de salud-enfermedad. A nivel teórico, se efectúa una transformación categorial en estilos educativos parentales del constructo dimensional *prácticas educativas parentales*. La compatibilización de ambas perspectivas permite categorizar a los progenitores en función del conjunto de prácticas educativas parentales descritas como tendencias globales de comportamiento (Torío et al., 2008). A nivel práctico, se destaca la incorporación de avances en la promoción y prevención de la salud desde una

perspectiva biopsicosocial. Se contribuye en el desarrollo, implementación y/o mejora de programas para progenitores que favorezcan el establecimiento de competencias parentales adaptativas de forma coherente, consistente y persistente en el tiempo. Los factores identificados en la presente investigación permitirán orientar el diseño de futuras intervenciones que contribuyan en la disminución de problemas de SM y en la prevención de conductas desadaptativas de mayor gravedad en etapas posteriores del desarrollo (Buchanan-Pascall, Melvin, Gordon y Gray, 2019).

En lo concerniente a las limitaciones, cabe señalar que la naturaleza transversal del estudio no permite establecer afirmaciones categóricas sobre causalidad. De acuerdo con Torío et al. (2008), no se postula una única vía explicativa de relación entre la interacción educativa y la SM infanto-juvenil. Es probable la existencia de relaciones causales recíprocas, siendo la patología basal del niño o adolescente moduladora de la interacción filio-parental (Belsky, 2010).

Por otra parte, la participación específica de una muestra clínica masculina infanto-juvenil constituye una limitación en la generalización de los resultados. Condicionado a la estrategia de muestreo no aleatorio, las personas participantes pueden no ser representativas de la población general infanto-juvenil. Paralelamente, no se dispone de información de los progenitores de los niños y adolescentes excluidos del estudio, por lo que no son descartables diferencias socioculturales y/o socioeconómicas que puedan condicionar la generalización de los resultados obtenidos. Además, la muestra se constituye mayoritariamente por progenitoras de género femenino, debido a una mayor predisposición a participar y/o disponibilidad horaria.

Cabe mencionar que el cálculo apriorístico del tamaño muestral mediante *GPower* 3.1 determinó que la potencial muestra de 90 participantes hubiera permitido detectar tamaños del efecto de $d = 0,27$ y superiores (Castillo, 2009), asumiendo un nivel de significación de $\alpha = ,05$ y una potencia estadística de $1-\beta = ,80$ (Ellis, 2010). La muestra finalmente obtenida permitió la detección de tamaños del efecto moderados, a partir de $d = 0,50$, para los niveles de error tipo I y tipo II especificados.

Por último, la externalización parcial en el tratamiento de los datos no permitió ejecutar la validación de las propiedades psicométricas de los instrumentos en la muestra poblacional de estudio, justificando la adecuación de los instrumentos de evaluación sobre la base de las características psicométricas de la validación española. Las relaciones existentes podrían no estar evidenciadas en los resultados a causa de la discreta consistencia interna de partida de los instrumentos seleccionados, unido a una posible falta de fiabilidad de los instrumentos dadas las condiciones de administración, que no se ha podido cuantificar.

Prospectiva

En futuras líneas de investigación, se proponen las siguientes mejoras procedimentales: (a) estudiar muestras con mayor variabilidad de edad y género; (b) establecer un grupo control para problemas de déficit de atención/hiperactividad; (c) incorporar una evaluación de la percepción de los niños y adolescentes, tutores académicos u otros cuidadores; (d) evitar la contaminación de los datos por la necesidad de obtener aprobación reportando respuestas culturalmente aceptables, p. ej., a través de la adaptación española de la Escala de Deseabilidad Social de Crowne y Marlowe (1960; Ferrando y Chico, 2000); (e) realizar estudios con diseños longitudinales, p. ej. estudios de cohortes; (f) explorar la influencia de múltiples variables psicosociales o contextuales, valorando la inclusión y/o neutralización estadística de los efectos; y (g) aumentar el tamaño muestral de acuerdo con el cálculo apriorístico de potencia muestral.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Contribución de los autores

LC, IP y AS plantearon la pregunta de investigación y la base conceptual. IP y LC realizaron el diseño y desarrollo de la metodología e implementaron el proceso de investigación, específicamente la recopilación de datos. AS y LC

realizaron los análisis formales, en concreto la aplicación de técnicas estadísticas para analizar los resultados del estudio. BM, AI y RT contribuyeron en el tratamiento de los datos, diseño y desarrollo de la metodología. IP y MP ejecutaron la supervisión y coordinación de la actividad de investigación, además del suministro de materiales de estudio, pacientes y recursos informáticos. LC, IP y AS redactaron el borrador original del manuscrito. LC, IP, AS, BM, AI, RT, DP y MP contribuyeron a la interpretación de los resultados, redacción y revisión crítica del manuscrito final. Todos los autores leyeron y aprobaron el manuscrito final.

Bibliografía

- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles: An Integrated System of Multi-informant Assessment*. University of Vermont Research Center for Children, Youth & Families.
- Achenbach, T. M., Edelbrock, C. y Howell, C. T. (1987). Empirically based assessment of the behavioral/emotional problems of 2-and 3-year-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(4), 629-650.
<https://doi.org/10.1007/bf00917246>
- Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (2018). *Central de Resultats: Àmbit de salut mental i addiccions. Dades 2017* [en línea]. Recuperado de:
http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentral_resultats/informes/fitxers_estatics/Central_resultats_salut_mental_dades_2017.pdf
- Albores-Gallo, L., Lara-Muñoz, C., Esperón-Vargas, C., Cárdenas, J. A., Pérez, A. M. y Villanueva, G. (2007). Validity and reliability of the CBCL/6-18. Includes DSM scales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(6), 393-399.
- Baumrind, D. (1967). Childcare practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75(1), 43-88.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monographs*, 4(1), 1-103.
<https://doi.org/10.1037/h0030372>
- Belsky, J. (2010). Determinantes socio-contextuales de los estilos de crianza. En R. Tremblay,

- R. Barr, R. Peters y M. Boivin (Eds.), *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* (pp. 1-6). Montreal: Centre of Excellence for Early Childhood Development.
- Belsky, J., Pasco-Fearon, R. M. y Bell, B. (2007). Parenting, attention and externalizing problems: Testing mediation longitudinally, repeatedly and reciprocally. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 48(12), 1233-1242.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01807.x>
- Blader, J. C. (2004). Symptom, family, and service predictors of children's psychiatric re-hospitalization within one year of discharge. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(4), 440-451.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200404000-00010>
- Bornstein, M. H., Putnick, D. L. y Suwalsky, J. T. (2018). Parenting cognitions Parenting practices Child adjustment? The standard model. *Development and Psychopathology*, 30(2), 399-416.
<https://doi.org/10.1017/S0954579417000931>
- Brumariu, L. E. y Kerns, K. A. (2010). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology*, 22(1), 177-203.
<https://doi.org/10.1017/S0954579409990344>
- Buchanan-Pascall, S., Melvin, G. A., Gordon, M. S. y Gray, K. M. (2019). Evaluating the role of parent-child interactive groups in a parent training program for children with externalizing and/or internalizing behavior problems. *Parenting*, 19(4), 293-317.
<https://doi.org/10.1080/15295192.2019.1642084>
- Castillo, I. I. (2009). Evaluación de resultados clínicos (II): Las medidas de la significación clínica o los tamaños del efecto. *Norte de Salud Mental*, 8(34), 94-110.
- Ceballos, E. y Rodrigo, M. J. (1998). Las metas y estrategias de socialización entre padres e hijos. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (Eds.), *Familia y Desarrollo Humano* (pp. 225-243). Alianza.
- Coscolla, R., Martínez, S. y Poll, M. (2016). *Atención a la salud mental infantil i adolescent a Catalunya*. [en línea]. Recuperado de:
<http://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2017/01/Informe-Salut-Mental-Infantil-i-Juvenil.pdf>
- Crowne, D. P. y Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349-354.
<https://doi.org/10.1037/h0047358>
- Darling, N. y Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.487>
- Del Barrio, V. (2010). Salud mental infanto-juvenil: Requisitos para su evaluación, diagnóstico precoz y prevención. *Infocoponline: Revista de Psicología*, 49(1), 13-19.
<https://www.cop.es/infocop/pdf/1863.pdf>
- Ellis, P. D. (2010). *The Essential Guide to Effect Sizes: An Introduction to Statistical Power, Meta-Analysis and the Interpretation of Research Results*. Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511761676>
- Ferrando, P. J. y Chico, E. (2000). Adaptación y análisis psicométrico de la Escala de Deseabilidad Social de Marlowe y Crowne. *Psicothema*, 12(3), 383-389.
- Franco, N., Pérez, M. y Dios, M. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 149-156.
- García-Méndez, M., Rivera, S. y Reyes-Lagunes, I. (2014). La percepción de los padres sobre la crianza de los hijos. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(2), 133-141.
<https://doi.org/10.14718/acp.2014.17.2.14>
- González, R., Bakker, L. y Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 141-158.
- Instituto Nacional de Estadística (2018). *Salud mental en población infantil según sexo y comunidad autónoma. Media y desviación típica. Población de 4 a 14 años* [en línea]. Recuperado el 26 de marzo de 2020 de
<https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2017/p01/&file=04010.px>
- Izquierdo-Sotorrió, E., Carrasco, M. Á. y Holgado-Tello, F. P. (2020). Rechazo parental y ajuste psicológico infantil: Efecto moderador

- del afecto familiar percibido desde una perspectiva multi-informante. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(3), 195-206. <https://doi.org/10.5944/rppc.26961>
- Javaloyes, A. y Redondo, A. (2008). Trastorno del comportamiento: Trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros problemas del comportamiento. En M. T. Muñoz, M. I. Hidalgo y J. Clemente (Eds.), *Pediatría Extrahospitalaria. Fundamentos Clínicos para Atención Primaria* (pp. 721-725). Barcelona: Ergon. https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_trastornos_comportamiento_negativista_disocial.pdf
- Jorge, E. y González, C. (2017). Estilos de crianza parental: Una revisión teórica. *Informes Psicológicos*, 17(2), 39-66. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a02>
- Lee, P. H., Anttila, V., Won, H., Feng, Y. C. A., Rosenthal, J., Zhu, Z. y Smoller, J. W. (2019). Genomic relationships, novel loci, and pleiotropic mechanisms across eight psychiatric disorders. *Cell*, 179(7), 1469-1482. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2019.11.020>
- Maccoby, E. E. y Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En P. H. Mussen y E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Socialization, Personality, and Social Development* (pp. 1-101). New Jersey: Wiley.
- Mejía, I. D. D., Rubiales, J., Etchepareborda, M. C., Bakker, L. y Zuluaga, J. B. (2012). Intervención multimodal del TDAH: El papel coterapéutico de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), 45-51. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281925884005.pdf>
- Molinuevo, B., Pardo, Y. y Torrubia, R. (2011). Psychometric analysis of the catalan version of the Alabama Parenting Questionnaire (APQ) in a community sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 944-955. https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2011.v14.n2.40
- Moreno-Manso, J. M., Serrano-Serrano, J., Galán-Rodríguez, A. y García-Baamonde, M. E. (2015). Psychopathology in children and expression of affection in couple relationships. *Clínica Contemporánea*, 6(1), 3-12. <https://doi.org/10.5093/cc2015a1>
- Moreno-Méndez, J. H., Echavarría, K., Pardo, A. y Quiñones, Y. (2014). Funcionalidad familiar, conductas internalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 8(2), 37-46. <https://doi.org/10.21500/19002386.1220>
- Moreno-Méndez, J. y Chauta, L. (2012). Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(1), 155-166. <https://doi.org/10.21500/19002386.1177>
- Morrell, J. y Murray, L. (2003). Parenting and the development of conduct disorder and hyperactive symptoms in childhood: A prospective longitudinal study from 2 months to 8 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 44(4), 489-508. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.t01-1-00139>
- Muris, P., Meesters, C. y van den Berg, S. (2003). Internalizing and externalizing problems as correlates of self-reported attachment style and perceived parental rearing in normal adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 12(2), 171-183. <https://doi.org/10.1023/A:1022858715598>
- Navarro-Pardo, E., Moral, J. C. M., Galán, A. S. y Beitia, M. D. S. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: Trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24(3), 377-383.
- Ochoa, E., Hernández, E. A., Yépez, L. S., Mercado, S. M. y Verduzco, R. O. (2016). Relación entre los factores familiares de riesgo y la conducta antisocial de los adolescentes. *CULCyT: Cultura Científica y Tecnológica*, 13(59), 20-30.
- Organización Mundial de la Salud (23 de octubre de 2019). *Salud mental del adolescente*. [en línea]. Recuperado el 25 de marzo de 2020 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Palacios, J. (1999). La familia y su papel en el desarrollo afectivo y social. En I. Etxebarria, M. J. Fuentes, F. López y M. J. Ortiz (Coords.), *Desarrollo Afectivo y Social* (pp. 267-284). Barcelona: Pirámide.
- Palacios, J. y Andrade, P. (2008). Influencia de las prácticas parentales en las conductas problema en adolescentes. *Investigación Universitaria Multidisciplinaria: Revista de Ciencias*

- Sociales y Humanidades*, 7(7), 7-18.
- Pallás, J. M. A. y Villa, J. J. (2019). *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica*. Barcelona: Elsevier.
- Pereira, A. I., Barros, L., Mendonça, D. y Muris, P. (2014). The relationships among parental anxiety, parenting and children's anxiety: The mediating effects of children's cognitive vulnerabilities. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), 399-409.
<https://doi.org/10.1007/s10826-013-9767-5>
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53(5), 873-932.
<https://doi.org/10.1037/dev0000295>
- Raya, A. F., Herruzo, J. y Pino, M. J. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20(4), 691-696.
- Romero-Acosta, K., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Penelo, E., Zolog, T. C. y Domènech-Llaberia, E. (2013). Age and gender differences of somatic symptoms in children and adolescents. *Journal of Mental Health*, 22(1), 33-41.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2012.734655>
- Ruiz-Hernández, J. A., Moral-Zafra, E., Llor-Esteban, B. y Jiménez-Barbero, J. A. (2018). Influence of parental styles and other psychosocial variables on the development of externalizing behaviors in adolescents: A systematic review. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 11(1), 9-21.
<https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a11>
- Sánchez-Esteban, R. (2019). Influencia de los estilos parentales en las conductas antisociales de los hijos: Una revisión bibliográfica. *Familia. Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 1(57), 67-88.
<https://doi.org/10.36576/summa.107839>
- Sardinero-García, E., Pedreira-Massa, J. L. y Muñiz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achenbach: Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. *Clínica y salud*, 8(3), 447-480.
- Sekaran, V. C., Kamath, V. G., Ashok, L., Kamath, A., Hegde, A. P. y Devaramane, V. (2020). Parenting attitudes and dimensions as predictors of adolescent behavioural problems in the Indian context: A community-based study. *Asian Journal of Psychiatry*, 50(1), 101941.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101941>
- Serra, R., Claustre, M. y Bonillo, A. (2013). Síntomas somáticos funcionales en una muestra española: Psicopatología y estilos educativos. *Anales de Pediatría*, 79(2), 101-107.
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.09.008>
- Sharma, V. y Sandhu, G. K. (2006). A community study of association between parenting dimensions and externalizing behaviors. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 2(2), 48-58.
- Shelton, K. K., Frick, P. J. y Wootton, J. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(3), 317-329.
https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2503_8
- Soler, C. L., Alcántara, M. V., Fernández, V., Castro, M. y Pina, J. A. (2010). Characteristics and prevalence of anxiety disorders, depression and somatic complaints in a 8 to 12 years old child clinical sample using the CBCL. *Anales de Psicología*, 26(2), 325-334.
- Steinberg, L., Blatt-Eisengart, I. y Cauffman, E. (2006). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful homes: A replication in a sample of serious juvenile offenders. *Journal of Research on Adolescence*, 16(1), 47-58.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2006.00119.x>
- Torío, S., Peña, V. y Rodríguez, M. C. (2008). Parenting styles. Bibliographical revision and theoretical reformulation. *Teoría de la Educación*, 20(0), 151-178.
- Tur-Porcar, A., Mestre, V. y Del Barrio, V. (2004). Factores moduladores de la conducta agresiva y prosocial. El efecto de los hábitos de crianza en la conducta del adolescente. *Ansiedad y Estrés*, 10(1), 75-88.
- Vasileva, M., Graf, R. K., Reinelt, T., Petermann, U. y Petermann, F. (2021). Research review: A meta analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 62(4), 372-381.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13261>
- Verhulst, F. C. y Achenbach, T. M. (1995).

Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology: Cross-cultural applications. A review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 4(2), 61-76.

<https://doi.org/10.1007/BF01977734>

Villanueva-Bonilla, C. y Ríos-Gallardo, Á. M. (2018). Factores protectores y de riesgo del trastorno de conducta y del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(1), 59-74.

<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.1.2018.19582>

Vogler, P., Crivello, G. y Woodhead, M. (2008). *La investigación sobre las transiciones en la primera infancia: Análisis de nociones, teorías y prácticas*. [en línea]

http://www.oei.es/pdf2/analisis_transiciones_primera_infancia.pdf

Wechsler, D. (2003). *Weschler Intelligence Scale for Children*. St. Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Anexos

Tabla 1. Estilos educativos parentales reformulados por Maccoby y Martin (1983)

	Elevado control/exigencia	Bajo control/exigencia
Elevado afecto/comunicación	Democrático	Permisivo
Bajo afecto/comunicación	Autoritario	Negligente

Tabla 2. Distribución porcentual de los motivos de no participación

Motivos de no participación (f, %)	
Inviabilidad de contacto	6 (8,9 %)
Rechaza participar	6 (8,9 %)
No tiene disponibilidad	8 (11,9 %)
Cancela la sesión acordada	3 (4,5 %)
Revoca el consentimiento	1 (1,5 %)
Total	24 (35,8 %)

Nota. La decisión de no participar fue de los progenitores (95,8 %), a excepción de un caso por oposición directa del niño. Los valores representan frecuencias (f) o porcentajes (%).

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la muestra

Muestra de niños y adolescentes ($n = 43$)		
Tratamiento farmacológico (f , %)	Sí	24 (55,8 %)
	No	19 (44,2 %)
Procedencia (f , %)	Origen europeo	37 (86,1 %)
	Origen sudamericano	5 (11,6 %)
	Origen norteafricano	1 (2,3 %)
Tipología de convivencia familiar (f , %)	Cohabita con padres y hermanos	30 (69,8 %)
	Cohabita con padre o madre	6 (13,9 %)
	Cohabita con padres, hermanos y familia extensa	4 (9,3 %)
	Cohabita con ambos padres	3 (7 %)
Muestra de progenitores ($n = 43$)		
Género (f , %)	Masculino	3 (7 %)
	Femenino	40 (93 %)
Antecedentes de SM familiares (f , %)	TDAH	8 (18,6 %)
	Trastorno depresivo	8 (18,6 %)
	Trastorno de ansiedad	4 (9,3 %)
	Trastorno psicótico	4 (9,3 %)
	Trastorno del neurodesarrollo	4 (9,3 %)
	Otros	6 (14 %)
	Total	34 (79,1 %)
Nivel educativo (f , %)	Estudios primarios	3 (6,8 %)
	Estudios secundarios	10 (23,3 %)
	Estudios de formación profesional	18 (41,9 %)
	Estudios superiores	12 (28 %)

Nota. Los valores representan medias (M), desviaciones estándar (DE), frecuencias (f), porcentajes o tamaño muestral (n).

Tabla 4. ANOVA univariantes: Estilo educativo parental y conductas internalizantes

	Estilo educativo parental				$F_{(3, 39)}$	p	η^2_p
	Democrático (M , DE)	Autoritario (M , DE)	Permisivo (M , DE)	Negligente (M , DE)			
CBCL_Conductas internalizantes	52,92(13,73)	57,63(24,30)	71,22(15,98)	69,38(15,76)	3,05	,04*	,19
CBCL_Problemas afectivos	54,54(18,59)	58,75(17,86)	76,00(16,61)	71,62(23,80)	2,87	,04*	,18
CBCL_Problemas ansiedad	51,31(13,23)	52,00(21,09)	60,89(12,84)	61,92(12,00)	1,68	,19	,11
CBCL_Problemas somáticos	46,54(12,97)	50,00(19,77)	57,33(21,49)	58,08(19,25)	1,13	,35	,08

Nota. Los valores representan medias (M), desviaciones estándar (DE), F de Snedecor (F), p -valor (p) o eta cuadrado parcial (η^2_p ; indicador del tamaño de efecto). CBCL: *Child Behavior Checklist*. * $< .05$.

Tabla 5. ANOVA univariantes: Estilo educativo parental y conductas externalizantes

	Estilo educativo parental				$F_{(3, 39)}$	p	η^2_p
	Democrático (M , DE)	Autoritario (M , DE)	Permisivo (M , DE)	Negligente (M , DE)			
CBCL_Conductas externalizantes	57,85(16,41)	64,63(23,48)	71,56(15,84)	76,08(15,29)	2,53	,07	,16
CBCL_Problemas déficit atención/hiperactividad	68,15(14,82)	70,88(14,17)	73,11(15,85)	77,00(18,15)	0,69	,56	,05
CBCL_Problemas negativistas-desafiantes	59,23(15,95)	58,38(18,59)	70,56(13,34)	74,85(11,31)	3,49	,03*	,21
CBCL_Problemas conducta	54,62(12,09)	68,13(20,64)	66,89(20,01)	69,77(19,84)	1,83	,16	,12

Nota. Los valores representan medias (M), desviaciones estándar (DE), F de Snedecor (F), p -valor (p) o eta cuadrado parcial (η^2_p ; indicador del tamaño de efecto). CBCL: *Child Behavior Checklist*. * < .05.

Figura 1. Variables objeto de estudio

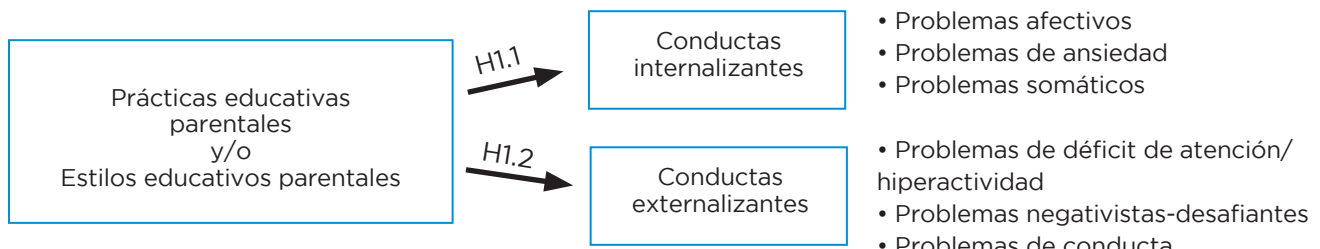


Figura 2. Recodificación teórica de prácticas educativas parentales en estilos educativos parentales

		Prácticas educativas parentales				
		Dimensión «afecto/comunicación»		Dimensión «control/exigencia»		
		Refuerzo positivo	Implicación parental	Escasa monitorización/supervisión	Inconsistencia en la disciplina	Castigo corporal
Estilos educativos parentales	Democrático	↑	↑	↓	↓	↓
	Autoritario	↓	↓	↓	↓	↑
	Permisivo	↑	↑	↑	↑	↓
	Negligente	↓	↓	↑	↑	↓

Nota. La flecha en dirección ascendente simboliza una aproximación a la máxima puntuación del constructo. La flecha en dirección descendente simboliza una aproximación a la mínima puntuación del constructo. La flecha discontinua indica una tendencia no definitiva. La recodificación de prácticas educativas parentales en las dimensiones «afecto/comunicación» y «control/exigencia» (Maccoby y Martin, 1983) se realizó sobre la base de investigaciones previas (Sekaran, Kamath, Ashok, Kamath, Hegde y Devaramane, 2020; Torío et al., 2008).

Figura 3. Distribución porcentual: Estilo educativo parental y conductas internalizantes

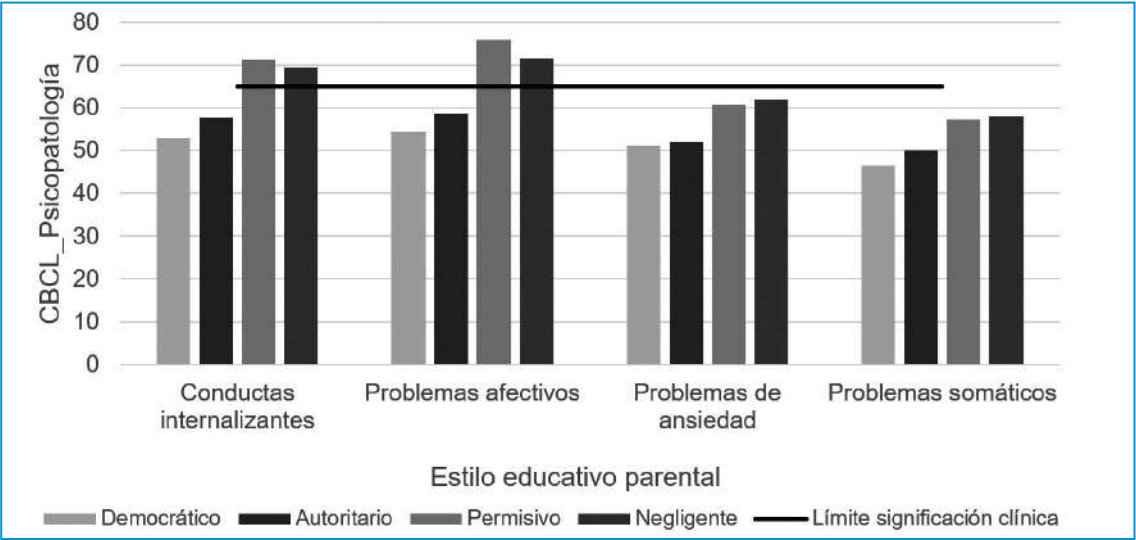
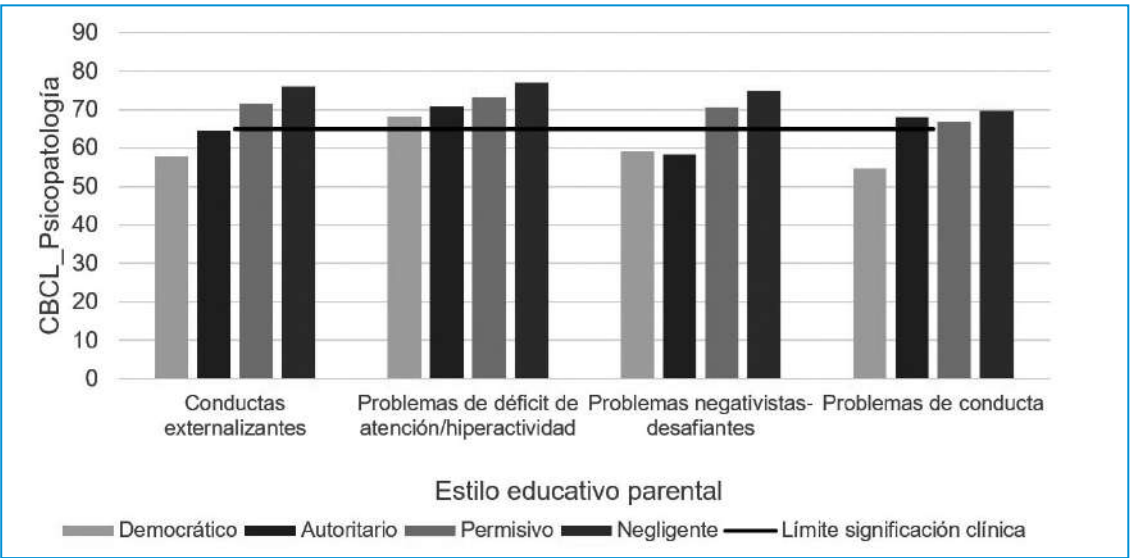


Figura 4. Distribución porcentual: Estilo educativo parental y conductas externalizantes



Programa de educación emocional y alfabetización en salud mental en adolescentes de centros residenciales de acción educativa

ROCÍO CASAÑAS^{1A}, JUAN JOSÉ GIL-MORENO^{2AB}, MARÍA TORRES-TORRES^{2AC},
JESSICA BARÓN-MARTÍ^{2B}, LAIA MAS-EXPÓSITO^{1A} Y LLUÍS LALUCAT-JO^{3A}

RESUMEN

Programa de educación emocional y alfabetización en salud mental en adolescentes de centros residenciales de acción educativa. El objetivo del estudio es evaluar la satisfacción de un programa de educación social, emocional y alfabetización (PESEA) en salud mental para adolescentes que viven en centros residenciales de atención educativa (CRAE) de Barcelona, así como describir su salud emocional y mental. Participan 14 jóvenes con una edad media de 13,57 años (*DE* 1,55) de tres CRAE. El programa PESEA es considerado interesante, útil y práctico; muestra una adherencia alta y, por tanto, estaría indicado para promover el bienestar mental y la alfabetización en salud mental en estos jóvenes. **Palabras clave:** *adolescentes, educación emocional, salud mental, centro residencial de acción educativa.*

ABSTRACT

Evaluation of the satisfaction of a programme for adolescents assisted in Residential Centres for Educational Action. The study aims to evaluate the satisfaction of a social, emotional, and literacy education programme (PESEA) in mental health for adolescents living in residential educational care centres (CRAE) in Barcelona, as well as to describe their emotional and mental health. Fourteen young people with an average age of 13,57 (*SD* 1,55) from three CRAE participated. PESEA programmes are considered interesting, useful, and practical; it shows high adherence and would therefore be suitable for promoting mental wellbeing and mental health literacy in these young people. **Keywords:** *adolescents, emotional education, mental health, residential educational action centre.*

RESUM

Programa d'educació emocional i alfabetització en salut mental en adolescents de centres residencials d'acció educativa. L'objectiu de l'estudi és avaluar la satisfacció d'un programa d'educació social, emocional i alfabetització (PESEA) en salut mental per a adolescents que viuen en centres residencials d'atenció educativa (CRAE) de Barcelona, així com descriure'n la salut emocional i mental. Hi participen 14 joves amb una edat mitjana de 13,57 anys (*DE* 1,55) de tres CRAE. El programa PESEA és considerat interessant, útil i pràctic; mostra una adherència alta i, per tant, estaria indicat per promoure el benestar mental i l'alfabetització en salut mental en aquests joves. **Paraules clau:** *adolescents, educació emocional, salut mental, centre residencial d'acció educativa.*

Introducción

Los estudios muestran que la mayoría de los problemas de salud mental se inician antes de los 25 años y son más comunes entre los 11 y 18 años (Department of Health and Social Care, 2018). Organizaciones internacionales como

la Comisión Europea (European Commission, 2008) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) vienen emitiendo informes y recomendaciones sobre la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, resaltando la importancia de desplegar estrategias que favorezcan la implementación

¹Psicóloga del Departamento de investigación. ²Enfermero/a. ³Psiquiatra y director médico. ⁴Associació Centre d'Higiene Mental Les Corts, Grup CHM Salut Mental. ^BCentro de Salud Mental Infanto Juvenil (CSMIJ) de Les Corts. ^CCentro de Salud Mental Infanto Juvenil (CSMIJ) de Sarrià-Sant Gervasi. Barcelona (España). Contacto: rocio.casanas@chmcorts.com

de programas integrales, integrados y basados en la evidencia para la detección temprana y la mejora de la salud mental de los jóvenes.

El concepto de educación social y emocional (*social and emotional learning* [SEL]) fue introducido y definido por Elias (1997) como una aproximación para enseñar a alumnos y adultos métodos para el reconocimiento y manejo de las emociones y las interacciones sociales. Entre sus objetivos, se encuentra el de impulsar el desarrollo de competencias cognitivas, afectivas y de comportamiento interrelacionadas como la autoconciencia, autogestión, conciencia social, habilidades relacionales y toma de decisiones responsable. Los resultados del programa de aprendizaje emocional y social como el *Social and Emotional Aspects of Learning* (SEAL) muestran que este ha reducido los problemas de conducta, el absentismo escolar, el acoso, la violencia y ha promovido la diversidad y un mejor clima emocional (Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor y Schellinger, 2011; Taylor, Oberle, Durlak y Weissberg, 2017; Lendrum, Humphrey y Wigelsworth, 2013).

De forma paralela, el concepto de *Mental Health Literacy* (MHL) o *Alfabetización en Salud Mental* (Jorm, 2012; Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers y Pollitt, 1997) se ha definido como el conjunto de “conocimientos y creencias sobre los trastornos mentales que ayudan a su reconocimiento, manejo o prevención”. Consiste en un conjunto de elementos que incluye aspectos como: a) conocimiento de cómo prevenir los trastornos mentales; b) reconocimiento de cuándo se está desarrollando un trastorno; c) conocimiento de las opciones de búsqueda de ayuda y tratamientos disponibles; d) conocimiento de estrategias efectivas de autoayuda para problemas leves; y e) habilidades de primeros auxilios para ayudar a otros que están desarrollando un trastorno mental o están en una crisis de salud mental (Jorm, 2012). Estudios recientes han mostrado que aplicar intervenciones de alfabetización en salud mental en adolescentes incrementa los conocimientos en salud mental, reduce el estigma, mejora el bienestar emocional y la resiliencia (Chisholm, Patterson, Torgerson, Turner, Jenkinson y Birchwood, 2016; Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz y Rüsch, 2012; Wei, Hayden,

Kutcher, Zygmunt y McGrath, 2013). Por otro lado, estudios han mostrado que el estigma en salud mental (Bharadwaj, Pai y Suziedelyte, 2017; Gulliver, Griffiths y Christensen, 2010) y las creencias negativas hacia los servicios y profesionales de salud mental (Rocha, Graeff-Martins, Kieling y Rohde, 2015; Herrman, Purcell, Goldstone y McGorry, 2012) son una barrera para los jóvenes a la hora de buscar ayuda por un problema de salud. En cambio, la alfabetización en salud mental y las experiencias positivas con los servicios de salud mental se han identificado como facilitadores (Aguirre, Cruz, Billings, Jimenez y Rowe, 2020).

La población adolescente residente en los Centros Residenciales de Acción Educativa (CRAE) son menores de edad a quienes el entorno más próximo, la familia, no ha podido proteger, cubrir las necesidades afectivas y/u ofrecer un modelo relacional sano y estable, y están siendo atendidas por la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència [DGAIA], 2011). Esta población ha presentado o presenta problemáticas sociales (carencias afectivas, relacionales y de vinculación, procesos de socialización inadecuados o distorsionados) que interfieren en los procesos evolutivos de la adolescencia e incrementan el riesgo de sufrir problemas de salud mental y de la conducta (DGAIA, 2011). Igualmente, cabe señalar que la convivencia en un entorno residencial compartido promueve y facilita un marco de intercambios continuado entre los residentes y los educadores que posibilita realizar experiencias emocionales conjuntas, desarrollar relaciones sociales, vivir condiciones de comunicación en un mismo entorno y la experimentación compartida de circunstancias colectivas, problemas y conflictos diversos.

Por esta razón, resulta indicado realizar en el sí de los centros de poblaciones del sistema de protección programas educativos que contemplen la promoción de la educación emocional, social y de la salud mental plenamente integrado en el funcionamiento y organización de los centros y con la doble finalidad de promover las habilidades necesarias en los residentes y de facilitar la consecución de un clima emocional positivo en los centros.

Actualmente, se están llevando a cabo intervenciones de educación socioemocional enfocadas a jóvenes que viven en CRAE con el objetivo de enseñar a gestionar las emociones, para mejorar la comunicación entre ellas, la interacción con su entorno, alcanzar una mayor toma de conciencia respecto a la presión social a la que están sometidas, evitando el estrés, previniendo posibles alteraciones y distorsiones de su situación y mejorar así su salud psicológica (Villalba, 2010).

Paralelamente, se está trabajando con los educadores profesionales del CRAE para proporcionarles herramientas y estrategias para que después puedan trabajar la educación emocional con los jóvenes del centro. La metodología utilizada se basa en actividades y dinámicas vivenciales que parten de la experiencia previa de los educadores. Los contenidos y las competencias que se desarrollan son la conciencia emocional, la regulación emocional y la competencia social (Villalba, 2010).

Según nuestro conocimiento, no existen programas que trabajen de una manera unificada aspectos de la alfabetización en salud mental y de la educación social y emocional en un mismo programa, y enfocado a una población específica como los residentes de un CRAE. Disponer de un programa de estas características ayudaría a satisfacer las necesidades de esta población, promoviendo su bienestar y su capacidad de resiliencia.

En esta línea y teniendo en cuenta las necesidades de esta población, en el año 2015 se inició el diseño e implementación del *Programa de educación social emocional y alfabetización en salud mental* (PESEA) basado en el programa de alfabetización en salud mental "EspaiJove.net" (Casañas, Gil, Castells, Pujol, Torres y Lalucat-Jo, 2017; Castellvi et al., 2020) que se llevaba a cabo en los centros educativos de secundaria y bachillerato de Barcelona desde el año 2013.

El programa PESEA está enfocado en la mejora emocional, psicosocial y de la salud mental de los residentes en centros de la DGAIA con el objetivo de crear un programa específico integrando la educación social y emocional, con la educación para la salud mental con el fin de promover el bienestar mental y la resiliencia de manera complementaria a la acción educativa. Por

otro lado, se pretendía mejorar las conductas de estigma y acercar a los profesionales de la salud mental a su contexto de convivencia para trabajar las posibles creencias negativas hacia los servicios y profesionales de salud mental.

Partiendo de los materiales del programa "Espaijove.net", se hizo una adaptación de la metodología y de los materiales mediante la realización de grupos focales con educadores y residentes de estos centros para fijar los contenidos específicos del nuevo programa, como: el reconocimiento emocional, las habilidades sociales, la autoestima, la resolución de conflictos y la creación de vínculos de confianza. Posteriormente, se realizó una prueba piloto del programa PESEA en tres CRAE de la ciudad de Barcelona.

El objetivo principal de este estudio es evaluar la satisfacción y aceptabilidad del PESEA para jóvenes que viven en centros residenciales como prueba piloto de su evaluación mediante un proyecto financiado por el Instituto de Salud Carlos III (PI18/O1859). Secundariamente, describir la salud emocional y mental de los jóvenes que viven en estos centros. Se espera que estos muestren una alta satisfacción en relación con el programa PESEA y que presenten dificultades en su salud mental y emocional.

Método

Es un estudio descriptivo anidado en un estudio de diseño cuasi-experimental sin grupo control dirigido a jóvenes que viven en tres CRAE de Barcelona ciudad.

Participantes

El estudio se llevó a cabo desde octubre del 2017 hasta marzo del 2019. Participaron en el estudio 14 jóvenes con una edad media de 13,57 años [*DE* 1,55; rango entre 11 y 16 años] de tres CRAE de Barcelona (CRAE A, *n* = 5; CRAE B, *n* = 4; CRAE C, *n* = 5). Las intervenciones se llevaron a cabo desde el 23/10/2017 hasta el 7/3/2019. En la tabla 1 del anexo se adjunta la descripción de la muestra.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron: 1) jóvenes con edades comprendidas entre 11 y 17 años que actualmente estén viviendo en un CRAE de Barcelona ciudad; y 2) firmar

el consentimiento informado (joven y tutor legal). Y el criterio de exclusión, no entender la lengua española o catalana.

Instrumentos

Se recogen las siguientes variables: 1) Psicosociales: a) Dificultades emocionales y comportamentales; b) Habilidades emocionales y sociales; c) Resiliencia; d) Calidad de vida; e) Estigma asociado a la salud mental; f) Intención de cambio; g) Búsqueda de ayuda y uso de servicios sanitarios; 2) Satisfacción y aceptabilidad; 3) Adherencia a la intervención y 4) De confusión: Sociodemográficas (edad, género, nacionalidad y nombre del centro).

Las variables psicosociales y de confusión se recogen en el momento basal, antes de recibir la intervención, y las variables de satisfacción y adherencia, una vez finalizado el programa.

Los instrumentos utilizados para cada una de las variables fueron los siguientes.

Dificultades emocionales y comportamentales. Se administra la versión española del *Strengths and Difficulties Scale* (SDQ; Goodman, 1997). Este cuestionario es una medida de autoinforme de las dificultades emocionales y comportamentales en adolescentes. Se compone de 25 ítems organizados en cinco subescalas: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad-falta de atención, problemas con los compañeros y comportamiento prosocial. Cada ítem tiene tres opciones de respuesta (1 = “no es verdad”, 2 = “es verdad a medias” y 3 = “es verdad”). La puntuación total genera un valor de entre 0 a 40 con los siguientes puntos de corte: 0 - 15 normal, 16 - 19 límite y 20 - 40 anormal o patológica. El SDQ sido validado para su uso con adolescentes de entre 11 a 16 años con un alfa de Cronbach de 0,82 (Goodman, 1999)

Habilidades emocionales y sociales. Se administra la escala *Social Emotional Health Services* (SEHS-S; Furlong, You, Renshaw, Smith y O'Malley, 2014), adaptación española de Piqueras et al. (2019). Este instrumento está dirigido a la evaluación de las competencias socioemocionales en adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 18 años. Se compone de 37 ítems organizados en cinco dimensiones: creencia en uno mismo (autoeficacia, autoconciencia y persistencia), creencia en los demás (apoyo

familiar, escolar y de iguales), competencia emocional (empatía, autocontrol y regulación emocional), compromiso con la vida (optimismo, entusiasmo y gratitud) y una media general de competencia socioemocional o covitalidad. Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta (1 = “no es cierto”; 2 = “muy poco”, 3 = “algo” y 4 = “muy cierto”), a excepción de los ítems pertenecientes a las subdimensiones *entusiasmo* y *gratitud*, que tienen cinco opciones de respuesta (1 = “nada”; 2 = “muy poco”, 3 = “algo”, 4 = “bastante” y 5 = “extremadamente”). No dispone de estandarización o puntos de corte, una mayor puntuación informa de una mayor disposición de dichas competencias. La puntuación total se calcula sumando cada dimensión y las puntuaciones pueden oscilar entre baja (<85), normal (86-106) y alta (>107). Presenta un alfa de Cronbach de entre 0,60 y 0,90 para las subdimensiones; 0,74 y 0,8, para las dimensiones principales; y 0,91, para el conjunto de competencias socioemocionales o covitalidad.

Resiliencia. Se utiliza la escala de *Resilience scale* (RS-14; Wagnild, 2009) adaptación española de Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2015. La escala mide la resiliencia individual, considerada como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo a situaciones adversas. Se compone de 14 ítems organizados en dos factores: *Factor I Competencia personal* (11 ítems; auto-confianza, independencia, decisión, ingenio y perseverancia) y *Factor II Aceptación de uno mismo y de la vida* (3 ítems; adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable). La puntuación general se calcula sumando los dos factores con los siguientes niveles de resiliencia: muy alta 98-82; alta 81-64; normal 63-49; baja 48-31 y muy baja 30-14. Presenta un alfa de Cronbach de 0,79.

Calidad de vida. Se administra una versión española validada del cuestionario *EuroQol 5D-5L* (EQ-5D-5L; EuroQol Group, 1990; Herdman et al., 2011). El cuestionario consiste en dos partes: *Parte 1, descriptiva* (EQ system) compuesta por cinco dimensiones (movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor / malestar, ansiedad / depresión) con cinco niveles de respuesta (1 = “ningún problema”, 2 = “pequeños problemas”, 3 = “problemas moderados”, 4 = “problemas

graves” y 5 = “problemas extremos”). *Parte 2, escala visual analógica* (EQ VAS), que evalúa la autopercepción de salud del entrevistado, en la cual “el mejor estado de salud que se pueda imaginar” toma el valor 100 y “el peor estado de salud que se pueda imaginar” toma el valor 0.

Estigma asociado a la salud mental. Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS) (Evans-Lacko et al., 2011). La puntuación total oscila entre 4 y 20 puntos. *Scaling Community Attitudes toward the Mentally Ill* (CAMI; Taylor y Dear, 1981). Para este estudio se utiliza la versión española de CAMI (Ochoa et al., 2016). La escala consta de 40 preguntas divididas en cuatro dimensiones denominadas: autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología de la salud mental en la comunidad, de las cuales sólo se utilizarán *autoritarismo* para este estudio. La puntuación total oscila entre 10 a 50 puntos. Para ambas escalas, cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el estigma asociado a los problemas de salud mental.

Intención de cambio. Se administra una versión adaptada al español del *States of Change Scale* (SCS; Prochaska y DiClemente, 1983) destinada a evaluar el grado de intención, disposición o actitud hacia el cambio. Este instrumento consta de cinco ítems que miden el proceso de cambio evolutivo en los siguientes niveles: a) Precontemplación; b) Contemplación; c) Preparación para la acción; d) Acción y e) Mantenimiento. Se utiliza una escala Likert de 1 a 5 puntos siguiendo el orden de la evolución de los elementos.

Búsqueda de ayuda y uso de servicios y tratamiento. Se administra una versión adaptada al español del *General Help-Seeking Questionnaire* (GHSQ 18 ítems; Wilson, Deane, Ciarrochi y Rickwood, 2005) para medir las intenciones y experiencias pasadas, recientes y futuras de búsqueda de ayuda en adolescentes. La escala consta de seis ítems. Es una escala de siete puntos, que varía de 1 (“muy poco probable”) a 7 (“muy probable”), e incluyendo en cada respuesta la opción “a nadie”. Las puntuaciones más elevadas indican mayor nivel de intención (18 ítems).

Satisfacción y aceptabilidad. Se elabora una encuesta específica formada por 10 preguntas, siete de múltiple respuesta y tres de respuesta

abierta. Las seis primeras preguntas, con cinco opciones de respuesta: a) Totalmente en desacuerdo; b) En desacuerdo; c) De acuerdo; d) Totalmente de acuerdo; e) No aplicable, y una séptima pregunta con una opción de respuesta de “Sí”, “No” y “No lo sé”. Las tres preguntas abiertas se refieren a “los aspectos que más te han gustado de esta actividad”, “los aspectos que menos te han gustado” y “sugerencias de mejora”.

Procedimiento

Primero de todo, se informa del proyecto mediante un e-mail a los directores de los CRAE de Barcelona ciudad y con aquellos que muestran interés en participar y se concreta un día y hora para realizar una presentación del proyecto. Con aquellos centros que confirman su participación, se concreta calendario de talleres y fechas de las evaluaciones. En la evaluación inicial (antes de iniciar los talleres) se firma el consentimiento informado y se administran los cuestionarios de las variables psicosociales. Una vez finalizado el programa PESEA (21h), se administra un cuestionario de satisfacción.

La información recogida en el estudio se trata confidencialmente, cumpliendo las disposiciones de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, y la ley orgánica de Protección de Datos (3/2018, de 5 de diciembre). Se ha solicitado el consentimiento informado para la participación en el estudio de todos los jóvenes y representantes legales de los jóvenes menores de edad. Los datos recogidos son utilizados únicamente para el estudio. El proyecto de investigación ha recibido la aprobación del *Comitè d'Ètica d'Investigació de la Fundació Unió Catalana d'Hospitals* (código CEI 18/13).

Los jóvenes del CRAE que forman parte del estudio recibieron el *Programa de educación social, emocional y de Alfabetización en salud mental* (PESEA) de una duración de 21 horas, repartidas de la siguiente manera: 12 horas de educación socio-emocional, que incluye las cinco unidades didácticas: 1) Autoconsciencia emocional (1,5h); 2) Autogestión emocional (1,5h); 3) Conciencia social (1,5h); 4) Habilidades sociales (6h) y 5) Toma de decisiones (1,5h). Por el otro, comprende nueve horas de alfabetización en salud mental, que incluye seis unidades

didácticas, cada unidad con una duración de 1,5 horas, donde se trabajan los siguientes conceptos: 1) Nuestras emociones; 2) Autoestima; 3) Ansiedad y Depresión; 4) Vínculos de confianza; 5) Habilidades Sociales y comunicación interpersonal: comunicación eficaz; 6) Habilidades Sociales y comunicación interpersonal: comunicación asertiva.

Cada taller tiene una duración de 90 minutos y se realiza con una cadencia quincenal en horario de tarde, entre las 16h y 19.30h, dependiendo del CRAE. El programa tiene una duración aproximada de un año y medio, es llevado a cabo por tres enfermeros especialistas en salud mental del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de Les Corts y Sarrià Sant Gervasi de Barcelona, que se desplazan a cada uno de los centros.

Para el análisis estadístico de los datos, se empleó la estadística descriptiva de las variables demográficas, psicosociales y de búsqueda de ayuda de la muestra general. Para las variables continuas se utiliza medidas de tendencia central y dispersión y para las discretas, se reportan la frecuencia y los porcentajes correspondientes. Los datos se analizaron con el programa informático SPSS versión 25.

Resultados

En la tabla 1 del anexo se describen las variables psicosociales de salud y salud mental de los adolescentes. La puntuación media del cuestionario de salud mental positiva SDQ fue de 15,50 (*DE* 4,18), del cuestionario de habilidades emocionales y sociales SEHS, 105,57 (*DE* 20,47) y de la escala de resiliencia ER-14, 70,57 (*DE* 14,24).

El cuestionario EQ-5D-5L VAS de calidad de vida obtuvo una puntuación media de 66,43 (*DE* 27,27), y en relación con el estigma asociado a la salud mental medidas por los instrumentos CAMI y RIBS, los resultados muestran unas puntuaciones de 27,86 (*DE* 6,03) y 7,29 (*DE* 2,81), respectivamente. Y la media del cuestionario de intención de cambio fue de 2,93 (*DE* 1,66) en fase de contemplación.

En relación con las variables de uso de servicios y tratamiento (ver tabla 2 del anexo), el 64,3 % refiere haber recibido ayuda psicológica en algún momento de su vida y el 42,9 %,

medicación por un problema de salud mental. Solicitarían ayuda por tener un problema personal o emocional en primer lugar a un “amigo” (4,86; *DE* 2,07) y, por último, a un “profesional sanitario” (2,50; *DE* 2,02).

Satisfacción y aceptabilidad

De la muestra de 14 jóvenes, 13 cumplieron el cuestionario de satisfacción al finalizar la intervención. En la tabla 3 del anexo se describe la satisfacción de los participantes en relación con los talleres recibidos y, en la tabla 4 del anexo, se muestran las opiniones de los jóvenes con relación al programa PESEA, según los aspectos que más y menos les ha gustado, y sugerencias de mejora.

En relación con la encuesta de satisfacción, el 85,7 % de la muestra refiere que el programa ha sido interesante, útil y práctico y el 78,6 % recomendaría realizar el programa en otros jóvenes que viven en un CRAE. Lo que destacan como aspecto más positivo del programa ha estado el hecho de “hablar” y “compartir” un tiempo para hablar sobre salud mental, y como aspecto más negativo, la duración de la intervención ha estado corta para la mayoría de los asistentes.

Adherencia a la intervención

En relación con los talleres asistidos por los jóvenes en cada CRAE, los resultados muestran una asistencia media de 11,21 sesiones (*DE* 1,96; rango siete a 13 sesiones). De los 14 jóvenes, una chica abandonó la intervención en la séptima sesión y el resto de los jóvenes no asistieron a sesiones puntuales debido a situaciones personales de cada uno de ellos.

Discusión

Los jóvenes refieren que el programa PESEA en salud mental (21h) ha sido interesante, útil y práctico, y lo recomendarían llevar a cabo en otros jóvenes que viven en otros CRAE. Todos los jóvenes coinciden que el programa ha estado muy bien conducido por los tres enfermeros especialistas en salud mental del CSMIJ y que estos les han resuelto las dudas surgidas durante los talleres. En relación con la duración del programa, la mayoría de los jóvenes solicitan que la intervención tenga una duración más larga. Esta

valoración puede estar relacionada con que los talleres se realizaban quincenalmente durante un año y medio aproximadamente (octubre 2017 a febrero 2019; excepto los meses de junio a septiembre). Para algunos de los jóvenes, era la primera experiencia formativa sobre temas de salud mental y, para la mayoría, estos talleres les ha proporcionado un espacio nuevo para hablar y compartir temas importantes para ellos, como son sus problemas del día a día, así como un espacio para compartir emociones, sentimientos y experiencias vividas que les han provocado un malestar emocional y/o psicológico. La buena acogida del programa también queda reflejada en la buena adherencia a la intervención, con una asistencia media de 11 sesiones de las 14 que presenta el programa.

En relación a la salud emocional y mental de los jóvenes que residen en un CRAE, los resultados muestran que presentan una buena salud mental y bienestar emocional (SDQ), con un buen comportamiento prosocial, aunque con puntuaciones casi límite de las dimensiones hiperactividad/inatención y síntomas emocionales. También presentan unas buenas habilidades sociales y emocionales (SEHS), una alta resiliencia (ER-14), unas bajas actitudes de estigma asociado a la salud mental (RIBS y CAMI), así como una buena predisposición al cambio.

En relación con la calidad de vida, la escala analógica muestra una puntuación media de 66 sobre 100, quizás influenciada por las dimensiones de “dolor/malestar” y “ansiedad/depresión”, donde la mitad de los jóvenes refiere tener leve dolor o malestar y estar levemente ansioso o deprimido; así como que el 60 % de los jóvenes ha recibido ayuda psicológica por un problema emocional y el 42 %, medicación. Estas puntuaciones bajas de calidad de vida y su relación con niveles leves de ansiedad y/o depresión coinciden con los estudios de Olatunji, Cisler y Tolin (2007) y Jonsson et al. (2017), en que los dominios de calidad de vida y funcionamiento social se asociaron con niveles más altos de deterioro entre los pacientes con trastorno de ansiedad y depresión. Aunque la calidad de vida de los jóvenes no solo está influenciada por síntomas clínicos leves, sino también por una variedad de factores como los sistemas de apoyo social, las estrategias de afrontamiento de los problemas

de la vida diaria, la aceptación y visión de la propia vida del joven. Cabe destacar la poca literatura encontrada sobre el tema y la importancia de realizar en un futuro un estudio sobre el nivel de calidad de vida de los residentes en CRAE así como de sus determinantes.

A la hora de pedir ayuda por un problema emocional, los jóvenes identifican a los amigos como la persona de referencia y a los profesionales sanitarios como su última opción, aunque un 50 % no pediría ayuda a nadie. No identifican a las personas adultas cercanas como personas de referencia para consultar un problema emocional o de salud mental y, por otro lado, encontramos a jóvenes que no pedirían ayuda a nadie. Estos resultados estarían relacionados con los encontrados en el estudio de Olivari, Mellado, Casañas, Espinosa-Díaz y Fuster-Villaseca (2021), donde los jóvenes prefieren buscar ayuda por un problema de salud mental en fuentes informales, como los amigos y padres, y no fuentes formales, como los psicólogos, psiquiatras, médicos y maestros/profesores, y con las creencias negativas hacia los servicios y los profesionales de la salud mental, identificadas como barrera a la hora de buscar ayuda en el estudio de Aguirre et al. (2020).

La mayoría de estudios que evalúan la efectividad de los programas de educación social y emocional (Durlak et al., 2011; Taylor et al., 2017) no tiene en cuenta la opinión de los jóvenes a la hora de evaluar el programa, así como la adherencia a la intervención, aspectos importantes en la implementación de programas en población infanto-juvenil. En este caso, es importante la opinión de los jóvenes para poder adaptar e implementar este programa a un contexto específico, como es un CRAE, teniendo en cuenta sus necesidades, tal como sugieren algunos estudios (Rodríguez Marzo y Coscolla, 2015). Las necesidades identificadas en esta población que vive en un CRAE encajan con los propósitos del programa PESEA y con las directrices de organismos internacionales sobre la relevancia de la detección temprana, la mejora de la salud mental de los jóvenes y la importancia de aumentar las conductas de ayuda por parte de estos.

El estudio presenta algunas limitaciones que comentamos a continuación: 1) el tamaño de la muestra es muy reducido, sólo 14 jóvenes. Esto

es debido a que este estudio era una prueba piloto en la que participaban tres CRAE que tenían vinculación con el CSMIJ de referencia y disponían del tiempo necesario (21 horas) para realizar las intervenciones durante los años 2017 a 2019; 2) no se ha podido incluir en este estudio los resultados de los instrumentos de medida en el momento post- intervención (15 días después de finalizar la intervención), ya que solo pudieron cumplimentarlos tres jóvenes de un CRAE. El resto de los jóvenes ya no estaban en el centro durante esas fechas o no estaban disponibles para cumplimentarlo de nuevo.

El estudio presenta algunos puntos fuertes a destacar: 1) La valoración positiva de la puesta en marcha del programa PESEA de "Espaijove.net" adaptado a los jóvenes que viven en un CRAE; 2) La prueba piloto se ha llevado cabo de la forma más cercana posible a las dinámicas de los centros. De esta manera se quería asegurar que la intervención tuviera después una fácil implementación; 3) El trabajo coordinado entre los tres CRAE y el CSMIJ para llevar a cabo la prueba piloto, que ha permitido ofrecer los mejores cuidados de salud a esta población.

La buena acogida del programa PESEA en salud mental por parte de los jóvenes justificaría su puesta en marcha en otros CRAE de Barcelona dentro del estudio para evaluar su efectividad en el aumento de conocimientos y habilidades emocionales, sociales y de salud mental, su impacto sobre la calidad de vida y la búsqueda de ayuda.

Conclusión

El programa PESEA es considerado interesante, útil y práctico, con una alta adherencia; por tanto, estaría indicado para promover el bienestar mental y la alfabetización en salud mental en los jóvenes que viven en un CRAE.

Agradecimientos

Nos gustaría agradecer la colaboración de los profesionales de los tres CRAE de Barcelona ciudad que han participado en esta prueba piloto del programa PESEA, así como a los jóvenes que participaron en los talleres. Agradecer la colaboración y asesoramiento de los compañeros del

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Les Corts y Sarrià- Sant Gervasi de la Asociación Centre Higiene Mental Les Corts.

Bibliografía

- Aguirre Velasco, A., Cruz, I. S. S., Billings, J., Jimenez, M. y Rowe, S. (2020). What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*, 20(1), 293.
- Bharadwaj, P., Pai, M. M. y Suziedelyte, A. (2017). Mental health stigma. *Economics Letters*, 159, 57-60.
<https://doi.org/10.1016/j.econlet.2017.06.028>
- Casañas, R., Gil, J. J., Castells, G., Pujol, A., Torres, M. y Lalucat-Jo, L. (2017). Evaluación de un programa de alfabetización en salud mental para adolescentes. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 30, 105-114.
- Castellvi, P., Casañas, R., Arfuch, V. M., Moreno, J. J. G., Torres, M. T., García-Forero, C., Ruiz-Castañeda, D., Alonso, J. y Lalucat-Jo, L. (2020). Article development and validation of the espaijove.Net mental health literacy (EMHL) test for spanish adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1).
- Chisholm, K., Patterson, P., Torgerson, C., Turner, E., Jenkinson, D. y Birchwood, M. (2016). Impact of contact on adolescents' mental health literacy and stigma: the SchoolSpace cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*, 6, 9435.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Racz, J. D. y Rüsch, N. (2012). Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973.
- Department of Health and Social Care. (2018). *Government Response to the Consultation on Transforming Children and Young People's Mental Health Provision: a Green Paper and Next Steps*. Londres: Crown.
- Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. (2011). *Mapa de recursos DGAIA 2011*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B.,

- Taylor, R. D. y Schellinger, K. B. (2011). The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432.
- Elias, M. J. (1997). *Promoting social and emotional learning: Guidelines for educators*. Virginia, EEUU: ASCD.
- European Commission. (2008). *European Pact for Mental Health and Well-being. EU High-level conference together for mental health and wellbeing*.
- EuroQol Group. (1990). EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208.
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C. y Thornicroft, G. (2011). Development and psychometric properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(3), 263-271.
- Furlong, M. J., You, S., Renshaw, T. L., Smith, D. C. y O'Malley, M. D. (2014). Preliminary Development and Validation of the Social and Emotional Health Survey for Secondary School Students. *Social Indicators Research*, 117(3), 1011-1032.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M. y Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1), 113.
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., Bonsel, G. y Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, 20(10), 1727-1736.
- Herrman, H., Purcell, R., Goldstone, S. y McGorry, P. (2012). Improving mental health in young people. *Psychiatry Danubina*, 24 (3), S285-90.
- Jonsson, U., Alaie, I., Löfgren Wilteus, A., Zander, E., Marschik, P. B., Coghill, D. y Bölte, S. (2017). Annual Research Review: Quality of life and childhood mental and behavioural disorders - a critical review of the research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(4), 439-469.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy; empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. y Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.
- Lendrum, A., Humphrey, N. y Wigelsworth, M. (2013). Social and emotional aspects of learning (SEAL) for secondary schools: Implementation difficulties and their implications for school-based mental health promotion. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(3), 158-164.
- Ochoa, S., Martínez-Zambrano, F., Vila-Badia, R., Arenas, O., Casas-Anguera, E., García-Morales, E., Villellas, R., Martín, J. R., Pérez-Franco, M. B., Valdúcel, T., García-Franco, M., Miguel, J., Balsera, J., Pascual, G., Julia, E., Casellas, D. y Haro, J. M. (2016). Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 150-157.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M. y Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572-581.
- Oliveri, C., Mellado, C., Casañas, R., Espinosa-Díaz, N. y Fuster-Villaseca, J. (2021). Preferred sources of help for mental health problems among Chilean adolescents: a descriptive study. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 78(3).
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. *Organización mundial de la salud*, 54.
- Piqueras, J. A., Rodríguez-Jimenez, T., Marzo, J. C., Rivera-Riquelme, M., Martínez-Gonzalez, A. E., Falco, R. y Furlong, M. J. (2019). Social Emotional Health Survey-Secondary (SEHS-S): A Universal Screening Measure of Social-Emotional Strengths for Spanish-Speaking Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 4982.

- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Rocha, T. B.-M., Graeff-Martins, A. S., Kieling, C. y Rohde, L. A. (2015). Provision of mental healthcare for children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(4), 330-335.
- Rodriguez, M., Marzo, T. y Coscolla, R. (2015). El proyecto educativo de un CRAE: una experiencia de construcción participativa. *Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 60, 87-101.
- Sánchez-Teruel, D. y Robles-Bello, M. A. (2015). Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en Español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2(4), 103-113.
- Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A. y Weissberg, R. P. (2017). Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child Development*, 88(4), 1156-1171.
- Taylor, S. M. y Dear, M. J. (1981). Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225-240.
- Villalba Andrea, P. E. (2010). Proyecto de educación emocional en un CRAE para chicas adolescentes. *Revista de intervención socio-educativa*, 46, 78-100.
- Wagnild, G. M. (2009). *The Resilience Scale User's Guide for the US english version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale*. EEUU: The Resilience Center.
- Wei, Y., Hayden, J. A., Kutcher, S., Zygmunt, A. y McGrath, P. (2013). The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(2) 109-121.
- Wilson, C.J., Deane, F.P., Ciarrochi, J. y Rickwood, D. (2005). Measuring Help-Seeking Intentions: Properties of the General Help-Seeking Questionnaire. *Canadian Journal of Counselling*, 39, 15-28.

Anexos

Tabla 1. Características descriptivas de la muestra del estudio

Variable	Media (SD) (n = 14)
SOCIODEMOGRÁFICAS	
Género n (%)	
Mujeres	11 (78,6 %)
Hombres	3 (21,4 %)
Nacionalidad n (%)	
Española	13 (92,9 %)
Marruecos	1 (7,1 %)
PSICOSOCIALES	
SDQ	
Hiperactividad/inatención	5,50(2,17)
Problemas compañeros	2,36(1,90)
Síntomas emocionales	5,07(2,12)
Problemas de conducta	2,57 (1,39)
Prosocial	8 (1,35)
Total dificultades	15,50 (4,18)
SEHS	
Cree en si mismo	23,57(5,57)
Cree en otros	27,14 (6,32)
Competencia emocional	25,43(5,27)

Vida comprometida		29,43 (8,45)
Puntuación total		105,57 (20,47)
ER-14		
Factor I. Competencia personal		56,78 (11,38)
Factor II: Aceptación uno mismo y de la vida		13,78 (4,99)
Puntuación total		70,57 (14,24)
EQ-5D		
Vas		66,43 (27,27)
Dimensiones n (%)		
Movilidad	No problemas	13 (92,9 %)
	Problemas leves	1 (7,1 %)
Cuidado personal	No problemas	12 (85,7 %)
	Problemas leves	2 (14,3 %)
Act. cotidianas	No problemas	8 (57,1 %)
	Problemas leves	6 (42,9 %)
Dolor/Malestar	No problemas	9 (64,5 %)
	Problemas leves	6 (42,9 %)
	Problemas moderados	1 (7,1 %)
Depresión/Ansiedad	No problemas	6 (42,9 %)
	Problemas leves	7 (50 %)
	Problemas moderados	1 (7,1 %)
CAMI		27,86 (6,03)
RIBS		7,29 (2,81)
INTENCIÓN DE CAMBIO		2,93 (1,68)

Leyenda: CAMI, Community Attitudes toward the Mentally Ill; ER-14, Escala de Resiliencia-14 ítems; EQ-5D, Euro-Qol 5D; RIBS, Reported and Intended Behaviour Scale; SDQ, Strengths and Difficulties Scale; SEHS, Social Emotional Health Services

Tabla 2. Uso de servicios y tratamiento

USO SERVICIOS Y TRATAMIENTO		N (%) (n = 14)	Media (SD)
Ayuda psicológica		9 (64,3 %)	
Medicación		6 (42,9 %)	
Solicitar ayuda			
Amigo	Poco probable (1-4)	5 (35,7 %)	4,86 (2,07)
	Extremadamente probable (5-7)	9 (64,3 %)	
Familiar adulto	Poco probable	9 (64,3 %)	3,36 (2,46)
	Extremadamente probable	5 (35,7 %)	
Profesor escuela	Poco probable	10 (71,5 %)	3,07 (2,16)
	Extremadamente probable	4 (28,5 %)	
Profesional sanitario	Poco probable	12 (85,8 %)	2,50 (2,02)
	Extremadamente probable	2 (14,2 %)	
A nadie	Poco probable	7 (50 %)	4,14 (2,93)
	Extremadamente probable	7 (50 %)	

Tabla 3. Cuestionario de satisfacción

Preguntas	Nada	Un poco / regular	Bastante/mucho
El programa ha sido interesante	0 (0 %)	1 (7,1 %)	12 (85,7 %)
El programa ha sido útil	0 (0 %)	2 (14,3 %)	12 (85,7 %)
El programa ha sido práctico	0 (0 %)	2 (14,2 %)	12 (85,7 %)
Has resuelto tus dudas	1 (7,1 %)	2 (14,3 %)	11 (78,6 %)
Ha estado bien conducido por el ponente	0 (0 %)	0 (0 %)	14 (100 %)
Duración corta del programa	1 (7,1 %)	5 (35,7 %)	8 (57,1 %)
Recomendarías el programa	<i>Sí</i>	11 (78,6 %)	
	<i>No</i>	3 (21,4 %)	

Tabla 4. Comentarios sobre los talleres

Aspectos que más te han gustado	- Que todos han hablado de temas importantes - Que en este espacio conozco más a mis compañeras. Me desahogo, me siento cómoda, con confianza. - La charla de videojuegos - Las de hablar de mis problemas. - Compartir tiempo y charlas con todos - Todo - Hablar
Aspectos que menos te han gustado	- Muy poco tiempo - Poco tiempo - Que ha sido muy corto y cada 2 semanas
Sugerencias de mejora	- Más tiempo, y hacer los talleres fuera del centro. - Más tiempo. Es muy corto - Más tiempo. Más seguido. - Opino que es muy útil - Ver una peli y comentarla. - Que dure más. - Me ha gustado mucho, hemos hablado de nuestros problemas, y nos han ayudado mucho.

“¡No me taladres la cabeza!” Cómo tratar al adolescente que rechaza ser tratado

TUULIKKI TRIAS¹²³ Y ALFONS ICART PUJOL²³⁴

RESUMEN

“¡No me taladres la cabeza!” Cómo tratar al adolescente que rechaza ser tratado. En la clínica encontramos adolescentes con síntomas serios, que no tienen consciencia de conflicto, y relaciones familiares que no les han permitido diferenciarse de su familia. En estos casos, proponemos una intervención familiar con el objetivo de resolver las distorsiones patológicas que bloquean el desarrollo del adolescente. Presentamos un caso clínico en el cual se pueden observar las vicisitudes de la intervención familiar y como ésta facilita la evolución de la psicoterapia individual. **Palabras clave:** adolescencia, diferenciación, separación-individuación, bloqueo, familia, intervención-familiar, funciones-parentales, psicoterapia.

ABSTRACT

“Don't drive me crazy!” Dealing with adolescents who refuse to get treatment. In our clinical work, we find adolescents with severe symptoms, who are not aware of the conflict, and family relationships that have not allowed them to differentiate themselves from their family. In these cases, we propose a family intervention to resolve the pathological distortions that block the adolescent's development. We present a clinical case in which we can observe the vicissitudes of family intervention and how it facilitates the evolution of individual psychotherapy. **Keywords:** adolescence, differentiation, separation-individuation, blockage, family, family-intervention, parental functions, psychotherapy.

RESUM

“No em foradis el cap!” Com tractar l'adolescent que rebutja ser tractat. A la clínica, trobem adolescents amb símptomes seriosos, que no tenen consciència de conflicte i relacions familiars que no li han permès diferenciar-se de la família. En aquests casos, proposem una intervenció familiar adreçada a resoldre les distorsions patològiques que bloquegen el desenvolupament de l'adolescent. Presentem un cas clínic en el qual es poden observar les vicissituds de la intervenció familiar i com aquesta facilita l'evolució de la psicoteràpia individual. **Paraules clau:** adolescència, diferenciació, separació-individuació, bloqueig, família, intervenció-familiar, funcions-parentals, psicoteràpia.

Introducción

En nuestra práctica clínica, encontramos adolescentes que, a pesar de presentar síntomas serios, no tienen consciencia de conflicto y, en consecuencia, se niegan a tratarse y, si se les obliga, abandonan el tratamiento al cabo de unas sesiones.

Observamos que el desarrollo de estos adolescentes no ha sido lo bastante sano. Tienen una

estructura yoica pobre y no tienen consciencia de sus propios conflictos ni dificultades; no asumen la responsabilidad de sus acciones ni a nivel personal ni relacional.

Estos adolescentes son diagnosticados como trastornos de personalidad (Icart, 2012). A menudo encontramos una característica particular en su relación con su familia: una relación patológica que no ha permitido que el adolescente pueda diferenciarse de ella, ni que la familia pue-

¹Doctora en medicina. Psiquiatra especializada en niños y adolescentes. ²Psicoterapeuta de niños, adolescentes y familias. ³Teacher and Supervisor in Transference-Focused Psychotherapy (ISTFP). ⁴Psicólogo y psicoanalista de la SEP y de la IPA. Dirección Científica de la Fundació Orienta. Director de la Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente. Contacto: ttrias@fundacioorienta.com

Recibido: 16/3/22 - Aceptado: 21/3/22

da diferenciarse del hijo. El paciente utiliza su sintomatología para dominar a su familia. Uno ha absorbido al otro y el otro ha consentido en ello. Existe una relación indiferenciada que dificulta la necesaria segunda separación-individuación (Blos, 1962, 1967) y diferenciación del adolescente.

En el marco de la concepción sistémica familiar, se trataría de la diferenciación del *self* y de la capacidad para lograr autonomía emocional con respecto a los padres, tanto a nivel intrapsíquico como interpersonal (Bowen, 1974). Tratar de modificar los síntomas sin tener en cuenta este contexto perpetúa la indiferenciación familiar que hace que el paciente no pueda avanzar en su autonomía (Icart y Freixas, 2013).

El adolescente tiene muy pocas iniciativas y muy poca autonomía. Esto nos hace pensar que tiene un yo precario. Son los padres (o uno de los padres) los que toman iniciativas, piensan y actúan por él. Incluso podemos decir que observamos cómo orientan selectivamente las percepciones del adolescente, recuerdan por él, etc.

En una situación de este tipo, la tarea terapéutica fundamental consiste en *separar* el hijo de los padres, ayudar al adolescente a ganar autonomía. Se podría pensar que se impone una terapia individual del hijo para evitar la interferencia de los padres en el tratamiento. Pero esto es complicado cuando el hijo está instalado en un funcionamiento en el que los padres le resuelven todas las dificultades. No está motivado para hacer este trabajo individual. Si el adolescente emprende un tratamiento individual es por la insistencia de otras personas y, ante cualquier dificultad, lo abandona.

La propuesta terapéutica que hemos desarrollado es la intervención sobre las funciones parentales (Icart y Freixas, 2020a, 2020b), que se hace al mismo tiempo que el tratamiento individual del hijo. Su función es permitir que tenga lugar el tratamiento del hijo. No se trata de una terapia familiar, sino de una intervención focal, limitada en el tiempo, que se dirige a modificar aquellas modalidades de las funciones parentales que perpetúan el funcionamiento controlador de la familia sobre los hijos y de estos sobre la familia. En la medida en que la familia pueda entender el funcionamiento patológico que

existe en ella, podrá irse diferenciando del adolescente, y dejar que este estructure su propia identidad.

Hemos planteado un abordaje en dos frentes diferentes. Por un lado, la terapeuta de la adolescente hace sus sesiones individuales con él. Al mismo tiempo, se lleva a cabo una intervención terapéutica familiar con el objetivo de resolver las distorsiones patológicas que bloquean el proceso evolutivo del adolescente. De esta manera, se crea, en la familia, un espacio para incluir a la hija una vez que haya podido renunciar a su indiferenciación infantil y acceder, así, al mundo de la adolescencia.

El adolescente se incorpora a la familia como un miembro más, con sus propios pensamientos, opiniones y responsabilidades, una vez que ha desarrollado/estructurado una identidad yoica mínima, que le permita ubicarse en ella, ver su problemática y poder afrontar su tratamiento personal. En ese momento, la atención familiar, una vez resuelta la indiferenciación familiar, se da por acabada. Se trata de una intervención focal y breve.

Esta forma de intervenir en estos casos graves se puede llevar a cabo en un centro de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ), si el terapeuta tiene la formación necesaria.

Cómo son estos adolescentes. El bloqueo

En el desarrollo sano, el niño tiene numerosas ocasiones de percibir y experimentar cosas y situaciones nuevas. De hecho, no sólo las tiene, sino que las busca. Una forma propia del niño de experimentar y elaborar sus experiencias es mediante el juego. Estas percepciones son una fuente del yo y contribuyen a la maduración cerebral. Al percibir cosas y situaciones nuevas y al hacer sus *experimentos*, el niño tiene alegrías y también frustraciones.

Los adolescentes de los que hablamos sufren un bloqueo de su desarrollo. Los padres no han permitido o han dificultado que el niño verificase las cosas o hiciera comprobaciones por sí mismo. Exigen que sólo crean la palabra de los padres. Esto perpetúa la omnipotencia tanto de los padres como del hijo.

Un cuidador así favorece el funcionamiento mágico omnipotente de la relación con su hijo.

La palabra de la madre (u otro cuidador principal) sustituye, a la vez que invalida, la del hijo. La madre *piensa* por el niño (funciona como el yo del niño). Este *pensar* es omnipotente; favorece la omnipotencia tanto de los padres como del hijo. La madre se adelanta al hijo. Lo dice la madre porque, según ella, “él no lo sabría expresar”. Asimismo, transmite la idea narcisista de “Yo lo sé mejor que tú”.

El proceso de integración del yo tiene lugar a base de frustraciones dosificadas. Cuando no se produce este proceso, no hay logros reales. No hay una maduración, sólo logros mágicos. No se puede aprender. No es posible realizar descubrimientos porque la madre tiene respuesta para todo y resuelve todos los problemas.

Tolerar la frustración y que haya pequeños logros produce satisfacción. En el funcionamiento saludable de las familias, los padres validan estos logros. Los padres narcisistas o bien no dan ninguna importancia a estos logros o bien le dan una falsa importancia exagerada: “¡Qué maravilla! ¡Nadie había hecho algo parecido! ¡Nadie lo había hecho tan bien!”, cosa que favorece el sentimiento de omnipotencia de los hijos.

Cuando se puede resolver el bloqueo, el hijo puede empezar a estructurar un yo propio. Empieza a ver quién es, qué le pasa y a plantear el deseo de modificarlo.

No obstante, a menudo es difícil para la madre retirarse porque implica que el hijo, en sus intentos de experimentar, se pondrá en peligro, puesto que ha habido poca experimentación previa. El hijo puede decidir ir en bicicleta por la autopista. O ir a dormir a casa de un amigo sin saber si este está disponible, si sus padres estarán, si están de acuerdo, etc. La promiscuidad expone a un embarazo o bien a enfermedades de transmisión sexual (clamidia, herpes, condiloma, SIDA).

A menudo, los hijos hacen intentos de rebelión como un intento de diferenciarse de los padres. Hacen *acting-out* (Laplanche y Pontalis, 1967), tales como fumar, consumir alcohol, drogas, pequeños robos para comprarse ropa (con el fin de crearse una imagen propia diferenciada), promiscuidad sexual, etc. Los más inhibidos se autolesionan o bien sufren un trastorno alimentario, una anorexia, a veces bulimia, y a veces un cuadro mixto.

Caso clínico

A continuación, presentamos un caso clínico en el cual se pueden observar las vicisitudes de la modalidad de tratamiento del que estamos hablando.

Iris (que es como llamaremos a la paciente) es una adolescente de 15 años que consulta por restricción alimentaria e ideación autolítica. Iris explica que inicia la restricción alimentaria hace un año. Empezó a recibir comentarios de su entorno en relación a que estaba perdiendo peso y eso le generó bienestar. De forma progresiva, se añadió un cuadro de ansiedad y bajo estado de ánimo, que implicó la necesidad de control constante por parte de la familia para evitar autolesiones y vómitos. Explica episodios de cortes superficiales en antebrazo que hacen que mejore su malestar y pensamientos de muerte. Abandonó sus actividades habituales de estudio, música y salir con los amigos. Iris focaliza su malestar en la comida, llegando a la restricción completa, incluyendo líquidos. Explican dejadez general hasta el punto de dejar de andar y requerir soporte para todas las actividades diarias.

Iris es una de las mejores estudiantes de la clase. “Soy una niña de 10”. En el futuro, quiere ser admirada por su profesión: ser una abogada excepcional a nivel mundial. Sin embargo, en el momento de la exploración, ha dejado los estudios; lleva unos meses sin acudir a las clases.

En las primeras visitas de valoración muestra una actitud sutilmente desafiante y desvalorizadora. A menudo, cuando la terapeuta le hace algún señalamiento, la respuesta de Iris es: “¡No me taladres la cabeza!”. Después de cada visita, su sintomatología e ideación suicida aumenta. Lloro desconsoladamente en presencia de sus padres, se autolesiona y deja a la terapeuta como una profesional incompetente a sus ojos.

Ambos padres tienden a idealizar a Iris. No ven en ella a una persona con sus propios pensamientos, deseos y sentimientos sino a una buena estudiante y a una niña cumplidora que ha dejado de estudiar y cumplir. Tienen grandes dificultades para identificar o conectar con lo emocional: no saben qué hacer cuando Iris muestra sus sentimientos.

Propuesta de tratamiento y contrato terapéutico

El cuadro corresponde a un trastorno de la conducta alimentaria, una organización límite de la personalidad y una estructura de personalidad infantil, histriónica y narcisista.

Les propuse una psicoterapia individual a dos sesiones semanales. No obstante, antes de iniciar el tratamiento, vimos la necesidad de acordar un contrato terapéutico con un plan de seguridad. Iris tendrá la ventana de su habitación cerrada con llave para evitar que lleve a cabo las amenazas de tirarse por la ventana. La cocina se cerrará por la noche para evitar que se haga daño con cuchillos o que se lo haga a sus padres. Las pautas de la comida serán señaladas por enfermería del Hospital de Día de adolescentes, al cual asistirá. Compaginará la asistencia al Hospital de Día con los estudios. Acudirá al instituto. En casa no se hablará de comida y se comerá lo que se ponga en la mesa. Terminada la comida, se recogerán las sobras. Si no puede contener su deseo de morir, antes de pasar al acto, acudirá a urgencias y lo comentará en la visita siguiente.

Al acordar el contrato, comienzan inmediatamente los problemas que tienen que ver con su cumplimiento y se intensifica la sintomatología. Iris encuentra excusas para no atender a las clases. En casa, sigue la lucha sobre la comida, que se extiende a la bebida (agua). Además, Iris comienza a contar a sus padres sus ideas autolíticas.

Dificultades para tratarla individualmente

Iris expresa deseos de cambio, aunque persiste su ambivalencia. Impresiona una resistencia al cambio, la cual consideramos que se debe a que obtiene beneficios secundarios relacionados con sentir el apoyo de la familia y amigos y no asistir a las clases. Por el mismo motivo, se está identificando con el rol de enferma. Me da la impresión de que los padres, con su actitud, fomentan estas conductas, a pesar del contrato terapéutico que se estableció. Se objetiva una tendencia al uso del síntoma como elemento movilizador del entorno.

Después de las visitas conmigo, Iris suele llorar, les comenta a los padres sus pensamientos de

muerte y el impulso a autolesionarse. En alguna ocasión, coge un cuchillo y los padres evitan que se autolesione. En varias ocasiones, llamaron a la ambulancia. Consigue que los padres me vean como una mala profesional que no sabe hacer que su hija se sienta bien.

Más adelante, después de la visita, no come y se asegura de que sus padres se enteren de que ella se ha sentido mal en la visita conmigo. La madre se preocupa mucho cada vez que no come y para ella esto es un indicador de que la terapia no va bien. No ve ningún avance.

Ni los padres ni la paciente cumplen con el contrato. Siento que no hay un encuadre suficiente para poder tratar conflictos internos cuando la atención está en los riesgos externos o los síntomas. Después de comentarlo con los padres, decido hacer una derivación al departamento de familia para valoración del caso y posible intervención familiar.

Diagnóstico familiar y propuesta de tratamiento

En el diagnóstico familiar, pudimos ver una familia inmigrada, con una madre narcisista y un padre que podía influir poco en la educación de sus hijas, y con una actitud sumisa a su mujer. La sobreprotección por parte de los padres y, sobre todo, el narcisismo materno ejercían una gran presión sobre los hijos, en especial sobre Iris, lo cual favoreció la aparición de un bloqueo en su proceso evolutivo mental durante su infancia. La madre quiere que sea la mejor de su entorno, que estudie y que triunfe en la vida. Que no le pase como a ellos, que luchan sólo para vivir. Iris tiene que ser como la madre piensa, cree y la obliga a ser, no dejando que ella pueda experimentar por sí misma lo que la rodea, ni desarrollar sus propias percepciones de su mundo interno y externo, y buscar acciones acordes con ellas. La madre, a cambio de que Iris le sea sumisa y se comporte como ella desea y de acuerdo con su modo de ver y valorar las cosas, le satisface todos sus caprichos.

Ahora tenemos a una chica con cuerpo de adolescente y con una estructura mental infantil, que no tolera la frustración ni el no y que persigue la satisfacción inmediata.

Iris quiere perpetuar esta relación de dependencia con su madre para que siga tratándola

como niña pequeña, y lo consigue con conductas desafiantes y provocativas que sabe que le hacen daño a su madre, como el no comer, lesionarse, no ser capaz de hacer las cosas, aparentar que no se puede mover y exigir que la acompañen al baño como a una niña pequeña.

Por otra parte, la familia no puede mantener el contrato terapéutico, acordado al inicio del tratamiento.

Por este motivo, propongo una intervención terapéutica familiar para resolver las distorsiones patológicas que bloquean el proceso evolutivo mental infantil de la adolescente y que en este momento no la dejan resolver su proceso de diferenciación y entrar en el entorno adolescente. Además, la intervención familiar ayudará a la familia a mantener el contrato terapéutico y a no dejarse manipular por Iris por medio de su sintomatología. Al mismo tiempo, la familia tendrá que modificar su dinámica y hacerle un lugar como adolescente entre los demás miembros.

Una vez resuelto el problema de indiferenciación en la familia terminaremos las sesiones familiares e Iris seguirá con su tratamiento individual a dos sesiones semanales

Las intervenciones familiares y la resolución del proceso de diferenciación

La función básica de la intervención familiar es resolver el bloqueo emocional que sufre el adolescente, que ha tenido lugar en sus etapas infantiles, y que hace que tenga una forma de pensar infantil, sin consciencia de conflicto. Una vez resuelto este bloqueo, el adolescente puede enfrentarse a sus problemas porque se da cuenta de quién es y de lo que le pasa.

Iris, el centro de atención de la familia

En este momento, Iris es el centro de atención de la familia y, por medio de sus síntomas, mantiene su atención, en especial de la madre. Todos están constantemente pendientes de ella y la madre funciona como un yo sustituto de Iris. Pero este vínculo tan intenso e indiferenciado con el objeto bloquea su proceso evolutivo y no le permite desarrollar su propia identidad, y menos aún ahora, cuando tiene que afrontar el momento evolutivo de la adolescencia, que es

la culminación del proceso de separación-individuación, la diferenciación *Self-Objeto*.

Ya en las primeras sesiones y con la ayuda del hermano, pudimos mostrar a la familia que los trastornos alimentarios tenían dos objetivos para Iris: por un lado, perpetuar el deseo de ser la única y el centro de atención en la familia y, por otro lado, apartar a la madre sobreprotectora que le quiere inculcar sus pensamientos y su manera de ser. Rechaza la comida como una manera de reivindicar su identidad.

Cuando la familia entiende estas motivaciones que llevan a la paciente a utilizar sus síntomas, ven la necesidad de modificar su manera de relacionarse con Iris y de no caer en esta manipulación. También nos encontramos con el narcisismo de la madre, que se alegra de entender este significado y, al mismo tiempo, siente la herida narcisista de no haber podido ayudar a su hija, y ahora de tener que ser ella la ayudada.

Lo importante de estas sesiones fue que Iris se pudo integrar muy pronto a la escuela, lo que propició su autonomía y ayudó a reforzarla: ir sola, empezar a salir con las amigas, diversificar su entorno relacional.

La paciente, después, en su vida normal, actúa este conflicto relacional narcisista vivido en casa con la familia con sus amigas en la escuela. Ella se convierte en la madre cuidadora de todas sus amigas, les aconseja, les dice cómo se han de comportar y está plenamente entregada a ellas. Pero no se deja ayudar por ellas. Se ha identificado con la madre *narcisista*. Y este problema de la escuela se resolverá cuando ella haya resuelto su problema con su propia familia.

Las funciones parentales y la figura del padre

Otro aspecto importante que afrontamos desde el inicio fue el papel secundario y a veces grotesco del padre en la familia, frecuente en las familias en las que hay una madre narcisista. El padre banaliza el tratamiento y, cuando el terapeuta le invita a hablar sobre su familia, comenta: "Ah, muy bien, todo va correctamente; mire, doctor, lo más importante en este momento es que Messi se quede en el Barça", y se ríe como si hubiera hecho una gracia.

Reconducir estos momentos no es nada fácil y hemos de poder realizar nuestro trabajo sin ofender ni ridiculizar a la persona.

En esta situación, la respuesta fue: “yo supongo que hablar de las dificultades que pasan en la familia no es nada fácil y con su comentario pretende reducir la tensión que seguramente se ha despertado”. “Pues claro”, responde el padre, “no gusta pensar en estos problemas y más cuando uno daría la vida por ellos, de tanto que los quiero”. Tiene razón: cuesta.

Y, así, poco a poco se fueron afrontando los diferentes problemas que iban surgiendo, de estados maníacos a momentos de gran ansiedad.

Otro aspecto importante es cómo la familia va analizando sus interrelaciones y cómo tienen situada a Iris en el lugar de la necesitada de ser cuidada, proyectando en ella sus preocupaciones. Hay que estar alerta a estas situaciones porque la familia, hablando de los problemas de Iris, tapa, se defiende de concienciar y afrontar sus propios conflictos. Iris es vivida como la parte necesitada de la familia. Es necesario cambiar esta dinámica para que cada uno pueda tomar consciencia de sus problemas como una manera de reconstruir el funcionamiento familiar para que haya un lugar para cada uno, y que ese lugar sea el que le corresponda.

Hacerse un lugar en la familia

Un momento muy difícil en este proceso de recuperación de los adolescentes se produce cuando mejoran y quieren integrarse en la familia, en el lugar que les corresponde. La familia es la que tiene que hacerle un lugar y modificar las dinámicas que había establecido. En este caso, cuando Iris busca su lugar, la familia lo vive como que a los demás les molesta. Y si la familia no entiende lo que pide la paciente, no lo interpretarán bien y continuarán negándole su lugar.

También fue muy visible la rivalidad de la madre con el terapeuta. Ella estuvo muy presente durante el tratamiento, lo cual es propio y habitual en las estructuras narcisistas. En este caso, la presencia del hermano ayudó a la madre a aceptar ciertas interpretaciones del terapeuta.

Los momentos depresivos propios de la elaboración del duelo son muy frecuentes en las sesiones familiares y debemos prestar atención para favorecer la elaboración de la ansiedad. La actitud ridiculizadora del padre y la negación de la madre hicieron más difícil la elaboración de las ansiedades en la familia.

Las situaciones de ansiedad no son vistas como progreso sino como cosas peligrosas, indicadores del fracaso del tratamiento, hasta que la familia adquiere capacidad de tolerarla y entender el significado de esta.

Acordamos finalizar las sesiones familiares

La fecha para la finalización de la intervención terapéutica familiar se acuerda en la sesión familiar y después de valorar el trabajo realizado y de constatar que todos los objetivos terapéuticos propuestos al inicio de las sesiones familiares se han alcanzado.

Los objetivos terapéuticos que nos propusimos fueron: resolver el bloqueo emocional producido en etapas infantiles de la paciente; conseguir que la familia, en especial la madre, dejara de proteger, cuidar y dirigir a la paciente como algo de su propiedad, como a una niña pequeña; hacerle un lugar como adolescente en la familia; y no dejar que la paciente manipulara a la familia por medio de sus síntomas.

En definitiva, ayudar a los padres a desarrollar, en la familia, las funciones parentales, que es la manera de convertir el grupo familiar en un grupo de trabajo, según la formulación de Bion (1961). E integrar a la paciente en su lugar en la familia.

La siguiente discusión se produjo después de diez meses de tratamiento. Últimamente, la familia comentaba que las cosas habían cambiado y que estaban contentos de las mejoras que se habían dado. La madre comenta que ha aprobado la teórica del carnet de conducir. Está muy contenta porque no pensaba que pudiera a su edad. Después hablan de su preocupación por la salud de su marido, a quien últimamente le han detectado un desánimo. Y siguen comentando diferentes hechos familiares. La madre es la que dice estar más tranquila porque ven que Iris está más integrada en la familia. Según la madre, ha encontrado su lugar, participa, se preocupa del padre. Y, algo importante, que ya no hace cosas para llamar la atención. Ahora hace su vida como todas, se cuida de sus estudios, sale con sus amigas, va a su terapia, “que estamos bien”. Estos comentarios son compartidos por los tres.

Iris es la que recuerda que los objetivos de esta intervención familiar están resueltos. Y

pregunta cuándo vamos a finalizar estas sesiones familiares, recordando mis palabras: que una vez resueltos los objetivos propuestos finalizaríamos las sesiones familiares. Les pregunto cómo lo ven, qué han pensado sobre esto.

El hermano dice que Iris ha cambiado mucho, que ahora se puede hablar con ella y que, además, se preocupa por todos, en especial por el padre. Sonriendo, dice: “Ahora he recuperado una hermana”. Iris responde que sí, que “ahora los papás son los papás” y ellos dos se relacionan “como hermanos”. Sonríen y, al final, el hermano dice, sonriente, que todavía, alguna vez, Iris responde como una niña pequeña.

Aquí aprovecho para indicar que hablamos de finalizar las intervenciones familiares, pero Iris va a continuar con su psicoterapia individual para seguir resolviendo sus problemas personales. La madre dice que las cosas van mejor y que con su marido lo comentan, están muy contentos y, algo que es muy gratificante, que no hay que estar pendientes de los hijos. Dice: “Todos hemos cambiado”. Y siguen comentando los cambios que se han producido en la familia.

Durante el proceso, se han reactivado problemas relacionados con el embarazo y la infancia. Desde la concepción, había problemas serios, como la amenaza de aborto y la salud de la madre, que en algún momento pusieron en peligro la vida de las dos. Al parecer, desde los primeros momentos de la vida, había un vínculo ansioso, que generó sobreprotección y miedo a causar daño a los hijos. Seguramente fue una de las causas de esta relación de sobreprotección que generó la simbiosis.

Las dificultades o conflictos que tienen sus raíces en los primeros momentos de la vida son muy difíciles de elaborar. Una relación simbiótica tiene una característica habitual en este tipo de apegos: la dificultad del proceso de diferenciación Self-Objeto. Las emociones de los padres se confunden con las de los hijos y, normalmente, el hijo es el que las sufre. A su vez, el hijo manifiesta las ansiedades por medio de la sintomatología.

La contención y el lugar seguro que ofrecen las entrevistas familiares ayudaron a la familia a tomar consciencia de las relaciones patológicas que dificultan el proceso de diferenciación entre sus miembros. Los padres se han sentido

acompañados por las sesiones familiares y esto les ha hecho más fácil modificar las relaciones con la paciente y no ser víctimas de la presión y del dominio que esta hacía por medio de su sintomatología. Esta contención hace posible que Iris pueda dejar de actuar y llamar la atención de manera patológica, volver la mirada hacia dentro y reconocer sus propias dificultades.

Evolución del tratamiento individual

Al inicio del tratamiento, Iris estaba tan atrapada en la relación de indiferenciación con su madre que sólo pretendía que la cuidara como a un bebé. El inicio del tratamiento fue para ella una desagradable sorpresa. No quería ayuda para salir de aquella situación, sino perpetuar esta dependencia con respecto a la madre. Es así cómo, persistiendo en su regresión, consiguió ser ingresada en el hospital.

La paciente, después de cada sesión individual, les decía a los padres, llorando, que el tratamiento no le iba bien, que la terapeuta no la entendía y no la ayudaba, y los padres estaban dudando de si interrumpirlo o continuar.

En este momento, nos dimos cuenta de que teníamos que ayudar a los padres a entender el manejo que hacía la paciente de su sintomatología para boicotear el tratamiento individual y de la necesidad de ayudarlos a comprender este manejo y la necesidad de no dejarse dominar por ella. La familia entiende, gracias a la intervención sobre las funciones parentales, que la paciente, con sus síntomas, les controla y les obliga a que la traten como una niña. Y también entienden que, para resolver este problema, tienen que ayudar a que la hija se de cuenta de que con sus síntomas les quiere controlar, y de que esta actitud no la ayuda a salir de esta relación indiferenciada con los padres. En el contrato terapéutico, acordamos que Iris tenía que ir a la escuela y comer lo que se pone en la mesa y, si no come y baja de peso, se la ingresará.

Tomar consciencia de esta relación entre la paciente y sus padres y de la necesidad de modificarla es el primer paso para que la paciente pueda hacer su tratamiento individual.

Queremos resaltar la ayuda que la intervención familiar le dio a la terapia individual. De

entrada, permitió salvar el tratamiento individual, que la paciente, dominada por la utilización de sus síntomas y su actitud regresiva, estaba poniendo en peligro. Además de disminuir las actuaciones regresivas, desaparecieron también las autolesiones y las amenazas de quitarse la vida. Poco a poco, los padres fueron más capaces de entender que las llamadas de atención de su hija por medio de sus síntomas eran un modo de controlarles a ellos.

Que los padres entendieran cómo su hija, por medio de los síntomas, pretendía controlarlos y presionarles para que hicieran lo que su parte infantil deseaba -ser tratada como un bebé-, les ayudó a modificar la relación entre ellos. Poco a poco, fueron modificando su actitud: la trataban como correspondía a su edad y la vieron como a una persona individual con sus propios deseos y opiniones.

Poco a poco, la paciente empieza a traer sus actuaciones externas a su tratamiento individual, que fueron analizadas en el marco de la relación transferencial.

Iris mantenía la relación de dependencia con su familia, estaba muy confundida en su identidad, le resultaba difícil la diferenciación self-objeto. Y, al principio, en las sesiones de terapia individual, se centraba en sus síntomas y en lo mal que se sentía tratada por sus padres y amigos. Con frecuencia, decía: “a mí nadie me entiende”. A partir de ahí, pasó de atacar su terapia individual a idealizarla, mostrándola como el único lugar donde podía expresar sus problemas.

Otro aspecto muy importante en la vida de Iris es la relación que tiene con sus amigas. Iris las ayuda, lo sabe todo sobre ellas, escucha sus penas y les aconseja. Iris nunca les pide ayuda: es un modo de sentirse superior a ellas. Sus amigas la admiraban y ella era el centro de atención. En esta relación, también podemos entrever cómo Iris nos está indicando cómo desearía ser tratada ella: con una dedicación total.

Esta relación patológica que inicialmente había establecido con su madre, y que ahora había desplazado a las amigas, no fue fácil de resolver. Pero, poco a poco, la paciente fue modificando esta manera de relacionarse con ellas. Ahora, también, sus amigas son más sociables, van superado sus problemas y no la necesitan tanto como antes.

La transferencia paranoide gana presencia a medida que ella comienza a temer que yo también vea sus sentimientos como algo estúpido e infantil, como ella siente que hacen sus padres. Seguramente, esta impresión fue producida al asistir yo a las sesiones familiares, aunque no participaba, sólo observaba.

Progresivamente, podemos hablar de su tendencia a desvalorizar a sus amigos y su tendencia a sentirse superior a ellos. Es consciente de la tortura a la que somete a sus padres a través de la comida. Sabe que, si no come, sus padres estarán muy preocupados por su salud.

Ella ahora empieza a ser consciente de que llorando y apartándose de sus amigas consigue ser el centro de la atención de sus compañeros y de sus profesores. Entonces, se siente poderosa, superior, y les menosprecia, controla la relación. Los demás están en una posición inferior; ahora, los ve estúpidos.

Lo mismo pasa cuando se siente comprendida por mí en las sesiones: puede valorar el trabajo y la ayuda que le doy, pero esto resulta demasiado doloroso para su parte narcisista e intenta desvalorizarme para sentirse superior a mí y mostrar, con cierto desprecio, que ya no me necesita; me convierte en una psiquiatra estúpida, que se dedica a escuchar tonterías de los adolescentes.

Uno de los acuerdos del contrato que establecimos al inicio del tratamiento familiar era que tenía que incorporarse al instituto. Tuvo muchas resistencias al principio, pero, presionada por la familia y ayudada en las sesiones familiares, lo fue consiguiendo.

En la psicoterapia individual, hubiera sido muy difícil conseguir avances sin la intervención familiar. Iris no tenía el empuje propio de una adolescente para luchar por su autonomía e independencia, sino que estaba muy estancada en su lugar de niña pequeña. No mostraba interés en participar en las salidas con sus iguales; no le atraía el mundo de los adolescentes, sino que le aterrorizaban los cambios en su cuerpo, la sexualidad, la autonomía, la libertad de tener su propia opinión, su estilo. Desvalorizaba las tonterías de los adolescentes. En su discurso, idealizaba su futuro, soñaba con grandes logros, sobre todo a nivel profesional. Pero su futuro quedaba disociado de la realidad de que ella

continuaba haciendo la vida de una niña pequeña, sometida a obedecer y cumplir los deseos de sus padres. Tomar consciencia de este parte de ella fue muy difícil. Hacía todo para evitar el tema y le costaba tolerar que yo mencionase estos temas. “¡No quiero pensar en eso, no me taladren la cabeza!”, decía.

Tras unos once meses de tratamiento familiar e individual, Iris es más comunicativa en casa y participa más en las tareas familiares. No presenta conductas de riesgo y el peso se mantiene normal. Sale con sus amigas, toma la iniciativa en las relaciones, muestra interés en varias actividades tales como ir al cine, bailar, etc. Empieza a preocuparse por su familia, por la salud de su padre, que está enfermo, por su hermano y de su madre, de la que dice que “trabaja mucho”. Esta mejora se dio poco antes de las vacaciones y coincidió con la finalización de las sesiones familiares.

Regresión y conflicto durante las vacaciones

Antes de las vacaciones de verano, ya finalizada la intervención familiar y después de un año de tratamiento individual, Iris fue manifestando miedo a la separación, a no poder mantener el buen ritmo que había conseguido hasta ahora. Parecía que la enfermedad del padre podía ser grave y esto aumentó el malestar familiar, especialmente de la madre y el hermano y también de Iris, que todavía se sentía muy frágil. La familia pasaba por un momento muy delicado porque las noticias de la enfermedad del padre no eran buenas y, en este momento, Iris hizo una regresión.

Durante sus vacaciones, Iris comenzó de nuevo a restringir la comida y a no salir con sus amigas. La familia, en especial su madre, asustada por esta regresión, se dejó dominar por la sintomatología y volvió a controlarle la comida y a tratarla como una niña pequeña. Consultaron dos veces al Hospital de día, por el miedo a que perdiera peso y por las restricciones alimentarias, aunque Iris no llegó al mínimo establecido.

Cuando reiniciamos las sesiones después del verano, me informan de la reactivación de la sintomatología de Iris. En las visitas, Iris vuelve a centrar su atención en sus síntomas y trastornos alimentarios. Evita hablar de las dificultades que tiene en las relaciones interpersonales. Tengo una visita con los padres, y observo que su

preocupación está puesta en la enfermedad del padre y la regresión de Iris.

Sentir ansiedad y preocupación sería coherente: una reacción sana por parte de los padres y la familia, y más en este momento de la enfermedad del padre. Sin embargo, no se habla esta preocupación. Los hijos son los recipientes de la angustia de los padres, se deprimen y se intensifica el trastorno alimentario de Iris.

Al poco tiempo de empezar el curso escolar, Iris se vuelve a incorporar a la escuela. Iris cada vez se da más cuenta de que está muy unida a su madre y de su necesidad infantil de sentir que la cuida. Sin embargo, siente que nunca consigue ser suficiente, nunca alcanza el nivel que exige de ella. La madre no es una mujer cariñosa. Su manera de mostrar su amor y cuidar es a través de la comida y de los aspectos físicos, la ropa, los estudios.

Ante la situación de crisis que ha desencadenado los problemas de salud del padre, ambos están desconectados a nivel emocional. La madre es distante, fría y el padre idealiza: todo es fantástico, todo se va a resolver. Son dos extremos, pero ambos niegan su realidad emocional y la de los hijos. Cuando Iris está triste y se retira a su habitación, se vuelven a disparar las ansiedades catastróficas de los padres: temen que “ahora se va suicidar” y, al poco rato, el padre dice “es maravilloso ver mi hijita tan feliz”. Iris se da cuenta de las reacciones extremas de sus padres y de la dificultad que tienen para conectar con la ansiedad que les produciría la enfermedad del padre. Ante esta situación familiar, creímos oportuno adelantar la intervención familiar de post alta, que estaba planificada para el mes siguiente.

Sesión familiar post-alta de Iris

La sesión ha estado dominada por el padre, al que le han diagnosticado una enfermedad neurológica degenerativa con mal pronóstico. El padre no conecta con la gravedad de la enfermedad y la madre y los hijos son los que están tristes y angustiados.

Después de hablar de la enfermedad y de la manera de cómo la han vivido en la familia, en especial Iris, a la que le ha afectado más que a los demás, hemos podido ver que, en un momento difícil para ellos, la madre y el hermano

han sido el núcleo fuerte y a Iris la han sobreprotegido, dándole las informaciones de manera dosificada. La siguen viendo frágil.

Habíamos quedado en vernos la semana anterior y anularon la entrevista, pospuesta para una semana más tarde. Entre medio, la madre se enfrentó con Iris. Le dijo que no quería seguir con las dificultades para comer y con sus excusas de si tiene apetito o no. Se sentaron y le anunció que ya no le diría más que tenía que comer, que hiciera lo que quisiera, y si se desmayaba porque no comía, la ingresaría. Que la comida no podía ser un juego con el cual les tenía a todos pendientes.

Es curioso que esta postura la utilizara justo cuatro días antes de la visita. La madre desarrolla la función de terapeuta, recreando su parte narcisista. Nos podemos preguntar por qué no lo hizo antes. Esto nos muestra que a la madre todavía le cuesta dejar de proteger a su hija y a esta, separarse de ella. El resultado fue positivo y parece que la regresión que provocó a Iris la enfermedad del padre está en proceso de superación.

Cambios en la psicoterapia individual después de la sesión familiar post-alta.

La enfermedad del padre y las vacaciones de verano han provocado una regresión en Iris. Las regresiones forman parte del tratamiento. Sin regresiones, no se podría tomar contacto con estos conflictos y ansiedades tempranas. Las sesiones familiares han permitido contener a la familia en los momentos regresivos más difíciles, de manera que las regresiones y las ansiedades que han generado se han podido contener, concienciar y elaborar, tanto en el tratamiento individual de la paciente como en la familia. Esto ha facilitado que ambos evolucionasen.

Después de esta entrevista familiar post-alta, los padres pudieron volver a ejercer las funciones parentales y la familia volvió a la vida, una vida de cierta normalidad, como antes del verano. A partir de este momento, la familia y, en especial, Iris pueden hablar y tomar consciencia de la enfermedad grave del padre y se puede comenzar el proceso de duelo, ya que, según parece, va a cambiar la dinámica familiar futura. Por otra parte, Iris es más consciente de sus problemas y los puede llevar a su terapia individual. Rápidamente recupera su peso normal.

El pronóstico de la enfermedad del padre no es bueno y, además, esta ha afectado la relación actual de la familia, de manera que no pueden hacer las mismas cosas que solían hacer antes, como dar paseos largos, salir los fines de semana, etc.

Reflexiones finales sobre la psicoterapia individual

En este momento, se han recuperado las funciones parentales y se ha normalizado la vida en la familia. Esto ha proporcionado un encuadre suficientemente estable para poder desviar la atención de los riesgos externos inmediatos y poder normalizar la vida familiar. Para el desarrollo sano de un adolescente, es importante que pueda continuar sus estudios, ir al centro escolar y relacionarse con sus iguales. También Iris ha podido normalizar su peso y renunciar a controlar a la familia por medio de sus síntomas.

Ahora pueden tener una vida familiar más satisfactoria, por un lado, y los padres toleran mejor las protestas normales de un adolescente. Iris tiene una relación más sana con sus padres y con su hermano. Ha encontrado su lugar en la familia; sus opiniones y puntos de vista son escuchados y tiene más autonomía para tomar sus propias decisiones.

Al disminuir los conflictos con la familia, Iris trae estos mismos conflictos a terapia, esperando que yo ejerza la misma función que han hecho sus padres. Ella se siente todavía muy insegura con la autonomía, siente la necesidad de recibir directrices claras y ser controlada. Continuar siendo una niña pequeña. Se puede señalar e interpretar su parte activa en las dinámicas y ofrecer una contención que permita que ella prosiga el camino hacia la autonomía y consiga entrar en el mundo de los adolescentes.

En este momento, su principal preocupación es consolidar su proceso de diferenciación, adquirir más autonomía individual, reforzar su estructura yoica con el fin de poder ocupar un lugar en el mundo adolescente y en la familia. Este trabajo ha de seguir haciéndose individualmente. La intervención familiar sirvió para desbloquear su indiferenciación con la madre y tomar consciencia de sus problemas. Ahora le toca enfrentarse a sus problemas personales y resolverlos.

Conclusión

En nuestra práctica clínica, nos encontramos a veces con algunos adolescentes que tienen graves problemas de personalidad y de comportamiento y que presentan grandes dificultades a la hora de ser ayudados porque es imposible llevar a cabo el tratamiento.

Los motivos que dificultan llevar a cabo dicho tratamiento son varios, pero nos vamos a centrar en dos.

En primer lugar, la estructura de personalidad que tiene la paciente. Son adolescentes que han sufrido un bloqueo emocional durante su infancia y que, en este momento, tienen un cuerpo de adolescente y una estructura mental infantil, poco desarrollada. Se comportan como niños dependientes, provocando que la familia los traten como niños indefensos, que han de ser cuidados y protegidos. Y esta actitud de sometimiento en la familia impide que el adolescente pueda completar su proceso de separación-individuación, de alcanzar la autonomía, necesario para entrar en el entorno adolescente. No se comprometen con el tratamiento y, si lo hacen, abandonan a la primera dificultad, o convencen a los padres de que no les va bien y que les perjudica.

En segundo lugar, la familia. El modelo relacional familiar se ha construido a través de relaciones patológicas que han bloqueado el proceso evolutivo de la adolescente durante su infancia y, ahora, les resulta difícil modificar estas relaciones y estos vínculos.

La paciente se ha convertido en centro de las preocupaciones de todos los miembros de la familia, en especial de los padres. En parte ya les va bien cuidar de la hija, así no se tienen que preocupar cada uno de sus propios problemas.

Por lo tanto, en el contrato con el terapeuta acuerdan no dejarse llevar por los síntomas de la hija y tratarla como una chica normal; prometen que lo harán, pero no lo cumplen. La hija, con su sintomatología, mantiene controlada a la familia y esta, cuidando de su hija, no se centra

en sus propios problemas.

El objetivo de la intervención sobre las funciones parentales es resolver las distorsiones que bloquean el proceso evolutivo del adolescente y crear, en la familia, un espacio en el cual este pueda incluirse.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Jordi Freixas sus valiosas aportaciones y correcciones durante el proceso de este artículo, como en tantas otras ocasiones.

Bibliografía

- Bion, W. R. (1961). *Experiences in Groups and other papers*. London: Tavistock Publications Limited.
- Bowen, M. (1974 [1978]). Toward the Differentiation of Self in One's Family of Origin. *Family Therapy in Clinical practice*, 22, 467-528. New York: Aronson
- Blos, P. (1962). *On adolescence: A psychoanalytic interpretation*. Glencoe, Illinois: Free Press of Glencoe.
- Blos, P. (1967). The second individuation of adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 22, 162-186.
- Icart, A. (2012). Trastorno límite de la personalidad en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 19, 35-44.
- Icart, A. y Freixas, J. (2013). *La familia: comprensión dinámica e intervenciones terapéuticas*. Barcelona: Herder.
- Icart, A. y Freixas, J. (2020a). *A mí no me pasa nada*. Barcelona; Octaedro.
- Icart, A. y Freixas, J. (2020b). Atención al adolescente borderline mediante las intervenciones sobre las funciones parentales. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 36, 65-76.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Quadrige.

Talleres de salud mental para adolescentes en el aula. Experiencia transnacional

ASUNCIÓN SORIANO SALA^{1A}, EULÀLIA ARIAS-PUJOL²,
LLUÍS MAURI^{3A} Y RUBÉN D. GUALTERO⁴

RESUMEN

Talleres de salud mental para adolescentes en el aula. Experiencia transnacional. Muchos problemas de salud mental suelen aparecer al final de la infancia o al inicio de la adolescencia. Según diversos estudios, tales problemas son las principales causas de morbilidad, mortalidad y discapacidad entre los más jóvenes. Por ello, la prevención en salud mental es una tarea prioritaria en este grupo etario, especialmente a nivel escolar. Los talleres de salud mental en el aula (TSMA) pretenden favorecer el manejo de las emociones y prevenir el suicidio adolescente. El artículo describe los objetivos, metodología y conclusiones preliminares de los talleres, a partir de la experiencia realizada en diversos centros educativos de Colombia y Barcelona (España). **Palabras clave:** *adolescencia, salud mental, depresión, suicidio, prevención.*

ABSTRACT

Mental health workshops for adolescents in the classroom. Transnational experience. Many mental health problems often appear at the end of childhood or the beginning of adolescence. According to various studies, such problems are the main causes of morbidity, mortality, and disability among young people. Therefore, mental health prevention is a priority task in this age group, especially at the school level. Classroom mental health workshops (TSMA) aim to promote the management of emotions and prevent adolescent suicide. The article describes the objectives, methodology, and preliminary conclusions of the workshops, based on the experience carried out in several schools in Colombia and Barcelona (Spain). **Keywords:** *adolescence, mental health, depression, suicide, prevention.*

RESUM

Tallers de salut mental per a adolescents a l'aula. Experiència transnacional. Molts problemes de salut mental apareixen al final de la infància o a l'inici de l'adolescència. Segons diversos estudis, aquests problemes són les principals causes de morbiditat, mortalitat i discapacitat entre els més joves. Per això, la prevenció en salut mental és una tasca prioritària en aquest grup, especialment en l'àmbit escolar. Els tallers de salut mental a l'aula (TSMA) pretenen afavorir el maneig de les emocions i prevenir el suïcidi adolescent. L'article descriu els objectius, metodologia i conclusions preliminars, a partir de l'experiència realitzada en diversos centres educatius de Colòmbia i Barcelona (Espanya). **Paraules clau:** *adolescència, salut mental, depressió, suïcidi, prevenció.*

Introducción

No es un alma ni un cuerpo lo que se educa, sino una persona; no hay que dividirla en dos.
Montaigne (1533-1592).

A lo largo de las dos últimas décadas, la

Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto de relieve que diversos problemas de salud mental tienden a manifestarse al final de la infancia o al comienzo de la adolescencia. De acuerdo con estudios recientes, esta misma fuente alerta de que de los problemas de salud mental –la depresión, en particular–,

¹Médica psiquiatra, psicoanalista. Exdirectora del Hospital de Día para Adolescentes y de la Consulta Jove; ²Doctora en psicología, psicóloga clínica, profesora de la Facultad de Psicología Blanquerna de la Universidad Ramon Llull (Barcelona); ³Médico psiquiatra, director del Instituto de Docencia e Investigación; ⁴Sociólogo, secretario de la Fundación YumaKids. ^AFundació Hospital Sant Pere Claver (Barcelona).

Contacto: info@yumakids.org

Recibido: 17/1/22 - Aceptado: 28/2/22

constituye la principal causa de morbilidad entre los jóvenes (OMS, 2020). Sin embargo, dicho trastorno pasa por ser poco reconocido (Patel, 2017) lo cual, además de influir en su comorbilidad presente y futura (Vannucci y Ohanessian, 2017; Thapar, Collishaw, Pine y Thapar, 2012), es un factor de riesgo importante para el suicidio (Patel, 2017; Carli et al., 2014; Avenevoli, Knight, Kessler y Merikangas, 2008).

Por otra parte, las adversidades que padecen niños y adolescentes durante su crecimiento – una constelación de exposiciones que incluyen maltrato físico o emocional, descuido y/o negligencia parental, acoso escolar, embarazo adolescente, explotación, separaciones forzadas o pérdidas parentales, entre otras–, lejos de ser inocuas, sus secuelas, en la mayoría de los casos, difícilmente remiten espontáneamente; al contrario, persisten en el tiempo y, a menudo, anticipan trastornos psíquicos en la vida adulta (Fundación YumaKids, 2017; Hughes et al, 2017). Un estudio de Varese et al., publicado en 2012, lo expresa con rotundidad: “los acontecimientos adversos en la infancia incluyendo el trauma, son una experiencia común a nivel global, y se estima que alrededor de una tercera parte de la población podría estar afectada. La evidencia sugiere que sus efectos en la vida adulta pueden incluir un rango de pronósticos sociales negativos, incluyendo un incremento de la delincuencia, un bajo nivel educativo, y un menor nivel de salud general y de bienestar” (Varese et al., 2012). En este sentido, el reciente artículo sobre *Measuring Adverse Child Experiences Among Young Adolescents Globally: Relationships With Depressive Symptoms and Violence Perpetration* (Blum, Li y Naranjo-Rivera, 2019) destaca, por un lado, la escasez de investigaciones en este sentido, sobre todo en los países de bajos y medianos ingresos y, por el otro, que el maltrato psicológico (incluido el abandono emocional) se asocia con mayores posibilidades de depresión, por encima de la victimización por violencia y la inestabilidad en el hogar.

Ahora bien, los niños y los adolescentes pasan años trascendentales de su vida en los centros educativos y, por tanto, es un lugar idóneo para que adquieran no solo los conocimientos necesarios de acuerdo con los programas curriculares de cada curso sino, también, un lugar

privilegiado para su desarrollo físico, emocional, cognitivo y social. En este sentido, una de las recomendaciones del trabajo realizado por una red de expertos integrada por 51 socios de 28 Estados miembros de la Unión Europea y 11 organizaciones europeas, considera prioritario la promoción de la salud mental en las escuelas, como un área clave en materia de política sanitaria. En el documento final se recoge textualmente: “Los adolescentes pasan mucho tiempo en la escuela. Los centros escolares están bien situados para promover el bienestar mental, prevenir problemas de salud mental, reconocer los problemas de manera temprana y realizar la adecuada derivación” (Coppens et al., 2015, p.18). Más aún, como si parafrasearan al pensador francés del siglo dieciséis de la cita inicial, el documento mencionado anteriormente considera que “los adolescentes no sólo necesitan saber cómo funciona su cuerpo, sino también cómo trabaja su mente”.

Los talleres de salud mental para adolescentes en el aula (TSMA), al igual que otras estrategias recientes (Wasserman et al, 2015; Lacasa, 2015; Fundació Privada Centre d'Higiene Mental Les Corts), consideran el ámbito escolar como un espacio idóneo para la prevención y a los profesionales de la educación como agentes de salud en general y de salud mental en particular. En este sentido, tratar aspectos como la resiliencia, la expresión de emociones –rabia, tristeza, frustración, etc.–, y favorecer el buen manejo de situaciones difíciles –acoso escolar, abandono familiar, carencias afectivas o la búsqueda de una identidad– son temáticas, entre otras, destinadas a trabajar de forma dialogada, amena y comprensible con los adolescentes. De cuáles son los enunciados básicos de nuestros talleres y de los criterios implementación se hablará, precisamente, a continuación.

Objetivos y metodología

Dos son los objetivos fundamentales de los TSMA:

Promover entre los adolescentes la conveniencia de conocer y expresar las propias emociones como atributos indispensables para un desarrollo saludable y una interacción armoniosa con sus pares, la familia y el medio social. “Para el

adolescente”, dice Soriano (2004), “es un gran reto dejar traslucir sus vivencias, comunicar lo que piensa de su futuro, de su cuerpo, de su manera de relacionarse con los iguales, o con el otro sexo. Teme no ser entendido, siente vergüenza, duda de si lo que le pasa es adecuado, normal, ridículo”. En definitiva, brindar un espacio en el cual puedan compartir sus vivencias como adolescentes, tanto si están relacionadas con el momento actual o con hechos o circunstancias pretéritas.

Favorecer un buen manejo de las situaciones difíciles, el reconocimiento de los vínculos de confianza y la búsqueda de ayuda como estrategias válidas delante de las adversidades, sea cual sea su dimensión real. De esa manera se amplía su espacio intrapsíquico y se abre el camino hacia un proceso de reconstrucción vital favorecedor de un futuro mejor, además de que puedan pensar y lidiar con sus emociones. No debemos olvidar que, para los adolescentes, problemas triviales a los ojos de los adultos pueden resultar intolerables y abocarles a soluciones dramáticas o a “correr demasiados riesgos” (Gualtero y Soriano, 2013).

Respecto a la metodología de trabajo, tanto la dinámica como los contenidos están manualizados y se discuten previamente con quienes han de impartirlos. En este sentido, la puesta en marcha de los talleres supone tener muy presente las peculiaridades de los centros docentes y de la población diana, a fin de adecuarlos a las formas, comprensión, y estilos de vida de los jóvenes destinatarios como, también, a las prácticas educativas de los lugares donde se van a impartir. En cualquier caso, se trata de evitar la rutina o imposición de modelos estereotipados y/o ajenos a la realidad socioemocional de los participantes o del entorno.

Así pues, los TMSA que promueve la Fundación YumaKids están previstos que se desarrollen con alumnos de los últimos cursos de secundaria (generalmente jóvenes de 14 a 16 años, según el ciclo educativo de los diferentes países). Constan de cuatro sesiones, a ser posible, durante cuatro semanas consecutivas y la duración es de una hora. Las sesiones las dinamiza un profesional de la salud mental (psiquiatra o psicólogo), además de un miembro de la propia institución docente (psicopedagoga,

profesor, etc.). La presencia de este profesional a lo largo de las sesiones permite, especialmente en los países en vías de desarrollo, que los chicos puedan establecer vínculos de confianza con personas significativas del claustro escolar y, si lo consideran oportuno, pedirle ayuda en momentos especialmente delicados. Además, la participación de este miembro del staff escolar facilita la continuidad del proceso de prevención una vez el taller ha finalizado, especialmente en lugares donde los servicios públicos de salud mental son prácticamente inexistentes o muy precarios.

Los contenidos que se tratan en las diferentes sesiones, como se ha mencionado anteriormente, giran alrededor de situaciones cotidianas que tienen que ver con las emociones y la salud mental, especialmente las relaciones entre iguales, con la familia y con los adultos en general, las conductas de riesgo, el estrés y la ideación suicida. En todas estas temáticas se buscará un enfoque interactivo, de reflexión y discusión conjunta, más que la transmisión de *contenidos normativos* que los adolescentes suelen ignorar con facilidad y, en caso de apuros, los consideran inútiles. Por ello, en nuestros talleres se insistirá en la enorme importancia de reconocer sus emociones personales, de saber detectar y manejar, en la medida de lo posible, situaciones de riesgo y, sobre todo, la conveniencia de pedir ayuda ya sea a un familiar, al psicopedagogo, a cualquiera de los docentes del centro escolar y, si la situación lo requiere, a un colega, a la pareja. En definitiva, con esta metodología se pretende favorecer una aproximación de carácter vivencial a las situaciones que preocupan o *agobian* a los adolescentes, de manera que ellos puedan encontrar recursos para cuidarse a sí mismos o cuidar del amigo que pasa por un momento difícil a nivel de salud mental. Al finalizar las sesiones, se entrega a cada participante un folleto con instrucciones básicas sobre los temas tratados y, si se considera oportuno, se facilitará el nombre del profesional de la institución educativa al cual recurrir cuando lo necesiten, o bien, de los servicios de salud disponibles en su entorno.

A pesar de que cada taller es único, el esquema subyacente es el siguiente:

1. Primera sesión. a) Identificar situaciones de

- conflicto. b) Nombrar y reconocer las emociones básicas. c) Relacionar las emociones con la expresión del bienestar o malestar.
2. Segunda sesión: a) Pensar sobre las situaciones de conflicto. b) Nombrar y reconocer distintos puntos de vista. c) La salud mental.
 3. Tercera sesión: a) La ayuda a uno mismo. b) La ayuda al otro. c) Las relaciones interpersonales.
 4. Cuarta sesión: a) Identificación de los recursos trabajados. b) Lo beneficioso y saludable. c) Saber pedir ayuda.

Previamente al inicio de los TMSA, se firma un acuerdo de colaboración con los centros docentes en el que se especifican las líneas básicas del proyecto, el nombre del profesional de la Fundación encargado de dirigir las sesiones y los diferentes compromisos interinstitucionales. Por último, antes de iniciar los talleres y una vez finalizados, se llevan a cabo sendas entrevistas con el staff directivo en las cuales, además de presentar el cronograma, la dinámica y los contenidos del taller, se hace una devolución de los aspectos relevantes observados a lo largo las sesiones, así como posibles líneas de mejora por lo que respecta a la salud y el bienestar emocional de los adolescentes.

Valoración y conclusiones preliminares

A lo largo de 2019 se realizaron talleres en dos municipios del departamento del Tolima (Colombia) con una participación total de 200 estudiantes de secundaria y dos talleres en un instituto de la ciudad de Barcelona (España) con un total de 50 alumnos. En ambos países, la valoración subjetiva de los participantes, obtenida a partir de un cuestionario de satisfacción, fue muy positiva, igual que lo manifestado por los profesionales de los diferentes centros docentes. Además de dicho cuestionario y, con el propósito de obtener resultados más consistentes, en los talleres se emplea el *Strengths and Difficulties Questionnaire* - SDQ (Goodman, 1997). Este instrumento, validado y utilizado con frecuencia en propuestas similares, es un autoinforme de evaluación que consta de 25 ítems, cada uno con tres opciones (“nunca”, “algunas veces”, “siempre”), que describen sentimientos e ideas presentes durante las últimas semanas

(por ejemplo: “estoy triste”, “prefiero estar solo que con gente de mi edad”, “tengo muchos miedos”, etc.). Como suele ser habitual, el cuestionario se pasa al inicio del taller, una vez finalizado y al cabo de aproximadamente dos meses de haberlo realizado (Wasserman, 2015; Sánchez-García et al, 2018).

A tenor de lo mencionado anteriormente, creemos que los TMSA constituyen una propuesta universal, eminentemente práctica y sencilla, dirigida a los adolescentes en el aula escolar y destinada a tratar temas cotidianos relacionados con la salud mental. Pensada y adaptada a los adolescentes y a las instituciones educativas donde se han de realizar, los TMSA están en consonancia con otras propuestas y estudios recientes que han obtenido resultados empíricos realmente esperanzadores en una problemática tan necesaria como es la prevención de los trastornos mentales y el suicidio adolescente (Carli et al, 2014; Wasserman et al, 2015).

Todo y las valoraciones positivas obtenidas en los cuestionarios de satisfacción y el análisis estadístico de los primeros SDQ realizados antes, después y a los -aproximadamente- dos meses de haberse realizado el taller (ver Anexo), nuestro propósito es mejorar el diseño y la recogida de datos de los tres momentos en los que se pasa el SDQ, a la espera de obtener resultados empíricos que validen su aplicación y, a su vez, conocer de forma más consistente el impacto real de los talleres de prevención de la salud mental en el ámbito escolar. Se trata, pues, de una experiencia aún en fase de consolidación que, realizados los ajustes pertinentes, se podría replicar de manera sistemática a fin de que llegue a un mayor número de centros educativos, especialmente de aquellas poblaciones con importantes déficits socioeconómicos y de recursos sanitarios. Estos últimos, en muchos casos, infradotados o con total ausencia de profesionales especializados en salud mental. Si a esto se añade maternidades muy precoces y modelos de crianza en los que perviven prácticas disciplinarias duras y abusivas, las probabilidades de padecer adversidades durante la infancia y la adolescencia, como sugieren estudios transculturales, resultan ciertamente preocupantes (Hughes, et al, 2017; Blum, et al, 2019).

Dicho esto, y superadas las evidentes limitaciones

mencionadas anteriormente, nos parece que nuestra iniciativa constituye una propuesta válida de carácter preventivo, acorde con las estrategias que plantea la OMS en su informe *Salud para los adolescentes del mundo: una segunda oportunidad en la segunda década*. “Los adolescentes –dice textualmente– necesitan una atención especial distinta a la que necesitan los niños y adultos”. Y, añade, “la prevención en salud mental es, incluso desde el punto de vista económico, la mejor inversión que podemos hacer para mejorar la calidad de vida de las generaciones futuras” (OMS, 2014).

Agradecimiento

Al Dr. Miguel Cárdenas, presidente de la Fundación YumaKids por la lectura, comentarios y revisión de los apartados en inglés.

Bibliografía

- Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R. C. y Merikangas, K. R. (2008). Epidemiology of depression in children and adolescents. En J. R. Z. Abela y B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*, pp. 6–32. New York: The Guilford Press.
- Blum, R. W., Li, M. y Naranjo-Rivera, G. (2019). Measuring Adverse Child Experiences Among Young Adolescents Globally: Relationships with Depressive Symptoms and Violence Perpetration. *Journal of Adolescent Health*, 65(1), 86–93. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.01.020>
- Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Chiesa, F., Guffanti, G., Sarchiapone, M., et al. (2014). A newly identified group of adolescents at “invisible” risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*, 13(1): 78–86. doi:10.1002/wps.20088.
- Coppens, E., Vermet, I., Knaeps, J., et al. (2015). *Adolescent mental health care in Europa: state of the art, recommendations, and guidelines by the ADOCARE NETWORK*, Bruxelles: European Union. Recuperado de: <https://www.adocare.eu/wp-content/uploads/2015/12/ADOCARE-SPANISH-2015-1.pdf>.
- Fundació Privada Centre d’Higiene Mental Les Corts. *EspaiJove.net* [en línea]. Recuperado de: www.espaijove.net Consultado (18-10-2020).
- Fundación YumaKids (2017). *Documento marco*. Manuscrito no publicado.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581–586.
- Gualtero, R. D. y Soriano, A. (2013). *El adolescente cautivo. Adolescentes y adultos ante el reto de crecer en la sociedad actual*. Gedisa: Barcelona.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle K. A. et al. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*; 2: e356–e366
- Lacasa Saludas, F. (2015). *Tratamiento grupal de regulación emocional e interpersonal para niños y adolescentes*, Barcelona: Ediciones San Juan de Dios, Colección Manuales.
- Organización Mundial De La Salud (OMS). *Salud de la madre, recién nacido, del niño y del adolescente. Adolescente y salud mental* [en línea]. Recuperado en, https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/. Consultado (18-10-2020).
- Organización Mundial De La Salud (OMS): *Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década*. 2014. [en línea]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/es/ Consultado (18-10-2020).
- Patel, V. (2017). Talking sensibly about of depression. *PLoS Medicine*, 14 (4), e 1002257.
- Sánchez-García, M. A., Lucas-Molina, B., Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A. y Paino, M. (2018). Dificultades emocionales y comportamentales en la adolescencia: relación con bienestar emocional, afecto y rendimiento académico. *Anales de psicología*, 34, (3), 482–489.
- Soriano Sala, A. (2004). Consideraciones sobre la actitud terapéutica en la atención de los adolescentes. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 4, 81–90.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S. y Thapar, A.

- K. (2012). Depression in adolescence, *Lancet*, 379, 1056-1067.
- Vannucci, A. y Ohannessian, C. M. (2017). Self competence and depressive: Symptom trajectories during Adolescence, *Journal of Abnormal Child Psychology*; 46: 1089-1109.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., Van Os, J. y Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control prospective and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull*, 38(4), 661-71. Republicado en español en *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente* (2013), 21, p. 52.
- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G. et al (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 38: 1536-1544.

Anexos

Tabla 1. Media, desviación típica y desviación de error promedio en los resultados totales del pre y postaller. (Edad: entre 14-16 años)

	N	Media	Desviación	Desv. Error promedio
Resultados pre	70	18,3857	3,63674	0,43467
Resultados post	70	18,1714	3,83716	0,45863

Tabla 2. Prueba T-Student en los resultados totales pre y post.

Inferior	Superior	t	gt	Sig.(bilateral)
-0,71399	1,14257	0,461	69	0,64

Comentario: No hay diferencias significativas en los resultados pre y postaller.

Tabla 3. ¿Venir al taller te ha ayudado en otras maneras de hacer las cosas; por ejemplo: proporcionando información o haciendo las cosas más tolerables?

Ítem	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
No	2	2,9	2,9	2,9
Solo un poco	9	12,9	12,9	15,7
Bastante	45	64,3	64,3	80,0
Mucho	14	20,0	20,0	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Comentario: El 97,2% de la muestra afirma que asistir al taller le ha ayuda en otras maneras de hacer las cosas, ya sea poco, bastante o mucho.

Tabla 4*: Correlación Pearson entre la escala Total de las Dificultades y la Edad.

		Total de las Dificultades
Edad	<i>Pearson</i>	0,299
	<i>p</i>	0,004

Comentario: En la tabla anterior se puede observar que hay una correlación positiva y, por tanto, a más edad las dificultades, también, aumentan.

Tabla 5*: Comparación entre la escala Conducta Prosocial pre y postaller.

Medida 1	Medida 2	<i>T-Wilcoxon</i>	<i>p</i>
Total escala pre	Total escala post	1061,000	0,942

Comentario: Mediante la T de Wilcoxon se han analizado las diferencias entre el pre y el post de la escala Conducta Prosocial, la cual evalúa las fortalezas. Comparando los resultados se observa que no hay diferencias entre el pre y el post.

*Las dos últimas Tablas corresponden a resultados de los SDQ que se pasaron tres meses después de haberse realizado los talleres tanto en Tolima (Colombia) como en Barcelona (España).

Nota: Los resultados completos de los SDQ que se pasaron en los primeros TSMA que se realizaron en Tolima (Colombia) y Barcelona se pueden consultar en nuestra web (www.yumakids.org). Los datos obtenidos formaron parte de una fase preliminar encaminada, principalmente, a valorar la idoneidad del instrumento y su correcta aplicación. En este sentido, queremos agradecer a Laia Vall Albiac y Helena Palau Bertran el haber utilizado este material para realizar la investigación de su trabajo de final del grado en Psicología y a la Facultad de Psicología Blanquerna de la Universidad Ramon Llull (Barcelona).

El Servicio de Atención y Apoyo Emocional en los centros educativos: experiencias de una nueva cultura escolar

LAIA MAS-EXPÓSITO^{1AB}, OLGA CANET^{2C}, ROCÍO CASAÑAS^{1AB}, JUAN ANTONIO AMADOR-CAMPOS^{3D},
MERCÈ TRIAY^{4E} Y LLUÍS LALUCAT-JO^{5B}

RESUMEN

El Servicio de Atención y Apoyo Emocional en los centros educativos: experiencias de una nueva cultura escolar. El Servicio de Atención y Apoyo Emocional (SAAE) de los centros educativos del Plan de Barrios de Barcelona sirve para promover un clima escolar positivo y habilidades socioemocionales. Se explora la experiencia de sus profesionales en relación con cambios, facilitadores y barreras, a los dos años de funcionamiento con un estudio cualitativo. Los profesionales aprecian mejoras en los docentes en el manejo positivo de las relaciones y las habilidades socioemocionales; en el alumnado aprecian mejoras en las relaciones. Los facilitadores y barreras percibidos incluyen: la conceptualización integral del servicio y la importancia de la dirección y el claustro. **Palabras clave:** escuela, prácticas restaurativas, competencia socioemocional, relación, grupo focal.

ABSTRACT

The Emotional Care and Support Service in educational centres: experiences of new school culture. The Emotional Care and Support Service (SAAE) of the educational centres of the Barcelona Neighbourhood Plan serve to promote a positive school climate and socio-emotional skills. The experience of its professionals is explored in relation to changes, facilitators, and barriers, after two years of operation with a qualitative study. Practitioners report improvements in teachers' positive relationship management and social-emotional skills; students report improvements in relationships. Perceived facilitators and barriers include the holistic conceptualisation of the service and the importance of management and faculty. **Keywords:** school, restorative practices, social-emotional competence, relationship, focus group.

RESUM

El Servei d'Atenció i Suport Emocional en els centres educatius: experiències d'una nova cultura escolar. El Servei d'Atenció i Suport Emocional (SAAE) dels centres educatius del Pla de Barris de Barcelona serveix per promoure un clima escolar positiu i habilitats socioemocionals. S'explora l'experiència dels seus professionals en relació amb canvis, facilitadors i barreres, als dos anys de funcionament, amb un estudi qualitatiu. Els professionals aprecien millores en els docents en el maneig positiu de les relacions i en les habilitats socioemocionals; respecte els alumnes, aprecien millores en les relacions. Els facilitadors i barreres percebuts inclouen la conceptualització integral del servei i la importància de la direcció i del claustre. **Paraules clau:** escola, pràctiques restauratives, competència socioemocional, relació, grup focal.

Introducción

La comunidad educativa necesita espacios basados en la seguridad y la confianza (Díaz-Vicario y Gairín-Sallan, 2017), así como climas

escolares positivos. El clima escolar es un concepto heterogéneo (Kohl, Recchia y Steffgen, 2013) que incluye elevados niveles de apoyo maestro-estudiante, seguridad y compromiso del estudiante, y que va más allá de la educación

¹Doctora en Psicología, ²Doctora en Pedagogía, ³Catedrático de Evaluación Psicológica, ⁴Psicóloga, ⁵Director Médico, ^ADepartamento de Investigación, ^BAsociación Centro de Higiene Mental Les Corts, Barcelona. ^CFacultad de Ciencias de la Salud, Universitat Ramon Llull, Barcelona. ^DFacultad de Psicología, Universidad de Barcelona ^EServicio de Apoyo y Atención Emocional, Fundació Privada Centre d'Higiene Mental Les Corts, Barcelona.

Contacto: laia.mas@chmcorts.com

Recibido: 4/5/21 - Aceptado: 18/10/21

formal (Graham, Powell y Truscott, 2016). Un clima escolar positivo promueve las habilidades sociales y emocionales (Luengo Kanacri et al., 2017) y previene resultados conductuales negativos (Konishi, Miyazaki, Hymel y Waterhouse, 2017). Considerando todo lo mencionado, cabe señalar la importancia de implementar prácticas escolares que mejoren el clima escolar.

Los enfoques restaurativos son un ejemplo de prácticas dirigidas a la mejora del clima escolar. En el contexto educativo, implican la reorientación de las relaciones interpersonales de toda la comunidad educativa (González, Sattler y Buth, 2019; Reimer, 2019). Se hace prevención del conflicto y este se aborda a través de principios básicos como restauración, inclusión, reintegración y reparación del daño, reforzado por el apoyo de fuertes redes sociales (McCluskey, 2008). Los enfoques restaurativos pueden adoptar múltiples formas y procesos (Frias-Armentia, Rodríguez-Macías, Corral-Verdugo, Caso-Niebla y García-Arizmendi, 2018). Mientras los enfoques restaurativos parciales se suelen implementar para tratar conflictos a través de prácticas restaurativas responsivas, el enfoque restaurativo global (ERG) va más allá y promueve una cultura escolar más inclusiva (Mansfield, Fowler y Rainbolt, 2018; Mayworm, Sharkey, Hunnicutt y Schiedel, 2016) que implica el manejo positivo de las relaciones y los conflictos, e incluye todos los actores de la comunidad educativa (González et al., 2019; Reimer, 2019). La evidencia disponible muestra que la implementación del ERG se asocia con mejoras del clima escolar, la empatía y la autoestima (Wong, Cheng, Ngan and Ma, 2011), la calidad de vida, el bienestar psicológico y la disminución de las conductas de riesgo (Bonell et al., 2018), y del *bullying* (Wong et al., 2011; Bonell et al., 2018).

En nuestro ámbito, la implementación de enfoques restaurativos en el contexto escolar es todavía incipiente. A pesar de que ha habido algunas iniciativas, sus resultados no están disponibles (Pomar y Vecina, 2013) o bien se centran en programas específicos de formación sobre el ERG para maestros (Pomar, 2013; Albertí, 2016). Albertí y Zabala (2018) evaluaron la implementación del ERG en un instituto de educación secundaria de la ciudad de Barcelona. Sus resultados mostraron una disminución significativa de

las faltas leves y graves, y de las expulsiones. No se conocen otros estudios a nivel nacional.

Una iniciativa reciente es la que se ha llevado a cabo desde el Plan de Barrios de la ciudad de Barcelona, creado por el Ayuntamiento para el periodo 2017-2020 y 2021-2024, con el fin de reducir desigualdades sociales entre barrios. Este plan apoya proyectos de intervención integrales en áreas especialmente vulnerables a nivel social y económico, con el objetivo de mejorar la calidad de vida. En relación con la educación, promueve el bienestar de toda la comunidad educativa con la incorporación de profesionales del campo psicosocial en centros educativos públicos de alta complejidad (Gorostiza et al., 2018). El Servicio de Atención y Apoyo Emocional (SAAE) es uno de estos proyectos del Plan de Barrios. Este servicio funciona en un total de 27 centros educativos y se dirige a un total aproximado de 7.700 estudiantes. Los objetivos específicos del SAAE son: a) implementar un clima emocional positivo para la vida escolar y el aprendizaje; y b) desarrollar habilidades sociales y emocionales (Gorostiza et al., 2018; Mas-Expósito, Amador-Campos, Triay y Lalucat-Jo, 2020). La cartera de servicios de los profesionales es amplia y principalmente incluye un trabajo de apoyo a los maestros en el área socioemocional (Mas-Expósito et al., 2020). Este apoyo incluye los principios y elementos esenciales del ERG de Hopkins (2017), cuyo objetivo es mejorar el clima escolar, promoviendo una cultura escolar basada en el manejo positivo de las relaciones y de los conflictos. Los elementos esenciales del enfoque incluyen un cambio de mentalidad a nivel personal e institucional, el trabajo en valores y en habilidades sociales y emocionales, y el uso de una metodología específica de práctica restaurativa como, por ejemplo, los círculos de palabra.

Los círculos de palabra son una práctica restaurativa proactiva que persigue (Hopkins, 2017): 1) la creación de grupo y su cohesión; 2) la creación de entornos amables; 3) el sentimiento de pertinencia; y 4) la participación. La línea estratégica del servicio son los círculos de palabra.

La evaluación del funcionamiento del SAAE es importante. La implementación del ERG en centros educativos de nuestro ámbito es todavía

incipiente (Albertí y Zabala, 2018). Nuestro estudio explora la experiencia de los profesionales sobre el funcionamiento del SAAE después de dos años de implementación en 27 centros educativos del Plan Barrios de Barcelona. Se identifican los cambios asociados, así como los facilitadores y barreras encontradas. Este estudio podría avanzar en el conocimiento de intervenciones dirigidas a la mejora del clima escolar, ayudar a conocer mejor las necesidades de la comunidad educativa, ajustar las intervenciones a esas necesidades y, consecuentemente, ayudar a rediseñar, adaptar y mejorar el SAAE.

Material/Método

Se realizó un estudio descriptivo cualitativo con dos grupos focales. El uso de esta técnica para la evaluación y la planificación de servicios y programas se considera válida (Leung y Savithiri, 2009). Se han considerado los criterios establecidos para la publicación de investigación cualitativa en el diseño y la redacción de resultados del presente estudio (COREQ; Tong, Sainsbury y Craig, 2007).

Participantes

Los dos grupos focales se llevaron a cabo en la ciudad de Barcelona en junio de 2019. Los criterios de inclusión fueron: a) Ser profesional del SAAE; y b) Consentir participar. En cada grupo focal participaron 10 profesionales que atendieron una sesión de dos horas que fue grabada en audio (Guest, Namey y McKenna, 2017). Los participantes se asignaron a uno u otro grupo según criterios de homogeneidad y heterogeneidad. La homogeneidad se garantizó por la experiencia mínima de un año con el servicio que tenían todos los participantes, promoviendo una conversación fluida y rica de contenidos. La heterogeneidad se consiguió gracias a la multidisciplinariedad de los profesionales y la experiencia en centros educativos diferentes, permitiendo la diversidad de puntos de vista y opiniones (Barbour, 2007; Stewart, Shamdasani y Rook, 2015).

El contacto con los participantes se realizó a través de los coordinadores del servicio. Se envió a los profesionales información detallada del estudio por correo electrónico, así como la

hoja de información correspondiente y el consentimiento informado. Todos los profesionales aceptaron participar ($n = 20$).

Los participantes fueron 16 mujeres y cuatro hombres con un rango de edad de entre 26 y 52 años. Quince de ellos habían trabajado en el SAAE desde el primer año. Otros datos sociodemográficos se incluyen en la Tabla 1 del anexo.

Los grupos focales se llevaron a cabo en la Fundació Privada Centre d'Higiene Mental Les Corts. Los grupos focales fueron conducidos por una moderadora experta en métodos cualitativos y una observadora con conocimientos y experiencia en investigación sobre la promoción y la prevención de la salud mental en el campo de la educación.

Los grupos focales se llevaron a cabo con un guión de preguntas semi-estructuradas (ver Tabla 2 del anexo). Un primer borrador del guión fue elaborado por uno de los investigadores. El borrador se presentó a dos de los investigadores, con conocimientos y experiencia en investigación cualitativa, para su revisión en una sesión de trabajo. Los desacuerdos entre investigadores se resolvieron por discusión hasta llegar a un consenso. El guión se presentó después a los coordinadores del SAAE para su revisión. Al inicio de los dos grupos focales, el moderador recordó a los participantes los acuerdos, los objetivos del estudio y sus roles. Después, se firmaron los consentimientos informados.

Análisis de datos

Los grupos focales fueron grabados en audio y transcritos literalmente. Todas las transcripciones fueron revisadas por un investigador (A) para asegurar su contenido y preparar la información para su análisis. Utilizamos el análisis temático (Braun and Clarke, 2006), basado en: 1) lectura y relectura de las transcripciones para familiarizarse con los datos; 2) codificación línea a línea de las transcripciones; 3) búsqueda de similitudes y diferencias en los datos; y 4) agrupación y combinación de códigos en subtemas de forma iterativa. Tres de los investigadores (A, B y C) codificaron de forma independiente alrededor del 20 % de las transcripciones. Los desacuerdos en el proceso de codificación se discutieron hasta llegar a un consenso en los temas finales. En

caso de desacuerdo se volvieron a analizar de manera independiente los datos hasta llegar a un acuerdo final. Todos los datos fueron codificados por el moderador (A). La última fase supuso una sesión de discusión de dos horas entre miembros del equipo de investigación (A, B y C) hasta llegar a un consenso en los temas finales. Todos los datos fueron analizados con software de indexación de datos cualitativos (ATLAS.ti.08). Se utilizó para el proceso de codificación y la creación de la codificación inicial, categorización y para establecer los temas finales.

Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de La Unió Catalana d'Hospitals y fue llevado a cabo considerando los principios éticos de la investigación médica que implica personas humanas, establecida en la Declaración de Helsinki 1975 (revisada en Toquio en 2004). Los participantes recibieron información detallada de forma oral y por escrito en relación a los objetivos y el protocolo del estudio. Los consentimientos informados fueron firmados al inicio de los dos grupos focales. Los datos se utilizaron sólo para los objetivos del estudio. Sólo tres miembros del equipo de investigación (A, B y C) tenían acceso a los datos. Se explicó a los participantes que podían abandonar el estudio en cualquier momento. Se consideró el Reglamento General de Protección de Datos (2016/679) y la Ley Orgánica Española 3/2018 del 5 de diciembre en la Protección de Datos Personales y la Garantía a los Derechos Digitales, para asegurar la confidencialidad y el derecho al acceso, rectificación o cancelación de datos. También se consideró la Regulación (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 sobre la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de dichos datos, y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos).

Resultados

Los resultados se presentan en las temáticas siguientes: a) cambios generados en los centros educativos; b) facilitadores en la implementación;

y c) barreras percibidas. Las categorías temáticas se han agrupado en subtemas (ver definición de subtemas en la Tabla 3 del anexo). Después de cada subtema, se ha añadido su definición y se ha indicado, entre paréntesis, el número de contribuciones. El análisis de facilitadores y barreras ha puesto en evidencia diferencias entre centros. Mientras en unos centros la implicación y participación del claustro o la dirección ha sido un facilitador, en otros ha sido una barrera.

Cambios generados

Se perciben principalmente cambios en el claustro (72). El mayor cambio se observa en el cambio de mirada de los docentes en relación al manejo positivo de las relaciones y de los conflictos. El conflicto es visto como una oportunidad de aprendizaje. Los docentes ven al alumnado como el centro de su trabajo educativo y se preguntan qué hay detrás de cada niño/adolescente y de cada conducta. Otros cambios percibidos son el establecimiento de confianza y vínculo entre docentes y profesionales del servicio, así como un trabajo colaborativo entre ellos. Los docentes ven a los profesionales del servicio como un recurso. Se han empoderado y pueden proporcionar apoyo emocional y social al alumnado de forma óptima. Son capaces de tomar decisiones que posibiliten llevar a cabo nuevas intervenciones como, por ejemplo, la revitalización de los patios. El uso de los círculos de palabra como metodología para llevar a cabo las reuniones del claustro es otro ejemplo de su empoderamiento.

“Muchos docentes han cambiado la manera en cómo miran al alumnado”

“Y, después, como mirada, yo creo que también los tutores pueden ver más que hay detrás de cada niño. De qué está pasando detrás de cada uno de ellos”.

Se perciben cambios en la integración de los profesionales del servicio en los diferentes centros educativos (36). Se establecen cada vez más vínculos laborales con los profesionales del servicio, se trabaja más como un equipo interdisciplinar y el profesional del servicio está más integrado en el trabajo del centro educativo. Se han implementado intervenciones promovidas desde el servicio como, por ejemplo, aulas para escuchar las necesidades del alumnado. Los

profesionales del servicio son también un recurso para las familias y las peticiones de intervenciones desde el centro educativo al servicio han aumentado, especialmente para el manejo de conflictos y sesiones de educación socioemocional. También se observa un incremento del trabajo en red, así como sesiones de educación social y emocional dirigidas a otros profesionales de los centros educativos tales como el equipo de monitores de comedor.

“Los tutores entran en las clases... y te ven gestionando un conflicto en un grupo de 25 alumnos. En este momento es cuando se acercan al profesional y este, al mismo tiempo, puede pedir apoyo del docente, que es quien conoce mejor al grupo”.

En el alumnado (18). Los cambios en el alumnado son los más difíciles de observar y requieren de tiempo. Se percibe una mejora en el clima escolar en términos de relaciones interpersonales positivas. El alumnado establece vínculos estrechos con el profesional del servicio y muestra buena disposición a pedir su intervención, a la vez que lo valora positivamente. Estas intervenciones incluyen los llamados “puntos de escucha” implementados desde el SSAE para el cuidado de las necesidades sociales y emocionales del alumnado.

“El mayor cambio es la creación de los puntos de escucha para estudiantes donde pueden hablar en sus propios términos; ellos hablan, ellos toman decisiones...”

Facilitadores

Se destaca la predisposición del claustro (42) a responder de forma favorable a las intervenciones del profesional del SSAE. Esto se evidencia en el establecimiento de vínculos de trabajo con los profesionales y una buena aceptación de estos por parte del claustro. También destacan como facilitadores de la implementación del servicio, el trabajo conjunto de docentes y profesionales del servicio como, por ejemplo, en las tutorías; o el hecho que los profesionales del SSAE se encarguen del manejo positivo de los conflictos, lo que disminuye la carga de trabajo de los docentes. Otros facilitadores son la coincidencia de la mirada de los docentes, en relación a las necesidades socioemocionales del alumnado, con el cambio de mirada que

se promueve desde el SSAE, y el empoderamiento de los docentes en habilidades sociales y emocionales.

“Hay maestros que trabajan allí durante muchos años y que dan la bienvenida a los profesionales del SSAE en las aulas para trabajar con ellos”.

Implementación del servicio (37). El facilitador que ha mostrado mayor consenso es que una de las funciones del profesional del SSAE es la de promover una nueva cultura escolar basada en el manejo positivo de las relaciones y los conflictos. El trabajo desde los elementos esenciales de este enfoque ha facilitado, a su vez, la implementación del servicio. Destaca el uso de los círculos de palabra como línea estratégica del servicio. Esta práctica restaurativa proactiva ha ayudado a clarificar el rol del profesional en los centros educativos. Otros elementos que se perciben como facilitadores en la puesta en marcha y funcionamiento del servicio son el sentimiento de pertinencia de grupo y el trabajo en equipo con el resto de los profesionales del servicio, así como con el resto de los perfiles profesionales del Plan de Barrios de Barcelona (educadores sociales y trabajadores de inserción social), el Equipo de Atención Psicopedagógica, profesionales de proyectos externos con objetivos similares, y las familias.

“Ha habido algunas actividades los miércoles con mucho trabajo vivencial y que nos han ayudado a acercarnos como grupo y sentir que somos un grupo”.

“En mi opinión, fue muy claro en el segundo año de funcionamiento del servicio. La estrategia del servicio fueron las prácticas restaurativas proactivas”.

Alumnado (11). La aprobación del profesional del servicio por parte del alumnado destaca como facilitador de la implementación del servicio. Los estudiantes pueden acceder a un nuevo profesional con el que tienen vínculos interpersonales estrechos y un nivel alto de aceptación. Esto lo corroboran expresiones emocionales tales como abrazos hacia el profesional.

“(...) El proceso es lento, pero cuando llegas a la escuela y ves cómo te miran, cómo te hablan y cómo te tratan...”

La dirección (6). Los facilitadores incluyen una buena predisposición de la dirección en relación

con la implementación del servicio en el centro educativo, y que la visión desde la esfera socioemocional del alumnado, promovida desde el SSAE, encaje con la visión de la dirección.

“(...) también el director o la directora de una de las escuelas. Por ejemplo, en una escuela ha sido un facilitador porque para mí ha sido posible ir a cualquier sitio y hacer mi trabajo; sin embargo, en otra escuela, ha sido una barrera... porque no había compromiso con el servicio”

Barreras

Esta es una de las categorías temáticas con más contribuciones para el análisis (157) y de más consenso entre los participantes.

Implementación del SSAE (74). La búsqueda rápida de resultados se ha identificado como una barrera. Los cambios que se promueven desde el servicio requieren tiempo y, seguramente, se pueden percibir más fácilmente a medio y largo plazo. El hecho de que el servicio se tiene que adaptar a una amplia diversidad de situaciones familiares también destaca como barrera, así como la definición vaga del rol del profesional de este. Otras barreras son la falta de desarrollo del rol del profesional, así como de las funciones específicas del servicio. El profesional del servicio siente un alto nivel de responsabilidad al darse cuenta de su rol en el complejo proceso que supone un cambio en la cultura escolar.

“La necesidad de mostrar que lo que haces tiene resultado... que hay cambios. La principal barrera es que el resultado no es inmediato y entonces tienes que estar muy seguro de lo que estás haciendo”.

Claustro (53). Cabe destacar la reticencia y resistencia del claustro de maestros al cambio de mirada y prácticas educativas. Otra barrera a destacar es el desconocimiento del rol y de las funciones que los profesionales del servicio pueden llevar a cabo. También se consideran barreras la presencia en los docentes de sentimientos de escepticismo y desesperanza frente a una realidad compleja y, por tanto, difícil de cambiar; así como de prácticas educativas más tradicionales y autoritarias que podrían considerarse opuestas a las prácticas restaurativas promovidas por los profesionales del servicio.

“A mí me han dicho: tu trabajo es hasta aquí,

no vayas más allá. Me han retenido por miedo a que salga algo que pueda doler”.

Centros educativos (30). Las barreras identificadas incluyen: la falta de predisposición de la dirección del centro, el hecho que el centro educativo no solicitara la intervención del servicio y la falta de encaje entre las necesidades del centro educativo y la intervención del servicio. Otras barreras son: una jerarquía en los centros educativos que no contempla el profesional del servicio, la falta de aulas o espacios para llevar a cabo intervenciones y la complejidad para adaptar los horarios del profesional del servicio a los de los centros educativos.

“Me tuve que presentar yo misma y explicar lo que estaría haciendo... el claustro no sabía que los profesionales del servicio estarían en los centros educativos y qué estarían haciendo...”

Discusión

El objetivo de este trabajo es explorar las experiencias de los profesionales del SSAE a los dos años de funcionamiento del servicio en 27 centros educativos de alta complejidad del Plan de Barrios de Barcelona. Específicamente, se pretende comprender los cambios asociados al servicio e identificar los facilitadores y barreras que podrían ayudar a mejorarlo.

Se observan cambios especialmente en la mentalidad de los docentes en relación al manejo positivo de las relaciones y los conflictos. Los docentes muestran una visión del alumnado basada en sus necesidades, como centro del proceso educativo. El conflicto es visto como una oportunidad de aprendizaje en la que tanto víctimas como ofensores son parte de la solución. La prevención del conflicto es esencial y, en este sentido, los docentes han dirigido y llevado a cabo medidas activas y participativas. Los profesionales del servicio también perciben un empoderamiento de los docentes en habilidades sociales y emocionales. Todo ello es consistente con el cambio de mirada a nivel personal que se promueve desde el ERG (Hopkins, 2017), y que se ha adoptado como base de la cartera de servicios del profesional del SSAE. Los cambios mencionados podrían estar indicando un proceso dirigido por el profesional del servicio que incluye el cuestionamiento de

creencias sobre las prácticas educativas. Esto implica el análisis de experiencias emocionales, de opiniones y de enfoques éticos, lo que podría haber interferido en las creencias de los docentes y generado emociones que podrían haber sido consideradas como una amenaza para sus aptitudes (Birkeland y Ødemotland, 2018). El profesional del servicio podría estar mostrando un nivel alto de experiencia y expertise apoyando a docentes en el trabajo educativo en la esfera social y emocional.

Los cambios en el alumnado se observan en términos de clima emocional positivo y, específicamente, en la mejora de relaciones interpersonales. Tales cambios podrían estar asociados con el empoderamiento de los docentes en términos de habilidades sociales y emocionales, como se señala en la literatura científica (Barrientos-Fernández, Sánchez-Cabrero y Pericacho, 2020). Estos cambios también se podrían relacionar con la implementación de los círculos de palabra en las aulas, cuyo objetivo es generar un clima positivo a través de la construcción y el mantenimiento de relaciones interpersonales positivas entre el alumnado (Payne y Welch, 2018). Los círculos de palabra parecen haber facilitado la comunicación entre el alumnado en términos de equidad y trabajo colaborativo. Uno de los mayores retos en los centros educativos es cómo adaptar las prácticas educativas, desde una perspectiva inclusiva y democrática (Sanahuja, Moliner y Moliner, 2020) tales como los círculos de palabra (Hopkins, 2017). Los profesionales del SAAE no aprecian cambios en las competencias sociales y emocionales del alumnado, las cuales se consideran fundamentales para su desarrollo (Fernández-Hawrylak, Heras-Sevilla y Cepa, 2020). El desarrollo de tales competencias es uno de los objetivos generales del servicio, junto con la instauración de un clima emocional positivo en los centros educativos y en el aprendizaje. Ambos podrían estar interrelacionados, ya que la evidencia muestra una relación positiva y significativa entre conducta prosocial y habilidades sociales y emocionales (Taylor, Oberle, Durlak y Weissberg, 2017). Los profesionales del SAAE trabajan principalmente dando apoyo a los docentes. Por ello, los cambios en el alumnado podrían no ser tan evidentes o precisar más

tiempo para percibirse. Algunos de los cambios se podrían relacionar con otras actividades del servicio tales como la arteterapia o la psicomotricidad (Albert, 2010; Mendiara, 2008) pero no fueron implementados de forma sistemática en todos los centros educativos. Se necesitaría más información para poder evaluar mejor estas actividades, así como otras actividades promovidas por otros profesionales o por los propios centros educativos.

Futuras investigaciones también podrían considerar la participación en los grupos focales de las direcciones y claustros de profesores, así como del alumnado y las familias para poder explorar mejor la implementación del SAAE desde diferentes puntos de vista. Un cambio en la cultura escolar precisa de la participación de todos los interesados (Turan y Bektas, 2013). La cultura escolar se ha definido como la corriente de normas, valores, creencias, tradiciones y rituales que se construyen a lo largo del tiempo (Peterson y Deal, 1998). El SAAE persigue un cambio en la cultura escolar fundamentado en el manejo positivo de las relaciones y los conflictos, y esto es un proceso que requiere tiempo.

Los facilitadores y barreras relacionados con la implementación del servicio son amplios (Chalkley, Routen, Harris, Cale, Gorely y Sherar, 2018) e incluyen factores a nivel de toda la comunidad educativa (Ahtola, Haatja, Kärnä, Poskiparta y Salmivalli, 2013). Teniendo en cuenta los cambios y facilitadores descritos, se han desarrollado propuestas para superar las barreras en la implementación y funcionamiento del servicio. Así, por ejemplo, se recomienda ajustar el SAAE al contexto (Hoagwood, Kelleher, Murray y Jensen, 2006). Esto se podría conseguir alineando su implementación con la cultura y valores de los centros educativos. Algunos autores (Payne, Gottfredson y Gottfredson, 2006) han destacado el papel instrumental de la dirección de los centros cuando se implementan las intervenciones. Así, el éxito en la implementación del SAAE podría asociarse con unas buenas habilidades de gestión y con el apoyo directo de la dirección (Forman, Olin, Hoagwood, Crowe y Saka, 2009). También es importante alinear las actividades de desarrollo profesional de los docentes con los objetivos e iniciativas de los centros educativos (Forman et al., 2009). Los

profesionales del SAAE recomiendan mejorar el desarrollo profesional de los maestros, especialmente en el manejo positivo de las relaciones y los conflictos. En este sentido, es necesario desarrollar alianzas con el claustro y, en especial, con aquellos docentes con deseos de promover cambios para incrementar su apoyo (To, 2009).

Una conceptualización integral del SAAE es necesaria para el cambio perseguido. Este cambio requiere recursos económicos, materiales y tiempo (Hargreaves, 1997). Tres aspectos son de especial interés en este apartado: 1) Los profesionales del SAAE deben consolidar su posición a través de la comprensión de las políticas educativas, de sus habilidades profesionales y del manejo de las relaciones con los diferentes actores implicados (To, 2009); 2) La inclusión de las familias en la implementación del servicio. Nuestros resultados indican dificultades para acceder a las familias. Estos datos son consistentes con los de otros estudios llevados a cabo en contextos similares (Williams y Sánchez, 2013). Las intervenciones para poder incluir a las familias son importantes, ya que la participación de la familia se asocia a resultados académicos positivos (Hill y Tyson, 2009) y a la mejora de las conductas adaptativas (Jurado y Tejada, 2019), y 3) La colaboración entre los profesionales presentes en los centros educativos. Los profesionales del SAAE proponen mejorar esta colaboración, lo que contribuiría a mejorar el clima escolar, el rendimiento académico y la calidad de los centros educativos (Drossel, Eickelmann, van Ophuysen y Bos, 2019) y del SAAE.

En resumen, este estudio presenta la experiencia de los profesionales del SAAE tras dos años de implementación del servicio en centros educativos situados en áreas especialmente vulnerables de la ciudad de Barcelona. El análisis de los cambios, de las barreras y de los facilitadores, ha permitido elaborar una serie de recomendaciones para la mejora del clima escolar, a través de un cambio en la cultura educativa basada en el manejo positivo de las relaciones y de los conflictos, así como la promoción de habilidades socioemocionales. Estos elementos podrían incidir de forma positiva en el bienestar psicológico y en la salud mental del alumnado y, en definitiva, en su capacidad de resiliencia. Aunque es necesario más tiempo

para el establecimiento de esta cultura educativa, y para la evaluación de su eficacia, a partir de la experiencia acumulada, parece razonable extender esta estrategia a otros centros educativos de alta complejidad.

Bibliografía

- Ahtola, A., Haataja A., Kärnä A., Poskiparta E. y Salmivalli, E. (2013). Implementation of anti-bullying lessons in primary classrooms: how important is head teacher support? *Educational Research*, 55(4), 376-392.
- Albert, R. (2010). Being both: an integrated model of art therapy and alternative art education. *Art Therapy*, 27(2), 90-95.
- Albertí, M. (2016). *Towards a fair school: the incorporation of restorative justice in the school environment* [tesis doctoral no publicada]. Universitat Ramon Llull.
- Albertí, M. y Zabala, O. (2018). Whole school restorative approach. From theory to practice pilot development in Salvador Seguí institute. *Fields of Educational Psychology and Counseling*, 49(3), 91-111.
- Barbour, R. (2007). *Doing focus groups*. London: SAGE Publications Ltd.
- Barrientos-Fernández, A., Sánchez-Cabrero, F. J. y Pericacho Gómez, R. (2020). Competencias sociales y emocionales del profesorado de Educación Infantil y su relación con la gestión del clima de aula. *Estudios sobre Educación*, 38, 59-78.
- Birkeland, A. y Ødemotland, S. (2018). Disorienting Dilemmas - the Significance of Resistance and Disturbance in an Intercultural Program within Kindergarten Teacher Education. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 52, 377-387.
- Bonell, C., Allen, E., Warren, E., McGowan, J., Bevilacqua, L., Jamal, F. y Viner, R. M. (2018). Effects of the Learning Together intervention on bullying and aggression in English secondary schools (INCLUSIVE): a cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 8(392), 2452-2464.
- Braun, V. y V. Clarke. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Chalkley, A. E., Routen, A. C., Harris, J. P., Cale,

- L. A., Gorely, T. y Sherar, L. B. (2018). A retrospective qualitative evaluation of barriers and facilitators to the implementation of a school-based running programme. *BMC Public Health*, 18, 1189.
- Díaz-Vicario, A. y Gairín Sallán, J. A. (2017). Comprehensive approach to managing school safety: case studies in Catalonia, Spain. *Educational Research*, 59(1), 89-106.
- Drossel, K., Eickelmann, B., van Ophuysen, S. y Bos, W. (2019). Why teachers cooperate: an expectancy-value model of teacher cooperation. *European Journal of Psychology of Education*, 34(1), 187-208.
- Fernández-Hawrylak, M., Heras-Sevilla, D. y Cepa Serrano, A. (2020). Evaluation of the Effectiveness of the Emotional Education Program EMO-ACTION within a Preschool Setting. *Estudios sobre Educación*, 39, 87-107.
- Frias-Armentia, M., Rodríguez-Macías, J. C., Corral-Verdugo, V., Caso-Niebla, J. y García-Arizmendi, V. (2018). Restorative justice: A model of school violence prevention. *Science Journal of Education*, 6(1), 39-45.
- Forman, S. G., Olin, S. S., Hoagwood, K. E., Crowe, M. y Saka, N. (2009). Evidence-based intervention in schools: Developers' views of implementation barriers and facilitators. *School Mental Health*, 1(1), 26-36.
- González, T., Sattler, H. y Buth, A. J. (2019). New directions in whole-school restorative justice implementation. *Conflict Resolution Quarterly*, 36(3), 207-220.
- Gorostiza, G., Comas, M., Escoin, J., Vera, A., González Tavorai, Y., Esclapés, E., Cugat, M. y Albertí, M. (2019). Deal with the well-being of childhood. A priority of the teams of the Neighborhood Plan in the educational centers of the city of Barcelona. *Fields of Educational Psychology and Counselling*, 50(3), 156-172.
- Graham, A., Powell, M. A. y Truscott, J. (2016). Facilitating student well-being: relationships do matter. *Educational Research*, 58(4), 366-383.
- Guest, G., Namey, E. y McKenna, K. (2017). How Many Focus Groups Are Enough? Building an Evidence Base for Nonprobability Sample Sizes. *Field Methods*, 29(1), 3-22.
- Hargreaves, A. (1997). *Rethinking educational change with heart and mind: 1997 ASCD year-book*. Virginia: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Hill, N. E. y Tyson, D. F. (2009). Parental involvement in middle school: A meta-analytic assessment of the strategies that promote achievement. *Developmental Psychology*, 45(3), 740-763.
- Hoagwood, K. E., Kelleher, K., Murray, L. K. y Jensen, P. S. (2006). Implementation of evidence-based practices for children in four countries: a project of the World Psychiatric Association. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28(1), 59-66.
- Hopkins, B. (2017). *Restorative Classroom Practices. Restorative approaches in your day-to-day work*. Berkshire: Transforming Conflict and National Centre for Restorative Justice in Youth Settings.
- Jurado de los Santos, P. y Tejada Fernández, J. (2019). Disrupción y fracaso escolar. Un estudio en el contexto de la Educación Secundaria Obligatoria en Cataluña. *Estudios sobre Educación*, 36, 135-155.
- Kohl, D., Recchia, S. y Steffgen, G. (2013). Measuring school climate: an overview of measurement scales. *Educational Research*, 55(4), 411-426.
- Konishi, C., Miyazaki, Y., Hymel, S. y Waterhouse, T. (2017). Investigating associations between school climate and bullying in secondary schools: Multilevel contextual effects modeling. *School Psychology International*, 38(3), 240-263.
- Leung, F. H. y Savithiri, R. (2009). Spotlight on focus groups. *Canadian Family Physician*, 55(2), 218-219.
- Luengo Kanacri, B. P., Eisenberg, N., Thartori, E., Pastorelli, C., Uribe Tirado, L. M., Gerbino, M. y Caprara, G. V. (2017). Longitudinal Relations Among Positivity, Perceived Positive School Climate, and Prosocial Behavior in Colombian Adolescents. *Child Development*, 88(4), 1100-1114.
- Mansfield, K. C., Fowler, B. y Rainbolt, S. (2018). The potential of restorative practices to ameliorate discipline gaps: The story of one high school's leadership team. *Educational Administration Quarterly*, 54(2), 303-323.
- Mas-Expósito, L., Amador-Campos, J. A., Triay M. y Lalucat-Jo L. (2020). Avaluació de dos anys de funcionament d'un servei de suport i

- atenció emocional en centres educatius d'alta complexitat del Pla de Barris de la ciutat de Barcelona. *Educació Social*, 76. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/Educacio-Social>
- Mayworm, A. M., Sharkey, J. D., Hunnicutt, K. L. y Schiedel, K. C. (2016). Teacher Consultation to Enhance Implementation of School-Based Restorative Justice. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 26(4), 385-412.
- McCluskey, G. (2008). Exclusion from school: What can "included" pupils tell us? *British Educational Research Journal*, 34(4), 447-466.
- Mendiara Rivas, J. (2008). Educational Psychomotricity: a natural approach. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 62(22), 199-220.
- Payne, A. A., Gottfredson, D. C. y Gottfredson, G. D. (2006). School Predictors of the Intensity of Implementation of School-Based Prevention Programs: Results from a National Study. *Prevention Science*, 7(2), 225-237.
- Payne, A. A. y Welch, K. (2018). The Effect of School Conditions on the Use of Restorative Justice in Schools. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 16(2), 224-240.
- Peterson, K. y Deal, T. (1998). How leaders influence the culture of schools. *Educational Leadership*, 56(1), 28-30.
- Pomar, M. (2013). Las prácticas restaurativas en la formación inicial de maestros. Una experiencia de aplicación. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 76(27), 83-99.
- Pomar, M. y Vecina, C. (2013). Prácticas restaurativas: construyendo la comunidad desde los centros de enseñanza. *Educación y Cultura*, 24, 213-224.
- Reimer, K. E. (2019). Relationships of control and relationships of engagement: How educator intentions intersect with student experiences of restorative justice. *Journal of Peace Education*, 16(1), 49-77.
- Sanahuja A., Moliner O. y Moliner, L. (2020). Inclusive and democratic practices in primary school classrooms: A multiple case study in Spain. *Educational Research* 62(1), 111-127.
- Stewart, D. W., Shamdasani, P. N. y Rook, D. W. (2015). Focus groups: *Theory and practice*. Thousand Oaks: SAGE.
- Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A. y Weissberg, R. P. (2017). Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child Development*, 88(4), 1156-1171.
- To, S. (2009). Empowering school personnel for positive youth development: the case. *Adolescence*, 44(174), 465-477.
- Tong, A., Sainsbury, P. y Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
- Turan, S. y Bektas, F. (2013). The relationship between school culture and leadership practices. *Eurasian Journal of Educational Research*, 52, 155-168.
- Williams, T. T. y Sánchez, B. (2013). Identifying and Decreasing Barriers to Parent Involvement for Inner-City Parents. *Youth & Society*, 45(1), 54-74.
- Wong, D. S., Cheng, C. H., Ngan, R. M. y Ma, S. K. (2011). Program effectiveness of a Restorative Whole-school Approach for tackling school bullying in Hong Kong. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(6), 846-862.

Anexos

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes en los grupos focales.

Características	N
Jornada laboral	
Completa	17
Parcial	3
Número de centros educativos en los que trabajan	
1	13
2	7
Categoría profesional	
Psicólogo	8
Educador social	4
Dos categorías profesionales del campo psicosocial	3
Maestro	2
Pedagogo	1
Otros	1

Tabla 2. Guión de las preguntas semi-estructuradas de los grupos focales

Número	Preguntas
1	¿Cómo recordáis vuestra acogida como profesionales del SAAE por parte de los diferentes centros educativos?
2	¿Cómo explicaríais en vuestras palabras vuestra experiencia como profesionales del SAAE en los centros educativos?
3	¿Cómo habéis vivido la implementación del Servicio hasta el momento?
4	¿Qué cambios creéis que el SAAE ha producido en los dos primeros años de funcionamiento?
5	¿Cuáles han sido los principales facilitadores en la implementación del SAAE en los centros educativos en los que trabajáis?
6	¿Cuáles han sido las principales barreras?
7	¿Teneis algún otro comentario que os gustaría hacer?

SAAE: Servicio de Atención y Apoyo Emocional

Tabla 3. Definición subtemas.

Nombre	Descripción
Claustro	Equipo docente de cada centro educativo.
Alumnado	Todos aquellos niños y adolescentes en etapa escolar que reciben la intervención del servicio.
Dirección	Grupo de docentes que lideran los centros educativos.
Centros educativos	Todas las instituciones para la educación de niños y adolescentes en las que el SAAE despliega su intervención.

SAAE: Servicio de Apoyo y Atención Emocional

Desempeño sociocomunicativo en niños con TEA. Un análisis desde la Lógica Transcursiva (2)*

DANTE ROBERTO SALATINO¹

RESUMEN

Desempeño sociocomunicativo en niños con TEA. Un análisis desde la Lógica Transcursiva. El propósito de este trabajo es revisar los fundamentos neurobiológicos y psíquicos de la llamada Teoría de la Mente (ToM), cuyas supuestas fallas en su desarrollo pretenden explicar la aparición de los trastornos sociocomunicativos que presentan las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) para arrojar algo de luz sobre la aparición de algunos signos como, por ejemplo, los rasgos no sociales del autismo. A partir de un análisis crítico de algunos aportes de las Ciencias Cognitivas, llegamos a la conclusión de que la Teoría de la Mente es un modelo inapropiado para evaluar la comprensión del lenguaje, porque no tiene en cuenta sus aspectos subjetivos. La Lógica Transcursiva, como contrapartida, aporta una interpretación del proceso comunicativo y de esa forma, demuestra la improcedencia de la Teoría de la Mente. **Palabras clave:** autismo, Teoría de la Mente, neuronas espejo, comprensión del lenguaje, proceso comunicativo, lógica transcursiva.

ABSTRACT

Socio-communicative performance in children with ASD. An analysis from Transcursive Logic. The purpose of this paper is to review the neurobiological and psychological foundations of the so-called Theory of Mind (ToM), whose alleged flaws in its development pretend to explain the appearance of the socio-communicative disorders presented by people with Autism Spectrum Disorder (ASD) in order to shed some light on the appearance of some signs such as, for example, the non-social features of autism. From a critical analysis of some contributions from the Cognitive Sciences, we conclude that the Theory of Mind is an inappropriate model to assess language comprehension because it does not take into account its subjective aspects. Transcursive Logic, on the other hand, provides an interpretation of the communicative process and thus demonstrates the inappropriateness of the Theory of Mind. **Keywords:** autism, Theory of Mind, mirror neurons, language comprehension, communicative process, transcursive logic.

RESUM

Acompliment social i comunicatiu en nens amb TEA. Una anàlisi des de la Lògica Transcursiva. El propòsit d'aquest treball és revisar els fonaments neurobiològics i psíquics de l'anomenada Teoria de la Ment (ToM), en la que les suposades falles en el seu desenvolupament pretenen explicar l'aparició dels trastorns socials i comunicatius que presenten les persones amb Trastorn de l'espectre autista (TEA) per clarificar l'aparició d'alguns signes com, per exemple, els trets no socials de l'autisme. A partir d'una anàlisi crítica d'alguns aportacions de les Ciències Cognitives, arribem a la conclusió que la ToM és un model inadequat per avaluar la comprensió de llenguatge, perquè no té en compte els seus aspectes subjectius. La Lògica Transcursiva, com a contrapartida, aporta una interpretació del procés comunicatiu i, d'aquesta forma, demostra la improcedència de la ToM. **Paraules clau:** autisme, Teoria de la Ment, neurones mirall, comprensió de el llenguatge, procés comunicatiu, lògica transcursiva.

Bases psicobiológicas de la comprensión en el lenguaje natural humano

El lenguaje natural humano constituye el

medio comunicativo que opera reorganizando la realidad circundante y su naturaleza es simbólica. El símbolo, según lo ve la lógica transcursiva, representa un tipo de identidad, pero

*Debido a la extensión del artículo, se ha dividido en dos partes. La primera se publicó en el pasado número 38 (noviembre 2021).

¹Cardiólogo Clínico. Doctor en Letras, especialidad Psicolingüística, por la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina..

Contacto: dantesalatino@gmail.com

Recibido: 11/2/21 - Aceptado: 21/6/21

escindida. En otras palabras, tal como sucede con los actores reales, sujeto y objeto, el símbolo tiene dos vertientes: una superficial, que es la que se hace evidente en el significado del lenguaje cotidiano y que solo puede ser interpretado, al no guardar relación con la psiquis; y una profunda, que queda anidada en la función psíquica, o sea, en el pensamiento, la que puede ser comprendida. La dinámica del lenguaje natural está sustentada, según la propuesta aquí presentada, en un origen psíquico de la vertiente profunda del símbolo que deriva de una idea. La estructura psíquica da lugar al *registro histórico* del sujeto (o memoria estructural) pero, además, sirve de *molde* (por eso lo llamamos ADN psíquico) para generar los pensamientos.

Estos, desde el punto de vista lógico transcurativo, son la *negación* de las ideas; única forma de lograr una aproximación a lo profundo de la realidad subjetiva (Salatino, 2009). El pensamiento así constituido representa el *germen* del símbolo y una nueva negación lo transformará en una manifestación superficial, que no será otra cosa que un *reflejo* particular de un pensamiento y una *imagen* filtrada de la realidad percibida con anterioridad, pero sin ninguna relación con ella.

Haciendo uso de la metáfora de los colores quizás podamos vislumbrar mejor la propuesta.

Decíamos en otro trabajo (Salatino, 2018) que un color determinado representa, en esta realidad particular, un hecho real. Cuando este hecho real es percibido por un sujeto, lo aportado por la evidencia es registrado en la memoria estructural y pasa a formar parte de la estructura psíquica mediante una idea. Una negación del color registrado, lo cual significa obtener el color complementario, pasa a constituir la función psíquica, que, al tomar como argumento la idea anterior, se transforma en el pensamiento. Este color complementario tiene una cierta *saturación*, o sea, está más o menos iluminado. Esta *iluminación* no es otra cosa, aquí, que el *nivel de consciencia* con que está siendo considerado. La subjetividad le agrega un cierto *grado de transparencia* al color obtenido. Queda así conformada la vertiente profunda de un símbolo, o lo que es lo mismo, un signo comprendido.

Llegada la hora de *comunicar* la experiencia vivida sobre el pensamiento formado (el color

complementario), se produce una nueva negación, con lo que se obtiene otra vez el color primario percibido, la vertiente superficial del símbolo. En realidad, el producto obtenido y que finalmente será comunicado no es para nada igual al percibido, ya que el filtro psíquico le agregó *luminosidad* y *transparencia*, dos características que lo modifican pero que no se pueden transmitir mediante una simple expresión verbal, de allí la falta de relación entre ambas vertientes simbólicas.

El color resultante y que será supuesto por un interlocutor en una expresión es *del tono* del percibido anteriormente. Es decir, se parece bastante pero no tiene todas las características perfectamente conservadas, haciendo que la *experiencia contada* por el sujeto solo produzca una idea aproximada en su interlocutor, aunque no le genere estructura psíquica como cuando él percibe un hecho; esto es suficiente para poder entenderlo, al lograr una reconstrucción psíquica convenida, muy aproximada gracias al código lingüístico, de la experiencia vivida por quien se lo cuenta.

Es muy importante hacer la diferenciación entre comprender y entender. Entender es percibir el significado de algo, aunque no se lo comprenda. Mi interlocutor puede entender lo que le digo al relatarle el *color percibido* por mí, pero no me comprende. Con otros términos, encuentra el significado a lo sucedido, mas no el sentido. Por esta razón, es muy común que alguien que escuche nuestro relato de un hecho representado por un *color*, nos diga: “te entiendo, pero...”. Si lo hubiera comprendido, el “pero” no existiría. El planteo que hemos hecho de una situación en extremo ficticia podría dejar la sensación de que esto no es lo que ocurre habitualmente. Sin embargo, solo hay comprensión cabal de algo cuando este es vivido por nosotros mismos. Es decir, que forma parte de nuestra *experiencia encarnada* y no es solamente una *imagen holográfica* de esa realidad, como la que se genera cuando nos relatan algún hecho usando el lenguaje convencional y nosotros jamás hemos pasado por esa situación.

El hecho real para quien escucha el relato, el *color percibido*, será el de la expresión lingüística que estará *teñida*, aunque con matices, del mismo tono convencional del *color* que su

interlocutor había percibido. El diálogo es posible gracias a que ambos hablantes tienen en su estructura psíquica una organización lograda por la experiencia y que está acorde a los hechos que se suceden en la realidad. Por ende, la estructura de lo expresado guarda una relación convencional y normativa (impuesta por la cultura) con lo sucedido. Pero los fundamentos psíquicos de la comprensión no son visibles en la superficie para quien percibe la expresión y no el hecho, sino que queda aferrada en la psiquis del hablante como fundamento lógico de lo subjetivo. Esto es porque se comprende el hecho real que está asociado al código de superficie. Así, mi interlocutor me entiende, pero no me comprende. Si se diera la posibilidad de que él hubiera pasado por la experiencia de percibir un hecho de similares características (aunque nunca serían iguales), es posible también que haya una interpretación basada en *categorías lógicas*, además de entendimiento, pero que de ninguna manera se equipara a mi comprensión, que está basada en *especies*. La comprensión, como la subjetividad misma, es un aspecto absolutamente individual y no transferible; por tanto, lo mismo me ocurrirá cuando mi interlocutor me relate algo vivido por él.

A modo de resumen, proponemos la Figura 1 del anexo, que trata de considerar lo que ocurriría durante la comunicación en un acto sémico (semiosis), entendida como expresión de un hecho real y en donde quedan explicitados los mecanismos psíquicos (propia mente subjetivos) de: percepción, comprensión / entendimiento (interpretación) y producción de una expresión lingüística, además de las unidades operativas de los distintos sistemas reales que manejan el otro nivel *lingüístico* de la realidad: el lenguaje universal.

Se puede observar, en la figura, el proceso comunicativo con sus actores principales que ofician en forma alternativa, como productor y receptor, respectivamente. Algo que trata de reflejar la tonalidad bicolor de los círculos: azul externo (1) funciona como sujeto (fuente del cambio = productor), verde externo funciona como objeto (destino del cambio = receptor). Cada uno mantiene su *núcleo* opuesto en la profundidad, haciéndose evidente, en forma oscilatoria (por turnos), durante la mecánica de

todo el proceso de apertura/cierre que se da en la frontera, sellando lo objetivo con indeleble subjetividad. En el hablante, se da la siguiente sucesión de procesos: aprender → conocer → comprender. En el oyente: aprender → conocer → entender (interpretar). Parafraseando, de alguna manera, a Wittgenstein (1999), podríamos expresar lo anterior en el siguiente aforismo: *Se puede entender e interpretar lo que se dice y se escucha, pero solo se llega a comprender lo que se calla*.

Toda esta dinámica está asegurada, como se muestra en el esquema, por el mantenimiento persistente del núcleo lógico fundamental que representa el lenguaje universal, sobre el que está estructurada y funciona toda la realidad subjetiva, como ya hemos visto repetidas veces.

En un intento de enfocar lo hasta aquí considerado desde una visión práctica, abordaremos el tema de la ironía como una muestra de las distintas facetas involucradas en el proceso comprensivo de nuestro lenguaje natural. Cuando abordemos los trastornos psíquicos que aquejan a los que padecen de TEA, asimilemos cabalmente por qué estos niños no comprenden el doble sentido ni pueden colocarse en el lugar del otro, siendo esclavos de la literalidad.

La ironía como modelo de la comprensión

La ironía representa, en su mayor parte, un elemento eminentemente pragmático. Prueba de ello lo da el bagaje cultural del que hay que disponer para interpretar una expresión irónica. Lo dicho irónicamente en una cultura y mediante una lengua determinada puede no resultar irónico en otras circunstancias, aunque lo irónico siempre esté presente. No obstante, se toma la figura de la ironía porque, más allá del lenguaje mismo, su figura discursiva tiene muy bien demarcados los mecanismos de producción y, sobre todo, los de la comprensión.

La ironía es una de esas *raras estructuras* de nuestro lenguaje que nos muestra, sin veladuras, la realidad tal como es, ya que, por debajo de su aspecto superficial (evidente) manifestado en el significado literal, aflora su esencia, lo profundo: el sentido. No hay ninguna otra estructura simbólica que tenga esta propiedad, es decir, la de llevar el *pensamiento a flor de piel*. Es por esta

razón que la ironía constituye un material ideal para investigar los mecanismos cognitivos de nuestra psiquis y, entre ellos, los dedicados a la comprensión de nuestro lenguaje natural.

Ironía deriva del término griego εἰρωνεία (eironēia), que significa simulación. El *simulador* (eiron) finge ignorar aquello que conoce, velando así su verdadera intención. La estructura psíquica que permitiera la producción de una aserción irónica, evidentemente, debería estar facultada para posibilitar su comprensión si se la recorre, por decirlo de alguna forma, simultáneamente en sentido inverso; de lo contrario, resultaría inadmisibles, siempre que no esté afectado por alguna patología, que quien profiera una ironía no comprenda lo que está diciendo. Por otro lado, hay que considerar un detalle no menor: un hablante no es solo tal, sino que pasa alternativamente a ser oyente y viceversa, por lo que un mecanismo de *ida y vuelta* tiene que estar asegurado y se debe cumplir simultáneamente. Teniendo en cuenta lo anterior, intentaremos analizar, en forma sencilla, las supuestas bases psicobiológicas de su comprensión.

En una situación discursiva en donde se platee la ironía frecuentemente, la intención oculta se hace manifiesta por el contexto, la entonación, el lenguaje corporal que intenta dar a entender algo distinto de lo que se está diciendo en modo verbal; de allí la importancia de lo cultural. Cualquiera que sea la manera de hacerse evidente, la ironía es una forma que irrumpe en la comunicación humana desde el mismo surgir del lenguaje.

En los albores del conocimiento ya se tiene registro de ella y desde su lugar como tropo en la antigua retórica hasta su uso persuasivo en un discurso político actual, la ironía es un acompañante incondicional de nuestro lenguaje natural.

Un aspecto lingüístico que haya sido abordado desde tantos puntos de vista nos tiene que llamar la atención. Llevamos más de dos mil años tratando de definirla y, aún hoy, no hay una respuesta definitiva. Por tanto, no creo que haya demasiado error si se considera a la ironía como un universal que, más allá de los matices que lo tornasolan, ostenta un núcleo fundamental de naturaleza compleja y absoluta constancia.

La lógica transcursiva puede definir ese núcleo a que hiciéramos referencia y lo puede hacer desde que la ironía tiene como base lógica un

PAU (patrón autónomo universal). De tal forma que, si se logra demostrar lo anterior, podríamos generalizar el concepto y decir, basándonos en la propuesta presentada en este trabajo, que toda la realidad subjetiva es irónica.

Dada la trascendencia que actualmente tiene el abordaje del discurso irónico desde la pragmalingüística, tomaremos una de las tantas teorías sobre la ironía de las que se han elaborado en esta especialidad para contrastarla con el enfoque lógico transcursivo.

Se ha elegido la *teoría de la relevancia* propuesta por Sperber y Wilson en 1986 básicamente porque, más allá de ser una teoría con una importante vigencia, intenta hacer un aporte a la comprensión de los procesos cognitivos que se suponen que brindan elementos que permitirían determinar lo implicado a través de lo dicho (Sperber y Wilson, 1995). Además, ha sido muy utilizada para fundamentar algunos aspectos de la ToM. Los autores tratan de cubrir la brecha que, en el uso diario de nuestro lenguaje, se da entre lo que se dice textualmente y lo que realmente se quiere comunicar y lo hacen desde la aplicación de distintos mecanismos inferenciales.

Antes de abordar lo que la teoría propuesta nos dice sobre la ironía, vamos a ubicarla en el contexto científico. Adepta sin discreción a la teoría modular de la mente de Fodor: “Siguiendo a Fodor (1983), nosotros vemos la mente como una variedad de sistemas especializados, cada uno de los cuales con su propio método de representación y computación” (p. 71). Constituye un bastión importante de la psicología cognitiva. Recordemos que esta rama de la psicología supone que la mente funciona de manera análoga a una computadora, aunque arguyendo un no-mecanicismo al suponer que el hombre construyó las máquinas a imagen y semejanza de sus estructuras mentales innatas, según rezan algunos de sus defensores (Gil, 2006, p. 413).

Un enfoque tan dirigido, necesariamente, queda anclado a una perspectiva lógica estrecha y que no es otra que la de la lógica clásica. Sperber y Wilson (1995) nos hablan desde su teoría, de inferencias, como los únicos representantes genuinos de los procesos cognitivos o mentales; es decir, del pensamiento.

Aceptar sin ambages los principios lógicos que rigen a la lógica aristotélica como leyes del pensamiento es, como mínimo, una descripción inconveniente (Stebbing, 1965, p. 529) pues sugiere una referencia directa a las uniformidades del pensamiento y a los aspectos psicológicos. Para que sea pertinente hablar de pensamiento cuando invocamos el punto de vista lógico tradicional, solo podemos estar hablando de *pensamiento lógico*, cuyo único propósito es llegar a conclusiones a través del razonamiento. Este surge cuando partimos desde algo que *conocemos* para llegar a algo que, antes de tal razonamiento, nos era desconocido. Conocer algo, ante esta perspectiva, se deriva de una creencia. Para que una proposición sea conocida debemos creer que es verdadera. El problema crucial que se plantea es que no se hace distinción entre creencia y conocimiento.

Hay, al menos, cinco formas de llegar a una creencia (Stebbing, 1965, p. 526):

- a) Que siempre hayamos creído en algo, que no cuestionamos y, ante lo cual, estamos inermes frente al error.
- b) Basados en la autoridad, que reconoce dos variantes: i) aceptación de una verdad por respeto, y ii) aceptación de una verdad por venir de un experto.
- c) Ante la evidencia directa (aparente).
- d) Por persuasión, que casi siempre está supeditada al engaño.
- e) Por convicción o razonamiento. Mecanismo que es patrimonio de la lógica y por ende, de la ciencia.

Si hablamos del *pensamiento lógico* debemos decir que una de sus características fundamentales es la *pertinencia*, aquella que permite establecer conexiones, pero que, a la vez, no exime del juicio que hay que imponer para detectar incoherencias lógicas.

Sperber y Wilson (1995) extrapolan la *pertinencia* antes aludida a una *relevancia* como patrón cognitivo universal.

Concretamente, la *teoría de la relevancia* se sustenta en el *pensamiento lógico*, es decir, aquel fundamentado en principios que no pueden ser probados sin presuponerlos. En otras palabras, aporta pruebas relativas a algo no probado.

Los principios lógicos solo pueden ser probados

por sí mismos (argumento circular) y, por tanto, dan origen a la auto-consecuencia que los transforma en leyes fundamentales que no pueden ser transgredidas. Esto es lo mismo que decir, según ya lo hemos visto, que se está anclado en una monocontextura.

La fuerte adherencia de los autores considerados a los preceptos *fodorianos* los obliga a plantear una arquitectura mental que en nada se distingue de la de un *compilador* (Fodor, 1983, p. 41). Estos programas son modulares igual que la mente que pergeñara Fodor inspirado en la frenología de Gall (Domenech, 1977, p. 12).

Al tomar como respaldo la teoría computacional, la *teoría de la relevancia*, en sus rasgos básicos, puede ser tratada por el álgebra de Boole (1854), es decir, por una formalización algebraica de las siguientes operaciones lógicas: y (conjunción), o (disyunción), y *no* (negación), o sus equivalentes en la lógica de clases (Colacilli de Muro, 1979, p. 192): intersección, unión y complemento.

Haremos un análisis de la ironía según la ve la *teoría de la relevancia*, la cual afirma que “la tendencia cognitiva universal a maximizar la relevancia hace posible que, al menos en cierto grado, se puedan predecir y manipular los estados mentales de los demás” (Sperber y Wilson, 2004, p. 244). De esta afirmación, deriva el uso de la *teoría de la relevancia* como una de las justificaciones de la existencia de la ToM.

La Figura 2 del anexo muestra un análisis sobre una supuesta producción irónica analizada desde el álgebra de Boole, a través de un ejemplo neutro de una producción irónica basado en la categoría aristotélica, sustancia que ontológicamente es caracterizada por el par de conceptos opuestos: sustancia/atributos (Aristóteles, 2004, p. 31), adhiriendo absolutamente a la lógica clásica.

De acuerdo con la aplicación del análisis lógico propuesto se llega a una ambigüedad entre engaño e ironía. La producción lingüística no permite diferenciar estas dos situaciones, porque no hay forma de representar lógicamente esta diferencia, como no sea presuponiendo la inducción de inferencias en el oyente, a través de premisas implicadas (implicaturas), transmitiendo conclusiones implicadas (Sperber y Wilson, 2004, p. 252), lo cual es absolutamente

arbitrario, ya que se extrapolan a un evento psíquico las conclusiones derivadas de un análisis del *pensamiento lógico*. Se debe aclarar que en este análisis no se ha tenido en cuenta el contexto; aspecto que en la teoría de la relevancia es “fabricado” (es ad hoc) siguiendo las mismas pautas lógicas que en el caso del pensamiento.

¿Cuáles son las posibles causas de esta ambigüedad?

Una disposición jerárquica, transitiva y binaria de la información, por adherir a la lógica clásica, lo cual la vuelve estática.

Un problema con la identidad de cada situación. Solo se tiene en cuenta lo cuantitativo, en donde ambas situaciones son iguales, en desmedro de lo cualitativo, en donde se diferencian. En otras palabras, a pesar de tratar con la intención ostensiva y lo inferencial, se excluye el sujeto (recordar la no designación de la lógica clásica), considerando solo el objeto.

No tener en cuenta el tiempo, que es la única forma de certificar una simultaneidad. Engaño e ironía se ven como sendas fotografías tomadas en un tiempo t_n . Entonces, se ve 00 y se lo considera como 0, por hacerlo en forma secuencial, en vez de ver 01 si se consideraran simultáneamente.

La base metafórica de las ciencias cognitivas, la cual queda actualizada con las siguientes expresiones anónimas extraídas de la jerga informática: “Las computadoras no son inteligentes, solo piensan que lo son”; “Las computadoras son de esos aparatos odiosos que nunca hacen lo que queremos, sino lo que le decimos que hagan”; “Si torturas lo suficiente a los datos, confesarán”; “Pasa suficiente tiempo confirmando una necesidad y la necesidad desaparecerá”; y, por último, una con un apropiado tono irónico: “La confusión está clarísima”.

¿Qué aporta la lógica transcursiva en el caso de la ironía?

Linda Hutcheon (1995) caracteriza el sentido irónico diciendo que es relacional, inclusivo y diferencial (p. 58). Lo de relacional, porque a la ironía la plantea como una estrategia que relaciona no solo sentidos (dijo, no dijo), sino también sujetos que actúan como intérpretes y, a la

vez, como generadores de lo irónico. El sentido irónico surge como consecuencia de una relación dinámica entre generadores de sentido diferentes con el fin de crear algo nuevo. En otras palabras, nos sugiere la imagen provocativa de un fenómeno complejo de *tensión entre lo dicho y lo no dicho*, en donde cada uno de los cuales toma sentido en función del otro. Además, no plantea esta relación en condiciones de igualdad, sino todo lo contrario, el poder de *lo no dicho* como desafío sería la condición semántica fundamental de la ironía.

Lo inclusivo lo refiere, poniendo como ejemplo la ilustración del famoso *conejo-pato* que publica Wittgenstein (1999) en sus *Investigaciones Filosóficas* para mostrar una ilusión óptica en donde la figura puede interpretarse como pato si los dos apéndices que salen de ella hacia la izquierda se asimilan a un pico; o como un conejo, si son interpretados como un par de largas orejas (ver figura 3 del anexo).

Menciona el filósofo que no podemos experimentar ambas lecturas al mismo tiempo. Hutcheon (1995), en cambio, sugiere que, si estas figuras son interpretadas como componentes de una situación irónica, nuestra mente podría *verlas* al mismo tiempo (esta es una posición idéntica a la adoptada cuando analizamos el cubo de Necker desde la LT [Salatino, 2012, p. 406]). Planteado como algo dinámico, sugiere que podría haber en lo irónico una rápida oscilación entre *lo dicho* y *lo no dicho* y, si bien esta visión de conjunto no permite ponderar como más relevante a ninguno de los componentes, esta *mezcla* de sentidos semánticos, aunque separados por el sutil *borde de la ironía*, permite hacerse una idea del sentido irónico como gobernado por el cambio y no como algo estático.

Lo global, en fin, lo plantea como la necesidad de abandonar las restricciones de la noción semántica estándar de la ironía que la propone como una *inversión*. Es decir, como formada por dos contrapartes enfrentadas y sustituibles. *Los patos no son lo contrario a los conejos*, simplemente son diferentes. Podemos hablar de incongruencia, asevera la autora, pero esa incongruencia no puede ni debe asimilarse a contrariedad.

Ambos términos deben ser percibidos juntos y sólo separados por un borde neto que permita

la comparación para que la incongruencia pueda ser considerada irónica; que pueda ser tolerada, agregaríamos nosotros.

Hideki Hamamoto (1997), en su artículo *Irony from a cognitive perspective* (p. 257), propone un modelo de los aspectos cognitivos de la ironía. En él indica que en la ironía habría dos componentes cognitivos: un conocimiento previo surgido de la realidad superficial (aparente) y que genera expectativas o predicciones; y uno posterior, o reconocimiento, que tipifica un determinado fenómeno como efectivamente real. El elemento fundamental del fenómeno irónico sería la discrepancia entre el reconocimiento y el conocimiento previo (o expectativa), que correspondería al concepto de “tensión” planteado por Hutcheon. La diferencia entre el “conocimiento de la ironía” y su “forma lingüística” se debe a una diferencia de niveles: uno no-lingüístico y el otro lingüístico, aunque, no necesariamente uno sea la negación del otro.

Hamamoto, en 1995, propone un esquema (Figura 4 del anexo) en donde intenta una sistematización del fundamento cognitivo de la ironía. En este esquema, sobre el eje -C/C no existiría discrepancia entre E (lo esperado) y R (lo real). En términos de Hutcheon, no existiría “tensión” entre ellos. En cambio, sí habría discrepancia entre los dos niveles a lo largo del eje -D/D.

El mecanismo en los niveles cognitivo y lingüístico funcionaría contemplando cuatro modalidades irónicas básicas:

1. La estándar o prototípica, igual a la que adhiere Grice (1995, p. 53). *Nivel lingüístico*: 1 (se afirma algo como real); *Nivel cognitivo*: 0 (se piensa lo opuesto) ...*Máxima Discrepancia*
2. En donde está involucrada la disolución de una situación. El hablante expresa verbalmente la percepción de discrepancia entre la expectativa (E) y la realidad (R). *Nivel lingüístico*: 0 (se sugiere la discrepancia); *Nivel cognitivo*: 1 (se sabe que la realidad es lo opuesto) ...*Mínima Discrepancia*
3. Aquí se describe el estado real (una situación verdadera) tal como es. *Nivel lingüístico*: 1 (se plantea la solución a la situación irónica); *Nivel cognitivo*: 1 (se piensa la realidad tal como se la expresó); ...*Máxima Congruencia (ironía cancelada)*
4. Se plantea el caso de las declaraciones irónicas

involuntarias. *Nivel lingüístico*: 0 (dice algo irónico sin quererlo); *Nivel cognitivo*: 0 (no percibe la realidad incongruente) ...*Mínima Congruencia*

5. El autor propone una posible situación irónica que se superpone a la primera en cuanto al código binario que la caracteriza, pero en sí, representa una situación invertida. En la primera modalidad, la realidad resulta ser lo opuesto a lo dicho, por lo que el oyente, al percatarse de la incongruencia, vuelve, generalmente, a proferir la misma expresión escuchada, pero con una entonación distinta para hacer evidente la ironía. En este caso de la inversión, todo esto se hace de una sola vez; es decir, el oyente conociendo la realidad negativa de antemano la expresa positivamente de una manera irónica.

El funcionamiento del esquema de Hamamoto, según lo hemos descrito, constituye una conexión de Galois (2), o sea, una oposición mediada por otra oposición idéntica a la señalada como el patrón de nuestro PAU y, como tal, al núcleo del lenguaje universal, como así también, a la estructura dinámica de una *especie*. Esto último es trascendente, pues transforma a la ironía en una suerte de *piedra rosetta* o de *trilobite semiótico* (si se me permite el término) que nos posibilita desentrañar, de alguna manera, el porqué de nuestros pensamientos e ideas y cómo el lenguaje cotidiano enmascara o trastoca la realidad subjetiva que pretende comunicar nuestro lenguaje natural, al pasar por el filtro psíquico. Esto da absoluto sentido a la expresión que acuñáramos al comienzo de este apartado: “la ironía es la única estructura simbólica que lleva el pensamiento a flor de piel”.

Como se aprecia en la figura 5 del anexo, la correspondencia entre el esquema propuesto y la *especie*, desde el punto de vista lógico, es absoluta. En el esquema, se pueden individualizar los dos niveles operativos de la ironía. Por un lado, el dextrógiro (Dx) o SVO, representando el nivel lingüístico convencional o superficial y que se corresponde paso a paso con lo estructural o volitivo de la *especie*; y por otro, el levógiro (Lv) o OVS, que representa el nivel de la cognición o profundo y que guarda relación estricta con lo funcional de la *especie* o aquello que constituye el prolegómeno del pensamiento; esto es, de la

actividad cognitiva propiamente dicha.

La operación de nuestro esquema de la ironía es muy simple si se acepta, por ejemplo, que el nivel superficial se puede *traducir* directamente a lo lingüístico puro, por constituir el esquema expresivo adoptado por la lógica aristotélica, en donde las afirmaciones acerca de los atributos de una sustancia son declarados de una forma natural en proposiciones singulares de la forma del sujeto-predicado (Stebbing, 1965, p. 529). Se debe recordar que el nivel superficial es el de la monocontextura o binario, aquel que se ajusta estrictamente a la lógica tradicional y el único que en realidad aborda la *teoría de la relevancia* (como cualquier otra teoría lingüística). Por otro lado, la relación que guardan los elementos del nivel superficial es la que aparece en casi cualquier expresión idiomática, por lo menos de nuestras lenguas indoeuropeas: S = sujeto, V = verbo (acción) y O = objeto.

En cuanto al nivel profundo, su estado deriva de las operaciones lógicas transcursivas (Salatino, 2017, p. 225) mediante las cuales se pueden *registrar* todas las variantes irónicas básicas y transitar por ellas, sincronizándose así con los distintos momentos del funcionamiento psíquico.

En la variante irónica [1], el foco es el objeto o lo cuantitativo (la apariencia); en la variante irónica [2], lo es el sujeto o lo cualitativo a través de lo afectivo; en la variante irónica [3], se considera la unión (U) de los elementos de las situaciones anteriores, en donde, sin embargo, se respeta el *borde de la ironía* a través de una disyunción lógica. De esta manera, se convalida el aspecto dinámico, ya que el foco principal es el cambio evidente, o sea, la ironía superficial o aquella que ponen en evidencia los elementos lingüísticos. Finalmente, en la variante irónica [4], en donde la intersección ($\cap$) entre los elementos se soslaya mediante una conjunción lógica que, aunque profunda, revalida una categoría que le hace perder la intención irónica a la situación. Por esta razón, su foco es el cambio profundo: aquel que, sin ser evidente, opera en forma oculta una reorganización situacional que emerge intempestivamente, a pesar de su productor, transformándose en una acción evidente modificada y permitiéndole al interlocutor que advierte la no intencionalidad solazarse en lo irónico, mientras que su productor (que

perfectamente puede ser un autista) no percibe la ironía o el doble sentido como tal, porque carece del debido tono afectivo.

La ironía, observada desde el punto de vista psíquico-estructural y dinámico, permite a la lógica transcursiva proponer el esquema de la Figura 6 del anexo para explicar el doble proceso de comprensión/producción lingüística.

La situación irónica, cualquiera sea esta y como tantas otras, es típicamente heterárquica, o lo que es lo mismo: opera distintos niveles simultáneamente. Por tanto, su abordaje desde la lógica monocontextual (binaria o clásica) es, cuando menos, dificultoso.

Vimos que, en el planteo irónico, se usan los operadores lógicos tradicionales de conjunción (y lógico), disyunción (o lógico) y negación, pero la forma eficiente de tratar con una situación compleja como esta, en donde no se puede dejar de lado al sujeto productor, es manejando en forma generalizada lo conjuntivo y lo disyuntivo y en forma policontextual la negación; como lo hace la lógica transcursiva, al contemplar aspectos tan típicamente subjetivos.

De la propuesta anterior, se desglosan, ahora sí, los procesos involucrados en un acto de habla (como el propuesto, aunque no solucionado, por Searle en 1986) y en toda comunicación evidente. En otras palabras, lo que se piensa, la intención que conlleva y el efecto que produce a través de la comprensión y producción, respectivamente.

Mediante lo conjuntivo generalizado (equivalencia: Ξ) se enfoca la comprensión al sincronizar desde la estructura psíquica (ideas o representantes del tiempo externo), la función psíquica (o pensamientos) cuyo sustrato es la negación transcursiva que opera el tiempo interno. A través de lo disyuntivo generalizado (disyunción exclusiva: XOR), se opera la producción de expresiones lingüísticas.

La operación paralela y simultánea de estos dos circuitos es un modelo posible de una circularidad distribuida de un sistema en su entorno, que oscila, como en la propuesta de Hutcheon, entre ambos niveles: superficial y profundo, aunque respetando el *borde* (la frontera) que liga lo subjetivo y lo objetivo.

Un posible funcionamiento sería: toma de los estímulos (señales), desde la superficie a través

de un significado, creando estructura psíquica mediante las ideas al registrarlas en la profundidad, insertándolas en la historia del sujeto (generación de un signo operativo: Patrón de Acción Fijo [PAF]). Luego, se elabora un sentido que surge de la comprensión del significado (de un signo), formándose un símbolo al establecerse funcionalmente en el pensamiento, para después resurgir en la superficie como una expresión simbólica lingüística que es portadora de un nuevo significado, una intención y una facilitación para lograr un determinado efecto en el entorno, pero sin relación con estructura ni proceso psíquico alguno. En el niño que padece de alguna variante de TEA, al solo tener la posibilidad de relacionar *dos objetos* mediante un cambio interno (y no un sujeto y un objeto mediante un cambio externo) (Salatino, 2021), se produce una *desconexión social* que sustenta algo así como una *motivación hacia adentro*, ignorando la existencia del requerimiento que, desde el entorno, alguien le hace.

Conclusiones

En este trabajo hemos revisado críticamente algunos aportes que las ciencias cognitivas han hecho al tema de la comprensión del lenguaje, para, desde allí, justipreciar las bondades que se le asignan a la ToM. La improcedencia del modelo analizado tal vez debamos buscarla en el hecho de que los aspectos subjetivos del lenguaje son un tema de investigación largamente descuidado por la ciencia en general y por la lingüística en particular; desde la ciencia general, porque su objetividad proscribió el abordaje de lo subjetivo y desde la lingüística, porque adhirió sin concesiones a las ciencias cognitivas al transformarse en parte de ellas. El concepto de *mente* fue, paradójicamente, clave en la promoción de este descuido, al surgir como *patrón* oro de las ciencias cognitivas, en contra del conductismo.

En la década de 1960 y, básicamente, de la mano de la por entonces recientemente creada psicología cognitiva e influenciada por la naciente revolución informática, dejando de lado el cerebro (el aspecto biológico), se concibe la *mente* (supuesta base de lo subjetivo). Esta se podía entender como una colección de programas de

computación que manejaban operaciones simbólicas (nunca explícitamente detalladas), en donde, como es razonable, no quedaba lugar para el sujeto y sus avatares. De esta manera, se produce una insalvable división entre lo cognitivo y lo volitivo, lo que a la postre constituyó no un rechazo, sino un modelo depurado de la psicología conductista en donde la psiquis no era tenida en cuenta.

La propuesta cognitivista cambia el par estímulo-respuesta conductista por el *input-output* informacionista y nada más. Como diría Bunge (2004, p. 230), “la ventaja de este difundido punto de vista es obvia: puesto que sus practicantes no meten las narices en los cerebros y ni siquiera se asoman a ellos, no tienen que manipular la parafernalia de laboratorio o vestirse con guardapolvo. Ni siquiera están obligados a leer publicaciones sobre neurociencia. Todo lo que deben hacer es «estudiar qué hay en la mente (su propia mente)»”. El mismo Bunge puntualiza, muy concretamente, los errores evidentes que conlleva esta visión tan estrecha de los aspectos subjetivos, entre los que mencionaremos: 1) Confunde la mente (cerebro) con los modelos conceptuales que permiten simulaciones en un computador; esto es como aceptar que un cirujano, al abrir un paciente, se encontrase con láminas a todo color como las dibujadas por Testut, en vez de órganos, vasos y sangre reales; 2) Asume que el hombre es un procesador simbólico, lo cual desbarata todo lo subjetivo que soporta a la expresión lingüística, desconociendo, además, que lo simbólico del lenguaje no tiene su origen ni siquiera en procesos sub-simbólicos (como sugiere Bunge), sino pre-simbólicos o pensamientos como se los cataloga en esta investigación. Lo simbólico no se construye desde los conceptos, sino de nociones que, al incorporar el tiempo (interno), devienen en pensamiento y todo esto parte de considerar al sujeto como el particular-universal implícito, portador (en su subjetividad) del lenguaje universal de la realidad, y 3) No explica ningún proceso mental; un *diagrama de flujo* no tiene nada que ver con proceso mental alguno.

Concluyendo, entonces, para Chomsky (el fundador más carismático de las ciencias cognitivas) y todos sus seguidores, la mente es inmaterial (irreal) y, por lo tanto, no solo no tiene

nada que ver con el cerebro, sino que tampoco con el sujeto portador de ese cerebro. Esta situación decantó en una psicología y todas las subespecialidades que derivaron o usan de ella hasta hoy, que pudo adscribirse libremente a una modularidad de la mente (introducida por Fodor en 1983), enormemente popularizada como base para la interpretación del origen y funcionamiento del lenguaje, por psicólogos evolucionistas como Pinker (2001, 2003, 2007), quien más allá de la polémica desatada con Fodor por el aspecto computacional de la mente, se transformó junto a otros *bestsellers* de las ciencias cognitivas, en uno de los principales difusores de esta limitada concepción de lo subjetivo que nació en la práctica, desde los trabajos pioneros de Chomsky.

En la década de 1980 surge una alternativa a la visión informacionista, el conexionismo que, si bien no podríamos decir que la reemplazó, pero sí que hoy es la que tiene quizás mayor relevancia.

Esta nueva corriente que tiene sus raíces lejanas en el tiempo (en el trabajo de W. McCulloch y W. Pitts de 1943) se basó en la *construcción* de neuronas artificiales y su posterior conexión en un intento de simular el funcionamiento cerebral. La primera neurona artificial (Rosenblatt, 1961) sirvió de acicate, no para los neurocientíficos, como era de esperar, sino para aquellos que se dedicaban a la computación y solo tardíamente, cuando este tipo de desarrollo alcanzó un nivel importante gracias a comprender mejor sus posibilidades (Minsky, 1967) se difundió en el campo de la inteligencia artificial y alcanzó también, para quedarse, al ámbito lingüístico (Redes conceptuales de Hudson [1984]; redes no simbólicas de Lamb [1999]).

Aunque es verdad que el conexionismo tiene ataduras más firmes con el cerebro que el informacionismo, y aún en el caso de las aplicaciones lingüísticas que pretenden despegarse de las aplicaciones estrictamente computacionales, no deja de ser un enfoque reduccionista en extremo e inductor de profundos malentendidos.

Así, como dijimos anteriormente que el hombre no es un procesador simbólico, debemos decir que el cerebro del hombre no es una colección de compuertas lógicas *todo-nada*. Eso son, sí, las redes neuronales. Son simplemente

modelos matemáticos muy ingeniosamente diseñados para cumplir con los formalismos básicos de la lógica binaria. Como tales, entonces, no pueden manejar aspecto subjetivo alguno, por más que hoy se las *humanice* enfocándolas desde la hipótesis localizacionista de las funciones mentales que, según sus defensores, ha sido *ampliamente confirmada* por la neurociencia contemporánea mediante modernos métodos de diagnóstico utilizando imágenes computarizadas del cerebro como la Resonancia Magnética Funcional (fMRN; Lamb, 2004: 227-53, 254-76; 2006: 4; 2009). Estas confirmaciones pierden confiabilidad cuando aparecen publicaciones como la del trabajo *Broca's area and language instinct* (Musso et al., 2003), en donde *se demuestra* (de una manera muy poco científica), mediante los mismos medios (fMRN), la probable existencia del centro de la gramática universal (propuesto por Chomsky) en el área de Broca; algo totalmente distinto a lo que dicen demostrar los estudios en los que se basan las apreciaciones de Lamb (1999), e inclusive del mismo Bunge (2004), que solo nos proveen información sobre dónde, supuestamente, ocurren las cosas en el cerebro, pero no de lo que allí sucede, con lo cual, muy mal se puede defender la existencia de una ToM.

Tampoco constituye un aporte a la comprensión de los fenómenos subjetivos del lenguaje la propuesta de Lamb, que sugiere que no se pueden entender los procesos cerebrales del lenguaje sin entender lingüística. O sea, el funcionamiento de las estructuras neurales dedicadas al procesamiento del lenguaje no se puede entender si no se tienen en cuenta los aspectos lingüísticos. Luego, basados en la *evidencia* obtenida desde la neurociencia y combinándola con la *evidencia* proveniente desde la lingüística, sería posible construir un puente entre las redes neuronales y las redes lingüísticas (Lamb, 2009). Los inconvenientes que existen con esta propuesta derivan, por un lado, de que las supuestas redes lingüísticas tienen un fundamento que en nada las distingue de las redes neuronales artificiales y, por otro, que se declara complementaria de la lingüística analítica (que incluye la gramática generativa de Chomsky, la gramática léxico-funcional (una variante de la anterior), la gramática cognitiva, entre otras).

La lingüística analítica, nos dice Lamb (2009), intenta describir los datos lingüísticos mientras que la lingüística neurocognitiva (tal como se conoce hoy la propuesta de Lamb), examina los datos lingüísticos como “evidencia de una estructura del sistema de información cortical” o que la corriente analítica tiende a ver las palabras y otras unidades lingüísticas como objetos o símbolos almacenados y la neurocognitiva, en cambio, ve las unidades lingüísticas en términos de conexiones distribuidas en una red, entre otras observaciones por el estilo.

Con todo esto, queremos mostrar que el enfoque cognitivista (ya sea informacionista o conexionista) no contempla ningún aspecto subjetivo del lenguaje que le permita hablar sobre la comprensión, y mucho menos aun de *adivinar* las intenciones de los demás, con solo analizar sus expresiones. Es más, lejos de ello, trata de seguir demostrando (sustentado de una u otra manera en la metáfora computacional) que el lenguaje se basa en aspectos lógicos que dan pie para simularlo mediante una computadora y así poder explicar su posible funcionamiento, un mecanismo inferencial que está totalmente divorciado de la realidad del lenguaje natural humano.

En contrapartida a todo lo anterior, basamos la comprensión del lenguaje natural en la estructura y función psíquicas. Este enfoque permitió definir cómo nuestro cerebro lleva adelante la actividad cognitiva mediante una estructura lógico-relacional básica: la *especie*. Los *procesos de identidad* que allí se dan permiten el surgir de una auténtica comprensión de un determinado hecho; esto es cuando, usando el pensamiento, se le encuentre sentido a algo, algo que el autista, al tener una distorsión de su estructura psíquica (Salatino, 2021), no puede hacer.

La comprensión del lenguaje, entonces, la podríamos equiparar a un tipo de complementación entre lo volitivo y lo cognitivo, que permite expresar el sentido encontrado a un hecho mediante una acción. Es decir, provocando en la psiquis o en el entorno inmediato, una transformación. El autista, con su resistencia al cambio (dada su incapacidad social), no lo puede llevar a cabo.

También, pudimos ver que carece de sentido tratar de comprender un simple código, como lo es el lenguaje convencional. En cambio, el

lenguaje natural humano debe ser comprendido para transformarse en una verdadera expresión del pensamiento. La razón de esta tajante diferencia debemos buscarla en los *vicios lógicos* en los que incurrió la ciencia de la mano de la categorización, núcleo operativo del cognitivismo.

La lógica transcurativa aporta una interpretación del proceso comunicativo basada en genuinos mecanismos psíquicos (propriadamente subjetivos), en donde se puede comprobar el lugar que ocupa el fenómeno de la comprensión: poder explicar por qué un niño con TEA no *comprende* el lenguaje.

Con una intención pragmática, se utilizó la ironía como modelo de comprensión, en un intento de descifrar, desde lo empírico, su exquisito mecanismo, a la vez de desestimar el uso de la lógica binaria (pensamiento lógico) para lograr el mismo objetivo. De esta manera, se deja claro que todos los modelos de comprensión del lenguaje, hoy vigentes, adolecen de la distorsión que les imprime un supuesto enfoque objetivo de la ciencia. Además, se pudo demostrar en dónde está la *incapacidad* de los niños con TEA para captar el *dobles sentido* de una expresión verbal.

Como corolario, entonces, no pretendemos descartar los logros habidos desde las ciencias cognitivas en el diagnóstico y tratamiento de los niños con TEA, sino que sugerimos que debería investigarse el tema desde otros puntos de vista, como para aproximar aún más su diagnóstico y elaborar planes de ayuda para combatir el déficit sociocomunicativo de estos niños, basados en un soporte científico mejor elaborado.

Notas

(1) Las imágenes en color se pueden ver en la versión electrónica del artículo (nota del redactor).

(2) *Conexión de Galois*: a grandes rasgos, se puede decir que es una manera particular de oponer dos conceptos a través de otra oposición. Si dos conceptos pertenecen a distintas categorías y uno de ellos es mejor conocido, a través de la Topología se puede establecer un homomorfismo entre ambas categorías (o sea, compararlas). Si se toman dos pares de conceptos, que son vistos en cada par, como funciones

opuestas, y si en uno de estos pares, por ejemplo, sujeto - objeto, queremos establecer una relación de oposición concurrente; es decir, en donde ambos elementos, a pesar de ser excluyentes para la lógica clásica, estén presentes al mismo tiempo, se los puede oponer a través de otra oposición de las mismas características. Esto permite su comparación y el establecimiento de la estructura algebraica que descubrió Galois en 1832: el *grupo*. Este *grupo* cumple con una serie de características que convalidan la pertinencia de la comparación entre estos pares y permite demostrar que dos conceptos se pueden considerar opuestos sin ser excluyentes. Esta interpretación de la *conexión de Galois* posibilita establecer una relación entre lo objetivo (lo conocido) y lo subjetivo (lo desconocido), sugiriendo, así, que lo subjetivo debería corresponder también, de alguna manera, a los hechos reales.

Bibliografía

- Aristóteles (2004). *Tratados de lógica (el Organón)*. México: Editorial Porrúa.
- Boole, G. (1854). *An Investigation of the Laws of Thought, on which are Founded the Mathematical Theories of Logic and Probabilities*. London: Walton and Maberly.
- Bunge, M. (2004). *La investigación científica*. Barcelona: Siglo XXI.
- Colacilli de Muro, M. A. y J. C. (1979). *Elementos de Lógica Moderna y Filosofía*. Buenos Aires: Ediciones Estrada.
- Domenech, E. (1977). *La Frenología: Análisis histórico de una Doctrina Psicológica Organicista*. Barcelona: Elite/Grafic.
- Fodor, J. A. (1983). *The Modularity of Mind*. Cambridge: The MIT Press.
- Gil, J. M. (2006). Un estudio de la ironía en el capítulo 9 del Quijote de 1605. *Nueva revista de filología hispánica*, 54(2), 413-452.
- Grice, P. (1995). *Studies in the Way of Words*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Hamamoto, H. (1997). Irony from a cognitive perspective. En R. Carston y S. Uchida (Ed.), *Relevance Theory: Applications and Implications*, pp. 257- 270. London: John Benjamins.
- Hudson, R. (1984). *Word Grammar*. Oxford: Blackwell.
- Hutcheon, L. (1995). *Irony's edge: The theory and politics of irony*. New York: Routledge.
- Lamb, S. M. (1999). *Pathways of the Brain. The Neurocognitive Basis of Language*. Philadelphia: John Benjamins.
- Lamb, S. M. (2004). *Language & Reality*. London: Continuum.
- Lamb, S. M. (2006). Being Realistic, Being Scientific. En *LACUS Forum 32: Networks*. Houston, TX: LACUS.
- Lamb, S. M. (2009). *Langbrain. Language and Brain: Neurocognitive Linguistics*. [en línea] <http://www.rice.edu/langbrain/>
- McCulloch, W. S. y W. Pitts (1943). A logical calculus of the ideas immanent in neurons activity, *Bull. Math. Biophys.*, 5, 115-133.
- Minsky, M. (1967). *Computation: Finite and Infinite Machines*. N. J.: Prentice-Hall.
- Musso, M. C., Moro, A., Glauche, V., Rijntjes, M., Reichenbach, J., Buchel, C., et al. (2003). Broca's area and the language instinct. *Nature Neuroscience*, 6, 774-781
- Pinker, S. (2001). *El instinto del lenguaje. Cómo crea el lenguaje la mente*. Madrid: Alianza.
- Pinker, S. (2003). *La tabla rasa: La negación moderna de la naturaleza humana*. Barcelona: Paidós.
- Pinker, S. (2007). *Cómo funciona la mente*. Barcelona: Destino.
- Rosenblatt, F. (1961). *Principles of Neurodynamics. Perceptrons and the Theory of Brain Mechanisms*. New York: Cornell University.
- Salatino, D. R. (2021). Riesgo de autismo en la descendencia lograda mediante técnicas de reproducción asistida. Un análisis desde la lógica transcursiva. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 37, 9-24.
- Salatino, D. R. (2018). La geometría funcional como fundamento de la estructura y la función del aparato psíquico. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 32, 77-94.
- Salatino, D. R. (2017). *Tratado de Lógica Transcursiva. El origen evolutivo del sentido en la realidad subjetiva*. Mendoza, Argentina, autoedición. ISBN: 978-987-42-5099-5.
- Salatino, D. R. (2012). *Aspectos Psico-bio-socioculturales del Lenguaje Natural Humano. Introducción a la teoría psíquica del lenguaje*.

Mendoza: Argentina, Autoedición. ISBN: 978-987-33-2379-9.

Salatino, D. R. (2009). *Semiótica de los sistemas reales*. Tesis Doctoral, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina

Searle, J. R. (1986). *Actos de habla: Ensayo de filosofía del lenguaje*. Madrid: Cátedra.

Sperber, D. y Wilson, D. (1992). On Verbal Irony. *Lingua*, 87, 53-76.

Sperber, D. y Wilson, D. (1995). *Relevance:*

Communication and Cognition. Cambridge, Blackwell Publishers Inc.

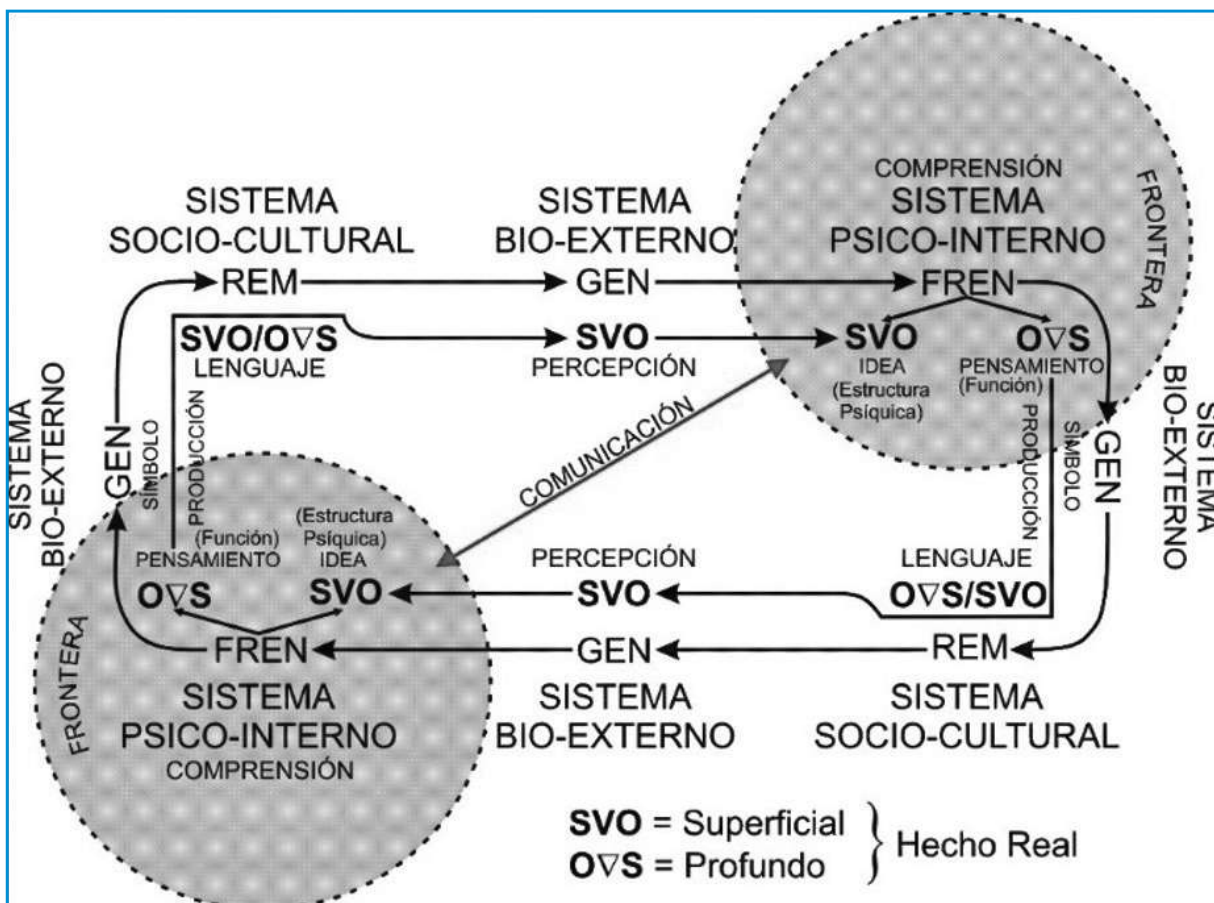
Sperber, D. y Wilson, D. (2004). La Teoría de la Relevancia. *Revista de Investigación Lingüística*, VII, 237-286.

Stebbing, L. S. (1965). *Introducción moderna a la lógica*. México: Universidad Autónoma de México.

Wittgenstein, L. (1999). *Investigaciones Filosóficas*. Madrid: Altaya.

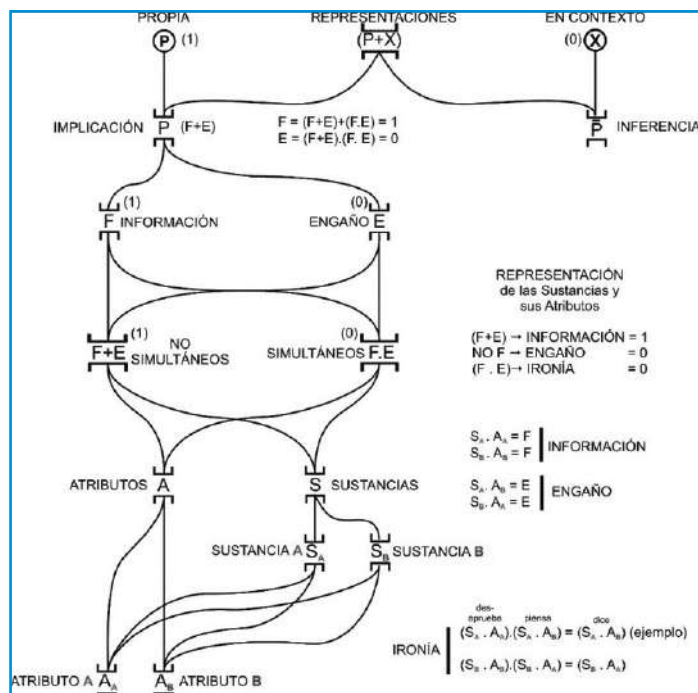
Anexos

Figura 1. Proceso comunicativo durante un acto sémico



Referencias: GEN: unidad operativa del sistema bio-externo – FREN: unidad operativa del sistema psico-interno – REM: unidad operativa del sistema sociocultural (las tres unidades operativas responden a la unidad lógica del lenguaje universal o PAU) – SVO: aspecto superficial de la realidad percibida (el parecer), estructura psíquica (la idea), vertiente externa del símbolo (la convencional) – OVS: aspecto profundo de la realidad percibida (el ser), función psíquica (el pensamiento) y generadora de la vertiente interna del símbolo – FRONTERA: o filtro psíquico.

Figura 2. Un caso de producción irónica



Según lo muestra el esquema, así se supone que funcionaría la mente de alguien que va a producir una expresión irónica que sea capaz de influir en otra persona, de tal manera, que pueda en ella generarse, inferencialmente, el proceso inverso y así “adivinar” la intención del hablante, es decir, descubrir la ironía. Se parte de las representaciones propias del hablante a través de las cuales él podrá sacar sus conclusiones lógicas. La rama inferencial o dada en contexto está reservada para cuando sea oyente. Se asume que la ironía está integrada por aquello que se dice (información = F) y lo que no se dice pero se pretende comunicar (engaño = E).

Si tuviéramos que representar la relación entre sustancias y atributos para caracterizar la información (F), el engaño (E) y la ironía, desde la lógica, podemos proceder como sigue:

Se supone que se está aportando información (F) si hay congruencia entre la sustancia y el atributo respectivo (congruencia que se evidencia en el subíndice), así: $S_A \cdot A_A = F$ o $S_B \cdot A_B = F$ [1] (el $\cdot$) significa conjunción o producto lógico). Suponemos también que estamos ante un engaño (E) cuando hay incongruencia entre sustancia y atributo, es decir: $S_A \cdot A_B = E$ o $S_B \cdot A_A = E$ [2]. Y, en fin, tendremos una situación irónica, cuando en vez de aportar información

(F), que es desaprobada (Sperber y Wilson, 1992, p. 60; Gil, 2006, p. 414), se piensa y comunica un engaño (E). Es decir: $(S_A \cdot A_A) \cdot (S_B \cdot A_B) = (S_A \cdot A_B)$ [3]

En [3] las expresiones de la izquierda en la ecuación representan lo desaprobado y lo pensado respectivamente, en forma simultánea; mientras que el resultado de la operación representa lo que se termina diciendo. Una situación idéntica se produce si: $(S_B \cdot A_B) \cdot (S_B \cdot A_A) = (S_B \cdot A_A)$ [4]

Aplicando los conceptos y operaciones básicas del álgebra de Boole determinamos qué valor de verdad le asignaremos a F y E respectivamente. Sin entrar en detalles vemos en el esquema que a F le corresponde verdadero (1) y a E falso (0).

Cuando tratamos de caracterizar la ironía sucede lo siguiente: la información (F) está caracterizada por la presencia de F o de E, pero no de ambos a la vez, por tanto: $F(1) + E(0) = 1$ [5]

El engaño (E) se caracteriza por ser lo opuesto a F. Por lo tanto es igual a su negación: $E = \text{no}F = 0$ [6]

La ironía se identifica como la presencia simultánea de F y E ($F \cdot E$). Por lo tanto: $F(1) \cdot E(0) = 0$ [7]

Desde el punto de vista lógico entonces, no hay diferencia entre engaño (E) e ironía.

Figura 3. “Conejo-pato” de Wittgenstein (1999, p. 172)

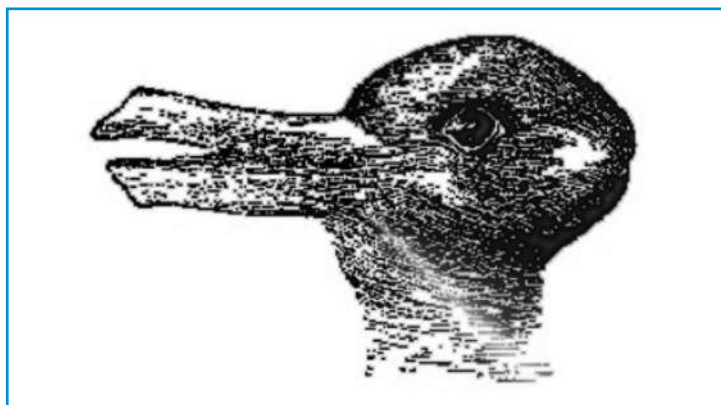


Figura 4. Fundamento cognitivo de la ironía (modificado de Hamamoto, 1995, p. 265)

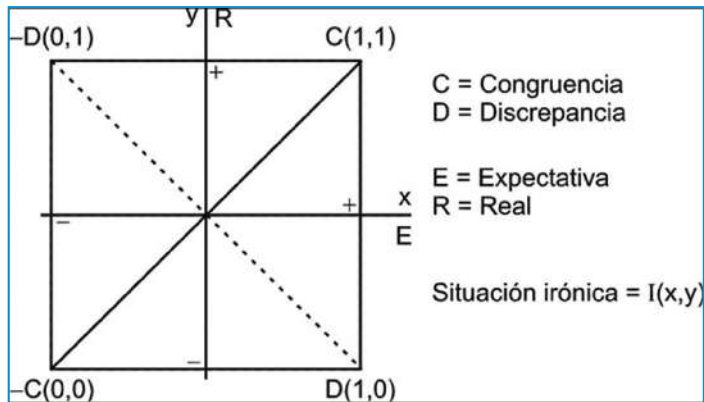
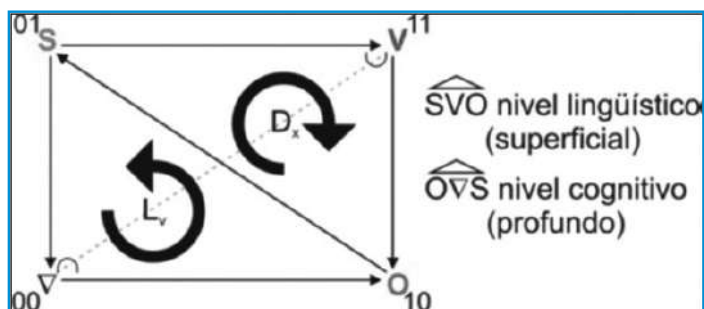
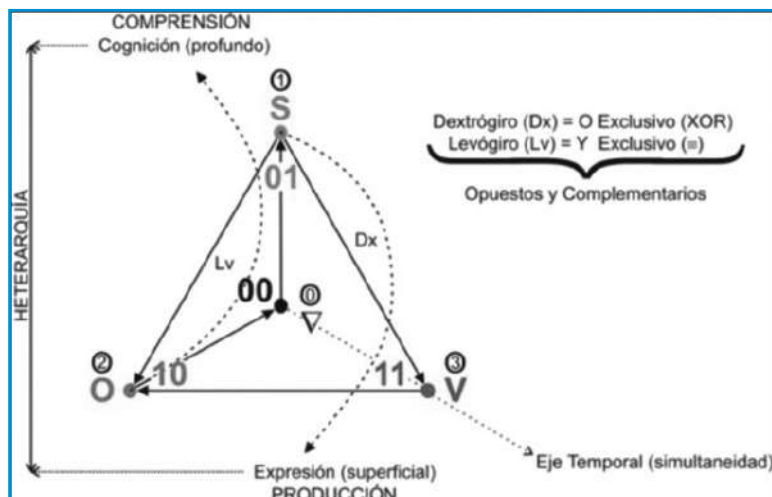


Figura 5. Núcleo lógico fundamental de la ironía



Referencias: ∇ : noV o cambio subjetivo - V: cambio objetivo - S: sujeto subjetivo/Sujeto objetivo - O: objeto subjetivo/Objeto objetivo - U: unión de las diferencias - $\cap$: intersección (separación) de las semejanzas - Dx: giro dextrógiro (en el sentido horario) o superficial - Lv: giro levógiro (en el sentido antihorario) o profundo - SVO: tríada superficial (lingüística) - OVS: tríada profunda (cognitiva) - 01, 10, 11, 00: modalidades irónicas básicas

Figura 6. Mecanismo psíquico de la comprensión/producción lingüística.



Referencias: ①, ② y ③: monocontexturas

Ger, E., Trullén, E. y Clarós, F. (2021). *Psicoterapia en grupo paralelo de madres y padres. Focalizando en la función parental*. Buenos Aires: Psicolibro Ediciones.

Siempre es una buena noticia que los profesionales de la red pública de salud mental escriban sobre su experiencia. Muchos proyectos interesantes acaban quedándose en el tintero por la falta de tiempo y disponibilidad debido a la extenuante presión asistencial que suelen sufrir estos equipos. Hace años que los autores buscaban la manera de poner por escrito esta valiosísima experiencia, de la que son expertos artesanos. No podía acabar de otra manera que en un libro como este. Los autores reflejan así sus años de experiencia en los grupos paralelos de madres y padres llevados a cabo en el marco de la *Unidad de psicoterapia psicoanalítica para niños y adolescentes* de la Fundació Hospital Sant Pere Claver, todo un referente en el tratamiento especializado de niños, adolescentes y familias. Anteriormente, los profesionales de esta unidad ya habían recogido su experiencia en el espléndido *Psicoterapia focal de niños, una aplicación del modelo psicoanalítico a la Red Pública* (Grup del Llibre, 2009; Octaedro, 2013; Psicolibro, 2014), del que Enrique Ger fue coautor.

En este caso, los grupos de padres y madres son paralelos a los de niños. Los terapeutas que nos dedicamos a la salud mental infanto-juvenil sabemos de sobra que “el niño no es un ser aislado” (p. 27). El abordaje terapéutico debe incluir su entorno familiar, académico y social, y el trabajo que se haga con los padres determinará, sin duda, la evolución del tratamiento con el hijo. Como se verá en el último bloque, dedicado a la evaluación, los grupos paralelos funcionan.

El libro está estructurado en tres bloques. El primero nos muestra el modelo teórico y el encuadre desde el que se lleva a cabo el trabajo terapéutico grupal. El lector encontrará aquí las bases psicoanalíticas en las que se sustentará después la técnica, pero sin perder de vista el contexto institucional y de la red pública.

El segundo bloque es, seguramente, el más interesante, el núcleo del libro: el material clínico. Sin duda, el profesional de la salud mental

encontrará aquí valiosísimos ejemplos que le servirán de guía para comprender el complejo trabajo terapéutico con los padres. A pesar del esfuerzo de síntesis que uno imagina que han tenido que hacer los autores para seleccionar los fragmentos más didácticos y significativos, el lector encontrará aquí numerosos ejemplos de las sesiones, de las intervenciones de los terapeutas y de las reflexiones posteriores. Los autores, con gran generosidad, han conseguido transmitir muy bien la profundidad -casi quirúrgica- de la técnica, tan rigurosa como artesanal.

El tercer bloque, como decíamos, está dedicado a la evaluación. Este es un aspecto fundamental, ya que toda intervención terapéutica -sobre todo si se da en el contexto público- debería ser sometida a evaluación. Los profesionales dedicamos muchas energías y tiempo a diseñar las intervenciones y es fundamental que pueda sistematizarse la manera de comprobar si funcionan, si se cumplen los objetivos planteados, si -en definitiva- los pacientes mejoran con nuestro trabajo. Y, para ello, hace falta tener las herramientas adecuadas. En este caso, los autores sostienen su evaluación desde una mirada tanto cualitativa como cuantitativa.

Una crítica frecuente hacia el psicoanálisis ha sido precisamente el poco uso de las herramientas de evaluación para demostrar la eficacia de los tratamientos, cosa que ha contribuido a la fama, muchas veces merecida, de orientación hermética y anticuada. No se les puede acusar a los autores de ello. La propia unidad de psicoterapia psicoanalítica en la que se lleva a cabo el trabajo del libro, de la que Enrique Ger fue coordinador, ya publicó en nuestra Revista algunos estudios sobre la eficacia de sus tratamientos (2009, 14, 81-85; 2015, 25, 43-53). De hecho, uno de ellos ganó el accésit del premio de Investigación que convoca esta Revista (2008).

En definitiva, estamos delante de un libro que culmina el trabajo de diferentes profesionales que, en el marco de la red pública de salud mental, ha llevado de manera rigurosa, profunda, específica y, sobre todo, efectiva.

Xavier Costa es psicólogo y jefe de redacción de la Revista.

Fandiño, R. y Rodríguez, V. (2021). *Ser adolescente ¿transición o destino?* Barcelona: UOC.

Ricardo Fandiño y Vanessa R. Pousada publicaron, en 2018, *La lucha sexual de los adolescentes en la hipermodernidad* (UOC), un libro que reseñamos oportunamente (*Psicopatol. salud ment.*, 35, 119-120) y que no nos cansaremos de recomendar. Ya entonces tenían en mente abordar la adolescencia desde una perspectiva más amplia y ambiciosa.

Ser adolescente ¿transición o destino? es un análisis del adolescente contemporáneo desde todos los prismas, pero con un claro hilo conductor. Los autores se preguntan ¿qué pasa cuando la adolescencia deja de ser una etapa de cambio, de *transición*, para convertirse en un *destino* deseable, también, para los adultos? Tomando la metáfora -maravillosa- de la adultez como un océano (p. 190), donde la necesidad de referencias es ineludible, que el adulto quiera ser adolescente deja sin luz el faro, o lo convierte en deslumbrante, impidiendo que uno pueda orientarse. La crisis adolescente se agrava y deriva hacia una crisis de identidad de consecuencias clínicas.

El libro se inicia con una contextualización histórica y conceptual sobre la adolescencia normal y los cambios corporales (capítulos I a III) para pasar a analizar los aspectos más relevantes de la adolescencia contemporánea: las redes sociales y el *metaverso* (cap. IV), la sexualidad (cap. V), la adicción y el consumo (cap. VI), la agresividad (cap. VII), el suicidio (cap. VIII) y la relación con los padres (cap. IX). El capítulo X, *Acompañando a adolescentes*, está enfocado al trabajo terapéutico. La metáfora de la navegación, como decíamos, es aquí utilizada para ilustrar tanto las vivencias del conflicto adolescente como las necesidades terapéuticas de este. “Da miedo acudir al rescate de un barco que está naufragando” (p. 195) es una buena metáfora para describir tanto a los terapeutas como a los padres, profesores, etc., que deben lidiar con un adolescente en crisis. Me hace pensar en aquella genial frase del grupo Manel (2013), que dice “ets un naufrag que ha decidit tastar l’aigua salada”.

El adolescente en conflicto necesita referentes claros, sólidos, confiables, y quiero destacar aquí la importancia del “elemento humano” del

que hablan los autores (p. 215). Citan aquí a Kernberg (2015): “el profesional no puede ayudar a crecer al joven como ser humano si no siente por este auténtico respeto y preocupación”. Una de las mayores aportaciones de Kernberg es, precisamente, cómo de fundamental es el interés genuino por el paciente, y en el trabajo con adolescentes esta idea cobra especial importancia. Lo destaco porque pienso que lo que transmiten los autores es, justamente, un esfuerzo genuino, auténtico, sincero y honesto para comprender el adolescente contemporáneo. Como dice Nicolás (2012), citada en este capítulo, “el adolescente, en el proceso de búsqueda de su verdad, no soporta que su interlocutor no sea auténtico”.

El último capítulo está dedicado a los efectos de la pandemia por el COVID, que irrumpe cuando están finalizando el libro. Es un capítulo necesario y que acaba siendo un ejemplo de lo que han ido diciendo a lo largo del libro: conceptos como la desesperanza, la virtualidad, la claustrofobia, la impulsividad, cobran aquí una importancia dramática. También lo es, lamentablemente, la falta de referentes adultos adecuados.

El libro finaliza con un epílogo dedicado a la adolescencia según W. Reich, un autor injustamente infravalorado en muchos planes curriculares de psicología y que, desde hace años, los autores hacen bien en reivindicar.

Tan imprescindible es leer a los clásicos como no perder de vista la contemporaneidad, los referentes de los adolescentes actuales. Este es un aspecto que ya destacamos en la pasada reseña, ya que, contrariamente a lo que uno podría pensar, no es habitual que los especialistas en adolescencia hagan referencia a estos. En este caso, llama la atención el amplio conocimiento de los autores de lo que ven y escuchan desde los adolescentes más jóvenes (Bad Gyal o Putochinomarción), hasta los que ya están en una etapa tardía (Kae Tempest).

Con esta publicación, Ricardo Fandiño y Vanessa R. Pousada se consolidan como autores a los que hay que seguir y leer. Además, un libro que empieza citando a Dylan no puede ser un mal libro.

Xavier Costa es psicólogo y jefe de redacción de la *Revista*.

IX Premio de Investigación en Salud Mental Infantil y Juvenil

El pasado 11 de noviembre tuvo lugar en el Salón de Actos de la Fundación Orienta la entrega del IX Premio de Investigación en Salud Mental Infantil y Juvenil. El premio se convoca cada dos años y está patrocinado con 6.000 euros por el Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat. En la presente edición, el Jurado, presidido honoríficamente por la Ilustrísima Señora Lluïsa Moret, alcaldesa de Sant Boi de Llobregat, e integrado por Alfons Icart, Àngels Martos, Cayetano García Castrillón, Alberto Lasa, Montse Balcells, Jorge Tizón y Rubén Gualtero, decidió otorgarlo al trabajo titulado *Estudio del efecto de una formación basada en observación directa en la capacidad de mentalización del personal de guarderías*, de Claudia Vásquez Leichtle y colaboradores.

Además, el jurado decidió otorgar dos accésits, dotados con seiscientos euros cada uno patrocinados por la Fundación Orienta, a los trabajos *Percepción materna de la discapacidad, estilo de afrontamiento y su influencia en la Participación Social de niños/as con Discapacidades Múltiples*, de Claudia Pérez Salas y Emma Castillo Inostroza, de la Universidad de Concepción de Chile, y *Grupo terapéutico “No t’intoxiquis” para adolescentes ingresados en el hospital de día de Gavà de 12 a 18 años*, de Pau Gil Nuñez y Vinyet Eroles Cerdan, de la Fundació Orienta. Los tres trabajos galardonados se han publicado en el presente número de la Revista.

La entrega del Premio fue precedida por la ponencia del Dr. Jorge L. Tizón, *Pandemia y Salud Mental Infanto-Juvenil, ¿Otra pixelación de los jóvenes?*, que generó un interesante debate entre los asistentes. Tanto la ponencia como la entrega del premio pudo ser seguido por *streaming*. Si lo desean, pueden recuperar el vídeo en el siguiente enlace:

<https://youtu.be/44liEgzRPzU>.

Fe de erratas

En la versión en papel del artículo “Evaluación del impacto del confinamiento por el Covid-19 en la vida de los y las jóvenes atendidos en centros comunitarios de salud mental”, publicado en el anterior número de la Revista (noviembre 2021), en la tabla 2 del anexo (página 68), en la variable “¿Qué tipo de problema del sueño?”, las *N* (%) no son correctas. Encontrarán los datos correctos en la versión en línea, descargable en nuestra web, en el link: <https://www.fundacioorienta.com/producte/evaluacion-del-impacto-del-confinamiento-en-jovenes-atendidos-en-centros-comunitarios-de-salud-mental/>

Consejo Directivo Fundador (2003-2017)

Alfons Icart (director)

Alberto Lasa (vocal)

Jorge L. Tizón (vocal)

Francisco Palacio (vocal)

Juan Manzano (vocal)

Mercè Mitjavila (vocal)

Eulàlia Torras de Beà (vocal)

Consejo Asesor Fundador (2003-2017)

Jaume Aguilar (Barcelona)	Ana Jiménez Pascual (Alcázar de San Juan)
Charo Alonso (Sevilla)	Paulina F. Kernberg (USA)
Marina Altmann (Uruguay)	Lluís Lalucat (Barcelona)
Delza María S. F. Araujo (Brasil)	José María López Sánchez (Granada)
Alejandro Ávila-Espada (Salamanca)	Montserrat Martínez (Barcelona)
Josep Ballester (Barcelona)	Maite Miró (Barcelona)
Valentín Barenblit (Barcelona)	Josep Moya (Sabadell)
Jaume Baró (Lleida)	Eulàlia Navarro (Sant Boi de Llobregat)
Lluís Barraquer Bordas (Barcelona)	Montserrat Palau (Sant Boi del Llobregat)
Hilda Botero C (Colombia)	Fàtima Pegenaute (Barcelona)
Teresa Brouard Aldamiz (Bilbao)	Fernando Pêgo (Portugal)
María Jesús Buxó (Barcelona)	Alberto Péndola (Perú)
María Jose Cordeiro (Portugal)	Esperanza Pérez de Plá (México)
Júlia Corominas (Barcelona)	Roser Pérez Simó (Barcelona)
Bettina Cuevas (Paraguay)	Carles Pérez Testor (Barcelona)
Fernando Delgado Bermúdez (Sevilla)	María Angeles Quiroga (Madrid)
M ^a Dolores Domínguez (S. de Compostela)	Ignasi Riera (Barcelona)
Robert N. Emde (USA)	Giancarlo Rigon (Italia)
Leticia Escario (Barcelona)	Jaume Sabrià (Sant Vicenç dels Horts)
Consuelo Escudero (Madrid)	Manuel Salamero (Barcelona)
María Edelmira Estrada (Argentina)	Paloma San Román Villalón (Albacete)
Anna Fornós (Barcelona)	Elena Toranzo (Argentina)
Cayetano García-Castrillón (Sevilla)	Josep Toro (Barcelona)
Pablo García Túnez (Granada)	Marta Trepas (Lleida)
José García Ibáñez (Reus)	Maren Ulriksen de Viñar (Uruguay)
María Dolores Hierro (Tarragona)	Mercedes Valcarce Avello (Madrid)
Guillem Homet (Premià de Dalt)	Mercedes Valle Traperó (Madrid)
Joaquín Ingelmo (Badajoz)	Llúcia Viloca Novellas (Barcelona)

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) renunciadas, si las hubiera; e) e-mail de contacto.

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 «(Icart y Freixas, 2003)». Los autores comprobarán que las referencias del texto y la lista concuerden y se añadirá «et al.» cuando haya seis 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, A., Autor, B. y Autor, C. (año). *Título*. Lugar: Editorial.

Ejemplo: Icart, A. y Freixas, J. (2013). *La familia*. Barcelona: Herder.

- Revistas. Se citarán de esta forma:

Autor, A., Autor, B. y Autor, C. (año). Título del artículo. *Título de la revista*. XX, pp.

Ejemplo: Larbán, J. (2013). Transmisión psíquica inconsciente de contenido traumático. *Psicopatol. Salud ment.*, 22, 19-25.

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. La 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, 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/ Cardenal Vidal i Barraquer, 28
08830 Sant Boi del Llobregat (Barcelona) - España
E-mail: revista@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*) Nº
☐ Ejemplar individual papel: 18 euros (Otros Países) Nº
☐ Ejemplar individual **on line**: 10 euros Nº
☐ 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:

- [illegible]

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.

En el próximo número

Niveles de calidad de vida en niños, adolescentes y adultos con discapacidad y en su sistema familiar, durante la pandemia por COVID-19 en Latinoamérica

Javiera Ortega, Victoria Vázquez, Rafael Pozo Gowland, Camila Andrea Ruiz, Florencia Assalone, Graciela Moya y Natalia Vázquez (Buenos Aires)

Grupo de Vínculo Madre-Bebé para mujeres con trastorno mental perinatal y sus lactantes de 0 a 6 meses

Susana Andrés-Perpiñá, Mireia Pérez-Burillo, Sara Lera-Miguel, Anna Torres-Giménez, Alba Roca-Lecumberri y Lluïsa García-Esteve (Barcelona)

Factores de riesgo de maltrato y representaciones de apego en niños que viven en una residencia de protección a la infancia

María-Julia Sánchez-Núñez, Marta Sadurní-Brugué y Margarita Ibañez-Fanés (Girona)

El concepto de trastorno límite de la personalidad en la infancia

Tuulikki Trias (Barcelona)

NÚMERO 39 - ABRIL 2022

Estudio del efecto de una formación basada en observación directa en la capacidad de mentalización del personal de guarderías

Claudia Vázquez Leichtle, Josep Mercadal, Josep Maria Recasens i Torras, Pau Farràs i Ribas y Jordi Artigue Gómez

Grupo terapéutico “No T'intoxiquis” para adolescentes ingresados en un hospital de día

Pau Gil Nuñez y Vinyet Eroles Cerdan

Percepción materna de la discapacidad, estilo de afrontamiento y su influencia en la participación social de niños con discapacidades múltiples

Claudia P. Pérez Salas y Emma Castillo Inostroza

El concepto de problema en el desarrollo en la clínica interdisciplinaria

Fernando Pedro Maciel

Contexto familiar y desarrollo infanto-juvenil: el papel de la interacción filio-parental en la salud mental

Laura Comendador, Iris Pérez-Bonaventura, Antoni Sanz, Beatriz Molinuevo, Anastasiya Ivanova-Serokhvostova, Rafael Torrubia, Diego J. Palao y Montserrat Pàmias

Programa de educación emocional y alfabetización en salud mental en adolescentes de Centros Residenciales de Acción Educativa

Rocío Casañas, Juan José Gil-Moreno, María Torres-Torres, Jessica Barón -Martí, Laia Mas-Expósito y Lluís Lalucat-Jo

“¡No me taladres la cabeza!” Cómo tratar al adolescente que rechaza ser tratado

Tuulikki Trias y Alfons Icart Pujol

Talleres de salud mental para adolescentes en el aula. Experiencia transnacional

Asunción Soriano Sala, Eulàlia Arias-Pujol, Lluís Mauri y Rubén D. Gualtero

El Servicio de Atención y Apoyo Emocional en los centros educativos: experiencias de una nueva cultura escolar

Laia Mas-Expósito, Olga Canet, Rocío Casañas, Juan Antonio Amador-Campos, Mercè Triay y Lluís Lalucat-Jo

Desempeño sociocomunicativo en niños con TEA. Un análisis desde la Lógica Transcursiva (2)

Dante Roberto Salatino