

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

Noviembre 2022
Nº 40



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^{rancés}, i^{taliano}, p^{ortugués}, 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. 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}	
Alfons Icart (Barcelona) ^F	Fernando Araos (Chile) ^{AP IP}
Ana Jiménez (Ciudad Real) ^A	Graciela Ball (Argentina) ^{AP}
Lluís Lalucat (Barcelona) ^{PSM}	Hilda Botero (Colombia) ^{PI}
José Luís Lillo (Barcelona) ^A	Elena Castro (Chile) ^{PI}
Norka Malberg (Barcelona) ^{F I PI}	Elisabeth Cimenti (Brasil) ^{AP}
Marta Mascarell (Barcelona) ^{IP}	Eduardo Jaar (Chile) ^{AP}
Lluís Mauri (Barcelona) ^I	Clotilde Juárez (México) ^I
Marina Mestres (Barcelona) ^I	Marta Lapacó (Argentina) ^{A F AR}
Josep Mercadal (Barcelona) ^I	María Inés Nieto (Colombia) ^{AP}
Júlia Miralbell (Barcelona) ^I	Giancarlo Rigon (Italia) ^A
Maite Miró (Barcelona) ^{AP}	Jani Santamaría (México) ^{PI E AR}
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}

^IEn 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

Noviembre / November 2022

40

Editorial.....7

Artículos / Articles

Grupo de Vínculo Madre-Bebé para mujeres con trastorno mental perinatal y sus lactantes
[Mother-Baby Bonding Group for women with perinatal mental disorders and their infants](#)
Susana Andrés-Perpiñá, Mireia Pérez-Burillo, Sara Lera-Miguel, Anna Torres-Giménez, Alba Roca-Lecumberri y Lluïsa García-Esteve.....9

Trastornos generalizados del desarrollo: programa de seguimiento post-CDIAP
[Pervasive developmental disorders: post-CDIAP follow-up programme](#)
Sergio Martín Tarrasón y Sabina Segarra Mateu.....25

El cuidado de la salud mental en primera infancia: una experiencia de detección y prevención precoz entre Pediatría y CDIAP
[Mental health care in early childhood: an experience of early detection and prevention between Paediatrics and CDIAP](#)
Mònica Llopart Montserrat.....41

Factores de riesgo de maltrato y representaciones de apego en niños que viven en una residencia de protección a la infancia
[Abuse risk factors and attachment representations in children living in a child protection residence](#)
María-Julia Sánchez-Núñez, Marta Sadurní-Brugué y Margarita Ibañez-Fanés.....51

El concepto de trastorno límite de la personalidad en la infancia
[The concept of borderline personality disorder in childhood](#)
Tuulikki Trias.....63

Ludotecas virtuales en tiempos de COVID-19. Un espacio relacional inclusivo.
[Virtual play centres during COVID-19 times. An inclusive relational space](#)
A. Taborda, E. Toranzo, G. Giménez, C. Rotelli, M. Perez Semenzao, M. Rosales y M. Perez.....77

Niveles de calidad de vida en niños, adolescentes y adultos con discapacidad y en su sistema familiar, durante la pandemia por COVID-19 en una muestra latinoamericana Quality of life levels in children, adolescents, and adults with disabilities and their family system during the COVID-19 pandemic in a Latin American sample Javiera Ortega, Victoria Vázquez, Rafael Pozo Gowland, Camila Andrea Ruiz, Florencia Assalone, Graciela Moya y Natalia Vázquez.....	89
Altruismo y apego en madres y padres de acogida: un estudio piloto Altruism and attachment in foster parents: a pilot study Maria Tomás, Carles Pérez-Testor y Lúdia Moreno.....	99
Las traumatizaciones transgeneracionales y la mentalización Transgenerational traumatisatisation and mentalisation Maria Teresa Diez Grieser.....	111
En primera persona / Personal experience	129
Reseñas bibliográficas / Books reviews	137
Noticias / News	141
En el próximo número / In the next number	149

Editorial

El presente número reúne una decena de artículos de procedencias y contenidos diversos, pero sin duda interconectados.

El artículo *Grupo de vínculo madre bebé para mujeres con trastorno mental perinatal y sus lactantes* describe un trabajo destinado a detectar y tratar precozmente los vínculos -de 32 díadas madres/bebés menores de un año- mejorando, con ello, su impacto en el desarrollo psíquico del bebé.

El seguimiento longitudinal y la necesidad -y dificultad- de articular el trabajo con niños vulnerables menores de cinco años en centros de atención precoz y su posterior integración y cuidados en otros dispositivos se aborda en el artículo *Trastornos generalizados del desarrollo: programa de seguimiento post-CDIAP* (Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz).

Otra necesidad evidente, la de articular la detección precoz de trastornos aunando la coordinación de los profesionales de la salud mental con los pediatras queda descrita y razonada en *El cuidado de la salud mental en primera infancia: una experiencia de detección y prevención precoz entre pediatría y CDIAP*.

En el artículo *Factores de riesgo de maltrato y representaciones de apego en niños que viven en una residencia de protección a la infancia* se estudia la relación entre situaciones maternas de riesgo (problemas de salud mental, violencia de género, consumo de sustancias) y su impacto en las dificultades para un apego sano y la desorganización psíquica consecuente que, como siempre se confirma, afecta más y hace más vulnerables a quienes más dificultades institucionales y socioeconómicas sufren.

También en el texto *El concepto de trastorno límite de la personalidad en la infancia*, que propone un detallado recorrido de los autores que han desarrollado la comprensión y evaluación del TLP desde una concepción estructural psicodinámica y de su abordaje terapéutico, se relacionan los trastornos precoces del apego con este tipo de desorganización psíquica estable.

La reflexión sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 y sus repercusiones, a través de la soledad y el aislamiento, en el equilibrio y salud mentales, ha estimulado a crear nuevos espacios de encuentro como los que se proponen en *Ludotecas virtuales en tiempos de COVID-19. Un espacio relacional inclusivo*.

Sus consecuencias sobre colectivos particularmente vulnerables y desfavorecidos se abordan también en el artículo *Niveles de calidad de vida en niños, adolescentes y adultos con discapacidad y en su sistema familiar, durante la pandemia por COVID-19 en una muestra latinoamericana*.

Una aproximación a la problemática de otro colectivo vulnerable - el constituido por los niños que, procedentes de problemáticas familiares y personales diversas, necesitan el acompañamiento temporal de una familia de acogida- y el estudio de factores influyentes en ella queda recogida en el texto *Altruismo y apego en madres y padres de acogida: un estudio piloto*.

Los efectos psíquicos de los traumatismos parentales sobre sus descendientes suscitan las reflexiones recogidas en el artículo *Las traumatizaciones transgeneracionales y la mentalización*. No parece casual que su procedencia (está traducido del alemán) aborde la cuestión de la transmisión intergeneracional de insuficiencias en la capacidad de mentalización.

Finalmente, en la sección “en primera persona”, en el artículo *El trastorno de conducta en la escuela. Algunas reflexiones sobre la cuestión*, su autor reflexiona con sinceridad sobre las experiencias y dificultades que acompañan a quienes asumen la comprometida responsabilidad de acompañar en sus trayectorias escolares a quienes sufren dificultades escolares derivadas de su sufrimiento psíquico. Se deduce bien la repercusión profesional y personal cotidiana en las vivencias de los profesionales comprometidos en estas tareas difíciles.

Tratando de sintetizar los puntos comunes presentes en tan variados contenidos podemos señalar varios.

- La importancia de las relaciones tempranas y su repercusión en los tipos de relación-apego y de organización psíquica posterior. Lo imprescindible de utilizar métodos y herramientas de evaluación que lo evidencien.
- La utilidad preventiva de la detección y del diagnóstico temprano de las situaciones de vulnerabilidad y de los síntomas y signos precoces que las acompañan.
- La sensibilidad para detectar colectivos vulnerables y situaciones de riesgo (entre otras, sufrimiento mental materno, embarazos y perinatalidad complicados, maltrato y violencia de género, traumatismos y desigualdad parental, aislamiento e internamiento institucional)
- La necesidad absoluta de hacerlo desde una coordinación de diferentes ámbitos profesionales (atención temprana- pediatría-escolaridad-salud mental- servicios sociales) que no es fácil de articular. Lo que lleva a una conclusión: la salud mental es cosa de todos.
- El conocimiento de que las intervenciones multidisciplinares implican la coordinación de responsabilidades interdepartamentales, cuestión que indudablemente va ligada a opciones políticas e ideológicas que adoptan diferentes posturas respecto a la complejidad de las respuestas sociales a los problemas de salud mental... y a su organización y financiación.

Una vez más, este número recoge artículos de procedencia geográficas diversas, lo que hace pensar que ha alcanzado una difusión que deseamos ampliar.

La próxima convocatoria del *X Premio de Investigación en Salud Mental Infantil y Juvenil* será, sin duda, un aliado para que quienes busquen la publicación y el reconocimiento de su trabajo participen en ella. Quedamos a la espera de la creatividad de nuestros lectores.

Alberto Lasa

Miembro del Consejo Directivo

Grupo de vínculo madre-bebé para mujeres con trastorno mental perinatal y sus lactantes

SUSANA ANDRÉS-PERPIÑÁ^{1,2,3,4,5}, MIREIA PÉREZ-BURILLO², SARA LERA-MIGUEL^{1,2}, ANNA TORRES-GIMÉNEZ^{1,4,5}, ALBA ROCA-LECUMBERRI¹ Y LLUÏSA GARCIA-ESTEVE^{1,4}

RESUMEN

Grupo de Vínculo Madre-Bebé para mujeres con trastorno mental perinatal y sus lactantes. Este estudio presenta el Grupo de Vínculo Madre-Bebé, una intervención grupal diseñada para la mejoría del vínculo en madres y sus lactantes menores de seis meses en tratamiento en nuestra unidad. Los resultados de las primeras 32 díadas participantes muestran una mejoría significativa en los sentimientos y la interacción de las madres hacia sus hijos tras la participación en el grupo, con menor rechazo y rabia hacia el bebé ($p = 0,014$), menor ansiedad en el cuidado, menos conductas de control, más sensibilidad materna, más colaboración del bebé y mejor sincronización entre ambos. Además, el porcentaje de mujeres con trastorno del vínculo al inicio del grupo disminuye tras la intervención. En conclusión, este estudio muestra la importancia de detectar y tratar las alteraciones del vínculo materno-filial en mujeres con trastorno mental perinatal, y hacerlo lo más precozmente posible para prevenir el impacto que puedan tener sobre el desarrollo del bebé. **Palabras clave:** *vínculo madre-bebé, intervención grupal, trastorno mental perinatal.*

ABSTRACT

Mother-Baby Bonding Group for women with perinatal mental disorders and their infants. This study presents the Mother-Baby Bonding Group, a group intervention treated in our Unit, designed to improve bonding between mothers and their infants under six months. Results from the first 32 participating dyads show a significant improvement in mothers' feelings and interaction towards their infants after participation in the group, with less rejection and anger towards the infant ($p = 0.014$), less caregiving anxiety, less controlling behaviours, more maternal sensitivity, more infant collaboration, and better synchronicity between them. In addition, the percentage of women with attachment disorder at baseline decreased after the intervention. In conclusion, this study shows the importance of detecting and treating maternal-filial bonding disorders in women with perinatal mental disorders, and to do so as early as possible to prevent the impact they may have on the baby's development. **Keywords:** *mother-baby bonding, group intervention, perinatal mental disorder.*

RESUM

Grup de vincle mare-nadó per a dones amb trastorn mental perinatal i els seus lactants. Aquest estudi presenta el Grup de Vincle Mare-Nadó, una intervenció grupal dissenyada per a la millora del vincle en mares i els seus lactants menors de sis mesos en tractament a la nostra unitat. Els resultats de les primeres 32 díades participants mostren una milloria significativa en els sentiments i en la interacció de les mares envers els seus fills després de la participació en el grup, amb menor rebuig i ràbia cap al nadó ($p = 0,014$), menor ansietat en la cura, menys conductes de control, més sensibilitat materna, més col·laboració del nadó i millor sincronicitat entre tots dos. A més, el percentatge de dones amb trastorn del vincle a l'inici del grup disminueix després de la intervenció. En conclusió, aquest estudi mostra la importància de detectar i tractar les alteracions del vincle maternofilial en dones amb trastorn mental perinatal, i fer-ho el més precoçment possible per prevenir l'impacte que puguin tenir sobre el desenvolupament del nadó. **Paraules clau:** *vincle mare-nadó, intervenció grupal, trastorn mental perinatal.*

¹Unidad de Salud Mental Perinatal. Hospital Clínic de Barcelona. ²Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, SGR-881, Hospital Clínic de Barcelona. ³Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM. ⁴Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi Sunyer (CERCA-IDIBAPS), Barcelona. ⁵Universitat de Barcelona. Contacto: SANDRES@clinic.cat

Recibido: 4/4/22 - Aceptado: 29/8/22

Introducción

La psicología perinatal es la especialidad de la psicología orientada a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales desde el inicio del embarazo hasta el final del primer año postparto. Se trata de una etapa con importantes cambios hormonales, psíquicos, físicos y sociales, que suponen un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología en la mujer (Navarro, Torres, Subirà y García-Esteve, 2016). La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que la prevalencia media de trastornos mentales durante el embarazo es de 15,6 % y del 19,8 % en el periodo postnatal (Navarro, García-Esteve, Ascaso, Aguado, Gelabert y Martín-Santos, 2008).

Las consecuencias de problemas de salud mental sobre la mujer en forma de malestar, estrés, problemas psicosociales y afectación de la salud son claras, pero existen también consecuencias, de moderadas a graves, sobre el desarrollo del bebé (Lera-Miguel y Andrés-Perpiñá, 2019). La presencia de un trastorno mental materno en la etapa perinatal se ha relacionado con la presencia de alteraciones cognitivas (Sui et al., 2016; Van der Waerden et al., 2017), conductuales (Velders et al., 2011) y emocionales en la descendencia (Stein et al., 2014, Kingston, Tough y Whitfield, 2012), incluso a los 18 años del hijo (Pearson et al., 2013; Korhonen et al., 2012). Esta relación entre trastorno mental materno y efectos en la descendencia se ha explicado a través de diferentes mecanismos, como por ejemplo los factores genéticos, el neurodesarrollo fetal (Valdés y García-Esteve, 2016) o mediante el impacto que el trastorno mental materno tiene sobre los cuidados del bebé y el desarrollo de su apego, entre otros (Alhusen et al., 2013).

En el presente estudio nos centraremos en el impacto de la relación madre-bebé. Tal como ha definido la teoría del apego (Bowlby, 1969), la interacción madre-hijo es la base más importante en la construcción de la personalidad y de la salud mental. El apego se refiere a un dominio específico dentro de la relación maternofilial que se desarrolla durante el primer año de vida y que se describe como un conjunto

de comportamientos en los cuales se puede observar si el bebé ve a la madre como una base segura. La investigación de la psicología del desarrollo confirma que las relaciones de apego seguras son fundamentales para el bienestar de los niños a lo largo de la vida, y el funcionamiento de la propia salud mental, social y emocional de los padres juega un papel fundamental en la predicción del estilo de apego con su hijo (Erickson, Julian y Muzik, 2019). Para que el bebé pueda establecer esta relación de apego segura con su madre son importantes las conductas y emociones que esta ha ido estableciendo con su bebé a lo largo de este tiempo, especialmente durante los seis primeros meses. Esto es lo que se conoce como *vínculo madre-bebé* (Palacios-Hernández, 2015).

El *Trastorno del Vínculo* (TV) madre-bebé es un diagnóstico no recogido en ninguna de las clasificaciones nosológicas actuales, tal como fue definido por el psiquiatra inglés Ian Brockington (Brockington, Aucamp y Frase, 2006a). Tras estudiar cientos de diadas, Brockington propone definir la alteración del vínculo madre-bebé mediante tres características principales: la expresión materna de aversión, resentimiento u odio hacia el bebé, el deseo de renunciar a su atención o el deseo de que el bebé desaparezca. Posteriormente, el mismo autor establece dos categorías según la gravedad de las alteraciones del vínculo que muestra la madre, definiendo el TV leve y grave. En el TV leve, la madre experimenta retraso en la vinculación, ambivalencia o pérdida de la respuesta emocional hacia el bebé. En el TV grave, la madre expresa un rechazo o una amenaza de rechazo hacia el bebé, mostrando una carencia de respuesta emocional positiva hacia este y manifestándose en un deseo de renuncia temporal o permanente hacia él (Brockington et al., 2006a).

Se ha estimado la prevalencia de trastornos del vínculo madre-bebé en el 7-8 % de la población general (Reck et al., 2006) y en el 38,3 % de las madres con depresión postparto (García-Esteve et al., 2016). Las alteraciones del vínculo comportan una serie de conductas por parte de la madre hacia su bebé, como, por ejemplo, un cuidado menos sensible a sus señales comunicativas, una actitud menos responsiva hacia sus

necesidades, estar más absorta y desconectada, una crianza más intrusiva y controladora, una importante dificultad para regular el malestar del bebé, así como para reforzar conductas y emociones adecuadas, etc.; en resumen, una interacción más pobre que, además, puede comportar más riesgo de abuso o cuidado negligente del bebé (Farré-Sender, 2018) y que supondrá un aumento del riesgo para el establecimiento de apegos inseguros o desorganizados por parte de este hacia su madre (Martins y Gaffan, 2000; Atkinson, Paglia, Coolbear, Niccols, Parker y Guger, 2000).

La investigación ha mostrado que el tratamiento únicamente del trastorno mental materno (psicofármacos, terapia individual centrada en la psicopatología materna) puede ser insuficiente para abordar su impacto negativo sobre el desarrollo y el apego del niño (Forman, O'Hara, Stuart, Gorman, Larsen y Coy, 2007; Nysten, Moran, Franklin y O'Hara, 2006). Son necesarias intervenciones adecuadas centradas en fomentar una crianza sensible y el establecimiento de un vínculo seguro en el periodo postnatal, que puedan mitigar los riesgos anteriormente descritos (Bergman, Sarkar, Glover y O'Connor, 2008, 2010; Thomas et al., 2017). A pesar de que la teoría del apego es un enfoque ampliamente aceptado por los diferentes modelos teóricos de la psicología y que ha desarrollado un amplio estudio a nivel teórico y de investigación, las aplicaciones clínicas prácticas no han seguido el mismo ritmo de estudio, por lo que no disponemos de programas claros de intervención centrados en el apego (Galán, 2019).

Afortunadamente, en los últimos años se han diseñado diferentes intervenciones para apoyar el desarrollo saludable de las relaciones tempranas maternofiliales con madres con trastorno mental perinatal. La mayoría de estas intervenciones son individuales, trabajando únicamente con una sola diada. Son programas como *Minding the baby* (MTB; Sadler et al., 2013) y *Child and Family Interagency Resource, Support and Training* (Child FIRST; Lowell, Carter, Godoy, Paulicin y Briggs-Gowan, 2011), que se consideran intervenciones preventivas apropiadas para las diadas que están en riesgo de exclusión social y de desarrollo de problemas

mentales. Otras intervenciones individuales, como *Child Parent Psychotherapy* (CPP; Lieberman et al., 2004) y *Attachment and Biobehavioural Catch-up* (ABC; Bernard, Dozier, Bick, Lewis-Morrarty, Lindhiem y Carlson, 2012) o el *Modelo Ulm* (Zwönitzer et al., 2015) se dirigen a mejorar el apego en madres o padres que han sufrido dificultades en su propio desarrollo o traumas tempranos. Estas intervenciones proporcionan psicoeducación temprana sobre las relaciones de apego a través de visitas domiciliarias y su objetivo es aumentar la capacidad de reflexión de los padres, particularmente en relación con la crianza de los hijos.

Las terapias individuales y centradas en la diada madre-bebé parecen ser efectivas, pero requieren muchos recursos. Aunque menos, también existen algunos programas de intervención grupal dirigidos a trabajar sobre la relación madre-bebé que también han demostrado resultados favorables. Son programas como *Circle of security* (COS Group; Marvin, Cooper, Hoffman y Powell, 2002), *Mom Power* (MP; Muzik et al., 2015) o *Watch, Wait and Wonder* (WWW; Cohen et al. 1999), dirigido a familias con niños a partir de los 10-12 meses. En nuestro entorno, destaca el programa *Ganar en salud y bienestar de 0 a 3 años* (Rodrigo et al., 2017), en formato en línea dirigido a población general, aunque también aplicado en grupo presencialmente con familias de riesgo psicosocial (Callejas, Byrne y Rodrigo, 2021). Existen escasos programas grupales de intervención sobre el vínculo materno-filial con bebés menores de un año, de madres con algún trastorno mental. El programa *Community HUGS* (Ericksen et al., 2018) consiste en una intervención grupal de 10 sesiones con el objetivo de mejorar la interacción madre-bebé en mujeres con algún tipo de trastorno mental y con bebés menores de 12 meses. Los resultados preliminares con 16 diadas mostraron una mejoría significativa en los cuestionarios de estrés parental, en la sensación de autoeficacia y en las escalas de depresión, ansiedad y estrés materno, así como una mejoría en la interacción madre-bebé medida de forma observacional. Resultados similares encuentra otro estudio con mujeres con depresión o ansiedad postparto y bebés de entre seis y 12 meses, mejorando las puntuaciones de

la psicopatología materna y el estrés parental (De Camps Meschino, Philipp, Israel y Vigod, 2016). Ninguno de estos estudios utiliza ninguna medida estandarizada para la medición del vínculo materno ni de la interacción madre-bebé.

En resumen, aunque existe evidencia creciente de la eficacia del tratamiento grupal sobre la relación maternofilial, no existen estudios centrados en la intervención muy precoz (con bebés de menos de seis meses) de madres con trastorno mental durante el postparto. La mayoría de las intervenciones realizadas se han llevado a cabo con bebés y niños mayores, cuando el apego infantil ya está establecido y, por tanto, hay que trabajar en su reparación, y no únicamente en la prevención a través del vínculo materno.

El objetivo principal del presente trabajo fue evaluar el efecto de una intervención grupal dirigida a mejorar el vínculo madre-bebé en mujeres con trastorno mental perinatal y con sus lactantes menores de seis meses, mediante instrumentos estandarizados para evaluar objetivamente la calidad del afecto y la conducta materna antes y después de la intervención. Como objetivos secundarios, se estudiaron las variables clínicas que podrían estar relacionadas con la calidad de la relación madre-bebé antes de la intervención, así como el efecto de esta sobre la sintomatología clínica de la madre.

Método

Diseño del estudio y descripción de la muestra

El presente estudio piloto tiene un diseño longitudinal pre-post intervención, sin grupo control. La muestra de pacientes está constituida por 32 madres y 33 bebés (una pareja de gemelos), que estaban en tratamiento en nuestra Unidad de Salud Mental Perinatal (USMP) por presentar algún trastorno mental durante el embarazo o el primer año postparto, entre los años 2014 y 2017. Podía incorporarse al grupo cualquier mujer en tratamiento en nuestra unidad, independientemente del diagnóstico, que tuviera la custodia de su bebé y que aceptara acudir al grupo de forma regular. Los criterios de exclusión fueron la presencia de sintomatología

psicótica positiva o presentar riesgo autolítico grave, que requiriera una intervención más intensiva sobre su psicopatología (en régimen de hospitalización total o parcial).

Se les ofreció a 58 pacientes en tratamiento en la USMP. 43 mujeres aceptaron y acudieron a la primera sesión del grupo, pero únicamente 32 lo hicieron de forma regular al menos a cinco de las ocho sesiones y realizaron la evaluación post-intervención. La asistencia media de las pacientes que acudieron al grupo fue del 90 % de las sesiones.

El análisis de los resultados de este grupo fue aprobado por el Comité de Ética de nuestro hospital mediante un proyecto de revisión de historias clínicas, presentado en 2020 para la revisión retrospectiva de historias (HCB 2020/1360). El consentimiento informado no pudo pedirse de forma retrospectiva a las pacientes participantes del estudio, ya que ya estaban de alta en nuestra unidad.

Intervención grupal

Tras el parto, a las pacientes en seguimiento en la USMP CLINIC-BCN que cumplían los criterios de inclusión, se les ofreció la participación en un grupo de vínculo junto con sus bebés. El objetivo del grupo era aprender a conocer mejor al bebé, entender mejor sus señales comunicativas y fomentar el cuidado sensible y responsable para mejorar el vínculo maternofilial. El grupo consistió en ocho sesiones semanales de 90 minutos de duración en las que se trabajaron diferentes actividades para fomentar la interacción madre-bebé desde una metodología experiencial, fomentando la participación de las madres y el aprendizaje vicario en un ambiente tranquilo y libre de juicios. Todas las sesiones fueron dirigidas por una psicóloga clínica especialista en salud mental perinatal y psicología infantil (SA o SL).

Las sesiones se dividieron en tres partes diferenciadas (ver tabla 1 del anexo):

Parte 1. Atención al estado de la madre. Las sesiones empezaban con un espacio donde cada mujer podía explicar cómo se había sentido a lo largo de la semana y plantear dudas o dificultades respecto al cuidado o interacción con su bebé, que se intentaban resolver entre todas las participantes en el grupo (pacientes

y terapeuta). Después, y antes de empezar la parte de interacción con el bebé, se practicaba algún ejercicio de regulación emocional (respiración, relajación, estiramientos, yoga, mindfulness, etc.).

Parte 2. Interacción con el bebé. En este momento se realizaba alguna actividad que fomentaba el contacto físico, visual y/o verbal con el bebé. Fueron actividades como el masaje infantil, el juego, el baile o la música.

Parte 3. Proporcionar conocimientos y psicoeducación. Por último, se dedicaba la parte final del grupo a hacer psicoeducación sobre algún tema relacionado con el vínculo madre-bebé y la crianza, como, por ejemplo, aumentar el conocimiento sobre el desarrollo infantil y las necesidades de los bebés, aprender a leer sus señales, manejar las emociones propias y del bebé y la gestión del llanto, entre otros.

Todas estas actividades se diseñaron desde el modelo de la terapia cognitivo-conductual y siguiendo los principios de la parentalidad positiva (<https://familiasenpositivo.org/>) y la mentalización (Bateman y Fonagy, 2012). La parentalidad positiva se refiere al comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación, que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño (Comité de ministros a los Estados Miembros Rec, 2006). El concepto de mentalización se refiere a una actividad mental, intuitiva y emocional, que permite la comprensión del comportamiento propio y ajeno en términos de estados y procesos mentales (Graell y Lanza Castelli, 2018). Estimular esta función reflexiva en la madre es de especial importancia para establecer la comprensión de las señales de un bebé, entenderlas independientemente de las propias y poder actuar para regularlas de forma adecuada, lo que se conoce como *Mind-Mindedness* (Carvacho, Farkas y Santelices, 2012).

Instrumentos de evaluación

Las pacientes fueron evaluadas con diferentes instrumentos al inicio y al final de la intervención grupal.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS;

Cox, Holden y Sagovsky, 1987; Garcia-Esteve, Ascaso, Ojuel y Navarro, 2003). Se trata de un cuestionario autoaplicado que consta de 10 preguntas y se utiliza para identificar pacientes con riesgo de padecer depresión perinatal. La escala indica cómo se ha sentido la madre durante la semana anterior. La puntuación de corte se sitúa en una puntuación directa igual o superior a 13.

State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushore, 2010). De este cuestionario únicamente administramos la parte que evalúa la ansiedad estado. Esta parte evalúa el estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo en el momento actual.

Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ; Brockington, Fraser y Wilson, 2006b; Garcia-Esteve et al., 2016). Este cuestionario autoaplicado evalúa el vínculo de la madre con el bebé. Consta de 25 ítems representativos de cuatro factores que, conjuntamente, explican más del 50 % de la varianza: *Vínculo alterado*, *Rechazo e ira*, *Ansiedad en el cuidado del bebé* y *Riesgo de abuso*. En un estudio de validez reciente llevado a cabo por nuestro equipo en mujeres con trastorno mental, se establecieron unos puntos de corte en el PBQ: 13 fue el punto de corte óptimo para detectar trastorno del vínculo madre-bebé leve, con retraso o ambivalencia en los sentimientos positivos hacia el bebé (sensibilidad: 92 %, especificidad: 87 %), y 18 fue el punto de corte óptimo para detectar trastorno del vínculo grave, con amenaza de rechazo o rechazo establecido del bebé (sensibilidad: 100 %, especificidad: 78 %) (Torres-Giménez et al., 2021). Siguiendo este criterio, clasificamos a nuestra muestra en tres grupos: *Sin trastorno del vínculo* (puntuación de 0 a 12), *Trastorno del vínculo leve* (puntuación de 13 a 17) y *Trastorno del vínculo grave* (puntuación igual o superior a 18).

CARE-Index (Crittenden, 1979-2004). Evalúa la interacción entre un adulto y un niño, normalmente en el contexto maternofilial, desde el nacimiento hasta los 15 meses. Se realiza mediante una grabación de entre tres y cinco minutos de interacción libre madre-bebé y la

evaluación consta de siete escalas: *expresión facial, expresión vocal, posición y contacto corporal, afecto, ritmo de los turnos, control y elección de actividad*. Hay tres escalas referidas a la madre (*Sensibilidad, Control e Indiferencia*), cuatro al bebé (*Cooperación, Compulsividad, Dificultad y Pasividad*) y una escala global de *Sincronicidad diádica*, que muestra una puntuación resumen de la calidad de la interacción, uniendo criterios sobre sensibilidad materna, cooperación del bebé y características del juego y riesgo. Esta escala tiene un rango de puntuación de 0 a 14 y clasifica las puntuaciones en cuatro categorías: *Rango de alto riesgo* (de 0 a 4 puntos), *Rango de cuidado inepto* (de 5 a 6 puntos), *Rango adecuado* (de 7 a 10 puntos) y *Rango sensible* (de 11 a 14 puntos). El CARE-Index requiere una formación específica para poder puntuarla. Todas las pruebas CARE-Index realizadas en este estudio fueron valoradas por una única psicóloga clínica (AT), formada en la evaluación de la prueba.

Escala de satisfacción con el Grupo de Vínculo Madre-bebé. Se administró de forma anónima a las pacientes un pequeño formulario para valorar su satisfacción con el grupo. Se formularon tres preguntas que las pacientes tenían que valorar en una escala Likert de 0 a 10, donde 0 era la mínima satisfacción y 10, la máxima. Las tres preguntas formuladas eran:

1. En general, ¿cómo ha cubierto sus expectativas el grupo?
2. ¿Le ha gustado el formato? (grupal, semanal, número de participantes...)
3. En general, ¿le han gustado los contenidos trabajados en las sesiones?

Se calculó la media de cada una de las preguntas y también la valoración global, a través de la puntuación media de las tres preguntas de cada participante.

Análisis estadístico

Se realizó el estudio de medias y frecuencias para los datos sociodemográficos y clínicos. Se calcularon correlaciones entre las escalas de psicopatología materna y la escala de vínculo madre-bebé en la evaluación inicial. Las diferencias en los instrumentos pre y post-intervención se analizaron mediante la *Prueba t de Student* de medidas apareadas. Se clasificó a

las pacientes según si tenían un vínculo adecuado con sus bebés o si tenían un trastorno del vínculo (leve o grave) y se comparó la proporción de cada una de estas categorías antes y después de la intervención mediante un análisis de tablas cruzadas y la *Prueba no paramétrica de McNemar*. Los análisis se realizaron mediante el programa estadístico SPSS 23.0.

Resultados

Descripción de la muestra

La evaluación inicial la realizaron 43 mujeres. De estas, únicamente 32 acudieron al menos a cinco de las ocho sesiones (la media de asistencia de las que acudieron fue del 90 % de las sesiones) y completaron las evaluaciones post grupo. Comparando las pacientes que abandonaron el grupo ($n = 11$) con las que lo finalizaron ($n = 32$), no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de los cuestionarios EPDS, PBQ ni STAI-E iniciales, así como tampoco en la edad de la madre ni en las semanas de gestación. Únicamente encontramos diferencias significativas en la edad del bebé al inicio del grupo, siendo mayores los bebés de las madres que abandonaron el grupo (media: 5,11; desviación típica (dt): 3,06) que los bebés de las que lo completaron (media: 3,06; dt : 1,69) ($t = 3,151$; $p = 0,003$).

La muestra final estuvo formada por 32 mujeres. La edad media fue de 37,09 (dt : 4,6) años (rango: 21-44 años). En relación con el diagnóstico principal de la madre en el momento de iniciar el grupo, 13 pacientes (39,4 %) presentaban trastorno depresivo, 10 (30,3 %) trastorno de ansiedad, siete (21,2 %) trastorno obsesivo-compulsivo, una (3 %) trastorno por estrés post-traumático, una (3 %) trastorno psicótico y una (3 %) trastorno de personalidad. Con relación a la medicación, 18 pacientes (54,4 %) habían tomado medicación durante el embarazo: siete (38,9 %) tomaban inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), una (5,6 %) antipsicóticos y 10 (55,6 %) realizaban un tratamiento farmacológico combinado.

Respecto a los datos obstétricos de estas 32 mujeres, la media de semanas de gestación fue de 38,45 (dt : 2) semanas (rango: 34 - 41,2). En cuanto al tipo de parto, en 13 pacientes (40,6

%) se practicó una cesárea. Catorce (43,8 %) de las pacientes presentaron algún problema médico durante el embarazo: cuatro (12,1 %) tuvieron problemas relacionados con preclampsia, eclampsia o síndrome de HELLP, una (3 %) tuvo diabetes gestacional, dos (6,1 %) anemia, tres (9,1 %), presentaron problemas en el útero y una paciente (3 %) requirió de reposo durante el embarazo. En cuanto al tipo de lactancia en el momento del inicio del grupo, veinte madres (62,5 %) daban lactancia materna exclusiva, siete (21,9 %) lactancia artificial y cinco (15,6 %) lactancia mixta.

Por lo que se refiere a los datos de los bebés, la edad media al inicio del grupo fue de 3,03 (*dt*: 1,7) meses (rango: 1 - 8 meses) y 17 bebés (51,5 %) fueron niñas. El peso medio al nacer fue de 2,932 kg (rango: 1,900 - 3,850 kg) y la talla media al nacer fue de 47,7 cm (rango 41 - 52,5 cm). 16 bebés (48,5 %) presentaron problemas médicos en el embarazo o el nacimiento: cinco (15,2 %) nacieron de forma prematura, tres (9,1 %) presentaron crecimiento intrauterino retardado (CIR), tres (9,1 %) pérdida del bienestar fetal, una (3 %) tuvo anoxia, una (3 %) ictericia neonatal, dos (6,1 %) bajo peso al nacer y un bebé (3 %), conducto arterioso persistente (CAP).

Correlación psicopatología materna y vínculo madre-bebé

En el estudio de correlación entre las escalas clínicas y el vínculo madre-bebé no se observó ninguna relación significativa entre las escalas psicopatológicas EPDS y STAI-E y la escala de vínculo PBQ en las medidas tomadas antes de la intervención de grupo.

Comparación entre evaluación inicial y post-intervención grupal

Comparando la evaluación al inicio y al final de la intervención de las 32 pacientes que completaron el grupo, no se encontraron diferencias significativas en puntuaciones de depresión y ansiedad mediante EPDS y STAI. Las puntuaciones en el cuestionario de vínculo madre-bebé PBQ entre ambas evaluaciones sí mostraron una disminución estadísticamente significativa después de la intervención grupal (ver tabla 2 del anexo).

Al comparar los factores del PBQ, se observó disminución de las medias en todos los factores en la evaluación final, mostrando mejores puntuaciones en todas las áreas del vínculo evaluadas. Las diferencias significativas entre la evaluación inicial y final se observaron en los factores 2 (*Rechazo e ira*) ($t = 2,63$; $p = 0,014$) y 3 (*Ansiedad en el cuidado del bebé*) ($t = 2,87$; $p = 0,008$) (ver Figura 2 del anexo).

En las puntuaciones de la prueba CARE-Index, entre la evaluación pre y post intervención, se obtuvieron diferencias significativas en cinco de las ocho escalas que evalúa (ver Figura 3 del anexo). Se observaron mejores puntuaciones en la escala global de *Sincronicidad madre-bebé* ($p = 0,001$), además de en la categoría de clasificación de la interacción. Así, la media inicial se sitúa en el *Rango Inepto* (media: 6,17) y tras la intervención esta puntuación global aumenta, situándose en el *Rango adecuado* (media: 7,33). Respecto a las subescalas donde se detectaron cambios significativos, aquellas que evaluaban la conducta materna detectaron un aumento de la *Sensibilidad* ($p < 0,001$) y una disminución de la *Conducta controladora* ($p = 0,025$). Respecto a las escalas que evaluaban la conducta del bebé, observamos un aumento significativo de la *Cooperación* ($p = 0,004$) y una disminución de la *Conducta difícil* por parte del bebé ($p = 0,009$).

Porcentaje de mujeres con trastorno del vínculo madre-bebé

Se clasificaron las pacientes en dos grupos, según su puntuación total en el PBQ: *mujeres sin trastorno del vínculo (TV) madre-bebé* (PBQ < 13) y *mujeres con un trastorno del vínculo madre-bebé* (PBQ igual o > 13). El porcentaje de mujeres con TV al inicio del grupo ($n = 17$; 60,7 %) disminuyó tras la intervención grupal ($n = 8$, 28,6 %), siendo esta modificación en los porcentajes de mujeres en cada grupo estadísticamente significativa ($p = 0,012$).

Además, si clasificamos a las pacientes con TV entre las que presentaron un TV leve (PBQ entre 13 y 18) o un TV grave (PBQ por encima de 18), la proporción de mujeres que mejoró su vínculo tras el grupo fue considerable en el grupo del TV grave: como muestra la figura 4 del anexo, se pasó de 10 mujeres con TV grave

al inicio del grupo a únicamente una al final, aumentando de 11 a 20 las que no mostraron TV en después de la intervención. De nuevo, estos cambios en los porcentajes son significativos estadísticamente (*McNemar* = 9,6; $p = 0,022$).

Satisfacción de las pacientes con el grupo

Tal como muestra la tabla 3 del anexo, las puntuaciones medias del cuestionario de satisfacción administrado a las pacientes fueron muy satisfactorias para las tres preguntas, así como para la valoración global, superando la puntuación de 9 en todas las cuestiones.

Discusión

El presente estudio muestra los resultados preliminares de una intervención grupal dirigida a mujeres con un trastorno mental en el postparto en tratamiento en una unidad especializada en salud mental perinatal. Esta intervención está dirigida a la mejoría del vínculo madre-bebé en etapas muy precoces (entre los 0 y 6 meses del bebé) y se ofrece de forma coadyuvante al tratamiento multidisciplinar naturalístico que estas mujeres siguen en la unidad para mejoría de su psicopatología.

En los últimos años, han aparecido diferentes intervenciones dirigidas a mejorar el vínculo madre-bebé, ya que cada vez existe más evidencia de su importancia en el desarrollo del niño y el bienestar de la madre y el resto de la familia. La mayoría de los tratamientos descritos en la bibliografía actual dirigidos a población de riesgo para el trastorno mental son en formato individual, aunque ya hay algunos estudios en formato grupal. La edad de los bebés a los que van dirigidos estos estudios son menores de tres años, una edad temprana en el desarrollo del niño, pero quizás tardía para trabajar el vínculo y el apego. Se sabe que el apego que el bebé desarrollará hacia su madre a los 12 meses se debe en gran parte a los cuidados recibidos por ella durante el primer año de vida, siendo especialmente importante los primeros seis meses. Durante este primer semestre, la conducta y sentimientos de la madre hacia el bebé son de vital importancia para que vaya estableciendo una relación con su madre de confianza y seguridad y pueda establecer

un apego seguro con ella. Por este motivo, la intervención precoz, en los primeros seis meses de vida del bebé es de suma importancia, ya que puede mejorar las conductas y los sentimientos de la madre hacia su hijo en este periodo y establecer una mejor base para que el apego se vaya desarrollando de forma óptima en esa diada. En nuestro conocimiento, este sería el primer estudio dirigido a la intervención muy precoz (antes de los seis meses de edad) del vínculo madre-bebé con mujeres diagnosticadas de un trastorno mental perinatal y que hace una valoración con instrumentos estandarizados de los diferentes componentes del vínculo e interacción madre-bebé.

Analizando los instrumentos de evaluación administrados antes y después del grupo de vínculo madre-bebé, se hallan diferencias significativas en los sentimientos y conductas de la madre hacia su bebé en las participantes que finalizaron la intervención. Se encuentran diferencias significativas en los factores de *Rechazo e Ira* hacia el bebé y *Ansiedad ante su cuidado*, del cuestionario PBQ. La disminución de la escala *Rechazo e Ira* está relacionada con una mejor aceptación del bebé y un menor riesgo de presentar sentimientos de ira y rabia hacia el bebé. Una disminución en la escala de *Ansiedad en el cuidado* se relaciona con un menor temor ante la presencia del bebé, con sentimientos de mayor capacidad para su cuidado y mayor sensación de autoeficacia como madre. No se hallan diferencias significativas en el factor *Vínculo Alterado*, aunque las puntuaciones medias también muestran una disminución importante. Finalmente, el último factor de *Riesgo de abuso* no muestra diferencias significativas porque las puntuaciones en la evaluación basal ya eran muy bajas y, por tanto, apenas había posibilidad de mejorar estas puntuaciones.

Los mismos cambios positivos se detectan entre la primera y la segunda evaluación con el instrumento CARE-Index, que valora la calidad de la interacción entre madre y bebé. Tras asistir al grupo de vínculo madre-bebé, se observan mejores puntuaciones en la interacción entre ambos en las escalas que valoran la conducta materna, las que valoran la conducta del bebé, así como la escala de interacción global. En la evaluación basal, la puntuación media de

la escala global *Sincronicidad diádica* es de 6,17, puntuación situada en el *Rango de cuidado inepto*. Esta categoría se define por detectar conductas problemáticas en la interacción entre madre y bebé, con un juego limitado entre ambos, pero sin evidencia de hostilidad ni de falta de empatía. Tras realizar la intervención, esta puntuación global muestra un resultado de 7,33 puntos, situándose en la categoría *Rango adecuado*. Esta puntuación muestra un juego más adecuado, aunque pueden existir todavía algunos periodos de falta de sincronía, ya que la puntuación óptima de la prueba se sitúa a partir de 11 puntos.

Respecto a las escalas que valoran la conducta materna, se observa una mejoría significativa en las escalas de *Sensibilidad* y *Control*. En la escala de *Sensibilidad*, una mayor puntuación está relacionada con la capacidad de la madre de atender a las necesidades del bebé en ese momento. Se entiende que la sensibilidad es una característica diádica, donde se valora cualquier patrón de conducta en la madre que tranquiliza al bebé e incrementa su confort, al tiempo que reduce su angustia y desinterés (Crittenden, 2006). Definido de esta forma, adulto y bebé tienen el mismo protagonismo en esta relación, ya que el temperamento del bebé se vuelve una parte inherente de la sensibilidad del adulto porque un adulto es sensible sólo en el momento en que responde de forma adecuada a las características únicas de ese bebé. Por otro lado, se observa una disminución de la escala de *Control*, que valora conductas pseudosensibles o abiertamente hostiles. La conducta controladora no es congruente con el estado del bebé, aunque pueda ser aparentemente agradable, pero se da una falta de sincronía entre ambos (por ejemplo, la madre sonríe ante el estrés del bebé, presenta intrusiones sutiles o conductas que reflejan algún tipo de hostilidad).

Respecto a las escalas del bebé, se observa una mejoría significativa en las escalas de *Cooperación* y *Bebé Difícil*. El aumento de puntuación en *Cooperación* y la disminución de *Bebé Difícil* está relacionado con la conducta que el bebé muestra en la interacción con la madre, mostrándose más colaborador y disfrutando más de esa relación.

Por último, otra forma de evaluar el tipo de vínculo entre madre y bebé en este estudio fue clasificar las díadas entre aquellas que podían presentar un trastorno del vínculo y las que no. El cuestionario PBQ fue uno de los instrumentos utilizados para la identificación de los trastornos del vínculo, tal como fueron definidos por Brockington (2016b). Siguiendo los puntos de corte detectados en nuestro estudio de validez (Torres-Giménez et al., 2021), clasificamos a nuestra muestra en tres grupos: *sin trastorno del vínculo* (puntuación de 0 a 12); *trastorno del vínculo leve* (puntuación de 13 a 17) y *trastorno del vínculo grave* (puntuación mayor de 18). Se observa una disminución muy significativa en el porcentaje de madres que dejan de tener un TV tras la intervención grupal. Concretamente, del 60,7 % inicial que mostraba un TV de cualquier tipo, únicamente un 28,6 % lo mantiene tras la intervención. Además, el tipo de trastorno del vínculo entre las mujeres que lo mantienen tras la intervención es en todos los casos (excepto uno) un TV leve. En resumen, participar en el grupo de vínculo madre-bebé ha mejorado los sentimientos y las conductas de la madre hacia su bebé, ha mejorado la interacción entre ambos y ha disminuido la proporción de mujeres con un trastorno del vínculo hacia su hijo.

Por último, cabe señalar que la mejoría en el vínculo madre-bebé no es debida a los cambios en la psicopatología materna. En las ocho semanas que duraba la intervención grupal, las mujeres seguían con su tratamiento naturalístico en nuestra unidad especializada en salud mental perinatal. No se observaron cambios significativos en su sintomatología depresiva ni ansiosa entre la evaluación basal y post intervención. Además, contrariamente a lo que esperábamos encontrar, las puntuaciones en depresión y ansiedad materna al inicio del grupo no correlacionaban con las puntuaciones de vínculo madre-bebé. Estos resultados muestran que las alteraciones en el vínculo madre-bebé en mujeres con un trastorno mental pueden no estar totalmente relacionadas con la gravedad de la psicopatología materna y que se deben detectar y atender de forma independiente. Una intervención específica sobre el vínculo madre-bebé puede aportar beneficios

a la diada, mejorando su interacción y relación, de forma paralela a la mejoría de la psicopatología materna, que puede tardar más tiempo en remitir. Cuanto antes mejore el vínculo madre-bebé y mejores cuidados reciba el bebé por parte de su madre, menos impacto tendrá la psicopatología materna sobre el desarrollo del bebé, especialmente en el establecimiento del apego hacia su madre. Se ha comprobado que intervenir sobre el vínculo materno es un trabajo de prevención para el desarrollo de psicopatología o alteraciones en el bebé, y esto es de suma importancia en bebés de riesgo como son los hijos de madres con trastorno mental perinatal (Bergman et al., 2008, 2010; Thomas et al., 2017).

La limitación más importante del presente estudio es la falta de un grupo control de mujeres con un trastorno mental en tratamiento en nuestra unidad y que no hayan realizado la intervención grupal. Además, también sería necesario un seguimiento longitudinal del vínculo entre las madres y bebés participantes en el grupo para poder evaluar el mantenimiento de las mejoras observadas tras el tratamiento. Otra limitación del estudio está relacionada con la clasificación de los trastornos del vínculo únicamente en base a la puntuación en el PBQ. Sería necesaria una entrevista clínica para poder comprobar que esa puntuación se corresponde con el tipo de trastorno valorado a través del cuestionario y evitar así una inadecuada clasificación de los casos.

En resumen, el presente estudio muestra cómo una intervención grupal centrada en el vínculo madre-bebé repercute en una mejoría de la conducta y los sentimientos maternos, así como la interacción entre ambos y la disminución de los trastornos del vínculo existentes. Esto, además, se da a pesar de que en ese periodo la sintomatología depresiva y ansiosa de la madre no ha cambiado significativamente. Estos resultados apoyan los estudios que sugieren que en el periodo postparto únicamente la atención a la psicopatología materna no es suficiente (Forman et al., 2007; Nysten et al., 2006). Es necesario atender al bebé y al vínculo entre ambos para que la madre pueda desarrollar sus capacidades de cuidado maternal y sus sentimientos maternos de forma óptima, al

margen del trastorno mental que sufra. Además, esto se debería hacer lo antes posible, ya que los primeros meses de vida son cruciales para el establecimiento del vínculo madre-bebé y el desarrollo posterior del apego infantil.

Trabajos como este ponen en relieve la importancia del periodo perinatal en la vida de las mujeres y sus bebés, y cómo una intervención adecuada y temprana puede mejorar aspectos tan cruciales para la salud mental de la persona a lo largo de su vida, como son el vínculo materno y el apego infantil. Se debería seguir trabajando para conseguir que todas las mujeres con algún problema de salud mental perinatal fueran atendidas por una unidad especializada, donde se contemple la mejoría de su psicopatología, así como la atención al bebé y la mejoría del vínculo madre-bebé para prevenir problemas en el neurodesarrollo y en la salud mental de ese bebé.

Bibliografía

- Alhusen, J., Hayat, M. y Gross, D. (2013). A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives of women's mental health*, 16.
- Atkinson, L., Paglia, A., Coolbear, J., Niccols, A., Parker, K. C. y Guger, S. (2000). Attachment security: a meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clinical Psychology Review*, 20(8), 1019-40.
- Bateman, A. W. y Fonagy, P. (2012). Borderline Personality Disorder, en A. W. Bateman y P. Fonagy (eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Bergman, K., Sarkar, P., Glover, V. y O'Connor, T. G. (2008). Quality of child-parent attachment moderates the impact of antenatal stress on child fearfulness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49, 1089-1098.
- Bergman, K., Sarkar, P., Glover, V. y O'Connor, T. G. (2010). Maternal prenatal cortisol and infant cognitive development: Moderation by infant-mother attachment. *Biological Psychiatry*, 67, 1026-1032.
- Bernard, K., Dozier, M., Bick, J., Lewis-Morrarty, E., Lindhiem, O. y Carlson, E. A. (2012).

- Enhancing attachment organization among maltreated children: Results of a randomized clinical trial. *Child Development*, 83, 623-636.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books.
- Brockington, I., Aucamp, H. y Frase, C. (2006a). Severe disorders of the mother-infant relationships: Definitions and frequency. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 243-251.
- Brockington, I. F., Fraser, C. y Wilson, D. (2006b). The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 233-42.
- Callejas, E., Byrne, S. y Rodrigo, M. J. (2021). Feasibility and effectiveness of the positive parenting programme "Gaining health & well-being from birth to three." *Psychosocial Intervention*, 30(1), 35-45.
- Carvacho, C., Farkas, C. y Santelices, M. P. (2012). Mind Mindedness o la capacidad del adulto para tratar al niño(a) como un individuo con mente: Nuevas perspectivas para el estudio de la interacción entre el(la) niño(a) preescolar y sus figuras de apego. *Summa Psicológica UST*, 9(2), 69-78.
- Cohen, N., Lojkasek, M., Muir, E., Muir, R., Parker, C. J., Barwick, M. y Brown, M. (1999). Watch, wait, and wonder: An Infant-led Approach to Infant-parent Psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20, 429-451.
- Cox, J. L., Holden, J. M. y Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Crittenden P. (2006). *CARE Index Infant Manual. Spanish*. Miami, USA: Family Relations Institute.
- Crittenden, P. M. (1979-2004). *CARE-Index: Coding Manual*. Manuscrito no publicado, Miami, FL., disponible por el autor.
- De Camps Meschino, D., Philipp, D., Israel, A. y Vigod, S. (2016). Maternal-infant mental health: postpartum group intervention. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 243-51.
- Ericksen, J., Loughlin, E., Holt, C., Rose, N., Hartley, E., Buultjens, M., Gemmill, A. W. y Milgrom, J. (2018). A therapeutic playgroup for depressed mothers and their infants: feasibility study and pilot randomized trial of Community HUGS. *Infant Mental Health Journal*, 39(4):396-409.
- Erickson, N., Julian, M. y Muzik, M. (2019). Perinatal depression, PTSD, and trauma: Impact on mother-infant attachment and interventions to mitigate the transmission of risk. *International Review of Psychiatry*, 31(3), 245-263.
- Familias en positivo. *Concepto de parentalidad positiva* [en línea] Recuperado de: <https://familiasenpositivo.org/parentalidad-positiva/concepto>
- Farré-Sender, B. (2018). *El vínculo materno-infantil: evaluación y detección de los factores de riesgo prenatales en madres diagnosticadas de un trastorno mental* [tesis doctoral]. Universitat de Barcelona.
- Forman, D. R., O'Hara, M., Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E. y Coy, K. C. (2007) Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and Psychopathology*, 19, 585-602.
- Galán Rodríguez, A., (2019). La dimensión clínica de la teoría del apego ¿una promesa incumplida? *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 33, 35-44.
- García-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J. y Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders*, 75(1):71-6.
- García-Esteve, L., Torres, A., Lasheras, G., Palacios-Hernández, B., Farré-Sender, B., Subirà, S., Valdés, M. y Brockington, I. F. (2016). Assessment of psychometric properties of the Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) in Spanish mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 385-94.
- Graell, A. y Lanza Castelli, G. (2018). El trabajo con los padres en atención temprana, en la institución pública, desde un enfoque basado en la mentalización. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 32, 9-18.
- Kingston, D., Tough, S. y Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 683-714.
- Korhonen, M., Luoma, I., Salmelin, R. y Tamminen, T. (2012). A longitudinal study of maternal prenatal, postnatal and concurrent

- depressive symptoms and adolescent well-being. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 680-92.
- Lera-Miguel, S. y Andrés-Perpiñá, S. (2019). Nuevo y urgente reto para las políticas sanitarias, la salud mental perinatal: romper el bucle. *Boletín Psicoevidencias*, 55. ISSN 2254-4046.
- Lieberman, A. F. (2004). Child-Parent Psychotherapy: A Relationship-Based Approach to the Treatment of Mental Health Disorders in Infancy and Early Childhood. En A. J. Sameroff, S. C. McDonough y K. L. Rosenblum (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems: Strategies for intervention* (p. 97-122). New York: The Guilford Press.
- Lowell, D. I., Carter, A. S., Godoy, L., Paulicin, B. y Briggs-Gowan, M. J. (2011). A randomized controlled trial of Child FIRST: A comprehensive home-based intervention translating research into early childhood practice. *Child Development*, 82, 193-208.
- Martins, C. y Gaffan, E. A. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 737-746.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K. y Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & human development*, 4, 107-24.
- Muzik, M., Rosenblum, K. L., Alfafara, E. A., Schuster, M. M., Miller, N. M., Waddell, R. M. y Kohler, E. S. (2015). Mom Power: preliminary outcomes of a group intervention to improve mental health and parenting among high-risk mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 18, 507-521.
- Navarro, P., Garcia-Esteve, L., Ascaso, C., Aguado, J., Gelabert, E. y Martín-Santos, R. (2008). Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: prevalence and comorbidity in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 109(1- 2), 171-6.
- Navarro, P., Torres, A., Subirà, S. y Garcia-Esteve, L. (2016). Epidemiología de los trastornos mentales perinatales. En: Garcia-Esteve y Valdés Miyar (eds), *Manual de Psiquiatría Perinatal*. Madrid: Ed Panamericana.
- Nylen, K. J., Moran, T. E., Franklin, C. L. y O'Hara, M. W. (2006). Maternal depression: a review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Mental Health Journal*, 27(4), 327-343.
- Palacios-Hernández, B. (2015). *Comparative study of the factors involved in mother-infant bonding in women with and without postpartum depression* [tesis doctoral]. Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=117369&orden=0&info=link>
- Pearson, R. M., Evans, J., Kounali, D., Lewis, G., Heron, J., Ramchandani, P. G., O'Connor, T. G. y Stein, A. (2013). Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *Journal of the American Medical Association*, 70(12), 1312-9.
- Reck, C., Klier, C. M., Pabst, K., Stehle, E., Steffenelli, U., Struben, K. y Backenstrass, M. (2006). The German version of the Postpartum Bonding Instrument: psychometric properties and association with postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 265-71.
- Rodrigo, M. J., Martín-Quintana, J. C., Máiquez, M. L., Álvarez, M., Byrne, S., Rodríguez-Gutiérrez, E., Padilla-Curra, S., Suárez-Perdomo, A. y García-Poole, C. (2017). *Parentalidad Positiva: Ganar Salud y Bienestar de 0-3 Años. Guía para el desarrollo de talleres presenciales grupales*. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.
- Sadler, L. S., Slade, A., Close, N., Webb, D. L., Simpson, T., Fennie, K. y Mayes, L. C. (2013). Minding the Baby: Enhancing reflectiveness to improve early health and relationship outcomes in an interdisciplinary home-visiting program. *Infant Mental Health Journal*, 34, 391-405.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushore, E. (2010). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: Sección de Estudios de TEA Ediciones, S. A.
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M. y Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*, 15, 384(9956), 1800-19.
- Sui, G., Pan, B., Liu, G., Liu, G. y Wang, L. (2016).

- The Long-Term Effects of Maternal Postnatal Depression on a Child's Intelligence Quotient: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies Based on 974 Cases. *Journal Clinical Psychiatry*, 77(11), e1474-e1482.
- Thomas, J. C., Letourneau, N., Campbell, T. S., Tomfohr-Madsen, L., Giesbrecht, G. F., Kaplan, B. J. y Singhal, N. (2017). Developmental origins of infant emotion regulation: Mediation by temperamental negativity and moderation by maternal sensitivity. *Developmental Psychology*, 53, 611-628.
- Torres-Giménez, A., Roca-Lecumberri, A., Sureda, B., Andrés-Perpiñá, S., Palacios-Hernández, B., Gelabert, E., Farré-Sender, B., Subirà, S. y García-Esteve L. (2021). External Validation and Test-Retest Reliability of Postpartum Bonding Questionnaire in Spanish Mothers. *Span J Psychol*, 11(24), e47. doi: 10.1017/SJP.2021.44. PMID: 34629123.
- Valdés Miyar, M. y García-Esteve, L. (2016). Estrés prenatal materno. En L. García-Esteve y M. Valdés Miyar (eds). *Manual de Psiquiatría Perinatal*. Madrid: Ed Panamericana.
- Van der Waerdenm J., Bernardm J. Y., De Agostini, M., Saurel-Cubizolles, M. J., Peyre, H., Heude, B. y Melchior, M. (2017). EDEN Mother-Child Cohort Study Group. Persistent maternal depressive symptoms trajectories influence children's IQ: The EDEN mother-child cohort. *Depression and Anxiety*, 34(2), 105-117.
- Velders, F. P., Dieleman, G., Henrichs, J., Jaddoe, V. W., Hofman, A., Verhulst, F. C., Hudziak, J. J. y Tiemeier, H. (2011). Prenatal and postnatal psychological symptoms of parents and family functioning: the impact on child emotional and behavioural problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(7), 341-50.
- Zwönitzer, A., Ute Ziegenhain, U., Bovenschen, I., Bressemer, K., Pillhofer, M., Fegert, J., Spangler, G., Gerlach, J., Gabler, S. y Künster, A. K. (2015). Effects of early intervention in children at risk: Short-term and long-term findings from an attachment-based intervention program. *Mental Health and Prevention* 3(3), 98-102.

Anexos

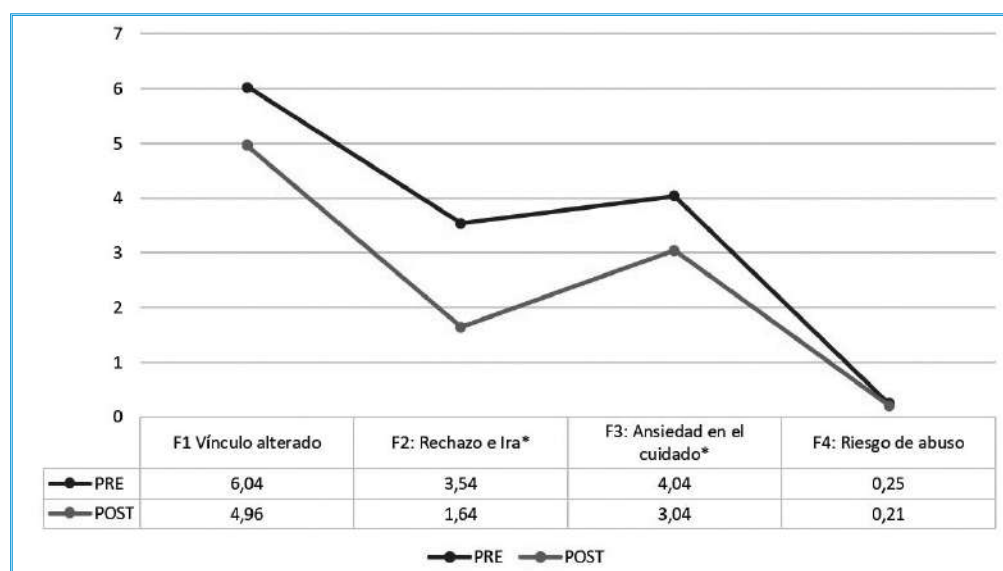
Tabla 1. Contenido del Grupo de vínculo madre-bebé.

SESIONES	PARTE 1: ATENCIÓN AL ESTADO DE LA MADRE	PARTE 2: INTERACCIÓN CON EL BEBÉ	PARTE 3: CONTENIDO DE PSICOEDUCACIÓN
Sesión 1	Presentación, normas grupo, evaluación	Masaje piernas	Explicación del masaje infantil
Sesión 2	Revisión semana y tareas. Respiración diafragmática	Masaje piernas y abdomen	¿Qué es el vínculo madre-bebé?
Sesión 3	Revisión semana y tareas. Estiramientos + Respiración	Masaje piernas, abdomen y brazos	Crianza respetuosa y evolución humana
Sesión 4	Revisión semana y tareas. Estiramientos + Respiración	Música y baile con el bebé	Desarrollo físico y cognitivo del bebé
Sesión 5	Revisión semana y tareas. Mindfulness	Masaje completo	Desarrollo emocional del bebé (I)
Sesión 6	Revisión semana y tareas. Mindfulness	Relajación y Yoga con el bebé	Desarrollo emocional del bebé (II)
Sesión 7	Revisión semana y tareas. Estiramientos + Respiración	Lectura de cuentos y baile con bebé	Juego infantil
Sesión 8	Revisión semana y tareas. Estiramientos + Respiración	Masaje completo	Perfección vs conexión. Evaluación final. Valoración grupo.

Tabla 2. Comparación de los resultados pre-post grupo en los cuestionarios EPDS, STAI-E y PBQ.

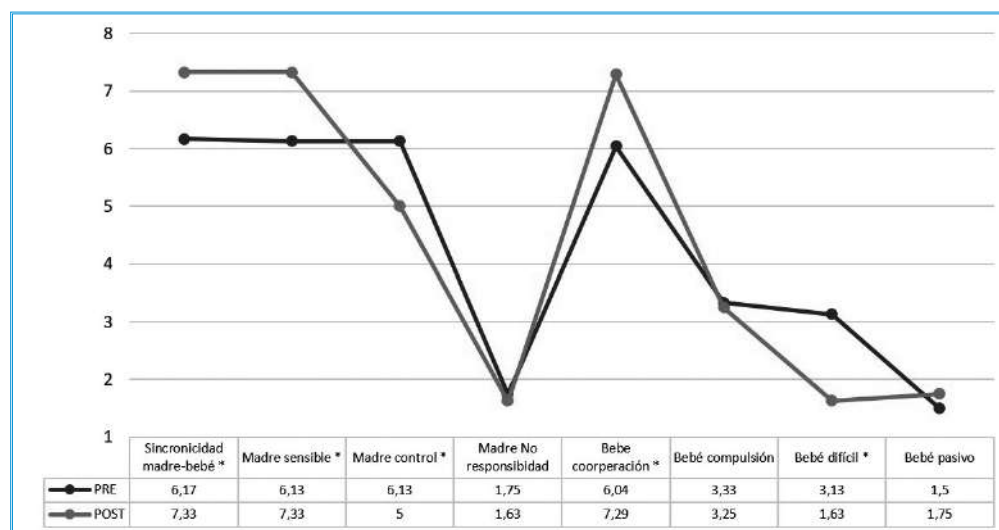
	PRE X (SD)	POST X (SD)	t	p
EPDS	8,21 (5,78)	7,88 (5,94)	0,38	0,703
STAI-E (centil)	41,59 (29,36)	39,31 (27,91)	0,53	0,601
PBQ	13,86 (8,04)	9,79 (6,01)	2,69	0,012

Figura 2. Comparación pre-post intervención de los factores del cuestionario PBQ.



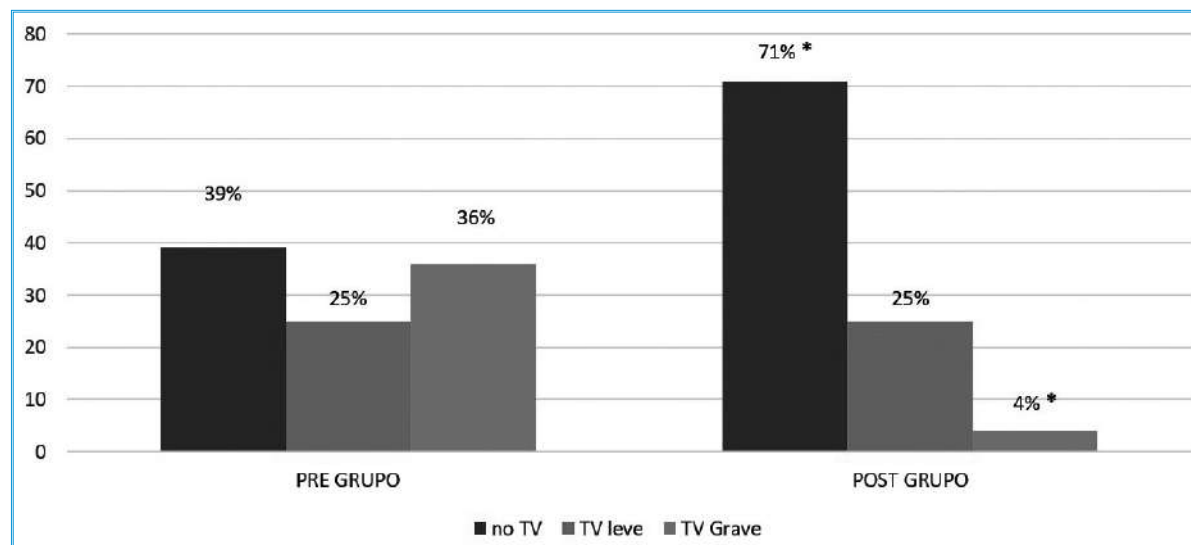
(*) Diferencia estadísticamente significativa entre la evaluación pre y post.

Figura 3: Puntuaciones pre y post intervención en las escalas del CARE-Index, instrumento de evaluación de la interacción madre-bebé.



(*) Diferencia estadísticamente significativa entre la evaluación pre y post.

Figura 4. Porcentaje de pacientes y tipo de trastorno del vínculo al inicio del grupo y al final.



No TV: Mujeres sin trastorno del vínculo madre-bebe; TV leve: mujeres con trastorno del vínculo leve (PBQ entre 13 y 18); TV grave: mujeres con trastorno del vínculo grave (PBQ más de 18).

(*) Diferencia estadísticamente significativa entre la evaluación pre y post.

Tabla 3. Satisfacción de las pacientes con el grupo. Puntuación de 0 a 10 en las 3 preguntas formuladas y media de estas 3 preguntas en la Valoración Global.

	Media	Desv. típ.
Expectativas sobre el grupo	9,21	0,97
Formato grupo	9,53	0,61
Contenido sesiones	9,11	1,15
Valoración Global	9,28	0,84

Trastornos generalizados del desarrollo: programa de seguimiento post-CDIAP

SERGIO MARTÍN TARRASÓN¹ Y SABINA SEGARRA MATEU¹

RESUMEN

Trastornos generalizados del desarrollo: programa de seguimiento post-CDIAP. Desde el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP) del Maresme (Barcelona), organizamos un seguimiento longitudinal una vez finalizada nuestra intervención. En este seguimiento han participado niños con diagnósticos distintos, centrados en el abanico de los trastornos generalizados del desarrollo que se ubican en la órbita de los trastornos del espectro del autismo (TEA). Este seguimiento se realizó entre los años 2016 y 2020, y consistió en visitas presenciales anuales en nuestro servicio, y la aplicación de distintos cuestionarios para progenitores, maestros y terapeutas. En el presente artículo mostramos una parte de los resultados y las conclusiones obtenidas. **Palabras clave:** *trastorno generalizado del desarrollo, autismo, seguimiento longitudinal, atención precoz, cuestionarios.*

ABSTRACT

Pervasive developmental disorders: post-CDIAP follow-up programme. From the Child Development and Early Care Center (CDIAP) of Maresme (Barcelona), we organized a longitudinal follow-up once our intervention has finished. This follow-up has involved children with different diagnoses, focused on the range of pervasive developmental disorders that are located in the orbit of autism spectrum disorders (ASD). This follow-up was carried out between 2016 and 2020 and consisted of annual face-to-face visits to our service, and the application of different questionnaires for parents, teachers, and therapists. In this article, we show part of the results and the conclusions obtained. **Keywords:** *pervasive developmental disorder, autism, longitudinal follow-up, early care, questionnaires.*

RESUM

Trastorns generalitzats del desenvolupament: programa de seguiment post CDIAP. Des del Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (CDIAP) del Maresme (Barcelona), vam organitzar un seguiment longitudinal un cop finalitzada la nostra intervenció. En aquest seguiment, hi van participar nens amb diagnòstics diferents, centrats en el ventall dels trastorns generalitzats del desenvolupament que s'ubiquen a l'òrbita dels trastorns de l'espectre de l'autisme (TEA). Aquest seguiment es va realitzar entre els anys 2016 i 2020, i va consistir en visites presencials anuals al nostre servei, i en l'aplicació de diferents qüestionaris per a progenitors, mestres i terapeutes. En aquest article, mostrem una part de dels resultats i les conclusions obtingudes. **Paraules clau:** *trastorn generalitzat del desenvolupament, autisme, seguiment longitudinal, atenció precoç, qüestionaris.*

Introducción

Desde el CDIAP del Maresme (Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz), atendemos a aquellos niños entre los 0 y los 5 años (y a sus familias) que presentan algún tipo de trastorno, discapacidad, disfunción o desarmonía en su desarrollo, o que se encuentran en situación de riesgo de padecerla.

Los terapeutas del CDIAP tenemos la suerte de poder trabajar con nuestros usuarios de forma frecuente y continuada durante un tiempo determinado. Pero dada la limitación de la edad hasta la que podemos atender a estos niños, nos falta más experiencia e información acerca de cuál es la evolución que tienen una vez terminan la atención en nuestro servicio. Nos falta experiencia como profesionales y como equipo.

¹Psicólogo/a Sanitario/a y psicoterapeuta. CDIAP del Maresme (Barcelona).
Contacto: smt.sergio@gmail.com

Recibido: 9/11/21 - Aceptado: 19/9/22

Desde el año 2016 hasta el año 2020, realizamos un seguimiento longitudinal, que implicó la estructuración de un programa de seguimiento para niños que habían sido atendidos en el CDIAP Maresme, y que en ese momento mostraban sintomatología compatible con los siguientes diagnósticos: *trastorno multi-sistémico del desarrollo* (TMSD) (Clasificación Diagnóstica: 0-3 [Zero to Three, 2005]), *trastorno del Espectro Autista* (TEA) (DSM V [APA, 2013]), *trastorno de Asperger* (DSM IV TR [APA, 2002]), *trastorno generalizado del desarrollo no especificado* (DSM IV TR [APA, 2002]) y *otros trastornos de la relación y la comunicación* (Organización Diagnóstica de la UCCAP [Aracil, Pegenaute, Pérez, Trujillo y Zaurin, 2010]).

Tal y como se observa en este listado, en esta etapa cronológica, hay una variedad de nomenclaturas diagnósticas que se refieren a conjuntos de síntomas similares en el desarrollo global de un niño o niña. Cada una de estas categorías diagnósticas implica matices diferenciales (clasificación diagnóstica utilizada, edad cronológica del niño en el momento de realizarse el diagnóstico, intensidad o gravedad de los síntomas, etc.).

Por este motivo, para titular el presente artículo, elegimos la nomenclatura de *trastorno generalizado del desarrollo*, porque, en nuestra opinión esta es una nomenclatura suficientemente amplia. Nos ayuda así a ubicar el conjunto de trastornos y síndromes que hacen referencia a estas graves dificultades del desarrollo.

El presente artículo es la segunda parte de una primera publicación donde se recogen otro conjunto de datos recabados en nuestro programa de seguimiento. Este primer artículo está disponible para su consulta abierta (Martín y Segarra, 2021).

Para contextualizar nuestra propuesta de seguimiento, hicimos una breve exploración de la literatura clínica disponible, para tratar de encuadrar y organizar de forma viable nuestro proyecto (Barbaro y Dissanayake, 2013; Biggs y Carter, 2016; Cabanyes y García, 2004; Casas, Galceran, Pla y Viñas, 2016; Charman, Drew, Brown y Baird, 2005; Ferrando et al., 2002; Gerstein, Crnic, Blancher y Baker, 2009; Howlin, Goode, Hutton y Rutter, 2004; Kleinman et al., 2008; Landa y Garret-Mayer, 2006;

Lord, Bishop y Anderson, 2015; Martos y Llorente, 2013; McGovern y Sigman, 2005; Moss, Mandy y Howlin, 2017; Plimley, 2007; Sroufe, 2000; Szatmari et al., 2016; Zwaigenbaum et al., 2007).

Nuestro objetivo, respetando la intimidad y la confidencialidad del niño y la de su familia, fue el de aumentar nuestro conocimiento y experiencia en torno a la evolución de estos niños durante los años posteriores a la finalización de la atención en el CDIAP.

Método

Para hacer posible este objetivo, propusimos a las familias incluidas en este programa de seguimiento:

1. Realizar una **visita de observación/seguimiento** en el CDIAP Maresme con su terapeuta de referencia, durante tres años consecutivos (2017, 2018 y 2019).
2. Responder los **cuestionarios para progenitores** en el momento de la baja del servicio (2016), y en cada una de las visitas de seguimiento.
3. Con el consentimiento de las familias, solicitar a los terapeutas de referencia del CDIAP del Maresme que respondieran al **cuestionario para terapeutas** en el momento de la baja del servicio, y en cada una de las visitas de seguimiento.
4. Con el consentimiento de las familias, solicitar a los tutores referentes de la escuela del niño que respondieran los **cuestionarios para maestros**, en el momento de la baja del servicio, y en cada una de las visitas de seguimiento.
5. Realizar una **entrevista de devolución** al final de este proceso (2020), en la que se les informó de los resultados obtenidos durante el período de seguimiento. Se entregó un informe individualizado que incluía la información cuantitativa recogida en los cuestionarios y, verbalmente, añadimos una explicación narrativa de su significado. Se pudo hablar con las familias acerca de la experiencia compartida durante el proyecto.

En el momento de elegir los cuestionarios a utilizar, la motivación central fue la misma que para el programa de seguimiento: buscábamos una intervención ecológica. Por este motivo,

la selección de los cuestionarios se centró en aquellos que teníamos disponibles, que eran pertinentes, que podíamos corregir y de los que podíamos extraer las puntuaciones de una forma rápida y fiable, y que suponían un esfuerzo razonable para todas las partes.

En este contexto, elegimos, por un lado, cuestionarios de *screening* que evaluaran la presencia de sintomatología relacionada con los trastornos generalizados del desarrollo (IDEA, CAST, AQC); y, por el otro, un cuestionario más extenso y global que nos diera información acerca de la sintomatología clínica presente en distintas dimensiones, no necesariamente relacionada con la sintomatología específica que ha ocupado este proyecto (CBCL y CBCL-TRF).

Por último, de cara a evitar tendencias iatrogénicas en nuestra intervención, preferimos dar a los cuestionarios de *screening* un formato más neutro. Se incluyeron todos los ítems y preguntas, pero no se incluyó el nombre de los cuestionarios o la descripción de estos que hacía referencia a la sintomatología objetivo.

Los cuestionarios utilizados fueron los siguientes:

Para progenitores

Children's Behaviour Check-List (versión para progenitores) (4-18) (CBCL [Achenbach y Edelbroch, 1983]). Se trata de un inventario en el que se valoran competencias sociales y comportamientos problemáticos de los niños, por parte de los progenitores. Se evalúan ocho conjuntos de síntomas: retraimiento, quejas somáticas, ansiedad / depresión, problemas sociales, alteraciones del pensamiento, problemas atencionales, conducta de romper las normas y conducta agresiva. El CBCL también permite el examen de dos grandes grupos de síndromes: problemas de internalización (que combina las escaleras de retraimiento, quejas somáticas, y ansiedad/depresión) y de externalización (que combina las escalas de conducta infractora y conducta agresiva). Los ítems se agrupan así, finalmente, en tres dimensiones superiores: escala de internalización, escala de externalización y total. El cuestionario consta de 112 preguntas.

Cociente de Espectro Autista (4-11) (versión para niños) (AQC [Auyeung, Baron-Cohen, Wheelwright y Allison, 2008]). El AQC, originalmente,

cuantifica rasgos autistas en adultos y está diseñado para ser auto-aplicado. El cuestionario que hemos utilizado en este proyecto adapta el cociente de espectro autista para niños de entre cuatro y 11 años, y está pensado para que lo contesten progenitores o cuidadores. El rango de puntuación del cociente de espectro autista (versión para niños) es 0-150, siendo 0 el valor extremo que indicaría ausencia absoluta de cualquier signo del TEA, mientras que el valor de 150 indicaría una convincente certeza de lo contrario. Los autores sugieren como punto de corte el resultado de 76 puntos, por lo que obtener una puntuación total superior a 76 sería indicativa de la presencia de comportamientos que justificarían realizar una valoración diagnóstica por parte de un profesional de la salud. El cuestionario tiene 50 preguntas.

Para maestros

Children's Behaviour Check-List / Teacher's Report Form (4-18) (Versión para educadores) (CBCL-TRF [Achenbach y Rescorla, 2001]). Se trata de un inventario en el que se valoran competencias sociales y comportamientos problemáticos de los niños por parte de los maestros. Evalúa ocho conjuntos de síntomas: retraimiento, quejas somáticas, ansiedad / depresión, problemas sociales, alteraciones del pensamiento, problemas atencionales, conducta de romper las normas y conducta agresiva. El CBCL versión maestros también permite el examen de dos grandes grupos de síndromes: problemas de internalización (que combina las escaleras de retraimiento, quejas somáticas, y ansiedad / depresión) y de externalización (que combina las escalas de conducta infractora y conducta agresiva). Los ítems se agrupan así, finalmente, en tres dimensiones superiores: escala de internalización, escala de externalización y total. El cuestionario consta de 112 preguntas.

Test Infantil del Síndrome de Asperger (4-11) (CAST [Scott, Baron-Cohen, Bolton y Brayne, 2002]).

El CAST ha demostrado ser útil en la identificación temprana de niños, entre edades comprendidas entre los cuatro y los once años, cuyos comportamientos sugieren un alto riesgo de presencia de un síndrome de Asperger. Cada pregunta puede proporcionar 0 o 1 puntos, pero

hay seis preguntas que no puntúan. Por tanto, la puntuación máxima posible es de 31 puntos. Una puntuación total de 15 o superior sería indicativa de la presencia de comportamientos que justificarían realizar una valoración diagnóstica por parte de un profesional de la salud. El cuestionario tiene 37 preguntas.

Para terapeutas

Inventario del Espectro Autista (IDEA [Rivière, 2004]). Tiene el objetivo de evaluar doce dimensiones características de personas con trastornos del espectro autista y/o con trastornos profundos del desarrollo. Presenta cuatro niveles característicos de estas personas en cada una de esas dimensiones. Para aplicarlo es necesario un conocimiento clínico, terapéutico, educativo o familiar suficiente de la persona que presenta espectro autista, y consultar la publicación de Ángel Rivière (2004) sobre el inventario. El inventario no se ha construido con el objetivo de ayudar al diagnóstico diferencial del autismo (aunque pueda ser un dato más para tener en cuenta en ese diagnóstico), sino de valorar la severidad y profundidad de los rasgos autistas que presenta una persona, con independencia de cuál sea su diagnóstico diferencial. El IDEA puede tener tres utilidades principales: establecer inicialmente, en el proceso diagnóstico, la severidad de los rasgos autistas que presenta la persona (es decir, su nivel de espectro autista en las diferentes dimensiones), ayudar a formular estrategias de tratamiento de las dimensiones, en función de las puntuaciones en ellas y someter a prueba los cambios a medio y largo plazo que se producen por efecto del tratamiento, valorando así su eficacia y las posibilidades de cambio de las personas con un TEA.

Al formar parte de este proyecto, las familias tuvieron acceso a un seguimiento realizado en las instalaciones del CDIAP, con el terapeuta que los atendió. Dispusieron también de una evaluación aproximativa, a través de las herramientas disponibles para familias, maestros y terapeutas, recogiendo cuantitativamente información respecto a la evolución de su hijo en diferentes áreas de su desarrollo. Esta evaluación no ha pretendido ni implicado en ningún caso la elaboración o revisión de conclusiones diagnósticas.

Este proyecto nos permitió a los terapeutas del CDIAP individualmente, y al CDIAP del Maresme como institución, aumentar nuestra experiencia en cuanto a la evolución de estos niños que atendemos, y encontrarnos con ellos en edades posteriores a las que administrativamente podemos atender en nuestro servicio. Gracias a la colaboración de estas familias hemos seguido mejorando nuestra atención a niños con dificultades similares, que en un futuro serán atendidos por nosotros.

Organización del proyecto

Desde los CDIAP, como hemos dicho más arriba, tenemos una limitación administrativa: no podemos atender más allá de los seis años. También, en la mayoría de los casos, no podemos garantizar la continuidad del tratamiento a los niños más allá de los cinco años de edad cronológica, debido a la presión asistencial existente. Esto responde a nuestra obligación de asegurar la atención de las consultas que recibimos de niños de entre los cero y los tres años de edad cronológica.

Esta limitación, por una parte, conlleva que una proporción importante de casos reciben lo que llamaríamos *altas administrativas*, pero sin ser altas terapéuticas. En este sentido, nos faltaba experiencia respecto al tipo de evolución que realizaban los niños que atendíamos. En realidad, no existía ningún cauce formal organizado para poder tener acceso a este tipo de información. Por tanto, no podíamos saber con exactitud si se cumplían o no las expectativas pronósticas que comunicábamos a las familias, y nos faltaba experiencia a medio y largo plazo de la evolución de los diagnósticos de los pacientes y de la evolución de sus síntomas.

Ante esta limitación en nuestra experiencia clínica, los autores iniciamos el programa de seguimiento que ahora presentamos, al amparo del CDIAP del Maresme (que se implicó rápidamente en el proyecto, haciéndolo posible).

Nuestro objetivo fue no sólo ampliar nuestros propios conocimientos individualmente, sino también ofrecer esta posibilidad a los compañeros y compañeras del equipo que se decidieron a formar parte de la experiencia.

Nuestra intención fue la de generar un proyecto *win-win*, basado en una *intervención ecológica*,

en que todos saliéramos ganando: niños, familias, terapeutas, y equipo del CDIAP. Es decir, los niños podrían ver a su terapeuta durante cuatro años consecutivos en visitas puntuales de seguimiento, las familias se reencontrarían con sus terapeutas de referencia, los terapeutas aumentarían su experiencia y conocimiento, y el equipo como entidad tendría un mayor conocimiento y perspectiva acerca de los casos que atiende.

Nuestra intención fue generar un proyecto lo más natural y respetuoso con las distintas partes, siendo así la estructura del programa de seguimiento un formato flexible y poco intervencionista. El objetivo fue minimizar los riesgos y maximizar los aprendizajes.

En la figura 1 del anexo mostramos un esquema visual de la estructura longitudinal del proyecto.

En cuanto a los miembros del equipo que formaron parte del proyecto, la incorporación se reservó para las especialidades de psicología, psicomotricidad y neuropediatría. En este sentido formaron parte del proyecto ocho terapeutas del equipo (seis psicólogos, un psicomotricista y una neuropediatra), incorporándose inicialmente al proyecto un total de diecisiete familias, de las que finalizaron el seguimiento un total de quince.

Los casos se distribuyeron de la siguiente manera:

- Por diagnóstico: seis casos con diagnóstico de TEA (10.4 según DSM-V [APA, 2013]); cinco casos con diagnóstico de TMSD (10.2, según clasificación diagnóstica 0-3 [Zero to three, 2005]), cuatro casos con diagnóstico de *otros trastornos de la relación y la comunicación* (ATRC; 10.9, según la Organización Diagnóstica de la UCCAP [Aracil et al., 2010]), dos casos con diagnóstico de *trastorno generalizado del desarrollo* (TGD; 10.8, según el DSM IV TR).
- Por especialidad: 12 casos desde psicología, tres casos desde neuropediatría y dos casos desde psicomotricidad.

Queremos subrayar, en primer lugar, que aquello que estamos presentando en este trabajo no era ni pretendía ser un estudio desde el punto de vista del procedimiento. Este programa de seguimiento no reunía las cualidades de una investigación o un estudio estadísticamente formal.

Nuestro proyecto se redujo a una experiencia de la que hemos podido sacar unos aprendizajes, una oportunidad basada en la práctica clínica y, sobre todo, generamos una herramienta que normalmente no está disponible en los centros de atención precoz.

Es importante contextualizar que los CDIAP son centros públicos. En estos equipos, hay algunos terapeutas que combinan esta práctica con la atención vía privada, incluso atendiendo a otras franjas de edad como adolescentes o adultos. Pero, además, la realidad es que un porcentaje elevado de los terapeutas de atención precoz atienden solamente a través de este servicio público. En estos casos, la experiencia terapéutica individual comparte las mismas circunstancias que el centro como institución en la que atienden, pudiendo recurrir siempre a la bibliografía clínica disponible.

Resultados

Os presentamos, a continuación, parte de los datos que arrojó la conclusión de nuestro trabajo. Debido a la extensión limitada de este artículo, sólo presentamos un fragmento de los datos disponibles y, por tanto, no vamos a exponer los datos de ningún caso individual, sino que más bien vamos a mostrar y explicar las medias obtenidas en distintas mediciones.

Para entender mejor estos datos, y tratar de añadir una mayor diferenciación entre los distintos grados de patología, hemos optado por dividir la muestra en cinco grupos distintos basándonos en la valoración inicial del terapeuta de referencia. Es decir, en la medida Q0, que realizamos al acabar los tratamientos, los terapeutas rellenaban su cuestionario al igual que en el resto de las medidas (Q1, Q2 y Q3). Esto quiere decir que, en ese momento, a través del cuestionario IDEA (Rivière, 2004) recogimos una medida de cada caso, a modo de punto de partida, en el momento en que los terapeutas más conocían a estos niños, y más información tenían acerca de su momento evolutivo y su sintomatología actual. En la figura 2 del anexo, se muestran los resultados obtenidos en esta medida Q0, al igual que en el resto de las medidas.

Este cuestionario divide los resultados en cinco grupos de dificultades. La muestra de este

seguimiento longitudinal quedó repartida de la siguiente manera, de mayor a menor gravedad: nivel 1: un niño; nivel 2: tres niños; nivel 3: dos niños; nivel 4: cinco niños; no puntúa: cuatro niños.

Con esta distribución del conjunto de la muestra en distintos niveles de dificultad, diferenciamos posteriormente las puntuaciones en los distintos cuestionarios aplicados a progenitores y maestros, para poder diferenciar con mayor finura la progresión longitudinal de estos niños, y de sus síntomas.

Volviendo a la figura 2 del anexo, de esta distribución destacan, en nuestra opinión, dos extremos relevantes incluso desde el punto de vista de la atención terapéutica en atención precoz.

En primer lugar, tan sólo queda identificado un niño en el nivel de mayor gravedad (nivel 1). Y, en segundo lugar, hay cuatro niños que no puntúan dentro de este cuestionario a pesar de tener diagnóstico de trastorno del desarrollo, y hasta cinco niños más puntúan en el nivel de menor puntuación con significación clínica (nivel 4).

Aparte de las consideraciones acerca del cuestionario, y por tanto de la exactitud de estos datos, sí que nos parece significativa la identificación de las dificultades como predominantemente leves dentro de la gravedad de los trastornos generalizados del desarrollo de los que estamos hablando, y la presencia más puntual de niveles de dificultad más elevados. Esto encajaría, a nuestro entender, con nuestra experiencia clínica en los centros de atención precoz.

En este seguimiento longitudinal, los terapeutas eligieron aquellos niños a los que se propondría participar en esta experiencia, y lo hicieron sin ninguna indicación previa. Es decir, no había ninguna condición previa, aparte del tipo de diagnóstico. Por tanto, encontrar tanta distancia entre la frecuencia con que tratamos a los casos más graves y a los más leves, encaja con nuestra experiencia asistencial y puede añadirse a la valoración que hacemos de la gravedad cuando encaramos la significación de los distintos diagnósticos o distinta sintomatología presente.

Desde el punto de vista clínico, como es evidente, estamos en un momento histórico en que trabajamos con una macro-categoría diagnóstica como es la categoría de los TEA. Esta categoría ha acabado absorbiendo a todo un grupo de diagnósticos anteriores afianzados incluso

socialmente, y lo más llamativo es que no establece una diferenciación según grados (algo que sí que encontramos en los trastornos multisistémicos del desarrollo, por ejemplo).

Esta situación descriptiva genera una macro-categoría que engloba situaciones tan distintas como son niños que prácticamente están al límite de la normalidad, hasta niños que muestran muy pocas posibilidades evolutivas en el camino hacia la autonomía. Esta no es una categoría diagnóstica que funcione adecuadamente desde el punto de vista descriptivo, pues no permite diferenciar entre cuadros clínicos tan distintos que conllevan saltos cualitativos no sintetizables en una sola categoría, puesto que requieren no sólo de abordajes distintos sino también de estructuras sociales e institucionales distintas a su alrededor.

Actualmente, en nuestra opinión, no hay ninguna otra categoría diagnóstica actual en las clasificaciones diagnósticas más generales que pretenda asumir en su interior un abanico tan amplio y dispar de síntomas y signos clínicamente significativos.

Para acabar con los comentarios acerca de este primer gráfico, señalaríamos que, tal como queda reflejado, todas las medidas decaen en un sentido longitudinal. Es decir, en un sentido global, el nivel de gravedad de los síntomas no contradice ni correlaciona con la mejora que encontramos a lo largo de estos tres años siguientes.

Como se puede entender, debido a las limitaciones de esta experiencia, no podemos atribuir estas mejoras a ninguna variable concreta (desarrollo evolutivo, recursos terapéuticos, nivel socioeconómico, etc.). Por eso nos parece significativo que, en esta experiencia, veamos mejoras longitudinales en todos los niveles de gravedad.

Las figuras 3 y 4 del anexo recogen los resultados obtenidos a través de los cuestionarios que aplicamos a los progenitores (en este caso, el AQC 4-11) y a los maestros (CAST 4-11).

Tal como hemos explicado, estos resultados son siempre aproximativos, y tan sólo nos sirven como una pequeña representación de lo que fue la experiencia real del programa de seguimiento y un acercamiento al desarrollo real del niño y su sintomatología.

A pesar de estas limitaciones, sí que nos interesa recoger algunas tendencias generales al comparar estos dos gráficos.

En primer lugar, si tomáramos como punto de referencia los resultados obtenidos a través de la valoración que hicieron los terapeutas a través del cuestionario IDEA, la verdad es que vemos una comparativa más o menos evidente: los grupos de dificultad señalados coinciden, en mayor medida, con la valoración que hacen los maestros que con la de los progenitores.

Es evidente que aquellos que conocen mejor a los niños son los progenitores, pero también que somos los que más implicados emocionalmente estamos en todo aquello concerniente a nuestros hijos y su desarrollo. Existe una posibilidad, que es que esta carga emocional tenga una repercusión en los resultados obtenidos.

De hecho, los resultados de los maestros coinciden en mayor medida con los resultados de los terapeutas a pesar de un gran condicionante: normalmente el cuestionario de maestros fue respondido cada año por uno distinto. Esto quiere decir que, a pesar de que, en general, los resultados obtenidos a través de este cuestionario para maestros han sido más o menos estables a lo largo del tiempo, en diversas ocasiones hemos visto en los resultados individuales una línea longitudinal en forma de picos: un pico claramente al alza, o un pico claramente a la baja. Es decir, que existe, en nuestra experiencia, la constatación de que una medida concreta del seguimiento ha sido excepcionalmente alta (un maestro puede ser comparativamente más pesimista, o se puede establecer un vínculo más difícil o conflictuado con el niño y, por tanto, el cuestionario arroja puntuaciones más altas), o excepcionalmente baja (un maestro puede ser comparativamente más optimista, o establecer un vínculo más próximo o afectuoso con el niño). También hay que contar con aquellas situaciones en que hubo un cambio de centro escolar durante el programa de seguimiento.

En segundo lugar, en estos gráficos, si los comparamos con los resultados obtenidos con el cuestionario para terapeutas, destaca que no se obtiene la misma tendencia longitudinal a que las puntuaciones disminuyan.

Esta progresión que mencionábamos, esta

mejora que no podíamos objetivar atribuyéndola a una variable concreta, no aparece a través de estos cuestionarios para progenitores o para maestros. En cualquier caso, sólo con la intención de aportar una pincelada, añadiríamos que los resultados obtenidos a través de los cuestionarios CBCL para progenitores y para maestros (resultados que no mostramos en el presente artículo por una cuestión de espacio disponible), han arrojado matices más detallados, diferenciando la tipología de síntomas en ocho grupos distintos y tres grandes grupos que los sintetizan. En este caso, hemos podido visualizar con mayor claridad qué tipo de síntomas ha mostrado una tendencia global a mejorar a través de las distintas medidas, y qué tipo de síntomas ha tenido tendencia a empeorar.

Como comentario general, añadiríamos que los resultados reales, los más útiles de este seguimiento longitudinal, los hemos obtenido a través de los datos cualitativos, a través de la experiencia narrativa: todo aquello que hemos visto en cada niño en cada encuentro anual, todo aquello que hemos hablado con cada familia, todo aquello que hemos recogido en las transcripciones dinámicas que los terapeutas elaboraron tras cada visita, todo el esfuerzo comparativo entre las distintas situaciones e historias evolutivas de los niños que han formado parte de este seguimiento longitudinal, el análisis cualitativo de la progresión de los datos de estos cuestionarios presentados y los datos obtenidos a través del CBCL para progenitores y maestros, etc.

No podemos incluir toda esta información que ha sido tan valiosa para nosotros, pero vendrá parcialmente representada y sintetizada en el siguiente apartado, es decir, en las conclusiones generales. Si se está interesado en conocer en mayor detalle los datos recogidos en el resto de los cuestionarios, estos están publicado en el artículo anteriormente mencionado (Martín y Segarra, 2021).

Conclusiones

Reconstrucción terapéutica

La experiencia disruptiva que representa para las familias la finalización administrativa de la atención en el CDIAP, según nos han explicado

las familias que han formado parte de este programa de seguimiento, acaba derivando en un largo período posterior de reconstrucción de la estructura asistencial.

Los CDIAP, sea por los motivos que sea, tenemos el privilegio de ofrecer una atención de frecuencia propia de las unidades de secundaria. Es decir, a pesar de ser una unidad de atención primaria, y por tanto de atender a todas las consultas que recibimos, podemos ofrecer tratamientos de frecuencia mensual, quincenal, e incluso semanal, de forma habitual. Esto, tal y como marca con mucha claridad la experiencia real, no es el escenario en la continuidad en los servicios públicos. Los Centros de Salud Mental Infante-Juvenil (CSMIJ) y los Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) son servicios históricamente infradotados, cuanto a recursos humanos se refiere (profesionales suficientes). Teniendo en cuenta los amplios márgenes de edad a los que atienden, hay que entender que asumen una intensa y constante presión asistencial.

Como es sabido, los CSMIJ atienden a población de entre 0-18 años (aunque los menores de 5 años suelen ser derivados directamente a los CDIAP) y los CSMA atienden a la población mayor de 18 años.

El gran cambio que afrontan las familias tras la atención en el CDIAP no es sólo perder al centro y los diversos terapeutas que les han sido de referencia (psicólogos, neuropediatra, logopeda, psicomotricista, fisioterapeuta, trabajadora social, etc.). El gran cambio es el de marco de trabajo, pasando de una atención casi fundamentalmente pública, a una atención pública de menor frecuencia asistencial que, en la práctica, habitualmente, acaba siendo complementada con recursos privados.

En este sentido, las familias que han formado parte del programa de seguimiento que hemos realizado nos han explicado períodos de hasta dos años para lograr reorganizarse en esta etapa posterior. Dos años para organizar un nuevo espacio de tratamiento que sea estable y suficientemente bueno, para solicitar las ayudas disponibles a través del certificado de discapacidad o la Ley de Dependencia, para generar o reclamar los recursos necesarios en la escolarización, para tratar de entenderse con cada profesional con el que se inicia un nuevo vínculo, etc.

El sentimiento que generalmente nos han comunicado es la sensación de haber pasado de un periodo de atención en el CDIAP donde la centralización de los distintos recursos terapéuticos les daba la seguridad de estar amparados por un servicio público suficientemente bueno, a un escenario de desamparo institucional parcial donde la familia acaba siendo la responsable de batallar en los distintos escenarios y donde las necesidades de estos niños quedan, en parte, supeditados a las circunstancias de cada familia. No todas las familias, y no en todas las etapas, existe la misma disponibilidad.

Evolución de los síntomas

Es complicado extraer conclusiones claras en un sentido global, puesto que en este programa de seguimiento hemos incluido niños con grados distintos de dificultades, distintos diagnósticos, con pronósticos claramente distintos, etc. Aun y así, podemos destacar algunas tendencias que hemos encontrado con claridad.

En primer lugar, subrayaríamos la tendencia a un claro aumento de los síntomas relacionados con la interiorización (sobre todo en comportamientos de aislamiento y problemas de ansiedad / depresión), hacia el final del seguimiento (con siete, y sobre todo ocho y nueve años).

Nuestra interpretación de estos resultados, apoyados en aquello que nos explican las familias, tiene una vertiente intrapsíquica y otra claramente social. Desde el punto de vista individual, los niños con trastornos graves del desarrollo, a lo largo de los años en que son atendidos en atención precoz, hacen una aproximación progresiva a su situación diferencial, a su diagnóstico, a aquello en lo que se ven distintos. Poco a poco, van identificando, por ejemplo, aquello que sus compañeros pueden hacer y que ellos no pueden, o sólo pueden con mucho esfuerzo.

Este sentimiento de diferencia, estas limitaciones, esta experiencia directamente relacionada con el sentido de identidad y la autoestima, en edades más avanzadas, empieza a ser más y más evidentes para ellos mismos y para sus compañeros. La explicación de qué les pasa, porqué les pasa, cuál es el diagnóstico que tienen, y qué significa respecto a ellos y qué no, etc.

Empieza a ser necesario que la patología les sea explicada con mayor claridad, que se respondan

preguntas progresivamente más complejas; empieza a ser necesario que la etiqueta diagnóstica ayude a estos niños a entender sus particularidades y sus diferencias.

Esta mayor autoconsciencia, este mayor peso de la comparación social en la que reconocen sus propias diferencias, parece aumentar el grado de sufrimiento, ansiedad e incertidumbre, dirigiendo a estos niños al reto de encarar algunas limitaciones en las que se pondrán a prueba en las distintas etapas de su vida. Esta diferencia, como todo aquello en que las personas nos sentimos diferentes a los demás, puede conllevar sentimientos de tristeza, frustración, y derivar en tendencias de inhibición, renuncia, etc.

La mayor parte de los niños que han participado en este programa de seguimiento han mostrado un incremento claro en la escala de ansiedad / depresión y en la de aislamiento, señalando así que la tendencia general no es tanto la actuación del sufrimiento o la descarga de las ansiedades, sino a su interiorización.

Desde el punto de vista social, este cambio en la identidad individual va acompañado de un cambio en la identidad social. Cuando atendemos en atención precoz, es habitual (aunque no siempre sea así) que nos encontremos con que los niños con trastornos graves del desarrollo tienen una especie de *bula papal* social. Los maestros ayudan al grupo clase a entender las diferencias de trato respecto a un compañero; los otros niños y los grupos de clase en general se organizan en funciones de cuidado, tolerancia y acompañamiento. Las otras familias, si no hay dificultades conductuales añadidas en estos niños diagnosticados, suelen expresar contenidos relacionados con la ayuda, la piedad, la disponibilidad, etc. Incluso niños de otras edades dentro de la misma escuela, más a menudo niñas, suelen organizar juegos de cuidado con estos que muestran dificultades socialmente visibles. Por otra parte, al igual que pasa con los CDIAP, en las escuelas hay algunos recursos que suelen estar más disponibles en edades iniciales, y no lo están tanto en edades más avanzadas.

Un gran cambio que encaran estos niños con trastornos graves del desarrollo es que esta *bula papal* social decae progresivamente al avanzar en la edad cronológica. Las diferencias interindividuales empiezan a ser parcialmente

sancionadas o rechazadas por algunos compañeros, las funciones de cuidado grupal se van disolviendo y derivan en una competición social de incipiente complejidad, etc.

Llegando a la edad de los ocho o nueve años, los niños con un desarrollo neuro-normativo van alcanzando niveles de enorme complejidad en la construcción de la identidad social. Este hecho implica un salto cualitativo evidente, donde no sólo lo social tiene una gran importancia, sino que la escena comunitaria más amplia que el propio grupo entra en escena con mucha intensidad.

En el contexto de los trastornos generalizados del desarrollo, este gran salto en la complejidad social acaba ejerciendo como uno de los techos de cristal evolutivos. En este techo, los niños con trastornos graves del desarrollo pueden encontrarse no sólo limitados, sino también excluidos y separados incluso de los vínculos que han preservado con cierta claridad hasta ese momento.

Este es un escenario que, como mínimo, avisa de algo que conocemos suficientemente en la literatura clínica: la adolescencia como un periodo claramente de riesgo para estos niños y, por tanto, un periodo en el que está especialmente indicado que tengan un soporte psicoterapéutico adecuado.

Aunque no formara parte de los objetivos de este programa de seguimiento, lo cierto es que en las visitas de devolución que realizamos con las familias, las preguntas y reflexiones acerca del reto de encarar la adolescencia de estos hijos fue un tema recurrente a tratar con los progenitores.

La importancia de los centros de atención precoz

La experiencia nos muestra que es fundamental la detección precoz de las dificultades graves que pueden aparecer a lo largo del desarrollo, de los signos y síntomas relacionados con los TEA y otros diagnósticos de gravedad y, finalmente, la instauración de un programa de tratamiento temprano e intervención en todos los entornos en los que vive el niño.

Las intervenciones que realizamos desde los centros de atención precoz mejoran el pronóstico de los síntomas, el aprovechamiento de las habilidades cognitivas disponibles y, como objetivo central, aumentan la adaptación funcional

del niño a su entorno.

La detección precoz es fundamental, ya que está íntimamente ligada a la evolución clínica. Es uno de los roles fundamentales que tenemos los profesionales de la atención primaria. Como mejor conocimiento tengamos acerca de los signos de alerta específicos y de cuáles son los procesos evolutivos propios de cada edad, mejores profesionales podemos llegar a ser. Identificar los pródromos a tiempo y elaborar orientaciones pronósticas fiables son, sin duda, algunos de los retos clínicos que sólo pueden desarrollarse en base a la experiencia clínica acumulada.

La atención terapéutica en el CDIAP está dirigida al niño, a la familia y al entorno, y tiene el objetivo de dar respuesta a las necesidades de niños con trastornos generalizados del desarrollo o riesgo de padecerlo. Los profesionales de atención precoz tenemos el reto de facilitar, compensar y optimizar los recursos para que los infantes consigan una mayor maduración y un nivel de desarrollo personal e integración social más ajustados a la edad cronológica y la etapa evolutiva.

Esta experiencia compartida de seguimiento longitudinal nos ha permitido, a los profesionales que trabajamos en primera infancia en el CDIAP del Maresme, conocer in situ cuál es la evolución de los niños atendidos con dificultades en el desarrollo, especialmente en cuanto a las áreas de relación y comunicación.

Quisiéramos agradecer muy especialmente el compromiso y esfuerzo que las familias han realizado y han mantenido durante todo este tiempo para hacer posible este proyecto. Más allá de los resultados obtenidos en los diferentes cuestionarios y pruebas realizadas, estos encuentros nos han permitido a los terapeutas ver de nuevo a los niños durante tres años, estar con ellos y compartir una hora de juego una vez más. Esta experiencia de reencuentro con los niños y sus familias ha sido formidable.

Como terapeutas, los resultados y la experiencia nos confirman que los avances en los tratamientos realizados en atención precoz se mantienen en el tiempo, y son suficientemente consistentes como para favorecer mejoras en el desarrollo.

El hecho de que las familias tengan ya una

experiencia inicial de lo que entenderíamos como un espacio de tratamiento suficientemente bueno, suficientemente estable y frecuente, facilita una mayor consciencia en estas familias de cómo es el tipo de ayuda posterior que necesitan sus hijos.

También, en estas experiencias de reencuentro, nos hemos encontrado con familias agradecidas, no sólo por formar parte de esta experiencia de seguimiento, sino por tener una mayor consciencia de la importancia de los centros de atención precoz una vez la perspectiva del tiempo les ha ayudado a entender la relativa excepcionalidad de estos recursos y del tipo de apoyo o ayuda inicial que podemos ofrecer a los niños y sus familias en un período tan vulnerable y tan importante de sus vidas y de su evolución.

Etiquetas diagnósticas

Esta experiencia nos ha hecho reflexionar sobre el complejo tema de las etiquetas diagnósticas.

Las categorías diagnósticas son necesarias a la hora de clasificar los síntomas y las dificultades de los pacientes. También nos orientan acerca de dónde deseáramos que recayeran los beneficios de nuestra atención terapéutica. Facilitan la comunicación entre profesionales, y nos ayudan a seguir sumando y compartiendo conocimientos.

No obstante, las clasificaciones diagnósticas también han sido cuestionadas socialmente por la estigmatización que pueden acarrear. Es indudable que dar un diagnóstico conlleva un peso afectivo para la persona y sus allegados, que incide de lleno en la identidad individual y en la identidad social.

En el caso de niños pequeños, que se encuentran en pleno desarrollo, esto nos parece aún más delicado y complejo. En edades tempranas, la identidad del individuo está en plena construcción. Sabemos que la construcción de la propia identidad se produce a través de un complejo proceso en el que familiares y allegados (maestros, iguales, etc.) cumplen un papel esencial. Una etiqueta diagnóstica repercute en cómo ese niño es mirado y entendido, en qué se espera de él, etc. Es básico saberlo, y trabajar para que ese espejo en el que el niño

se va viendo reflejado sea de tonalidad esperanzadora.

Como profesionales, al igual que los progenitores, lo que deseamos es que el niño mejore. Pero cuando hablamos de diagnósticos graves, más a menudo de lo que quisiéramos, el paciente se encuentra con miradas menos alentadoras y sus conductas acaban encontrándose con explicaciones sesgadas a través de su *etiqueta diagnóstica*.

En ocasiones, el significado de una etiqueta diagnóstica puede alcanzar dimensiones tan hipertrofiadas que se acaba definiendo al niño prioritariamente por su diagnóstico, perdiéndose detrás de esta definición la idiosincrasia real de cada niño.

Algunas de las expectativas e ilusiones que pusimos en este proyecto fueron las de disminuir los temores y acrecentar las esperanzas de estos niños y sus familiares, una vez que hubieron recibido un diagnóstico dentro de los trastornos generalizados del desarrollo.

Sin duda, la experiencia y los resultados obtenidos nos alientan a continuar trabajando por nuestros pacientes y sus familias; a seguir defendiendo la necesidad de una revisión evolutiva y cronológica de los diagnósticos. A seguir afirmando que los cambios o las mejoras son posibles, que los niños con diagnósticos de trastornos generalizados del desarrollo evolucionan, y que las mejoras conseguidas en edades tempranas en los centros de atención precoz son estables a lo largo el tiempo.

Relativización de la gravedad desde la perspectiva adaptativa

Una de las consecuencias inesperadas en este programa de seguimiento ha sido la constatación de que, quizás, en los CDIAP, nos falta perspectiva evolutiva a la hora de graduar la gravedad de los síntomas que tratamos. En base a los resultados de los cuestionarios de progenitores, maestros y terapeutas, la continuidad de la escolarización en las escuelas ordinarias, y el tipo de evolución cualitativa recogida en las transcripciones dinámicas de las sesiones, nos invitan a preservar unas expectativas pronósticas más graduadas. En este sentido, nos gustaría señalar que, a pesar de la gravedad de las etiquetas diagnósticas, los niños ubicados en los grupos

de menor dificultad han mostrado globalmente una capacidad adaptativa como mínimo notable, a pesar de sus dificultades y sus limitaciones.

Esta experiencia de seguimiento longitudinal que hemos realizado no tenía entre sus objetivos el de validar o desmentir las conclusiones diagnósticas que se emitieron desde el CDIAP, en la forma de diagnósticos finales o diagnósticos de salida. De hecho, creemos que es muy importante señalar que ninguna familia ni ningún profesional ha puesto en duda estas conclusiones diagnósticas. Es decir, tanto los resultados obtenidos en los cuestionarios, como la información que han aportado las familias, en ningún momento ha puesto en duda las conclusiones diagnósticas que se dieron en el CDIAP. Esto ha sido así en todos los casos, independientemente del grupo de gravedad en que hayan sido incluidos en este programa de seguimiento. Este hecho nos tranquiliza como terapeutas, pudiendo confirmar a través de un seguimiento longitudinal que, cuando damos un diagnóstico grave, parece que este muestra estabilidad y fiabilidad a través del tiempo y el desarrollo.

Aún y así, cualitativamente, la impresión general es que los niños con síntomas de gravedad media o moderada han seguido una evolución estable e incluso positiva en diversos aspectos de su desarrollo y en diferentes ámbitos sintomatológicos.

En algunas áreas, como por ejemplo en las tendencias conductuales, las evoluciones han sido especialmente positivas. En cuanto a la sintomatología general, lo que encontramos en los resultados de los cuestionarios es una tendencia a la estabilización de los síntomas o a una ligera disminución.

Esta tendencia es muy marcadamente distinta en aquellos casos en los que la gravedad es alta o muy alta. Entonces podemos encontrar evoluciones muy distintas: empeoramiento de las tendencias conductuales y/o agresivas, puntuaciones clínicamente significativas en distintas áreas sintomatológicas, etc.

En ocasiones, al reflexionar como equipo de profesionales, nos decimos a nosotros mismos que nos falta más experiencia acerca de cómo son los niños con un desarrollo normal o neuro-normativo en las edades de atención precoz. Es

decir, nos falta más experiencia de conocer a niños de entre 0 y cinco años que no sean población clínica.

En la misma línea de esta reflexión, y basándonos en la riqueza de experiencias que nos ha ofrecido este seguimiento longitudinal, creemos que, a los terapeutas de atención precoz, al faltarnos experiencia de cómo es la evolución posterior de los que atendemos, también nos falta información que nos permita graduar la gravedad real de los síntomas que atendemos, y que nos permita elaborar expectativas pronósticas basadas en un criterio de realidad más consistente.

Al faltarnos información consistente acerca de esta evolución posterior, es más factible que pequemos de generar un sesgo ideológico en dos posibles direcciones: que seamos terapéuticamente pesimistas (infravalorando las posibilidades evolutivas del niño) o que seamos terapéuticamente optimistas (sobrevalorando las posibilidades evolutivas).

En este sentido, creemos que la realización de programas de seguimiento longitudinal como el que presentamos en este artículo tendría especial importancia no sólo para terapeutas y familias, sino también para los centros de atención precoz como equipo e institución y como red asistencial.

La escasez de experiencias de este tipo parece un déficit considerable desde el punto de vista de la gestión y marca una diferencia significativa respecto a otro tipo de servicios de atención clínica donde este tipo de experiencias pueden llegar a ser incluso frecuentes.

Bibliografía

- Achenbach, T. M. y Edelbroch, C. S. (1983). *Manual for Child Behavior Checklist and Revised Child Profile*. Burlington: Dep. of Psychiatry. University of Vermont.
- Achenbach, T. y Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles, An integrated system of multi-informant assessment*. Burlington: Dep. of Psychiatry. University of Vermont.
- American Psychiatric Association (APA) (2002): *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (2013): *DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona: Masson.
- Aracil, A., Pegenaute, F., Pérez, P., Trujillo, S. y Zaurin, L. (2010). *Organització Diagnòstica de la Xarxa de CDIAPs de Catalunya*. Barcelona: Unió Catalana de Centres de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (UCCAP) / Associació Catalana d'Atenció Precoç (ACAP).
- Auyeung, B., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. y Allison, C. (2008): The autism spectrum quotient: Children's version (AQ-Child). *Journal of autism and developmental disorders*; 38(7):1230-1240.
- Barbaro, J. y Dissanayake, C. (2013) Early markers of autism spectrum disorders in infants and toddlers prospectively identified in the Social Attention and Communication Study. *Autism*. 17(1), 64-86.
- Biggs, E. E. y Carter, E. W. (2016) Quality of Life for Transition-Age Youth with Autism or Intellectual Disability. *Journal of Autism Development Disorder*, 46(1), 190-204.
- Cabanyes, J. y García, D. (2004). Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 39, 81-90.
- Casas, O., Galceran, R., Pla, E. y Viñas, F. (2016). Evolución de la sintomatología autista de los dos a los cuatro años: un estudio de seguimiento. *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 27, 31-37.
- Charman, T., Drew, A., Brown, J. A. y Baird, G. (2005). Outcome at 7 years of children diagnosed with autism at age 2: predictive validity of assessments conducted at 2 and 3 years of age and pattern of symbol change overtime. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 500-513.
- Ferrando, M. T., Martos, J. et al. (2002). Espectro Autista. Estudio epidemiológico y análisis de posibles subgrupos. *Revista de Neurología*, 34, 49-50.
- Gerstein, E. D., Crnic, K. A., Blancher, J. y Baker, B. L. (2009). Resilience and course of daily parenting stress in families of young children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 53, 981-997.
- Howlin, P., Goode, S., Hutton, J. y Rutter, M. (2004). Adult outcome for children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 212-29.

- Kleinman, J. M., Ventola, P. E., Pandey, J., Verbalis, A. D., Barton, M., Hodgson, S. et al. (2008). Diagnostic stability in very young children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(4), 606-615.
- Landa, R. y Garret-Mayer, E. (2006). Development in infants with autism spectrum disorder: a prospective study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 629-638.
- Lord, C., Bishop, S. y Anderson, D. (2015). Developmental trajectories as autism phenotypes. *American Journal of Medicine*, 169(2), 198-208.
- Martín, S. y Segarra, S. (2021). Trastornos generalizados del desarrollo: programa de seguimiento post-CDIAP (5 - 9 años). Resultados CBCL (Child Behaviour Check-List). *Desenvolupa: La Revista d'Atenció Precoç*.
- Martos, J. y Llorente, M. (2013). Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. *Revista de Neurología*, 57(1), 185-91.
- McGovern, C. W. y Sigman, M. (2005). Continuity and change from early childhood to adolescence in autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(4), 401-408.
- Moss, P., Mandy, W.Ç. y Howlin, P. (2017). Child and Adult Factors Related to Quality of Life in Adults with Autism. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 47(6), 1830-1837.
- Plimley, L. A. (2007). A review of quality of life issues and people with autism spectrum disorders. *British Journal of Learning Disabilities*, 35(4), 205-213.
- Rivière, A. (2004). IDEA: *Inventario de Espectro Autista*. Buenos Aires: Editorial Fundec.
- Scott, F. J., Baron-Cohen, S., Bolton, P. y Brayne, C. (2002). The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test): Preliminary Development of a UK Screen for Mainstream Primary-School-Age Children. *Autism*, 6(1), 9-31.
- Sroufe, A. (2000). Early relationships and the development of children. *Infant Mental Health Journal*, 21(1-2), 67-74.
- Szatmari, P., Chawarska, K., Dawson, G., Georgiades, S., Landa, R., Lord, C. et al. (2016). Prospective longitudinal studies of infant siblings of children with autism: lessons learned and future directions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(3), 179-187.
- Zero To Three (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC: 0-3R)*. Washington, DC: Zero to Three Press.
- Zwaigenbaum, L., Thurm, A., Stone, W., Baranek, G., Bryson, S., Iverson, J. et al. (2007). Studying the emergence of autism spectrum disorders in high-risk infants: methodological and practical issues. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(3), 466-480.

Anexos

Figura 1. Estructura longitudinal del proyecto

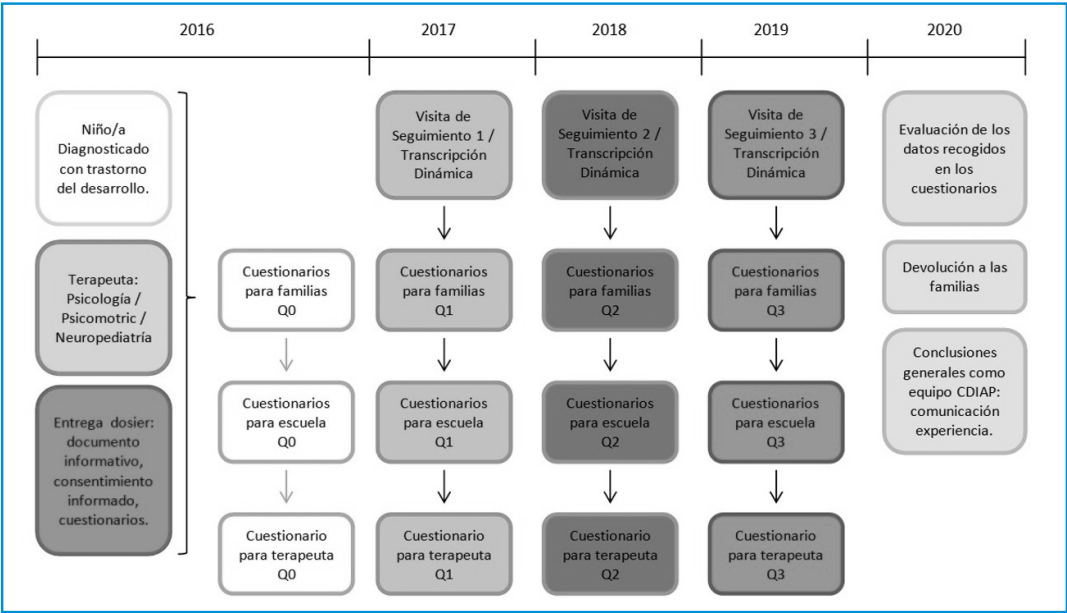


Figura 2. Resultados del cuestionario para terapeutas (IDEA)

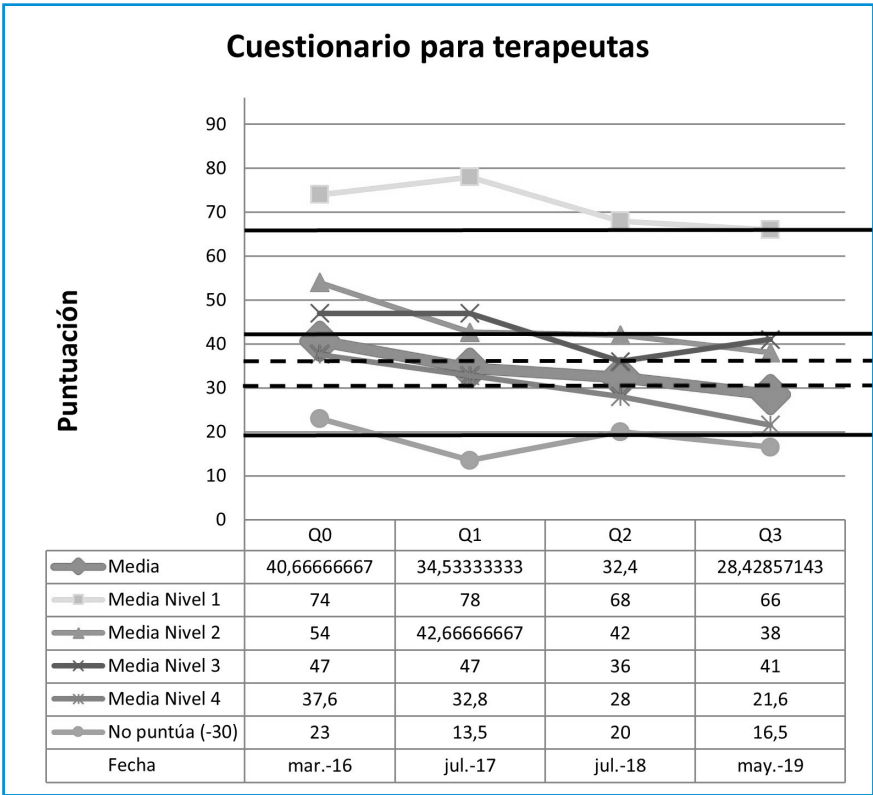


Figura 3. Resultados del cuestionario para progenitores (AQC 4-11)

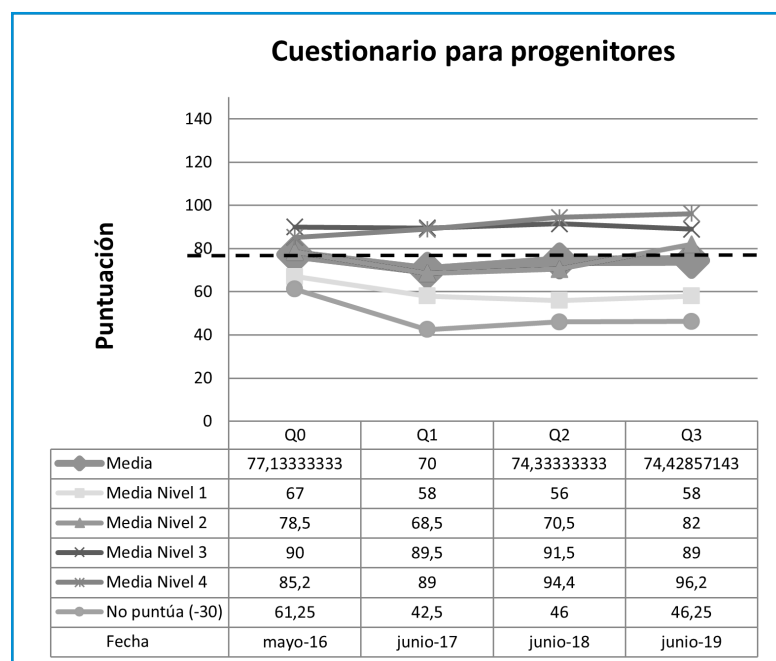
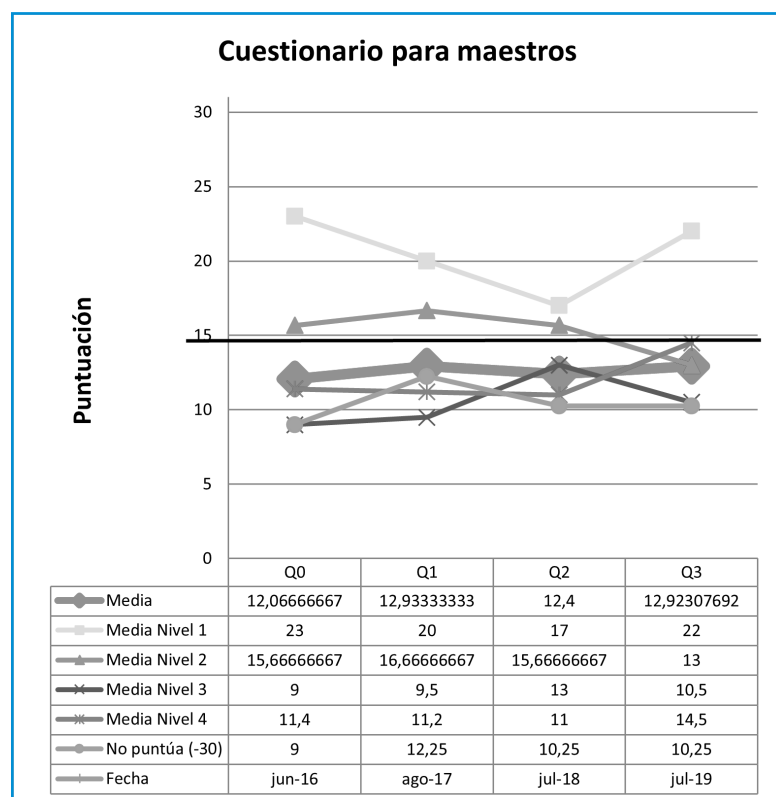


Figura 4. Resultados del cuestionario para maestros (CAST 4-11)



El cuidado de la salud mental en primera infancia: una experiencia de detección y prevención precoz entre Pediatría y CDIAP

MÒNICA LLOPART MONTSERRAT¹

RESUMEN

El cuidado de la salud mental en primera infancia: una experiencia de detección y prevención precoz entre Pediatría y CDIAP. Este artículo explica una experiencia de prevención en el centro de atención primaria (EAP), en colaboración con el equipo de pediatría y el centro de desarrollo y atención precoz (CDIAP) de la zona. El objetivo del proyecto es poder realizar una tarea de sensibilización, detección y prevención de posibles trastornos del desarrollo en niños de 0 a 5 años. Durante el primer año de desarrollo del proyecto se atendieron a 29 niños. Se muestra a través de una viñeta clínica cómo se interviene de manera precoz para facilitar el desarrollo del niño y la calidad del vínculo con sus cuidadores desde el contexto de la consulta pediátrica. **Palabras clave:** *prevención, trastornos del desarrollo, consulta pediátrica, atención precoz, salud mental.*

ABSTRACT

Mental health care in early childhood: an experience of early detection and prevention between Paediatrics and CDIAP. This article explains a prevention experience in the primary care center (EAP), in collaboration with the paediatrics team and the development and early care center (CDIAP) of the area. The project aims to raise awareness and detect and prevent possible developmental disorders in children from 0 to 5 years of age. During the first year of the project, 29 children attended. A clinical vignette shows how to intervene early to facilitate the child's development and the quality of the bond with their caregivers in the context of paediatric consultation. **Keywords:** *prevention, developmental disorders, paediatric consultation, early care, mental health.*

RESUM

La cura de la salut mental a la primera infància: una experiència de detecció i prevenció precoç entre pediatria i CDIAP. Aquest article explica una experiència de prevenció al centre d'atenció primària (EAP) en col·laboració amb l'equip de pediatria i el centre de desenvolupament i atenció precoç (CDIAP) de la zona. L'objectiu del projecte és poder desenvolupar una tasca de sensibilització, detecció i prevenció de possibles trastorns del desenvolupament en nens de 0 a 5 anys. Durant el primer any de desenvolupament del projecte es va atendre 29 nens. Es mostra, a través d'una vinyeta clínica, com s'intervé de manera precoç per facilitar el desenvolupament del nen i la qualitat del vincle amb els cuidadors des del context de la consulta pediàtrica. **Paraules clau:** *prevenció, trastorns del desenvolupament, consulta pediàtrica, atenció precoç, salut mental.*

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), en su plan de acción para la Salud Mental, propone la reorientación de la financiación hacia servicios de base comunitaria, con la

integración de la Salud Mental en la atención sanitaria general y en los programas de salud materna, sexual, reproductiva e infantil. Esto supondría que muchas más personas pudieran acceder a intervenciones mejores y más efectivas. Desde el punto de vista económico

¹Psicóloga Sanitaria. Psicoterapeuta (ACPP-FEAP). Centro de Desarrollo y Atención Precoz l'Espiga. Vilafranca del Penedès. Barcelona. Actualmente, psicóloga en CSMIJ Anoia. Igualada.
Contacto: monillopart@gmail.com

Recibido: 5/7/21 - Aceptado: 3/10/22

(Heckman, 2011), se promulga que la inversión en el desarrollo infantil precoz reduce el déficit y fortalece la economía. Destaca el alto retorno económico de la inversión en primera infancia, ya que produce beneficios tanto a corto como a largo plazo mediante la reducción del gasto en etapas posteriores de servicios de educación especial y de salud mental.

Dicho Plan de acción tiene como objetivos poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental. En el Libro Blanco de la Atención Precoz (Diputació, 2001), se habla de los servicios de pediatra en atención primaria; estos ocupan un lugar especial en la prevención de los trastornos del desarrollo y de las situaciones de riesgo, ya que se dirigen a toda la población infantil, mediante las revisiones regulares y de control del niño sano.

Se destaca la importancia de detectar los trastornos del desarrollo en el momento en que aparecen los primeros signos indicadores, si es posible antes de que los diferentes síndromes se estructuren de manera completa y estable.

Estos primeros signos e indicadores alertan sobre posibles alteraciones del equilibrio bio-emocional y de su evolución. Se pueden observar en diversas áreas del desarrollo, en actitudes, estados emocionales, comportamientos de rechazo como apatía, decaimiento, baja forma, evitación, desconexión, movimientos peculiares; también disfunciones corporales como insomnio, llanto, alteraciones digestivas, dermatológicas, respiratorias; y los retrasos en la evolución psicomotora, permanencia de reflejos arcaicos, retrasos en la adquisición de las funciones motoras y más tarde, retrasos en el inicio del lenguaje, de capacidades de diferenciación y cognitivas (Torras de Beà, 2007).

Muchas alteraciones en el desarrollo se pueden prevenir si son tratadas a tiempo, pero cuando estas dificultades no son detectadas, o no se hace en el momento adecuado, se puede producir un empeoramiento de estas. Ignorar signos de alerta y/o síntomas tempranos de psicopatología puede llevar a alteraciones más graves, como, por ejemplo, autismo, psicosis, procesos deficitarios, estados depresivos o desarmonías evolutivas precoces. En la etiología de estos trastornos hallamos elementos

constitucionales neuro-biológicos y psíquicos innatos que los predisponen. Los factores relacionales provenientes del entorno próximo inciden unas veces corrigiendo la predisposición al trastorno, otras aumentándola y, en algunos casos, siendo el origen directo del desequilibrio emocional (Torras de Beà, 2007).

En el apartado de *Salud Mental Infantil y Juvenil*, del *Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud a la edad Pediátrica* (Generalitat de Catalunya, 2008), se contemplan tres situaciones a abordar por el equipo de pediatría. En primer lugar, saber si se encuentran ante un hecho banal o pasajero o bien si están ante un signo o síntoma precoz que, si no es detectado adecuadamente y a tiempo, puede evolucionar hacia una patología grave. En segundo lugar (cuando el trastorno no es grave, pero existe, o bien antes que evolucione hacia una patología grave), es necesario proponer modificaciones ambientales familiares, relacionales, etc., que ayuden a reconducir y normalicen la situación. En tercer lugar, decidir en qué momento y en qué circunstancias se hace necesaria la derivación a los servicios de salud mental.

Este programa se enmarca principalmente, en el segundo bloque, en el cual una intervención precoz en los aspectos relacionales y familiares evita una evolución hacia la psicopatología (Buitrago et al., 2018).

Los objetivos que se pretenden conseguir son favorecer la atención del niño desde un modelo biopsicosocial aplicable a la atención primaria pediátrica, ampliar la comprensión de los factores psicológicos que pueden estar alterados en el desarrollo del niño y detectar hechos adversos que podríamos considerar factores de riesgo. Estos los definimos como: toda característica del niño y del adolescente, o cualquier circunstancia de su entorno, que conlleve una posibilidad significativamente más alta de desarrollar trastornos psicopatológicos que la que se observa en la población general.

Método

Participantes

Se realizó la experiencia en el centro de atención primaria (EAP) de Vilafranca del Penedès,

en colaboración con el equipo de pediatría y el servicio de desarrollo y atención precoz (CDIAP Fundació l'Espiga). El CDIAP es un servicio de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento dirigido a niños de cero a seis años, de la comarca del Alt Penedès, que presenten trastornos en su desarrollo, que se encuentren en situación de riesgo de padecerlos por sus antecedentes, o bien presenten dificultades en la crianza. El servicio es de carácter multidisciplinar (fisioterapia, logopedia, neuropsiquiatría, psicología, pedagogía y trabajo social).

En el proyecto, participaron niños de cero a cinco años que los mismos pediatras seleccionaban según si presentaban alguna sintomatología relacionada con un posible trastorno del desarrollo o si bien se detectaba el riesgo de padecerlo por indicadores de riesgo psicosocial.

Las visitas se realizaban en el centro de atención primaria, juntamente con el profesional del CDIAP y el profesional de la salud (pediatra y/o enfermera pediátrica) desde noviembre de 2018 hasta julio de 2020, con una frecuencia mensual (con un periodo de marzo a junio de 2020 donde se detienen las visitas por la situación de la COVID-19). Las visitas tenían una duración de 30-40 minutos.

Procedimiento

Para realizar el programa de prevención, se utilizan las observaciones realizadas en las revisiones periódicas dentro del programa del niño sano (Generalitat de Catalunya, 2008) o bien en las visitas de salud. Se valoran tanto las observaciones de los pediatras como de las enfermeras pediátricas y son compartidas con el profesional de CDIAP antes de la visita. La terapeuta del CDIAP registró las consultas e impresiones clínicas en un documento narrativo.

Las técnicas utilizadas son comunes a las que habitualmente se usan en el trabajo con padres e hijos (Tizón, 2003), como son: observar las acciones y las reacciones del niño y de los padres, observar la relación entre ellos, interpretar o señalar las acciones o reacciones del niño, ofrecer orientaciones de cómo favorecer la observación y la relación; incidir aspectos favorecedores de la relación, apuntar en lo que ayuda a crecer y flexibilizar sentimientos de culpa en

relación a las dificultades del niño. Se espera que el resultado de estas técnicas sea el de una buena detección y abordaje terapéutico de las dificultades que presentan los niños visitados y, si es necesario, facilitar una “buena” derivación al CDIAP.

Instrumentos

Para mejorar el conocimiento de la situación familiar utilizamos el *Listado de ítems en Salud Mental* (LISMEN; Artigue, Tizón y Salamero, 2016). El LISMEN es un instrumento de exploración biográfica sistematizada que se centra en la infancia y la adolescencia. Su objetivo es recoger una serie de factores de riesgo en el niño o la niña con la finalidad de predecir la posible aparición de un trastorno emocional grave. Los ítems se refieren a los hechos observables que alteran el neurodesarrollo y los procesos de vinculación normales en estas edades. Este cuestionario se ha administrado con anterioridad a las visitas desde pediatría.

Además, desde el servicio, se utiliza un protocolo de uso interno adaptado a las revisiones pediátricas para detectar aquellos niños que presentan dificultades en la comunicación y el lenguaje. Está dividido en las franjas de edad que corresponden a las revisiones del protocolo del niño sano, a los 4/6/9/12/18/24/36 y 48. Dentro de cada franja de edad, se pregunta por los ítems que se consideran imprescindibles que estén presentes. Cuando dos o más ítems no se cumplen, se valora la derivación al CDIAP, juntamente con el terapeuta que realiza la consulta preventiva. Este protocolo es de uso interno y fue elaborado por los profesionales de logopedia del CDIAP (Martí, Sánchez, Sánchez, Ureta y Zafra, 2019). Se acompaña de una hoja de estrategias para las familias adaptadas a cada etapa con el objetivo de favorecer el desarrollo de la comunicación y el lenguaje en la primera infancia.

Análisis de datos

Es un análisis descriptivo en base a una metodología observacional. La profesional que ha hecho el análisis es la misma, para favorecer la coherencia del proceso. Los datos cuantitativos se han analizado en base a la frecuencia en la que se daban.

Resultados

Se visitaron en interconsulta con la psicóloga del CDIAP un total de 29 niños.

La distribución por sexo ha sido de un 79 % de niños y un 21 % de niñas. La media de edad ha sido de 25,7 meses.

Por *franja de edad*: cuatro casos de cero a cinco meses (13,7 %); uno (3,4 %), de seis a 11 meses; cuatro (13,7 %), de 12 a 17 meses; tres (10,3 %), de 18 a 23 meses; nueve (31 %), de 24 a 29 meses; dos (6,9 %), de 30 a 35 meses; y seis (20,7 %), de más de 36 hasta 60 meses.

Según la *conducta problema*: siete casos (24 %) presentan dificultades en el lenguaje; cuatro (13,8 %), de alimentación; cuatro (13,8 %), problemas de relación; tres (10,3 %), riesgo social; tres (10,3 %), desarrollo psicomotriz; dos (6,9 %), movido, inquieto, irritable; el resto de las situaciones: se da un caso en cada situación problema (3,4 %), baja estimulación, dudas de crianza, ansiedades derivadas de una enfermedad orgánica, prematuridad, retraimiento, tartamudeo.

El *motivo de consulta* más frecuente fue el de las dificultades de lenguaje (24 %), seguido de las dificultades de alimentación (13,8 %) y de los problemas de relación (13,8 %).

La *franja de edad* con más niños es la de 24 a 29 meses, donde se espera que realicen algunos de los hitos evolutivos más importantes, como que se inicien a hablar (ver las tabla 1 i 2 del anexo, donde se presentan los niños por edades y la conducta problema).

A través del cuestionario LISMEN (ver tabla 3 del anexo), las puntuaciones obtenidas indican una media de cuatro *factores de riesgo* por el total de la muestra de 29 niños. El cuestionario determina que hay cuatro casos en los que se acumulan 10 o más ítems de riesgo. En estos casos, la acumulación de situaciones adversas indica que podrían desarrollar un trastorno de salud mental en la infancia y la adolescencia, por lo que deberían recibir un tratamiento psicológico preventivo.

Presentamos la siguiente viñeta clínica donde se muestra el trabajo realizado.

Viñeta clínica: niño de 17 meses con dificultades de vinculación.

La pediatra hace demanda de una primera

visita conjunta con el profesional del CDIAP para valorar los aspectos en el desarrollo del niño que preocupan. Las dificultades detectadas por la pediatra y la enfermera pediátrica se relacionan con la falta de lenguaje. Informan que no hay antecedentes familiares ni personales significativos y que las pruebas auditivas al nacer fueron positivas. Entramos en la consulta con la pediatra donde hay el niño, la madre y la enfermera. Me presento a la madre como psicóloga especializada en el desarrollo infantil que trabaja en el CDIAP. Me dirijo al niño saludándole, pero este no me dirige la mirada; sí que noto que me tiene presente. Parece que está intentado conseguir un juguete que ha visto. No busca a la madre para que lo ayude, pero parece que se quiere subir para conseguirlo mientras hace un tono de queja y alza los brazos hacia lo que él quiere. Le digo que quizás quiere alguna cosa que le gusta. Ella lo redirige físicamente, pero no verbalmente, para evitar que se suba y le da las piezas que quiere. Lo pone encima de la litera; entonces, el niño empieza a manipularlas. Observo vocalizaciones, pero no palabras. Le digo a la madre que parece que les preocupa el lenguaje. Le pregunto si dice alguna palabra en casa, me dice que no de manera inespecífica, “que no dice nada”. Pregunto por el día a día de su hijo. La madre comenta que va a la guardería. Pregunto por la edad de inicio de la guardería, me dice que asiste desde los siete meses y que el horario es de las 8 a las 17,45h. Pregunto por cómo fue la entrada en el jardín de infancia, si lloró, si notaron algún cambio, ella responde que no, “que no se quejó”. Observo unas respuestas de carácter concreto con poca manifestación de emoción.

Exploro por cómo es su despertar: si los llama de alguna manera y si les hace saber que se ha despertado. La madre dice que no, que no los llama, que está tranquilo y que muchas veces no se dan cuenta cuando se ha despertado. Mientras, el niño, va mirando hacia diferentes puntos de la habitación y se desplaza, pero no atrae la atención hacia él. Intento captar su atención colocándome enfrente de él y dirigiéndome a él; ahora contacta puntualmente, pero no se interesa por lo que le señalo. Entonces comento que, si aún no le han oído ninguna palabra, sí los mira cuando hablan o le dicen cosas. La

madre responde vagamente que quizá sí que los mira más cuando están sentados en la mesa con ellos.

Durante esta primera entrevista de observación madre-niño, vemos que el niño no busca o no tiene interés por iniciar la interacción. Ella no puede interpretar o poner palabras a lo que siente el niño; entonces se hace más difícil la aparición del lenguaje. En esta fase de la entrevista le propongo a la madre la posibilidad que inicie conversaciones con su hijo, que ella y su padre sean sensibles a los intereses que pueda tener su hijo.

Hablamos de hacer juegos como el “cucú-tras” o bien juegos de esconderse y buscarse y provocar que el niño busque a los padres o viceversa. Este es un juego para favorecer tener presente al otro porque impresiona que no pueda conectar con las necesidades emocionales de su hijo. Con la pediatra destacamos la importancia de buscar su mirada para poder mejorar la capacidad de comunicarse.

Por ahora, pensamos que, aunque la madre tiene la capacidad para desarrollar una comunicación con su hijo, detectamos que hay un bloqueo en este aspecto.

Observamos que inicialmente la madre no quería o no veía la necesidad de hacer una observación, pero al acabar la entrevista manifiesta una disposición a probar lo que hemos estado hablando.

Después de esta primera observación, se acuerda hacer una segunda entrevista al cabo de un mes para poder valorar los posibles cambios en la comunicación y la relación.

En la segunda visita, a los 18 meses de edad, observo que el niño manifiesta más ganas de comunicarse conmigo, hace más vocalizaciones y la madre también se muestra más atenta a los intentos comunicativos del niño. Ella se muestra más abierta y comunicativa conmigo. Va explicando que ha observado que su hijo mira poco y que le cuesta que la mire, pero sí que mira más a la boca cuando hablan. Continúa diciendo que le han comprado una mesa pequeña para poder, así, ponerse con él a jugar. También me muestra unos cuentos que le han comprado y que miran juntos. Identifica al niño con el carácter de su padre, haciendo comparaciones consigo misma, y se coloca en

una posición más activa (“se parece al padre”, “yo soy más activa y él, no”). Parece que la madre ha cambiado de actitud y empieza a pensar qué le puede ir bien o no a su hijo. Sus comentarios reflejan que ha empezado a pensar por ella misma. Busca nuestra aprobación y saber si le podemos sugerir más ideas. Comentamos la importancia de este vínculo con el niño; al hablar de esto, se anima y vemos una madre ilusionada con la crianza de su hijo. Son elementos que muestran cómo empieza a tener representación mental de lo que le puede pasar a su hijo. Explica que irá al jardín de infancia este verano y que también han pensado en ponerle inglés en la tableta.

En esta visita, la madre empieza a hablar del qué hacer, muestra sus preocupaciones y da una interpretación de lo que el niño necesita, de lo que cree que está sintiendo. Y nosotras vemos que el niño lo está notando, reacciona a este cambio, se muestra más comunicativo y no está tan pasivo.

Valoramos el esfuerzo de la madre y cómo la comunicación tiene una cualidad diferente a la que recibe en la guardería. La madre nos dice que también mira a su hijo; observamos en la madre un cambio de actitud e interés diferente. El hecho de haber podido dar a la madre algunas indicaciones y estimular la relación ha hecho que ahora sea una madre diferente en contraposición de la primera entrevista, cuando solo podía registrar pequeños cambios en el comportamiento de su hijo, como que si estaba despierto o no. A los 19 meses, se hace un seguimiento en el CDIAP. Se observó que los padres tenían presentes las visitas en el centro de atención primaria. Comentan que entonces no decía ni “papa”, ni “mama” y casi no miraba ni pronunciaba palabras. La entrevistadora observa que el niño no para de “parlotear”.

Se realiza una visita de seguimiento cuando el niño tiene 24 meses donde va acompañado de la madre. La terapeuta observa que tiene un repertorio amplio de vocabulario. Esta retorna que el desarrollo está dentro de la normalidad por su edad. Durante la visita, observa un niño comunicativo, que se ríe, muy expresivo, que comparte y muestra curiosidad por aprender. La mejora se mantiene a los 29 meses, momento en que finaliza el seguimiento.

Discusión

En estas intervenciones preventivas, frecuentemente a través de un síntoma (lenguaje, sueño, alimentación, etc.), observamos dificultades en la vinculación niño-padre/madre. Son situaciones que no son valoradas como graves por los profesionales de la salud y tampoco por los padres, pero sí por los profesionales de la pequeña infancia, que vemos como estos tipos de problemas pueden derivar en alteraciones más graves del desarrollo en edades posteriores sino son atendidas y detectadas en el momento oportuno (Buitrago, et al., 2018).

Muchos factores intervienen en la forma en cómo el bebé evoluciona desde el principio de su vida, entre los cuales es central la relación y sus interacciones con los padres y las personas de su entorno. Cuando esta relación es saludable, aporta los estímulos necesarios para la maduración del cerebro y de la estructuración de su mente, imprescindible para que todas otras funciones se desarrollen, como son la capacidad de pensar, de representación mental, de simbolización y el proceso de diferenciación o individuación y separación (Torras de Beà, 2007).

En la primera visita de la viñeta, se observan dificultades en la interacción. El niño no se dirige a nadie y no busca a la madre con la mirada o no se interesa en atraer su atención. Sabemos, por nuestra experiencia, que, si esto se mantiene en el tiempo, podría derivar hacia un aislamiento e incluso hacia un repliegue autístico (Golse y Bursztejn, 1992). Algunos autores (Torras de Beà, 2007) hablan del “bebé silencioso”, como bebés que no sonríen, ni reclaman la atención y no transmiten emociones. En estos casos, sino se realiza una intervención a tiempo, algunos de ellos presentarán una evolución con aspectos depresivos importantes y otros hacia un repliegue, como hemos dicho, de características autísticas. En estos casos, es fundamental la detección y la intervención precoz para evitar estos repliegues (Busquets et al., 2018).

Vemos en la viñeta dificultades en los padres para darse cuenta de si el niño los llama o si se ha despertado; nos explican que “no dice nada”. Estos déficits de estimulación son frecuentes en los casos que aparecen dificultades en el desarrollo o la maduración y si son sostenidos en el

tiempo, no se pueden elaborar las experiencias emocionales básicas de vinculación y afecto (Bowlby, 2014).

En la viñeta, se observan respuestas de carácter concreto en los cuidadores que describen aspectos conductuales del niño con poca manifestación de emoción. Desde la perspectiva de la mentalización (Midgley, Ensink, Lindqvist, Malberg y Muller, 2019), a veces los padres tienen dificultades para ver más allá del comportamiento de los hijos y considerar los sentimientos subyacentes. Puede suceder que estos, al no ver la angustia del niño, puedan entrar en círculos viciosos no mentalizadores que impiden el desarrollo del vínculo y el encuentro emocional entre ambos.

Pensamos en la representación mental de los padres y los cambios cuando hay una implicación emocional padres e hijos: a través de la estimulación de los padres conseguimos estimular al niño (Gerhardt, 2008).

En la primera visita de la viñeta, vemos cómo la madre no puede interpretar o poner palabras a lo que siente el niño, aspecto que dificulta la aparición del lenguaje. Cuando observamos y estimulamos este vínculo, estamos favoreciendo y mejorando la cualidad de la interacción, aspectos básicos para desarrollar la capacidad y el deseo de comunicación y, consecuentemente, el lenguaje (Golse y Bursztejn, 1992).

En la primera visita, la terapeuta pregunta sobre cómo es el día a día de su hijo, cómo comunica sus necesidades en casa o cómo se sintió en la entrada a la guardería. El hecho de que los padres puedan informar de estas dificultades es el primer paso para la mentalización de estos, de tomar consciencia de que hay procesos o situaciones que no evolucionan de la mejor forma posible. Es un paso delicado, pues todos los padres piensan o quieren hacerlo de la mejor manera. Tienen la ilusión que lo hacen de la mejor forma.

En la viñeta, la terapeuta se muestra en interacción con el niño y también se propone la posibilidad de que la madre inicie conversaciones con él. Decir a los padres aquello que puede ayudar, únicamente lo podemos hacer en este contexto, donde hay la relación y la confianza que los padres depositan en el pediatra e indirectamente en el psicólogo del CDIAP (Sabrià, 2005).

Como hemos visto en el material de la viñeta, hay alguna dificultad en mostrarse jugando o no saben si lo podrán hacer. En este sentido, un buen trabajo es introducir elementos de juego, hábitos, rutinas que van a paliar estas dificultades de relación. Por este motivo, se sugieren algunos juegos para que lo vayan probando en casa. Poder jugar juntos crea una forma de relación más lúdica y supone un cambio de relación entre padres e hijos.

Sabemos que el juego es para los niños su manera de relacionarse y descubrir el mundo. Ayuda a reforzar la relación entre niño y adulto. Se establecen turnos de diálogo y una interacción en que uno responde a las señales del otro y el niño reacciona delante de las acciones que le ofrece el adulto. El juego permite unas interacciones lúdicas placenteras y divertidas entre los progenitores y el niño que refuerzan, al mismo tiempo, el vínculo (Winnicott, 2007, 2008), como un espacio potencial y de confianza entre el bebé y la figura materna. En la viñeta, se sugieren a los padres juegos de esconderse y buscarse, como el juego del “cucú-tras”. Este se inicia a entre los cuatro y los cinco meses y es la primera actividad lúdica del niño. Consiste en aparecer y desaparecer. Es el momento en que el bebé pasa de una relación única con el cuidador a empezar a establecer una tríada, padre-madre-hijo, que es la base de las futuras relaciones del individuo con el mundo. De su cuerpo salen diferentes sonidos, y es capaz de repetirlos una y otra vez (balbuceo), y son su primer intento de experiencia verbal (Aberastury, 1983).

Así, cuando interactuamos y nos comunicamos, intercambiamos pensamientos, fantasías, asociamos ideas, recuerdos y emociones. En el tratamiento y prevención en niños, se destaca la importancia del juego y sus funciones, como son la comunicación, la experimentación, el desarrollo de la capacidad de simbolización y la elaboración de experiencias (Torras de Beà, 2007).

En nuestra intervención, nos situamos como observadores de la interacción madre-niño; entramos en un clima de confianza suficiente como para poder hablar de situaciones o aspectos que están bloqueando el desarrollo del vínculo (Tizón, 1991). De este modo, la madre puede estar atenta y comunicativa. En la segunda

visita de la viñeta, vemos cómo la madre está más atenta a los intentos comunicativos del niño. Se han fijado en si los mira, han pensado en cómo atraer su atención mirando cuentos juntos o ponerse en una mesa que esté a su altura para facilitar el cara a cara. El hecho de que una pediatra o una psicóloga observe a su hijo hace que el progenitor también se interese por aquello. Provoca el interés de la madre por lo que le puede interesar, por sus potencialidades. En el caso, encontramos una madre que, fruto de la preocupación, sólo podía fijarse en aquellos aspectos que preocupan, mientras falta el interés por aquello que puede hacer o la pueda sorprender.

La investigación empírica ha demostrado que, cuando los padres pueden adoptar una actitud reflexiva, es posible que apoyen a sus hijos en términos de crecimiento emocional, apego seguro y de la propia capacidad de desarrollo del niño (Midgley et al., 2019). Cada vez más autores señalan que el hecho de estar atento a lo que el bebé o el hijo pueda estar pensando o haciendo es fundamental para su desarrollo.

Aprender a observar y ser curioso con la conducta del niño es el primer paso para entenderlo mejor, para poder disfrutar del hijo, para poderse avanzar a lo que pueda necesitar para que la frustración no sea excesiva y poder conectar con su creatividad.

Estimular la capacidad que Bion denomina de “reverie”, de las personas cuidadoras, como la capacidad que tienen de contener los sentimientos y experiencias corporales que le causan malestar y las pueden transformar en una vivencia soportable, es la base del pensamiento y la confianza (Sáinz, 2017).

En la segunda visita vemos cómo los padres empiezan a tener una representación mental de lo que le puede pasar a su hijo y de qué hacer con él. Cuando hay un trastorno de la regulación, observamos que cuando conseguimos despertar las cosas que hace o no hace el hijo a ojos de los padres, ayudamos a que baje el nivel de crítica, se entiende más lo que está pasando y dejan de pensar en si lo hacen bien o mal.

La actitud de “escucha atenta” tiene una función preventiva pero también es una actitud que, al mismo tiempo, puede modificar la forma de la relación y, por tanto, favorece la salud y el

desarrollo del niño (Torras de Beà, 2007).

Es esencial, para el desarrollo, el grado en que los progenitores o cuidadores están emocionalmente disponibles y presentes para el niño, en el sentido de darse cuenta de los mensajes que les envía y puedan, de esa manera, regular su estado emocional (Gerhardt, 2008). Fomentar esta disponibilidad emocional es uno de los objetivos en este programa.

Es importante dedicar un tiempo para que se pueda mirar a los niños en este contexto. Los padres ven cómo los profesionales estamos disponibles, atentos a los mensajes y las señales que envía el niño y cómo les damos respuesta (Tizón, 1991).

La pediatra, junto con la profesional del CDIAP, intentamos mostrar una forma de relación para que los padres lo puedan integrar o imitar. La terapeuta se muestra en interacción con el niño, le habla y busca su atención creando un espacio de juego y diálogo. Aprender a través de observar cómo otra persona se relaciona y hace con su hijo ayuda a integrar nuevas posibilidades de relación. Crear una atmósfera de colaboración y exploración mutuas posibilita que los padres puedan explorar el mundo interno de sus hijos.

Por ese motivo, es tan importante la tarea de detección de los profesionales de pediatría (Sabrià, 2005) que nos permite un trabajo común que activa las capacidades de relación de los progenitores, permite mirar al niño, desbloquea las capacidades de los padres y favorece el desarrollo emocional del hijo. Al mismo tiempo, previene la aparición de posibles dificultades graves que se pueden dar posteriormente si se hubiera mantenido el estilo de relación menos estimulante y poco atenta a las señales que dan los niños. Les ayuda a ser madres y padres que pueden permitirse ser “suficientemente buenas/os”, que no les hace falta ser perfectos y, por tanto, se pueden situar en un estado de humildad necesario para poder aceptar los errores cuando se produjeran. “Lo bastante” sería “se hace lo que se puede” (Midgley et al., 2019).

El papel del terapeuta como alguien que escucha y manifiesta disponibilidad e interés hacia los padres y el niño, sin capacidades mágicas para resolver sus problemas, da a los padres la esperanza de que hablar y probar de entender juntos puede ser útil para su relación y desarrollo. La

no intervención en el momento oportuno o adecuado puede complicar la evolución del niño al generar más ansiedad interna en él (Negri, 2011).

A menudo, en el CDIAP, cuando llegan niños mayores, observamos que algunos han pasado por situaciones similares a las del que hemos presentado aquí. Nuestra experiencia y evidencia clínica nos dice que, para mejorar las dificultades, es necesario atender a la familia y no centrarnos exclusivamente en la sintomatología del niño.

Los primeros meses y años tras haber nacido el hijo constituyen un periodo crítico en el desarrollo de una madre y un padre. En esta fase temprana de la maternidad o la paternidad, los sentimientos de los padres parecen mostrarse más accesibles que en otros períodos y la ayuda psicológica es con frecuencia buscada y bien recibida, y resulta efectiva, ya que las relaciones dentro de la familia son flexibles. Una ayuda relativamente pequeña, proporcionada, con habilidad durante este período, puede dar lugar a resultados duraderos (Bowlby, 2014).

Si se llegaran a estructurar las dificultades en el niño y en los padres, estas serían mayores. Serían necesarios más recursos y el progreso quedaría comprometido porque la sintomatología se convertiría en más grave (Tizón et al., 2008) y sería más difícil poder sensibilizar a los padres, ya que frecuentemente se sentirían más culpables.

Conclusiones

Entendemos que las visitas con el pediatra forman parte del contexto natural del niño. Este entorno facilita que los padres expliquen y compartan de manera espontánea sus preocupaciones respecto al desarrollo, la crianza, el sueño, la alimentación, el lenguaje y el carácter del niño. También permite que se puedan observar las capacidades y competencias que tiene la familia y cómo van resolviendo las dificultades que se van encontrando en el desarrollo del niño.

Este contexto de confianza hace que el profesional del CDIAP que entra en la consulta de pediatría sea visto también como alguien que puede ayudar a su hijo.

El trabajo conjunto con pediatría ha aportado una mayor sensibilización referente a los

aspectos vinculares y relacionales de los niños y sus familias. Se detectan más dificultades de carácter emocional que se comparten con el profesional del CDIAP.

Se ha observado un aumento de las consultas que provienen de pediatría sobre diversas problemáticas, lenguaje, alimentación, conducta, así como una mejora en la comunicación entre los dos servicios, se comparten más casos y se realizan más coordinaciones.

Las familias visitadas en este encuadre hacen una valoración positiva, valoran la presencia del pediatra y de la psicóloga de atención precoz en la consulta de atención primaria.

En este programa, las dificultades observadas se relacionan con la realidad asistencial del servicio de salud, donde al pediatra le es difícil poder ofrecer un espacio de 30-40 minutos para poder realizar este tipo de visitas. Al mismo tiempo, disponer de un espacio físico más cercano al centro de salud facilitaría el trabajo asistencial y la coordinación entre equipos.

Agradecimientos

Agradecimientos a Jordi Artigue, por su apoyo y experiencia, al Equipo de Pediatría del centro de Atención Primaria de Vilafranca del Penedès (Barcelona) y, en especial, a Anna Gatell y Alba Vergés por su entusiasmo y cercanía. Al equipo del CDIAP y a la Fundació l'Espiga por darme la oportunidad de crecer con la pequeña infancia.

Bibliografía

Aberastury, A. (1998). *El niño y sus juegos*. Barcelona: Paidós.

Artigue, J., Tizón, J. y Salamero, M. (2016). Reliability and Validity of the List of Mental Health Items (LISMEN). *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 423-430.

Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.

Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Chocrón Bentata, L., Carmen Fernández Alonso, M., García Campayo, J., Montón Franco, C. y Tizón García, J. (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria.

Actualización PAPPS 2018. *Atención Primaria*, 50 (1), 83-108.

Busquets, L., Miralbell, J., Muñoz, P., Muriel, N., Español, N., Viloca, L. y Mestres, M. (2018). Detección precoz del trastorno del espectro autista durante el primer año de vida en la consulta pediátrica. *Pediatría Integral*, XXII(2), 1-6.

Diputació de Barcelona (2001). *Llibre blanc de l'atenció precoç*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Departament de Salut, Generalitat de Catalunya (2008). *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica: infància amb salut*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.

Gerhardt, S. (2008). *El amor maternal*. Barcelona: Albesa.

Golse, B. y Bursztejn, C. (1992). Pensar, hablar, representar. *El emerger del lenguaje*. Barcelona: Masson.

Heckman, J. (2011). El poder de los primeros años: políticas para fomentar el desarrollo humano. *Infancias imágenes*, 10(1), 74-83.

Martí, L., Sánchez, J., Sánchez, P., Ureta, A. y Zafra, G. (2019). *Protocol de detecció dels signes d'alerta en el desenvolupament de la comunicació i el llenguatge*. Documento de trabajo interno del CDIAP Alt Penedès L'Espiga no publicado.

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: Ed. Desclée de Brower.

Negri, R. (2011). La consulta terapèutica en els primers mesos de vida. *Desenvolupament infantil i atenció precoç: revista de l'Associació catalana d'Atenció Precoç*, 32, 2-16.

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020* [en línea]. Recuperado de http://www.who.int/mental_health

Sabrià, J. (2005). Aspectos psicosociales en la pediatría de atención primaria. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 5, 41-46.

Sáinz Bermejo, F. (2017). *Winnicott y la perspectiva relacional en el psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Herder.

Tizón, J. L. (1991). La observación terapéutica del niño junto con su madre en la clínica infantil.

Clínica y Análisis Grupal, 13(3), 417-443.

Tizón, J. L. (2003). La psicoterapia breve padres-hijo: ¿una técnica diferenciada? *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 1, 43-70.

Tizón, J. L., Artigue, J., Parra, B., Sorribe, M., Ferrando, J., Pérez, C., Pareja, F., Gomà, M. y Marzari, B. (2008). Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva? *Clínica y Salud*, 19(1),

27-58.

Torras de Beà, E. (comp.) (2007). *Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños, adolescentes y familia*. Valls (Tarragona): Lectio.

Winnicott, D. (2008). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

Winnicott, D. (2007). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Argentina: Paidós.

Anexos

Tabla 1. Distribución de la muestra por edades

De 0 a 5 meses	4
De 6 a 11 meses	1
De 12 a 17 meses	4
De 18 a 23 meses	3
De 24 a 29 meses	9
De 30 a 35 meses	2
De >= 36 meses	6
TOTAL NIÑOS/AS	29

Tabla 2. Distribución de la muestra según conducta problema

Movido/inquieto/irritable	2
Alimentación	4
Dificultades de lenguaje	7
Problemas de relación	4
Riesgo social	3
Baja estimulación	1
Dudas de crianza	1
Ansiedades derivadas de una enfermedad orgánica	1
Desarrollo psicomotriz	3
Prematuridad	1
Retraimiento	1
Tartamudeo	1
TOTAL DE NIÑOS/AS	29

Tabla 3. Distribución de la muestra según factores de riesgo (LISMEN)

De 0 a 5 factores de riesgo	21
De 5 a 9 factores de riesgo	4
≥ 10 factores de riesgo	4
TOTAL DE NIÑOS	29

Factores de riesgo de maltrato y representaciones de apego en niños que viven en una residencia de protección a la infancia

MARÍA-JULIA SÁNCHEZ-NÚÑEZ¹, MARTA SADURNÍ-BRUGUÉ^{1,2} Y MARGARITA IBAÑEZ-FANÉS³

RESUMEN

Factores de riesgo de maltrato y representaciones de apego en niños que viven en una residencia de protección a la infancia. Se estudian las representaciones de apego de 65 niños de tres a seis años que han sufrido abuso emocional y/o negligencia y que viven en una residencia de protección. Se explora la relación entre el maltrato y el apego del niño y cómo median los factores de riesgo de la madre en esta relación. Se evidencia que el maltrato, cuando tiene lugar junto con una acumulación de factores de riesgo y, en particular, con violencia de género, problemas de salud mental y de adicción, disminuye la seguridad en el apego y aumenta la desorganización. **Palabras clave:** apego infantil, maltrato, factores de riesgo parental, acogimiento residencial, desarrollo temprano.

ABSTRACT

Abuse risk factors and attachment representations in children living in a child protection residence. The attachment representations of 65 children aged from three to six years who have suffered emotional abuse and/or neglect and who live in a protective residence are studied. The relationship between maltreatment and child attachment and how maternal risk factors mediate this relationship is explored. It is shown that maltreatment, when coupled with an accumulation of risk factors and, in particular, gender-based violence, mental health, and addiction problems, decreases attachment security and increases disorganization. **Keywords:** child attachment, maltreatment, parental risk factors, residential care, early development.

RESUM

Factors de risc de maltractament i representacions d'aferrament en nens que viuen en una residència de protecció a la infància. S'estudien les representacions d'aferrament de 65 nens de tres a sis anys que han patit abus emocional i/o negligència i que viuen en una residència de protecció. S'explora la relació entre el maltractament i l'aferrament del nen i com intervien els factors de risc de la mare en aquesta relació. S'evidencia que el maltractament, quan té lloc juntament amb una acumulació de factors de risc i, en particular, amb violència de gènere, problemes de salut mental i d'addicció, disminueix la seguretat a l'aferrament i augmenta la desorganització. **Paraules clau:** aferrament infantil, maltractament, factors de risc parental, acolliment residencial, desenvolupament primerenc.

Introducción

La psicología evolutiva ha realizado una importante aportación al descubrir e investigar el sistema de apego en los humanos. Esto ha permitido que los adultos fueran más conscientes de la transcendencia de su papel como cuida-

dores y de la función relevante de las experiencias emocionales satisfactorias en el desarrollo saludable del sistema de apego. De esta manera, se incrementa el apego seguro respecto del inseguro y, principalmente, se evita el apego desorganizado (Belsky, Houts y Fearon, 2010).

En este sentido, el maltrato infantil, en sus

¹Laboratorio de Vínculo Afectivo y Desarrollo Humano. Departamento de Psicología. Universidad de Girona. ²Departamento de Psicología. Facultad de Educación y Psicología. Universidad de Girona. ³Fundación Ferran Angulo, Barcelona. Contacto: juliasanchez.ps@gmail.com

Recibido: 8/11/21 - Aceptado: 16/6/22

distintas variantes (abuso físico, sexual, emocional y por negligencia, entre otras) implica una desprotección grave hacia los hijos y repercute negativamente sobre su sistema de apego y su desarrollo. Aunque el nivel de afectación en el niño puede variar según el tipo de maltrato, la edad a la que se produzca y la conjunción entre factores de riesgo y protección que confluyan.

Desde una perspectiva ecológico-transaccional, tanto la orientación del desarrollo como el comportamiento de una persona se ven influidos por los contextos inmediatos en los que vive por la naturaleza, la fuerza y la cantidad de interrelaciones entre estos diferentes entornos, por los lugares, instituciones u organizaciones que influyen en ellos y por los valores y planteamientos socioeconómicos de una sociedad determinada (Bronfenbrenner, 1979). Así, la unidad familiar, espacio natural de crianza de los menores, ha de ser vista en relación con su entorno, con los factores que facilitan su equilibrio saludable y los que incrementan los riesgos. Las características personales de padres e hijos y los contextos de vida y crianza, entre otros factores de riesgo y protección, harán que los efectos de las dificultades en el niño sean diferentes. En este sentido, la acumulación de factores de riesgo puede conducir a un deterioro de las condiciones de vida y relaciones afectivas y sociales de los progenitores que pueden repercutir, negativamente, en la educación y protección de los hijos y conllevar un riesgo severo de maltrato infantil.

Conocer estos factores y su influencia en el sistema de apego es relevante para promover intervenciones específicas en el ámbito del maltrato infantil y en los niños que han sufrido estas experiencias traumatizantes y viven en contextos residenciales con distintas medidas de protección. Este ha sido el objetivo del presente estudio.

Los factores de riesgo, en general, son características (individuales, familiares, sociales y culturales) cuya presencia hace que aumente la probabilidad de que se produzca un fenómeno negativo determinado para el desarrollo del sujeto. Los niños de edad temprana, por sus características y competencias, son más vulnerables a los efectos de los factores de riesgo.

Según Belsky (1993), el riesgo de maltrato infantil aumenta si se entiende desde la interacción del individuo, la familia, la comunidad y los factores culturales; de ahí que no es suficiente explicar el abuso de los niños desde un solo factor de riesgo. La acumulación de factores de riesgo configura complejas tramas que se potencian en sus efectos traumatizantes (Cryan, Taborda, Sadurní y Sadurní, 2017; Larrieu, Heller, Smyke y Zeanah, 2008).

Para Bowlby (1983), la experiencia del niño con su madre, con su padre u otro cuidador principal tiene un rol fundamental en el desarrollo del sistema de apego, que le permite establecer relaciones basadas en la confianza y la sensibilidad hacia los demás. Proporcionarle una base segura de apego es una de las funciones principales de las figuras de apego parentales. Bowlby (1983) planteó que los individuos desarrollan representaciones mentales o "Modelos Operativos Internos" (MOI), descritos como modelos de expectativas y creencias sobre uno mismo, el otro significativo y la relación posible entre los dos. Este esquema interno de apego tiene una estructura jerárquica y cuenta con componentes cognitivos y emocionales. Se construye sobre las experiencias que el niño tiene con sus cuidadores y en relación con cómo estos responden a sus necesidades. Cuando el niño ha experimentado maltrato en su medio familiar, su vínculo de apego se resiente perdiendo la seguridad y, a menudo, no puede organizar un MOI estable (van IJzendoorn, Schuengel y Bakermans-Kranenburg, 1999) con consecuencias negativas para su desarrollo (Cicchetti y Toth, 2005; Hesse y Main, 2000).

Las investigaciones sobre la influencia del maltrato en el apego infantil se han focalizado de manera prioritaria en su dimensión conductual y, en menor medida, en las representaciones del apego que tienen los niños que lo han sufrido (Hodges y Steele, 2000).

Un factor de riesgo que se ha constatado que está fuertemente asociado con el maltrato infantil es el abuso de sustancias por parte de la madre. Algunas investigaciones muestran que la adicción fomenta prácticas de crianza negativas con la aparición de patrones de abandono, agresión física y maltrato emocional, en algunos casos autodeclarados por las madres con

dependencia de sustancias (Millett, Seay y Kohl, 2015).

Otro factor de riesgo es la salud mental de los padres, asociada con una menor capacidad de respuesta, afecto y reciprocidad en las interacciones, así como una mayor intrusión y punición. Se sabe que cuando la psicopatología materna es prolongada o grave, y especialmente cuando existen otros factores de riesgo asociados, los niños pueden desarrollar apegos inseguros o desorganizados (Wan y Green, 2009). Se ha comprobado que la depresión materna es un factor de riesgo para la emergencia de un patrón de apego inseguro, especialmente en niños de corta edad (Huang, Lewin, Mitchell, y Zhang, 2012). La literatura también recoge que las madres con trastornos por consumo de sustancias y trastornos graves del estado de ánimo tienen hijos que muestran un mayor riesgo de apego desorganizado (Lyons-Ruth y Jacobvitz, 2008, para una revisión).

Otro factor importante de riesgo es la falta de una red de apoyo familiar o social. Se sabe que estos apoyos sociales son un factor de protección en las relaciones de apego materno-infantiles (Huth-Bocks, Levendosky, Bogat y Von Eye, 2004).

La violencia de género (VG) es un factor de riesgo de gran impacto. Los trastornos de ansiedad y distintos procesos depresivos son dos de los efectos más presentes entre las mujeres que han sufrido VG, afectando las condiciones en que ejercen las funciones parentales, dado el nivel de estrés experimentado (Casanueva, Martín, Runyan, Barth y Bardley, 2008). Como consecuencia de estas alteraciones, los niños corren un mayor riesgo de desarrollar relaciones de apego inseguras y representaciones distorsionadas de sí mismos y de los demás en relación con el apego (Levendosky, Lannert y Yalch, 2012).

Algunas investigaciones reflejan que cuando se suman otros factores de riesgo, pobreza, menor nivel educativo y escasa red social, los hijos de madres adolescentes tienen tasas muy bajas de apego seguro (Flaherty y Sadler, 2011).

Existen abundantes estudios sobre el impacto de los factores de riesgo en el maltrato infantil y en el sistema de apego de los niños maltratados. Estas investigaciones se han realizado con

poblaciones amplias y no siempre homogéneas. Son escasas las que se centran en los niños que ya han sido separados del medio familiar y viven en un medio residencial de protección de la infancia. Es importante conocer los factores de riesgo y protección y los tipos de apego de esta población para que los profesionales que los atienden tengan más elementos para estimular su desarrollo saludable. Además, es necesario conocer el grado de mantenimiento de contacto que tienen con sus familias de origen, los factores de riesgo y protección que les han afectado o les afectan, así como los tipos de apego que han desarrollado para poder orientar intervenciones socioeducativas y psicoterapéuticas más focalizadas y específicas. Este estudio pretende avanzar en esta dirección.

Método

El objetivo general de este estudio ha sido explorar las representaciones de apego en niños que han sufrido situaciones de maltrato y viven en centros residenciales de atención a la infancia. Se ha pretendido indagar en la relación entre maltrato y apego y analizar cómo median los factores de riesgo de las madres en esta relación.

La investigación responde a un diseño metodológico no probabilístico con muestreo estratégico o de conveniencia.

Participantes

Han participado en este estudio 65 niños que viven en una residencia de primera infancia (0-6 años) de la Comunidad de Madrid. Estas residencias están destinadas al acogimiento temporal de niños que han sido separados de sus familias con medidas legales de protección a causa de situaciones de riesgo y/o desamparo.

De los 65 participantes, 30 (46,2 %) son niñas y 35 (53,8 %), niños. La edad media de los sujetos en el momento de la evaluación fue de 52,46 meses (*D.t.*: 11,46). La edad mínima es de dos años y 11 meses y la máxima, de seis años y medio. La media del tiempo de ingreso en la residencia en el momento de la evaluación, de 14,28 meses.

En relación con el tipo de maltrato, 40 niños (61,5 %) habían sufrido maltrato por negligencia,

y los 25 restantes (38,5 %), por negligencia y maltrato emocional. Ningún participante del estudio había sufrido maltrato físico ni abuso sexual.

Respecto a las medidas de protección que configuran la muestra, 43,1 % (28 niños) tenían una medida de guarda y un 56,9 % (36 niños), una medida de tutela. Durante el tiempo de estancia en la institución, 18 de estos niños (27,7 %) pasaron de guarda a tutela al no darse las condiciones que pudieran hacer posible la reunificación familiar. Un dato que destacar es que 46 niños (70,8 % de la muestra) tienen un hermano en la residencia.

La selección de los sujetos (de tres a seis años) se realizó de manera sistemática y aleatoria durante un período de tiempo de alrededor de tres años, debido a que el centro residencial donde se realizó el estudio tiene una capacidad máxima de 35 plazas y no todos los niños acogidos se sitúan en esta franja de edad.

El estudio se ha realizado en una residencia infantil de la Comunidad de Madrid que ofrece a los niños separados de su familia un recurso de acogida temporal. El proyecto socioeducativo del centro, que tiene muy en cuenta la teoría del apego, se ha constituido en torno a unos estándares de calidad, con el objetivo de facilitar que los niños puedan construir un proyecto de futuro sea a través del retorno familiar o en una familia de acogida.

Procedimiento de recogida de datos

Dada la complejidad de las situaciones vitales por las que estos niños han atravesado, se consideró necesario recoger un amplio número de datos.

El primer paso fue solicitar el permiso de la Subdirección General de Protección de Menor de la Comunidad de Madrid para realizar el estudio, así como la conformidad y colaboración de la residencia de primera infancia en donde se iba a realizar la investigación. El equipo directivo colaboró durante todo el proceso, así como los educadores de los distintos grupos, la trabajadora social y la terapeuta ocupacional. Se realizaron sesiones informativas donde se detalló el estudio que se llevaría a cabo. Una vez concedidos los permisos, la investigadora se familiarizó con los niños del centro, haciendo su presencia más habitual para no resultar una persona desconocida.

La exploración de las narrativas de apego se realizó una vez pasado el periodo de adaptación de ingreso de cada niño y siempre de acuerdo con la valoración del equipo educativo del centro y en los momentos que los profesionales consideraron más idóneos para no distorsionar la vida cotidiana de los menores. Las sesiones para evaluar el apego fueron realizadas de forma individual a través del instrumento *The Attachment Story Completion Task* (ASCT) (Bretherton, Ridgeway y Cassidy, 1990), como se detalla en la sección siguiente. Cada sesión de valoración tuvo una duración de entre 25 y 35 minutos, dependiendo de la respuesta del niño. Todas las sesiones se registraron en video para su posterior codificación. Cada una de ellas fue filmada y transcrita, y se codificó a través de CCH asignando a cada niño un número para garantizar la protección de datos de los menores. La aplicación y codificación de esta prueba fue realizada por la autora principal de este artículo.

La recogida de datos de los participantes y de los factores de riesgo del medio familiar se obtuvo de la revisión y análisis de los expedientes de los menores. A pesar de que se recogieron datos de ambos padres, en este estudio se decidió trabajar con los factores de riesgo de la madre al constatar que, en general, era el progenitor con más presencia en la vida de los niños.

Registro de datos y factores de riesgo

Para conocer las circunstancias vitales y los distintos factores que han estado presentes en la historia de los niños que han participado en el estudio y sus entornos familiares se elaboraron unas hojas de registro donde se recogieron las variables mencionadas. Estos registros han permitido tener presente la dimensión de las condiciones que, en cada caso, concurrían, así como identificar el grado de acumulación de factores de riesgo.

Los factores que se tuvieron en cuenta como variables son los siguientes: separación de la madre y el padre como pareja; problemas económicos graves, paro laboral crónico; si el niño ha sido testigo de la violencia de género; problemas mentales de la madre (con diagnóstico clínico); falta de recursos personales; abuso de sustancias por parte de la madre; familia multiproblemática; violencia de género; síntomas

depresivos de la madre (reportado en los informes, pero sin figurar como diagnóstico clínico); falta de soporte o red de apoyo social de la madre; medidas legales y madre adolescente cuando tuvo su primer hijo.

En base a los factores de riesgo mencionados, se construyó un modelo de “Factores de Riesgo Acumulado”. Para calcular este *Índice del Factor de Riesgo Acumulado (para el niño)*, se procedió a dicotomizar los factores en 0 (inexistente) y 1 (existente) para la muestra de niños analizada. Se vio conveniente analizar tanto el peso de cada factor de riesgo en el tipo de apego que mostraban los niños, así como la acumulación de varios factores de riesgo.

Instrumentos

Para examinar el *Modelo Interno Operante* (MIO), se ha utilizado el *The Attachment Story Completion Task* (ASCT). Este instrumento combina técnicas narrativas y la puesta en escena de distintas situaciones, con el objetivo de evaluar las representaciones internas de apego de niños de tres a siete años. Se procede presentando al niño unos muñecos que representan a distintos miembros de una familia (madre, padre, niño o niña y abuela). La prueba consta de siete inicios de historias que giran en torno a temas relevantes para activar el apego (por ejemplo: fracaso, dolor, miedo, separación y reencuentro). Tras la presentación por parte del entrevistador, se le pide al niño que complete las historias: “Cuéntame y actúa con los muñecos lo que pasará ahora”. La administración está protocolizada y estandarizada para que el narrativo resultante pueda ser analizado con fiabilidad.

Este instrumento proporciona un narrativo de apego del niño sobre las situaciones presentadas y nos permite conocer cómo es su percepción del problema, cómo se representa la ayuda de los padres, cómo se representa la resolución del conflicto y cómo se siente el niño al final de la historia. El sistema de codificación de las características del narrativo que hemos utilizado en este estudio es el CCH (*Cartes pour le Complètement d'Histoires* [Miljkovitch, Pierrehumbert, Karmaniola y Halfon, 2003]). También se ha utilizado el sistema de codificación de Düsseldorf (DCS, versión 2000).

El sistema de codificación CCH está construido

como un *Q-sort* y propone al examinador 65 ítems que describen aspectos de la narración o del comportamiento del niño al afrontar la prueba y/o dramatizar la historia, que son categorizados según los cuatro prototipos de apego: seguro, desactivado, hiperactivado y desorganizado. Las puntuaciones obtenidas en el CCH (en formato T) tienen por objetivo situar al niño en los cuatro prototipos de apego. Así, los niños están clasificados en un *continuum* que cubre la gama desde la seguridad hasta la inseguridad y desorganización.

También se utilizó el sistema de codificación DCS, que permite obtener el nivel de seguridad de las representaciones de apego (índice de seguridad) que se adjudica en función de la presencia/ausencia de varias características que este método plantea para cada historia.

Para realizar la prueba de la fiabilidad de la codificación del CCH, las autoras primera y tercera de este artículo, ambas acreditadas para este sistema de codificación, puntuaron por separado 35 de los 65 casos. En 28 de ellos (81 %) ($\kappa = 0,7$, $p < 0,001$) hubo un acuerdo total, mientras que las pequeñas divergencias en los siete restantes se resolvieron por acuerdo. También se verificó la fiabilidad del sistema de codificación DCS. En este sentido, las investigadoras antes mencionadas puntuaron por separado 35 de los 65 casos con este sistema. Al igual que con el sistema CCH, en 29 de ellos (85 %) ($\kappa = 0,7$, $p < 0,001$) hubo un acuerdo total.

Finalmente, como prueba de fiabilidad global de la asignación de puntuaciones de los tipos de apego, se calculó el índice κ para comprobar si ambos sistemas de codificación (CCH y DCS) arrojaban resultados similares. Esa doble codificación se realizó en 45 niños de la muestra. El índice Kappa para el tipo de apego seguro fue de 0,625 ($p < 0,001$), y de 0,632 ($p < 0,001$) para el tipo de apego desorganizado. Coeficientes κ por encima de 0,60 indican un grado de acuerdo sustancial. Por tanto, se puede considerar que las puntuaciones asignadas para ambos tipos de apego son fiables atendiendo al sustancial acuerdo entre ambos sistemas de clasificación.

Análisis metodológico de datos

Se procedió en primer lugar a realizar un análisis descriptivo para obtener información sobre

la composición y características de la muestra estudiada. La relación entre las variables categóricas, dicotómicas en su mayoría, se analizó mediante comparación de medias, multivariados (regresiones múltiples), y análisis de tablas de contingencia a través de la prueba *chi-cuadrado*. El estadístico de contraste *T* de *Student* permitió la comparación de dos medias independientes para cada factor de riesgo y las variables de apego.

Además de las comparaciones de medias, se realizó un análisis de regresión para verificar cuánta varianza de los tipos y escalas de apego puede ser explicada por los factores de riesgo, y cuáles de esos factores son los más relevantes en la explicación de esa varianza. Se utilizó el método *stepwise* (paso a paso) para incluir en la solución final solo los factores de riesgo que presentaban una asociación significativa con cada uno de los tipos y escalas de apego para verificar el grado de asociación entre ellas.

Finalmente, se calculó el índice de correlación de Pearson entre las variables independientes de tipo continuo, como la *U* de Mann-Whitney, o la correlación de Spearman, que no exigen tamaños muestrales altos.

Resultados

Se presentan los tipos de apego de los niños, la relación de estos con el tipo de maltrato sufrido y también con la frecuencia de factores de riesgo, tomados individualmente y cuando se acumulan.

Representaciones de apego de los niños estudiados

El análisis de las representaciones de apego de los participantes utilizando el sistema de codificación CCH que clasifica a los sujetos como seguros, desactivados, hiperactivados y desorganizados, tal como se detalla en la tabla 1 del anexo, conduce al resultado siguiente: los niños de esta muestra presentan de forma significativa un menor nivel de seguridad y un mayor nivel de hiperactivación y desorganización que la población general.

Relación entre el tipo de maltrato y las representaciones de apego

También se estudió cómo influía el tipo de

maltrato sufrido en el tipo de apego de los niños. En la tabla 2 del anexo quedan reflejados los datos obtenidos al analizar esta relación. Se observa claramente que el maltrato emocional produce un impacto notable sobre el apego. Los niños que lo han sufrido, que además han tenido negligencia, muestran un apego menos seguro y estrategias de mayor desactivación y desorganización.

Haber sufrido negligencia y maltrato emocional afecta en mayor medida el apego de los niños que si se ha sufrido únicamente negligencia. La relación se establece en el sentido de menor seguridad y mayor desactivación y desorganización.

Análisis descriptivo de los factores de riesgo

La tabla 3 del anexo muestra los factores de riesgo estudiados como variables dicotomizadas para mostrar su ausencia/presencia. No se ha incluido en la tabla la carencia de recursos económicos ni un bajo nivel educativo como posibles variables a estudiar porque eran variables homogéneas al darse en todos los casos.

Se constata que todos los factores comprendidos en este estudio están presentes, aunque con desigual distribución de frecuencia. Destaca que más del 50 % de las madres fueran madres adolescentes cuando tuvieron su primer hijo, la carencia de recursos personales, la falta de apoyo de una red social, así como el hecho que un 49,2 % de estas madres ha sufrido violencia de género y el 44,6 % de los niños ha sido testigos de esa violencia.

Factores de riesgo y tipo de guarda

Se calculó la relación entre las medidas de guarda y de tutela con cada factor de riesgo por separado calculando el *chi cuadrado*. Únicamente se encontró una asociación significativa ($\chi^2 = 9,401$; $p,002$) entre “falta de red familiar de apoyo de la madre” y la medida de apertura de expediente. Los niños cuya madre cuenta con red social de apoyo presentan, con más probabilidad, una medida de guarda, frente a los niños cuyas madres no tienen red social de apoyo que tienen en una proporción mayor de casos una medida de tutela. La importancia de este apoyo, al que ya nos hemos referido, se refleja en estos datos. Sin embargo, resaltamos que, de forma

casi significativa, también se relacionan con otros dos factores. Se observó una tendencia mayor a que los niños contaran con una medida de tutela si la madres presentaban falta de recursos personales o un abuso en el consumo de sustancias adictivas. En ambos casos, el residuo corregido fue de 1,9 y, a partir de 2, se considera como significativo estadísticamente.

Factor de riesgo acumulado

Se muestra, a continuación, la frecuencia de los factores de riesgo acumulado. A pesar de que el número de FR contemplados comprendía 10 variables posibles, como se ha mostrado anteriormente, ningún niño acumuló más de siete factores de riesgo, por lo que la figura 1 del anexo ofrece un índice de acumulación de factores de riesgo en un rango de 1 a 7.

Los datos muestran que solo 12,2 % de los niños presentan dos o menos factores de riesgo asociados al factor de riesgo acumulado y, como era esperable dada la naturaleza de la muestra, más de la mitad (58,51 %) presentan cuatro o más factores de riesgo (ver figura 1 del anexo).

Relación entre los tipos de apego y los factores de riesgo acumulados

Se realizó un análisis de regresión múltiple con el método *stepwise* para ver la relevancia de los factores de riesgo, considerando simultáneamente todos ellos y el nivel de predicción que tienen estos factores de riesgo tomados conjuntamente sobre los tipos de apego.

Con posterioridad, se realizó una recodificación del índice de riesgo acumulado en tres categorías. Dado que el mayor número de casos (moda) tiene tres factores de riesgo, se estableció como grupo de referencia. Se codificó como grupo 1 aquellos niños cuyas madres tenían un número de factores de riesgo menores a 3 (1 y 2); el grupo 2 se tomó, al ser la categoría, con una moda mayor, como la categoría central y, en el grupo 3, se incluyeron los casos con cuatro o más factores de riesgo (ver figura 2 del anexo).

Como se puede apreciar, y era esperable, las medias en seguridad decrecen con el incremento de los factores de riesgo, apreciándose un notable incremento del prototipo de inseguridad y

desorganización en el grupo 3, que acumula entre cuatro y siete factores de riesgo.

Relación entre los patrones de apego y los factores de riesgo

Para complementar los resultados de las tablas anteriores, se analizó si había alguna asociación entre los factores de riesgo y los tipos de apego con un análisis de tablas de contingencia (usando el estadístico *chi cuadrado*). En la tabla 4 del anexo se muestran los tamaños muestrales y los porcentajes de los tipos de apego cuando han sido dicotomizados cruzados con la ausencia/presencia de cada uno de los factores de riesgo.

Como se refleja en la tabla 4 del anexo, hay una asociación entre la presencia de una patología mental y el abuso de sustancias con un apego inseguro. Las medidas legales de la madre se relacionan con una mayor seguridad en el apego. Este efecto, que parece paradójico, puede deberse a que, de las ocho madres con medidas legales, siete presentaban negligencia, pero no maltrato emocional, y ninguna de esas ocho estaba en el grupo de mayor riesgo acumulado.

El apego desactivado se asocia con el abuso de sustancias de la madre y la presencia de una familia multiproblemática. Aunque no de forma significativa, también se observa que las puntuaciones son mayores en este tipo de apego en presencia de un trastorno mental de la madre.

En un primer análisis no se encontró ningún factor de riesgo que se asociara significativamente con un patrón inseguro/ hiperactivado, aunque si se observó cierta tendencia relacionada con el factor de síntomas depresivos de la madre.

El apego desorganizado se relaciona con los factores de riesgo siguientes: haber sido testigo de violencia de género, el abuso de sustancias y la presencia de violencia de género.

La tabla 5 del anexo refleja los coeficientes de correlación entre el índice de riesgo y los distintos tipos de apego. Hay una relación muy intensa con el estilo de seguridad, así como con el de desactivación y desorganización.

Se aprecia que los factores de riesgo acumulados tienen una influencia significativa en la inseguridad y desorganización del apego que muestran los niños estudiados.

Discusión

La investigación realizada pone de relieve la influencia que tiene el maltrato en las representaciones de apego de los niños menores de seis años. También muestra cómo determinados factores de riesgo median de forma negativa en la perturbación del sistema de apego de los niños en las situaciones de negligencia y maltrato.

Hemos encontrado que estos niños presentan de forma significativa un menor nivel de seguridad y un mayor nivel de hiperactivación y de desorganización. Si bien la literatura informa de que en niños en los que coinciden estas circunstancias los niveles de desactivación son mayores, en la muestra estudiada este hecho solo aparece en los que presentan, a la vez, negligencia y maltrato emocional y un número mayor de factores de riesgo acumulado.

Los estudios realizados sobre muestras de niños maltratados cuidados en régimen residencial arrojan resultados variados con relación al nivel de seguridad en el apego. Esta variabilidad se debe, principalmente, a la tipología, gravedad y cronicidad del maltrato, así como a las características organizativas, y también a que las técnicas de cuidado de las instituciones que los acogen tengan como objetivo estimular la seguridad del apego de los niños y la calidad interactiva entre estos y sus cuidadores, como por ejemplo contar con educadores sensibles y grupos reducidos que permitan una atención más individualizada. El nivel de seguridad que presenta esta muestra de niños, que no han sufrido maltrato físico ni abuso sexual, coincide con los hallados en otras investigaciones (Howes y Segal, 1993; Lecannelier, Silva, Hoffmann, Melo y Morales, 2014; Quiroga, Hamilton-Giachritsis e Ibañez, 2017), que revelaron mayores tasas de seguridad que las que son habituales para niños criados en cuidado residencial y significativamente inferiores a los encontrados en muestras de bajo riesgo. También puede estar influyendo el que desde el centro se trabaje por mantener la continuidad vincular entre los hermanos que viven juntos en la residencia y se fomente la implicación, siempre que sea positivo para el menor, de los padres en la vida de los niños, reflejándose un alto porcentaje de contactos en visitas y salidas, fundamentalmente de y con la madre.

El tipo de inseguridad predominante hallada en la muestra estudiada es la hiperactivación. Este dato también está relacionado con la ausencia de maltrato físico y sexual, que produce más apego desactivado. El nivel de desorganización del apego es alto, coincide con lo esperado, dado que la negligencia y el maltrato emocional comportan incoherencia grave en los cuidados por parte de la figura de apego (Lyons-Ruth, Bronfman y Atwood, 1999; Hesse y Main, 1990).

Los resultados han mostrado que los factores de riesgo que influyen en la inseguridad y la desorganización del apego de los niños son la presencia de una patología mental materna, el abuso de sustancias materno, la violencia de género y ser testigo de violencia. Estos resultados coinciden con otras investigaciones (Huang, Lewin, Mitchell, y Zhang, 2012; Lyons-Ruth y Jacobvitz, 2008). Los resultados obtenidos muestran que, a partir de la acumulación de cuatro factores de riesgo en un mismo niño, aparece inseguridad y desorganización del sistema de apego, a la vez que es más difícil el retorno al medio familiar, dato que coincide con el estudio de Larrieu et al., 2008.

Teniendo en cuenta los datos presentados y los puntos de discusión en torno a los mismos, se deduce que los niños víctimas del maltrato y criados en familias con múltiples factores de riesgo maternos presentan una alteración del desarrollo del sistema de apego, con una preponderancia de la desorganización de este. Estos datos demuestran la importancia de la evaluación del sistema de apego en la atención de los niños víctimas del maltrato que son atendidos por los equipos de la protección de la infancia.

Conclusiones

Nuestra investigación concluye que los niños maltratados presentan menor calidad en su sistema de apego, que está claramente relacionada con la acumulación de factores de riesgo materno y, especialmente, con algunos de ellos, como son la salud mental, la violencia de género y el consumo de sustancias.

Cuando, por protección, el niño ha sido retirado de su medio de origen y ha pasado a vivir en

una residencia de atención a la infancia, conocer su sistema de apego es un aspecto primordial. Lo es tanto para la toma de decisiones sobre la intervención como para ajustar el cuidado que se le proporciona en el medio de crianza en el que se desarrolla. Por otra parte, no hay que olvidar que trabajar el sistema de apego de los padres también facilitará que se pueda mantener el lazo de filiación para un posterior retorno al medio familiar si es posible y conveniente para el niño.

Bibliografía

Belsky, J. (1993). Etiology of Child Maltreatment: A Developmental-Ecological Analysis. *Psychological Bulletin* 114(3), 413-434.

Belsky, J., Houts, R. M. y Fearon, R. P. (2010). Infant attachment security and the timing of puberty: Testing an evolutionary hypothesis. *Psychological Science*, 21(9), 1195-1201.

Bowlby, J. (1983). *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós.

Bretherton, I., Ridgeway, D. y Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationships: an attachment story completion task for 3-year-olds. *Attachment in the preschool years*. (pp. 273-308). Chicago: University of Chicago Press.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.

Casanueva, C., Martin, S. L., Runyan, D. K., Barth, R. P. y Bradley, R. H. (2008). Quality of maternal parenting among intimate-partner violence victims involved with the child welfare system. *Journal of family Violence*, 23(6), 413-427.

Cicchetti D. y Toth SL. (2005). Child maltreatment. *Annual review of clinical psychology*, 1, 409-438.

Cryan, G. M., Taborda, R. A., Sadurní, M. y Sadurní, G. (2017). Entornos multidisruptivos, traumatizantes y propiciadores de manifestaciones violentas en el mundo contemporáneo analizados desde investigaciones interrelacionadas. *Investigaciones en Psicología*, 22, 1, 6, 7-21.

Flaherty, S. C. y Sadler, L. S. (2011). A review of attachment theory in the context of adolescent parenting. *Journal of Pediatric Health Care*, 25(2), 114-121.

Hesse, E. y Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1097-1127.

Hodges, J. y Steele, M. (2000). Effects of abuse on attachment representations: Narrative assessments of abused children. *Journal of Child psychotherapy*, 26(3), 433-455.

Howes, C. y Segal, J. (1993). Children's relationships with alternative caregivers: The special case of maltreated children removed from their homes. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 14(1), 71-81.

Huang, Z. J., Lewin, A., Mitchell, S. J. y Zhang, J. (2012). Variations in the relationship between maternal depression, maternal sensitivity, and child attachment by race/ethnicity and nativity: Findings from a nationally representative cohort study. *Maternal and Child Health Journal*, 16(1), 40-50.

Huth-Bocks, A. C., Levendosky, A. A., Bogat, G. A. y Von Eye, A. (2004). The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant-mother attachment. *Child Development*, 75(2), 480-496.

Larrieu, J. A., Heller, S. S., Smyke, A. T. y Zeanah, C. H. (2008). Predictors of Permanent loss of custody for mothers of infants and toddlers in foster care. *Infant Mental Health Journal*, 29(1), 48-60.

Lecannelier, F., Silva, J. R., Hoffmann, M., Melo, R. y Morales, R. (2014). Effects of an intervention to promote socioemotional development in terms of attachment security: a study in early institutionalization in Chile. *Infant mental health journal*, 35(2), 151-159.

Levendosky, A. A., Lannert, B. y Yalch, M. (2012). The effects of intimate partner violence on women and child survivors: An attachment perspective. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(3), 397-433.

Lyons-Ruth, K., Bronfman, E. y Atwood, G. (1999). A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: Expressions in mother-infant interaction. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 33-70). New York: Guilford Press. 31.

Lyons-Ruth, K. y Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting

contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 666-697). New York: Guilford Press.

Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmanio-la, A. y Halfon, O. (2003). Les représentations d'attachement du jeune enfant. Développement d'un système de codage pour les histoires à compléter. *Devenir*, 15(2), 143-177.

Millett, Seay y Kohl (2015). A national study of intimate partner violence risk among female caregivers involved in the child welfare system: The role of nativity, acculturation, and legal status. *Children and Youth Services Review*, 48, 6-69.

Quiroga, M. G., Hamilton-Giachritsis, C. y Fanés, M. I. (2017). Attachment representations and socio-emotional difficulties in alternative care: A comparison between residential, foster and family-based children in Chile. *Child Abuse & Neglect*, 70, 180-189.

Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11(2), 225-250.

Wan, M. W. y Green, J. (2009). The impact of maternal psychopathology on child-mother attachment. *Archives of women's mental health*, 12(3), 123-134.

Anexos

Tabla 1. Comparaciones de medias entre la muestra estudiada y la media poblacional (50) en los tipos de apego.

Tipo	Media	D.t.	t	p
Seguridad	44,63	10,27	-4,213	,001
Desactivación	52,48	10,08	1,983	,052
Hiperactivación	58,14	11,42	5,747	,001
Desorganización	60,42	10,74	7,821	,001

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas (d.t.) por tipo de maltrato y resultados de la comparación de medias para los tipos de Apego (*t* de Student y probabilidad asociada [*p*]).

Escala	Tipo de Maltrato ^(a)	Media	D.t.	T	p
Seguridad	1	47,63	9,13	3,183	,002
	2	39,83	10,34		
Desactivación	1	49,87	8,70	,2,775	,007
	2	56,65	10,89		
Hiperactivación	1	56,51	12,29	1,468	,147
	2	60,75	9,53		
Desorganización	1	57,16	9,92	-	,001
	2	65,64	10,09	-3,330	

Tabla 3. Frecuencia de los factores de riesgo presentes en los participantes.

Factores de Riesgo	N	%
Testigo de Violencia de Género	29	44,6
Salud Mental de la Madre	16	24,6
Falta de Recursos Personales	55	84,6
Abuso de Sustancias de la Madre	8	12,3
Familia Multiproblemática	19	29,2
Violencia de Género	32	49,2
Síntomas Depresivos de la Madre	20	30,8
Falta de red social de apoyo	37	56,9
Medidas legales	8	12,3
Madre adolescente	34	52,3

Tabla 4. Relaciones entre los tipos de Apego y los factores de riesgo*.

		Seguridad				Desactivación				Hiperactivación				Desorganización				
		No	Sí	No		Sí		No		Sí		No		Sí				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Testigo de Violencia de Género	No	14	40,0	22	73,3	30	60,0	6	40,0	28	62,2	8	40,0	27	61,4	9	42,9	
	Sí	21	60,0	8	26,7	20	40,0	9	60,0	17	37,8	12	60,0	17	38,6	12	57,1	
Salud Mental de la Madre	No	22	62,9	27	90,0	39	78,0	10	66,7	37	82,2	12	60,0	35	79,5	14	66,7	
	Sí	13	37,1	3	10,0	11	22,0	5	33,3	8	17,8	8	40,0	9	20,5	7	33,3	
Falta de Recursos Personales	No	3	8,6	7	23,3	9	18,0	1	6,7	8	17,8	2	10	9	20,5	1	4,8	
	Sí	32	91,4	23	76,7	41	18,0	14	93,3	37	82,2	18	90,0	35	79,5	20	95,2	
Abuso de Sustancias	No	27	77,1	30	100	46	92,0	11	73,3	41	91,1	16	80,0	42	95,5	15	71,4	
	Sí	8	22,9	0	0,0	4	8,0	4	26,7	4	8,9	4	20,0	2	4,5	6	28,6	
Familia Multiproblemática Madre	No	25	71,4	21	70,0	37	74,9	9	60,0	30	66,7	16	80,0	31	70,5	15	71,4	
	Sí	10	28,6	9	30,0	13	74,0	6	40,0	15	33,3	4	20,0	13	29,5	6	28,6	
		No	12	34,3	21	70,0	28	56	5	33,3	26	57,8	7	35	26	59,1	7	33,3
Violencia de Género	Sí	23	65,7	9	30,00	22	44	10	66,7	19	42,2	13	65	18	40,9	14	66,7	
Síntomas depresivos de la Madre	No	22	62,9	23	76,7	33	66	12	80	35	79,5	10	47,6	35	79,5	10	47,6	
	Sí	13	37,1	7	23,3	17	34	3	20	9	20,5	11	52,4	9	20,5	11	52,4	
Falta de red social de apoyo	No	17	47,2	18	62,1	29	80,6	21	72,4	26	72,2	19	65,5	26	72,2	18	62,1	
	Sí	19	52,8	11	37,9	7	19,4	8	27,6	10	27,8	10	34,5	10	27,8	11	37,9	
Medidas legales	No	34	97,1	23	76,7	42	84	15	100	38	84,4	19	95	36	81,8	21	100	
	Sí	1	2,9	7	23,3	8	16	0	0	7	15,6	1	5	8	18,2	0	0	
Madre adolescente	No	17	48,6	14	46,7	24	48	7	46,7	21	46,7	10	50	23	52,3	8	38,1	
	Sí	18	51,4	16	53,3	26	52	8	53,3	24	53,3	10	50	21	47,7	13	61,9	

*Celdas con una proporción de casos significativamente mayor de la esperada en Negrita. Con una proporción menor en cursiva

Tabla 5. Correlaciones (*r*) entre el Factor de Riesgo Acumulado y los tipos de Apego.

Tipo		Seguridad	Desactivación	Hiperactivación	Desorganización
Factor de Riesgo Acumulado	<i>r</i>	-,463	,382	,170	,430
	<i>p</i>	,001	,002	,177	,001

Figura 1. Frecuencias del factor de riesgo acumulado

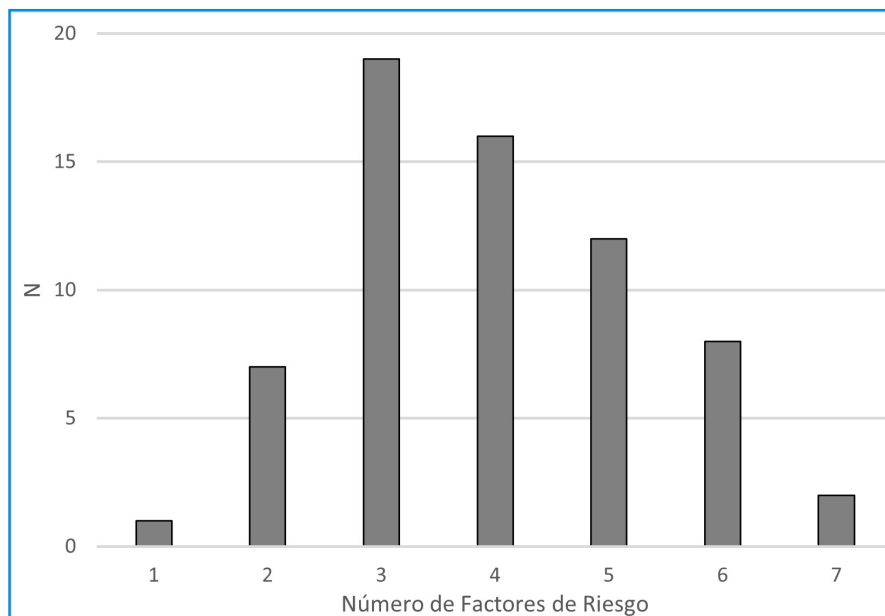
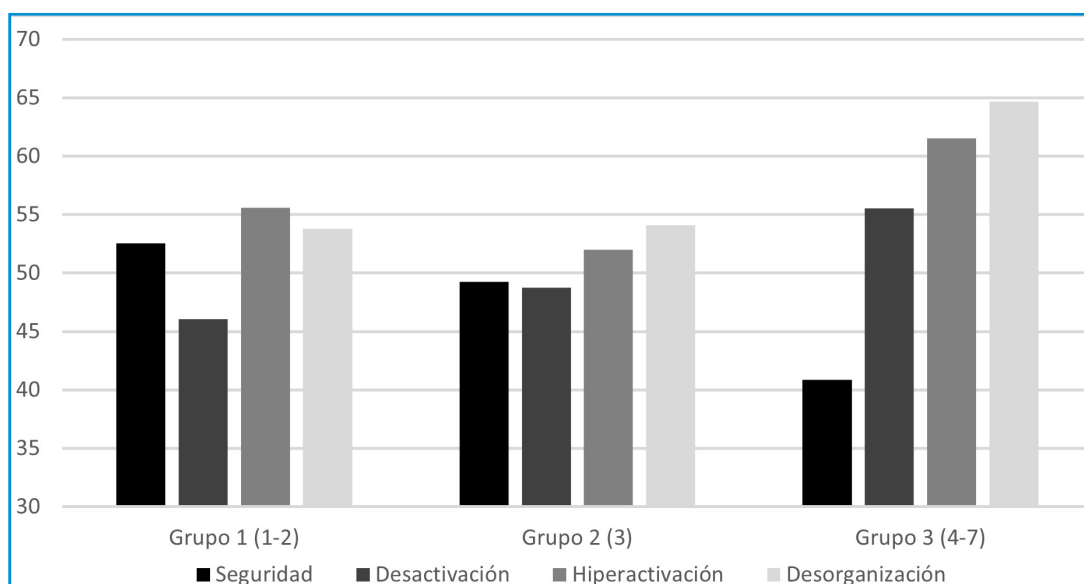


Figura 2. Medias en los tipos de apego en función de los tres grupos del factor de riesgo acumulado.



El concepto de trastorno límite de la personalidad en la infancia

TUULIKKI TRIAS¹

RESUMEN

El concepto de trastorno límite de la personalidad en la infancia. Los trastornos de personalidad suelen manifestarse desde la infancia o la adolescencia y continúan durante la edad adulta. En el paciente límite, la alteración y el trastorno pueden ir acompañados de retraso y déficit en cualquiera o en todos los aspectos de la personalidad. Estas características deben estar relacionadas con la edad y el nivel de desarrollo del niño. Existe una teoría de la estructura patológica de la personalidad límite, que es bastante estable, aunque sus síntomas varían según el tiempo y el lugar. **Palabras clave:** apego, infancia, adolescencia, difusión de la identidad, organización límite de la personalidad, trastorno límite de la personalidad.

ABSTRACT

The concept of borderline personality disorder in childhood. Personality disorders usually manifest as early as childhood or adolescence and continue into adulthood. In borderline patients, the disturbance and disorder may be accompanied by delays and deficits in any or all aspects of personality. These characteristics should be related to the age and developmental level of the child. There is a theory of the pathological structure of borderline personality, which is quite stable, although its symptoms vary according to time and place. **Keywords:** attachment, childhood, adolescence, identity diffusion, borderline personality organization, borderline personality disorder.

RESUM

El concepte de trastorn límit de la personalitat a la infància. Els trastorns de personalitat acostumen a manifestar-se des de la infància o adolescència i continuen durant l'edat adulta. Al pacient límit, l'alteració i el trastorn poden anar acompanyats de retard i dèficit en qualsevol o en tots els aspectes de la personalitat. Aquestes característiques han d'estar relacionades amb l'edat i el nivell de desenvolupament del nen. Hi ha una teoria de l'estructura patològica de la personalitat límit, que és força estable, encara que els seus símptomes varien segons el temps i el lloc. **Paraules clau:** aferrament, infància, adolescència, difusió de la identitat, organització límit de la personalitat, trastorn límit de la personalitat.

Introducción

Los trastornos de personalidad generalmente suelen manifestarse desde la infancia o la adolescencia y continúan durante la edad adulta. Se ha encontrado una continuidad significativa entre ciertos rasgos de personalidad de la infancia y los problemas generalizados de ajuste psicosocial en la edad adulta.

En el paciente límite, la alteración y el trastorno pueden ir acompañados de retraso y déficit en cualquiera o en todos los aspectos

de la personalidad: en la función del yo, en el *self* y en su sentido de identidad, su capacidad de amar, disfrutar y sentirse respetado; y en el superyó y los objetos internos, una integración pobre y rígida de estos aspectos entre ellos. Estas características deben estar relacionadas con la edad y el nivel de desarrollo del niño.

Basado en el marco psicodinámico, existe una teoría clara y bien fundada de la estructura patológica de la personalidad límite, que es bastante estable, aunque sus síntomas varían según el tiempo y el lugar.

¹MD, PhD. Psiquiatra y psicoterapeuta especializada en niños y adolescentes. Profesora y supervisora de TFP acreditada por la ISTFP. Fundació Orienta. Barcelona.
Contacto: tuulikki.trias@gmail.com

Recibido: 15/2/22 - Aceptado: 4/7/22

Concepto controvertido

El concepto de trastorno de la personalidad en psiquiatría infantil y adolescente es un tema y concepto controvertido. Su uso se contradice con el desarrollo incompleto de la personalidad de los niños y adolescentes y muchos autores opinan que no se puede etiquetar al niño durante la edad y etapa de desarrollo con un diagnóstico que indica una anormalidad persistente en la estructura de la personalidad.

Algunos profesionales prefieren usar términos como *tendencia límite en la infancia*, *organización límite* o *borderline*, niño fronterizo, prepsicosis o disarmonías evolutivas. Otros profesionales hablan de trastornos de vínculo o trastorno de personalidad emergente del niño. Por otro lado, los niños y adolescentes a los cuales nos referimos presentan rasgos de personalidad a largo plazo. Se trata de rasgos como egocentrismo, inhibición, inseguridad, aislamiento, pasividad o comportamiento desafiante. En niños con trastorno de personalidad, estas características normales del desarrollo se amplifican, intensifican y son significativamente rígidas, y ocurren en una variedad de entornos tales como en casa, en la escuela y en el patio. Estos rasgos comienzan a interrumpir el desarrollo normal y causan angustia y sufrimiento al niño o al adolescente, a los padres y al entorno (Hill, 2002).

El uso del diagnóstico de trastorno de la personalidad está respaldado por los hallazgos de los estudios de seguimiento, que indican que los trastornos de personalidad en niños y adolescentes son bastante predictivos de una dificultad similar ulterior en la adolescencia y la edad adulta (Hill, 2002). Según el estudio del grupo de Nueva York, la mayor parte de los adolescentes diagnosticados como trastorno límite de la personalidad (TLP) ya habían presentado patología en la infancia (Normandin, Ensik, Yeomans y Kernberg, 2014). Se trataba de niños vulnerables a nivel psicológico, temperamental y sociocultural. Otro grupo de adolescentes resilientes a nivel sociocultural y psicológico no presentaba dificultades en la infancia, pero tenía grandes dificultades al entrar en la adolescencia. Un grupo de adolescentes no presentaba síntomas ni en la infancia, ni en la adolescencia, pero no podía afrontar los retos propios de la adolescencia,

tales como tener relaciones íntimas, los estudios y el trabajo.

Paulina Kernberg et al. (Kernberg, Weiner y Bardenstein, 2000) describieron en niños y adolescentes tres organizaciones psíquicas, neurótica, estados límites y de base psicótica, que corresponden respectivamente a los tres grupos de trastornos de la personalidad de grupo C, B y A de las clasificaciones actuales.

Otros trastornos comórbidos son muy comunes en personas con trastornos de personalidad y predisponen al trastorno o contribuyen a que se desarrolle (Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018). Por lo general, las dificultades del niño afectan a muchas áreas de la personalidad, el funcionamiento y a la existencia de otros trastornos y síntomas. A menudo, implican ansiedad catastrófica y daños considerables en la vida interpersonal y social.

Se requiere que exista disfunción en, al menos, una de las siguientes áreas: 1) en el ámbito cognitivo (por ejemplo, cómo el sujeto experimenta e interpreta cosas, eventos, acciones, intenciones y estados mentales de otras personas), 2) en el dominio emocional (por ejemplo, la incapacidad de sentir satisfacción) y (3) en la actitud hacia los demás y la gestión de la interacción. Según la experiencia clínica, el tratamiento de los trastornos de Eje I suele tener poca eficacia si no se toman en cuenta los aspectos desadaptativos de la personalidad.

En este artículo, trataré de dar una breve descripción del concepto de trastorno de personalidad en la infancia, poniendo énfasis en el trastorno límite de la personalidad y en el concepto de niño limítrofe y tendencia límite en la infancia. Utilizaré el término niño limítrofe y TLP, aunque desde punto de vista evolutivo y descriptivo sería más conveniente hablar, por ejemplo, de la personalidad emergente o trastorno de personalidad desregulado. Al final, trataré de la importancia de la evaluación del grado de la perturbación en el continuo entre sano / grave de la organización de la personalidad emergente.

Conducta observable: polimorfismo de la sintomatología y presentación clínica en la infancia

Existen niños que tienen un comportamiento inflexible y fuertemente anormal que no encaja

en ningún diagnóstico psiquiátrico más que un trastorno de la personalidad (Hill, 2002). Algunas características psíquicas, como egocentrismo, rigidez mental, perfeccionismo, aislamiento o ansiedad, aparecen de manera anormal, a veces en forma extrema, causando sufrimiento y afectando el funcionamiento del niño día a día (Kernberg et al., 2000). Patrones de temperamento explosivo, impulsividad, funcionamiento académico deficiente, dificultades en las relaciones sociales, niveles cambiantes de funcionamiento del yo e imprudencia son pistas que indican que el clínico debería hacer una evaluación de la personalidad.

Los niños limítrofes presentan una sintomatología polimorfa (Marcelli y De Ajuriaguerra, 2005; Palacio y Dufour, 2003). Pueden presentar trastornos de la alimentación, del lenguaje, del aprendizaje escolar, del comportamiento, somatizaciones, etc. También suelen tener varios síntomas propios de los trastornos neuróticos, crónicos y recurrentes, tales como miedos, fobias, rasgos histéricos, depresión o rasgos obsesivos y compulsivos.

La manifestación del trastorno y los síntomas que predominan en el cuadro clínico dependen de la edad, el nivel del desarrollo del niño, la calidad del apego que el niño ha desarrollado en la primera infancia con sus cuidadores principales y de si predomina el funcionamiento psicótico o neurótico. Los niños con un vínculo inseguro, ambivalente, evitativo o ambivalente-evitativo presentan manifestaciones psicopatológicas de menos gravedad que tienen los pacientes con el vínculo principalmente desorganizado, que tienen un mayor riesgo de desarrollar psicopatología y trastornos mentales, como trastornos de personalidad (Zeanah, 2000).

Los niños pequeños (de cuatro a siete años) presentan a menudo cuadros de la línea hipomaníaca. El niño está excitado, eufórico, inquieto, hiperactivo y presenta una familiaridad excesiva (Palacio y Dufour, 2003). En sus juegos y fantasías aparecen temas y sentimientos de grandeza.

Los juegos de un niño limítrofe son, a menudo, inmaduros, monótonos, tienen características compulsivas y el niño no disfruta con ellos como es habitual en los niños de su misma edad (Kernberg, 2000). Hay muchas manifestaciones

tempranas o regresivas, como juegos sexuales orales y anales, agresividad y una ira de proporciones excepcionales, que le producen angustia. El juego es intermitente. Las imágenes de su propia omnipotencia, o bien su propia impotencia y la amenaza de catástrofe, se manifiestan en el juego, el cual tiene inevitablemente un final terrorífico. El niño no suele jugar en grupo con otros niños, a veces debido a que proyecta agresividad en ellos o bien porque sus compañeros le rechazan. Estos niños, a menudo, presentan en su juego indicios de haber padecido traumas físicos o psicológicos.

En la edad de latencia o cuando el niño empieza la educación primaria, se observan más a menudo manifestaciones de tipo depresivo, tales como tristeza e inhibiciones importantes (p. ej., en las relaciones interpersonales y en el aprendizaje), pensamientos e ideas de auto-desvalorización, pérdida, muerte y tendencia a aislarse (Palacio y Dufour, 2003). Los niños que recurren principalmente a defensas maníacas tienden más fácilmente a las actuaciones, a veces autodestructivas y autoagresivas, relacionadas con comportamientos imprudentes o temerarios.

Hay niños que presentan una personalidad *como sí*, que imitan a los demás, se adaptan en todo tipo de situaciones y suelen ser poco espontáneos (Palacio y Dufour, 2003). Otros niños les llaman “copión” o “mando a distancia”. Otros niños fronterizos presentan más bien afectividad negativa generalizada, acciones agresivas e implicación relacional inestable y explosiva con los demás. Son niños que necesitan mantenerse en la proximidad inmediata del cuidador, que no toleran la separación; no pierden de vista al adulto fuera ni dentro de su propia casa, por el miedo de perder el cuidador o a que ocurra algo catastrófico en la ausencia del otro. Este tipo de conducta de “mosca cojonera” o “perro faldero” suele generar irritación, desesperación y rechazo en sus padres.

Criterios diagnósticos del TLP

La condición principal para el diagnóstico de TLP es que se cumplan los criterios de diagnóstico generales para el trastorno de la personalidad (Tabla 1 del anexo). Según el DSM-V (APA,

2013), el TLP se describe como un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos.

El diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad requiere que existan alteraciones o trastornos graves y generalizados del comportamiento del sujeto. Además, que la forma en que experimente su entorno y tales alteraciones o trastornos no sean causados por factores orgánicos o cualquier otro trastorno mental (Hill, 2002). Las perturbaciones también deben desviarse de lo que es normal para la edad, aceptable en la cultura circundante y causar daños o problemas al propio individuo y al entorno. Otro requisito es que los problemas persistan a largo plazo: en el caso de los niños, durante al menos un año, a diferencia de los adultos, en los cuales se requiere que presenten síntomas al menos durante cinco o seis años. Los fenómenos asociados con la patogénesis del trastorno se detectan en varios ámbitos como en casa, en la guardería o escuela y en el tiempo libre.

Comorbilidad

Los niños limítrofes experimentan un estado de estrés psicológico constante. Les es difícil mantener un nivel constante de atención, de funcionamiento y de actividad, lo cual da lugar a dificultades de aprendizaje en la escuela y problemas en situaciones grupales, por ejemplo. Incluso a los padres les resulta difícil soportar los arrebatos emocionales de estos niños. Los niños sienten que no les comprenden ni les toleran. Pueden perder contacto con la realidad en situaciones estresantes, pero, por lo demás, su sentido de realidad es apropiado para su edad.

Primero se diagnostican y tratan los trastornos de Eje I, incluidos los trastornos específicos del desarrollo. Los niños con trastorno límite a menudo están deprimidos y presentan sintomatología polimorfa propia de varios trastornos psiquiátricos (Palacio y Dufour, 2003). Esto está relacionado con su incapacidad para disfrutar de actividades y retos evolutivos relacionados con la edad y sus experiencias de repetidos malentendidos y rechazos. Cuando el niño presenta problemática de Eje II, los trastornos de Eje

I suelen responder mal al tratamiento si no se tiene en cuenta la problemática de carácter y de su estructura psíquica.

Algunos de los síntomas del trastorno límite y del trastorno de espectro autista, como la interferencia en las relaciones interpersonales, falta de empatía, la rigidez mental y los intereses unilaterales, se superponen. La impulsividad y, a veces, la hiperactividad son comunes con el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH). La impulsividad, la hiperactividad y la falta de empatía pueden ser de base orgánica o secundarias a problemas de interacción, autoestima, depresión y otros problemas de comportamiento psicológico. Por otro lado, la experiencia clínica muestra que los trastornos neuropsiquiátricos (o la presencia de rasgos de dichos trastornos), trastornos de regulación y una alta sensibilidad aumentan la vulnerabilidad y la predisposición del niño a tener experiencias interpersonales adversas, de forma crónica, las cuales afectan su concepto de sí mismo y el desarrollo de la personalidad. Todo ello aumenta el riesgo de que el niño desarrolle sintomatología compatible con un TLP u otro trastorno de personalidad en un entorno poco contenedor, además de sufrir déficits o dificultades constitucionales. Es necesario hacer un diagnóstico diferencial de trastornos neuropsiquiátricos de base a la hora de plantear el tratamiento. Es importante tener idea de cuál es el origen del trastorno al diseñar el tratamiento. Tanto los aspectos constitucionales como ambientales forman parte de la etiología de los síntomas y afectan al desarrollo de la personalidad.

Trastorno límite de la personalidad en la etapa del desarrollo del niño

El trastorno límite en niños interfiere con el desarrollo psicológico normal o produce un retraso o bloqueo del desarrollo y un déficit en el funcionamiento cognitivo (Álvarez, 2000, 2004; Palacio y Dufour, 2003). Desde el punto de vista del desarrollo, los niños fronterizos no han logrado alcanzar los objetivos de las diferentes etapas del desarrollo. Debe prestarse atención a los retrasos, distorsiones diversas o bloqueos y detenciones en el desarrollo. Por lo tanto, para el clínico es crucial considerar cuáles serían los logros del desarrollo apropiados

para la edad del niño que consulta y cuál sería la conducta adecuada o qué habilidades debería haber adquirido el niño en cada etapa evolutiva.

La organización límite aparece en los niños que han sufrido trastornos graves del apego con sus cuidadores principales cuando eran bebés (Zeanah, 2000). Estos bebés pueden presentar trastornos del humor como depresión o tipo hipomaniaco.

En el caso del apego desorganizado, el bebé se ha criado en un entorno que le es hostil e impredecible. El niño vive en un dilema constante: necesita recibir cuidados de sus padres, pero a la vez no puede confiar, tiene miedo y tiende a alejarse de ellos. Esto hace que el niño se comporte de forma contradictoria y puede estar en alerta constante para evitar situaciones aversivas. El niño tiene miedo a explorar y no recibe nuevos estímulos. Tiene la idea de que es malo y no merece ser bien cuidado (Zeanah, 2000; O'Connor, 2002).

Los niños pequeños limítrofes en edad preescolar suelen tener dificultad para separarse de su madre. Algunos, al contrario, no parecen mostrar angustia alguna ante la separación o diferenciar entre el cuidador y el extraño (Zeanah, 2000; O'Connor, 2002; Palacio y Dufour, 2003). Estos niños se acercan a todo el mundo mostrando una familiaridad excesiva ante un adulto no conocido sin presentar ansiedad ante un extraño, lo que sería apropiado en estas edades. Tienen dificultad en distinguir entre los estándares de *bueno y malo*, lo moralmente adecuado e inadecuado, y presentan dificultad para la regulación emocional y para expresar toda una variedad de sentimientos modulados y en el control de impulsos.

Los niños en edad escolar pueden mostrar dificultad en tener un sentido claro del rol e identidad de género en su juego y fantasía. La regulación emocional y el control de impulsos siguen siendo precarios. Pueden mostrar tristeza o sentirse aburridos y no disfrutan de manera apropiada a su edad de la interacción con sus iguales ni de la independencia que comienzan a adquirir con respecto a sus padres. No han podido resolver el complejo de Edipo por medio de los canales sublimatorios ni la represión, ni han adquirido la noción de constancia objetal ni

de su *self*. Pueden tener pensamientos e ideas de muerte y conductas autoagresivas. También pueden mostrarse muy inhibidos, lo cual puede afectar el rendimiento escolar.

En la preadolescencia y adolescencia, vemos pacientes que no han desarrollado un sentido de identidad o un pensamiento abstracto adecuado para su edad. Muestran poco interés en adquirir autonomía con respecto a la familia y disfrutan poco de ella. La identidad sexual y la capacidad de intimidad son limitadas y las fantasías masturbatorias suelen estar conectadas con material pregenital tales como temas sádicos anales y orales. El rendimiento en el estudio, a menudo, está por debajo de sus capacidades y no han podido desarrollar amistades profundas y disfrutar de las relaciones interpersonales. Pueden tener ideas y conductas autodestructivas.

En el paciente límite, la alteración y el trastorno pueden ir acompañados de retraso y déficit en cualquiera o en todos los aspectos de la personalidad: en las funciones del yo, en el sentido del *self*, su capacidad de amar, disfrutar y sentirse respetado, en el superyó y en las representaciones de los objetos internos (Kernberg et al., 2000).

En la edad de latencia tardía, los niños ya suelen tener la capacidad de poder dar una descripción bastante rica y profunda de su vida, de sus intereses, de sí mismos y de los objetos importantes. En la evaluación del niño pequeño se pone más énfasis en la cualidad del juego, los dibujos y en los comentarios que el niño hace de ellos. La observación del niño y su interacción con los cuidadores e iguales en distintos entornos, la interacción con los demás y con el terapeuta da información tanto de la realidad externa como del mundo interno del niño. No se puede evaluar un niño sin conocer a su familia. Los niños mayores son capaces de hablar de sus intereses, amigos, valores, miedos, preocupaciones, síntomas y otras posibles dificultades que tienen.

En conclusión, al evaluar el niño no solo se tienen en cuenta los síntomas descriptivos de los ejes I y II (rasgos de carácter o personalidad emergente) sino también el nivel de desarrollo evolutivo del niño y los elementos estructurales psicológicos.

La concepción psicodinámica del TLP y el niño limítrofe

Según la teoría psicodinámica, la personalidad limítrofe, fronteriza o *borderline*, con la organización conflictual correspondiente, se caracteriza por la debilidad de la estructura del yo, que se manifiesta en fluctuaciones rápidas en el funcionamiento de este. El trastorno o difusión de la identidad y los niveles cambiantes de organización y funcionamiento del yo son los aspectos fundamentales del niño y adolescente limítrofe.

Predomina el recurso a defensas rígidas, primitivas y el niño experimenta como normal (egosintónicos) una regresión de sus procesos de pensamiento (Álvarez, 2004; Kernberg et al., 2000; Palacio y Dufour, 2003). Las representaciones de las primeras relaciones son insatisfactorias y son vividas fácilmente de forma paranoide. Los impulsos son poderosos, primitivos y, a menudo, hostiles. Los niños limítrofes presentan alteraciones importantes de las relaciones interpersonales, especialmente una excesiva dependencia con respecto a los cuidadores primarios (Chethik, 2000). Desarrollan una ansiedad intensa y difusa, un pánico, cuando la ansiedad-señal que predice los peligros normales es deficiente (Álvarez, 2000). Presentan un nivel alto de impulsividad y una capacidad de regulación emocional precaria.

El desarrollo de la separación-individuación del paciente limítrofe ha sido parcial (Mahler, 1952, 1968). Su mente usa formas de funcionamiento tempranas tales como la escisión, el pensamiento mágico y la omnipotencia, y predomina la posición esquizo-paranoide (Klein, 1935, 1940, 1946). El retraso en el desarrollo o las disarmonías evolutivas puede darse en cualquiera o en todas las áreas de la personalidad: las funciones del yo, la experiencia personal, el sentido de la identidad, la capacidad de amar, disfrutar, el respeto por sí mismo, así como en las funciones del superyó y en los objetos internos (Álvarez, 2000).

Los elementos estructurales

A continuación, presentaré elementos estructurales psicológicos que corresponden a una organización límite de la personalidad en desarrollo.

Sentimiento de identidad

Los niños limítrofes no tienen un sentido de *self*, una imagen de sí mismo o de la *yoidad* diferenciado. Otto Kernberg (1984) habla de la integración dinámica de la experiencia y la conducta subjetiva de la persona. También habla de la diferencia entre la identidad integrada y de síndrome de la difusión de identidad.

Un niño en edad de latencia tardía ya tiene y puede dar ya una descripción de la imagen que tiene de sí mismo y de un objeto importante genuina, compleja, integrada y profunda. También es capaz de reconocer aspectos ambivalentes y contradictorios, negativos y positivos de sí mismo y del otro significativo. Estos mismos aspectos se pueden observar en el juego de un niño más pequeño. Su experiencia de sí mismo y de otros tiene continuidad en tiempo y en diferentes contextos. El niño es capaz de poner esfuerzos en trabajo escolar y de desarrollar intereses a largo plazo y puede tener y disfrutar de amistades profundas. Ha desarrollado buenas capacidades de regulación emocional y autocontrol y tiene autoestima y una imagen de sí mismo positiva y realista.

El niño limítrofe presenta trastorno o difusión de la identidad como consecuencia de déficits y del uso de mecanismos de defensa primitivos (Kernberg et al., 2000). Se manifiestan en la dificultad que tiene el examinador para descubrir al sujeto genuino y auténtico de su vida afectiva y pulsional. La relación que tiene consigo mismo es contradictoria y el niño puede presentar un aspecto de él, negativo o positivo, como si fuera representativo de toda su persona. Sin embargo, si se confronta este aspecto, el niño suele ser capaz de dar una descripción más integrada de él mismo. El niño puede describirse a sí mismo tal y como los demás le perciben, tiene dificultades para ofrecer una descripción de una experiencia subjetiva que haya tenido y siente poca curiosidad por sí mismo. Además, su percepción de sí mismo y de otras personas es en blanco y negro y varía de un momento a otro. Su imagen corporal suele ser negativa o distorsionada. A menudo no tiene una identidad u orientación sexual clara o presenta una inhibición sexual cuando, por ejemplo, las fantasías edípicas están demasiado cercanas a la conciencia.

El niño límite puede percibirse a sí mismo diferente o sin continuidad de una situación o momento a otro; le falta la constancia del *self*. Le cuesta pensar y trabajar a largo plazo para lograr gratificación, lo cual se debe a la falta de constancia objetual, es decir, falta de la integración de las representaciones internas de un objeto suficientemente bueno. No disfruta de las actividades, el juego o las relaciones interpersonales que tiene. Suele tener un sentimiento de apatía, anhedonia, aburrimiento, inutilidad, vacío y depresión crónica. A menudo, los iguales y los padres tienen dificultad para tolerar los síntomas del niño.

El sentido de *self* está perturbado, hay un sentimiento de desconfianza, terror a desintegrarse. El niño puede sentir que no puede sobrevivir sin el objeto.

Pulsiones e impulsos

Los niños límite intentan lidiar con la agresión pregenital primitiva (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Marcelli y De Ajuriaguerra, 2005; Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018). En el desarrollo normal, cuando un niño puede abandonar el mecanismo de defensa temprano de escisión en bueno y malo, el mundo malvado y agresivo es menos aterrador. Por ejemplo, las imágenes de la madre enfadada pueden convertirse en parte de la buena madre de la que depende, así la madre enojada no es tan aterradora. El niño límite sigue sintiendo el terror primitivo temprano ante el mundo exterior malo, lo cual afecta a su desarrollo evolutivo.

Los niños límite funcionan principalmente a niveles pre-edípicos y en momentos de alta tensión, estrés, miedo o regresión por la causa que sea, la ansiedad se caracteriza por sentimientos primitivos de desintegración y aniquilación (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018). La propia ansiedad-señal se experimenta como una amenaza abrumadora más que como una advertencia.

Las fantasías agresivas hacia los objetos internos primitivos generan a menudo angustias catastróficas que se caracterizan por el sentimiento de destrucción de los objetos y afectan la continuidad y la integridad del yo (Álvarez, 2000; Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018). El

elemento dinámico central es la fluctuación de su funcionamiento mental con angustias muy violentas, catastróficas, ante las que recurre de manera defensiva a un funcionamiento psicótico, sobre todo angustias persecutorias (Kernberg, 1984). Los niños límite tienen acceso a una problemática depresiva. Sin embargo, tienen dificultad para experimentar sentimientos depresivos de la preocupación por el objeto y la culpa reparatoria características de la posición depresiva (Palacio y Dufour, 2003). Hay una pobreza de las fantasías libidinales y este desequilibrio pulsional está en la base del sentimiento de ser incapaz de preservar vínculos con objetos internos indemnes, y la dificultad de conservar el sentimiento de ser el dueño de su propia vida, un agente libidinal.

Algunos niños límite se retiran del mundo real y se cierran a su propia vida de fantasía (Chethik, 2000). Dentro del mundo imaginario tratan de dominar los peligros. Su vida de fantasía está llena de monstruos agresivos, una representación del mundo escindido de la fase narcisista de desarrollo. El niño domina mágicamente el peligro al volverse súper fuerte para vencer a todos los adversarios y amenazas. Conserva las soluciones mágicas típicas del período narcisista de la vida. Los niños límite luchan continuamente con la agresión primitiva y no logran neutralizar el impulso agresivo, como ocurre en el desarrollo sano.

Manifestaciones no específicas de la debilidad del Yo

Al niño límite le resulta difícil expresar y verbalizar sus emociones y contener la ansiedad. Su capacidad para regular su estado emocional, dirigir y mantener su atención y mentalizar es reducida y/o nula en situaciones de estrés. Tiene consciencia funcional de sus emociones, pero su tolerancia a la ansiedad y frustración es baja. El sentimiento de impotencia crea una profunda vergüenza que el niño puede experimentar como una destrucción de sí mismo. No sólo resulta afectada la función simbólica, sino también la capacidad del yo de representarse la experiencia psíquica (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018).

El niño tiene dificultad en pensar o sentir el

presente. Pensar generalmente es insoportable, sobre todo bajo un afecto intenso, y el niño límite tiende a tener un pensamiento concreto. Presenta grandes dificultades en conectar con sus estados mentales y los de los demás a menudo le dan miedo y/o pánico.

Con la vivencia de destrucción y derrumbamiento catastrófico de sus objetos internos, el niño límite vive también un derrumbamiento del sentimiento de sí mismo y de algunas funciones del yo, en particular de la función simbólica (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018). Los trastornos de pensamiento parecen estar ligados a la intensidad de esta problemática catastrófica y se caracterizan por una irrupción del proceso primario en un proceso de pensamiento bajo la égida del proceso secundario. A veces surgen momentos de inhibición en el proceso de pensamiento por desbordamiento catastrófico ligados a intensas pulsiones agresivas contra sí mismo y contra los objetos internalizados. Se puede tratar de una retirada de tipo esquizoide como forma de protección ante intensas vivencias de persecución o de su propia destructividad (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018).

Predomina el funcionamiento precario del yo débil, que comúnmente se asocia con muchos niños límites (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018). En general, es tarea del Yo en el desarrollo normal manejar y negociar las amenazas que provienen de fuentes internas o externas. Por ejemplo, en la edad escolar se espera que el niño pequeño normal (de cuatro a seis años) se adapte a una nueva situación y a la función de la escuela y aprenda allí, a pesar de estar separado de la madre. El yo del niño pequeño generalmente puede hacer frente a las amenazas potenciales de este nuevo entorno y puede confiar en los nuevos sustitutos de la madre en la escuela (Chethik, 2000).

El niño límite no suele tener la capacidad del yo para adaptarse a nuevos entornos. Parece estar constantemente traumatizado y no tener un sistema adaptativo o defensivo efectivo para negociar los retos del entorno diario. Hay niños que construyen un muro de aislamiento y fantasía que les separa radicalmente del mundo real. Tienen dificultad para relacionarse de

manera adecuada para la edad; a menudo, los iguales les rechazan y no se adaptan en los juegos grupales. Se aferran a objetos externos, sobre todo a los padres, para manejar la ansiedad; a veces, para mantener el juicio de realidad y que estos funcionen como un yo auxiliar que les proporcionen una fuente de seguridad. Las dificultades emocionales perjudican el funcionamiento general del niño y frecuentemente la capacidad de aprender y el rendimiento académico se ven afectados, funcionando por debajo de sus capacidades potenciales.

En el niño límite, predomina el recurso a defensas primitivas, maníacas o psicóticas, como la escisión, la negación, la proyección masiva, la omnipotencia, la idealización, la desvalorización y la identificación proyectiva (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018; Kernberg et al., 2000). Las defensas tienden a ser rígidas. El niño no tolera la ambivalencia, tiene poca tolerancia a la frustración y a la ansiedad, y muestra un déficit en sus capacidades de comprometerse en actividades, objetivos o relaciones a largo plazo y de adaptación en general. Las características, en el extremo de la posición esquizo-paranoide, son escisión, fragmentación y proyección excesivas; también, identificación proyectiva, con la consecuencia de que el niño tiene un yo débil y una débil confianza en un buen objeto.

Los niños límites recurren a menudo a las defensas melancólicas que se basan en la identificación del yo con objetos internos dañados o destruidos por los ataques de un superyó identificado con un objeto perseguidor (Álvarez 2000; Palacio y Dufour, 2003). Las defensas melancólicas se alternan con el uso del control omnipotente. Las identificaciones narcisistas derivan de mecanismos de identificación proyectiva con objetos parciales, idealizados, que van acompañadas de proyecciones en el entorno (Palacio y Dufour, 2003). El terapeuta se vuelve a menudo el depositario de aspectos desvalorizados del niño que este no tolera. Los objetos idealizados despiertan una envidia intensa, ya que nunca se puede alcanzar un estado ideal como el que estos tienen (Palacio, 2018).

Anna Álvarez (2004) señala la importancia de distinguir entre la utilización de control omnipotente versus la omnipotencia defensiva, que

enmascara una necesidad desesperada de autoestima negativa. El niño no tiene un sentido de agencia e iniciativa con esperanza y confianza, sino que, en cambio, puede mostrar una negación maníaca, ataques controladores a la vida y a la libertad del objeto o del *self*. Algunos niños presentan defensas obsesivas. Debido a la escisión continúa, el mundo malvado sigue estando lleno de horrores tempranos y primitivos y el niño a menudo bloquea lo bueno fuera de su yo (Álvarez, 2004).

En el niño límite, el juicio de realidad está conservado, aunque puede ser frágil (Kernberg et al., 2000). Puede tener alteraciones temporales del sentido de la realidad, que se manifiestan principalmente mediante alucinaciones visuales y auditivas. También debido a la tendencia a la regresión y paranoia, tiende a hacer interpretaciones distorsionadas sobre las intenciones del otro, las cuales se corresponden con los roles activos de sus objetos internos en cada momento. Las fluctuaciones en el funcionamiento del niño con momentos de tipo psicótico se deben a la intensidad excesiva de la problemática catastrófica que ya no le permite mantener internalizada su conflictividad psíquica.

También debe prestarse atención al posible déficit o hostilidad en el superyó del niño, su objeto interno u otro representativo (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018). El niño puede tener problemas en la distinción entre el bien y el mal y poca capacidad de sentir culpa y arrepentimiento si ha hecho algo malo o ha causado daño al otro. Algunos niños tienen conductas antisociales. El nivel de vergüenza puede ser intolerable y a veces el niño no tolera la culpa y niega totalmente sus sentimientos vulnerables, lo cual afecta a cómo experimenta el castigo, si tiene deseo de reparar el daño que ha causado, el nivel de empatía y generosidad. También se valora los valores e ideales del niño y su capacidad de trabajar para alcanzarlos. Estas características deben estar relacionadas con su edad y su nivel de desarrollo.

Las manifestaciones del superyó, dependiendo de su severidad, pueden ir desde prohibiciones severas de los impulsos edípicos hasta intensos sentimientos de persecución interna, que provienen de elementos superyoicos parciales arcaicos (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio

y Dufour, 2003; Palacio, 2018). El ideal del yo puede ser la imagen del superyó o el motor de un funcionamiento yoico que se esfuerza por satisfacer las exigencias de este ideal, características de personalidades narcisistas. Este ideal del yo tiende a tomar formas persecutorias y, para sostenerlas, el niño recurre a un desplazamiento de la agresividad que revela un intento de identificación con objetos idealizados-persecutorios (Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018).

Relaciones objetales internas y relaciones interpersonales

Los niños límite suelen relacionarse con objetos sobre una base de satisfacción de necesidades, que es una forma temprana de vinculación de objetos asociada con los procesos narcisistas o simbióticos del desarrollo (Chethik, 2000). El objeto ideal cumplirá todos los deseos y el niño indefenso depende totalmente del objeto para sobrevivir.

También persiste la inestabilidad de la representación del objeto, la falta de constancia del objeto libidinal y el mantenimiento precario de la catexis en él. La separación de los padres es particularmente difícil porque el niño no es capaz de guardar una imagen buena en su mente de un objeto ausente (Álvarez, 2000). Debido a que el niño necesita al objeto como un auxiliar del yo, proveedor de la seguridad, destinatario y contenedor de partes insoportables escindidas del yo, depende completamente del objeto. Espera que este objeto totalmente bueno cumpla todos sus deseos. También exige atención constante porque teme que, si el objeto muestra independencia, este puede abandonarle o desaparecer. Las relaciones interpersonales y la independencia con respecto a los padres no proporcionan la satisfacción normal que corresponde a la edad del niño, sino que los niños límite a menudo experimentan pánico y terror al separarse del objeto que les mantiene a salvo.

Algunos niños se retiran de los objetos y de las relaciones reales debido al dolor percibido y la falta de satisfacción y contención emocional en el mundo real, y se dirigen al mundo de fantasía con objetos ficticios, satisfactorios y onnipotentes (Álvarez, 2004; Chethik, 2000). Pueblan su vida de fantasía con los objetos onnipotentes, protectores y satisfactorios que necesitan. Los

superhéroes pueden servir como salvadores. Las frustraciones, a veces malos tratos percibidos del objeto real externo, empujan al niño a desarrollar un amplio mundo de fantasía y una postura esquizoide en la cual se retira a una vida de fantasía narcisista y onnipotente. Esta es una solución típica para muchos niños limítrofes que han desarrollado un vínculo predominantemente inseguro evitativo o desorganizado.

Trasferencia y contratransferencia

La interacción con un niño con un trastorno límite está muchas veces sujeta a una exigencia compulsiva y a un control onnipotente (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio y Dufour, 2003; Palacio, 2018). El niño trata a los demás de manera arbitraria e intenta manipular, seducir y forzar a otra persona según los roles de su propio mundo interno que se activan en un momento dado. Estos roles de sus objetos internos cambian rápidamente, como también el afecto predominante de cada momento.

Bion (1962, 1965) sugirió que algunos tipos de identificaciones proyectivas, como proyecciones destructivas de partes no deseadas del paciente, podrían estar expresando la necesidad de comunicar algo a alguien en un nivel muy profundo y primitivo. Muchos de los estados experimentados en la posición esquizoide-paranoide pueden verse como intentos de lograr el equilibrio y expresar necesidades desesperadas. Bion comparó la contención y transformación del analista de los sentimientos y pensamientos del paciente con las primitivas pero poderosas comunicaciones preverbales que tienen lugar entre madres y bebés. Es así cómo los sentimientos se vuelven soportables y los pensamientos se vuelven pensables. A través del análisis de la relación transferencia-contratransferencia, el terapeuta puede tener acceso a estos estados mentales primitivos no verbales y evaluar la capacidad o incapacidad de contención del objeto interno del niño y ofrecer comprensión (o intentos de comprender algo incomprensible) y contención, tal como pasa en la primera relación madre-bebé.

El niño lucha contra la ansiedad sobre cómo manejar el miedo o el odio hacia un objeto perseguidor (Álvarez, 2004; Chethik, 2000; Palacio

y Dufour, 2003; Palacio, 2018). En la relación transferencial, notamos a menudo que el niño se retira de la relación y se aísla. En el momento de evolución de un estado paranoide a una relación de objeto más positiva o de confianza, el niño puede volver a retirarse a estados de desconfianza que conoce bien. Esto no ocurre necesariamente porque, de repente, el niño se siente nuevamente perseguido, sino porque no sabe cómo manejar los buenos sentimientos, posiblemente desconocidos para él. El lado positivo de la personalidad del paciente puede estar muy poco desarrollado (Álvarez, 2004).

A menudo, el niño fronterizo tiene dificultad en la modulación y regulación de los estados de excitación sobre un objeto excitante. En estos momentos, el niño puede alejarse de nosotros solo para tratar de calmarse de la única manera que sabe (Álvarez, 2004). El niño no ha tenido experiencias contenedoras de relación con el objeto que ayuda a regular emociones intensas excitantes o intolerables.

Trastorno límite de la personalidad en la adolescencia

Se puede concebir al trastorno límite de la personalidad en la adolescencia desde dos perspectivas. Desde la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, es comprensible que un niño limítrofe que tenga debilidades en la estructura de la personalidad y en las relaciones interpersonales tenga serias dificultades en la adolescencia. El desarrollo puede detenerse en la adolescencia o conducir al colapso mental (Laufer y Laufer, 1984). Las características *borderline* que hasta ahora no eran manifiestas pueden volverse más difíciles. Por otro lado, la adolescencia, la segunda etapa de separación e individuación, también ofrece nuevas oportunidades para corregir el desarrollo desviado o estancado en las etapas anteriores (Blos, 1967). La red de amistades interpersonales que suele ampliarse en la adolescencia y los nuevos intereses crean la base para una oportunidad de un desarrollo corrector y positivo. La sensación psíquica de ligereza propia de un adolescente permite elaborar ansiedades y conflictos no superados. Sin embargo, en el caso de un adolescente limítrofe, es imprescindible la asistencia terapéutica profesional.

El segundo enfoque se basa en los criterios de diagnóstico para el trastorno límite de la personalidad en la edad adulta. La personalidad adulta madura, que es la referencia presunta para estos criterios, es un objetivo del desarrollo juvenil y, por lo tanto, la aplicación de los criterios a los adolescentes debe tener en cuenta las etapas previas y el estado actual del desarrollo del paciente adolescente. En el trastorno límite, se preserva el sentido de realidad, pero la difusión de identidad es obvia (Normandin, Ensink, Weiner y Kernberg, 2021). En la latencia, la identidad y el juicio de realidad normalmente están equilibradas y controladas, en parte por las relaciones objetales externas. En la adolescencia, el joven comienza tomar distancia de los padres, que hasta ahora han hecho la función de yo auxiliar. Por lo tanto, a medida que las estructuras de personalidad involucradas en el desarrollo de la adolescencia se flexibilizan, a la vez que el joven se aleja y separa de los padres, pueden aparecer muchas características que se asemejan a las propias de un estado fronterizo.

Una crisis de identidad (Erikson, 1968) puede parecerse, vista desde fuera, a un estado fronterizo. Los cambios hormonales y neurobiológicos y la falta de validación de la percepción de sí mismo en las interacciones con los demás pueden provocar una sensación de confusión en el adolescente. Un joven fronterizo presenta difusión de identidad, mientras que un joven que atraviesa la crisis de la adolescencia tiene una identidad integrada y tiene la capacidad de dar una descripción genuina, profunda, compleja e integrada de sí mismo y de un objeto importante (Normandin et al., 2021). Reconoce y tolera aspectos ambivalentes y contradictorios de sí mismo y del otro significativo.

Los pacientes con una organización *borderline* de la personalidad padecen el síndrome de difusión de la identidad y del trastorno del desarrollo (Terr y Kernberg, 1990; Tackett, Balsis, Oltmanns y Krueger, 2009). Puesto que predominan en ellos las relaciones de objeto internalizadas agresivas sobre las idealizadas, el paciente ha tenido mucha dificultad para integrar tanto el concepto de sí mismo como el de los objetos (Kernberg, 2006; Normandin et al., 2021). El yo de estos pacientes quedó fijado en un nivel en el que imperaban los mecanismos de

defensa primitivos. Los afectos negativos, agresivos y persecutorios aparecen radicalmente separados de los afectos ideales y libidinales.

Se ha sugerido que la ansiedad o la depresión neurótica severa en la adolescencia podría conducir al aislamiento y a la interrupción de las relaciones sociales, una situación que se asemeja a un estado límite. La incoherencia del adolescente o sus conductas llamativas propias de la crisis de identidad pueden parecerse a la difusión de identidad. Por otro lado, los síntomas neuróticos y la alteración de la conducta del adolescente pueden ser causados por un trastorno estructural más grave, el trastorno límite. Las reflexiones, imágenes y experimentos relacionados con el desarrollo sexual del adolescente también deben distinguirse de los síntomas patológicos similares del trastorno límite de la personalidad. También el trastorno psicótico que comienza en la adolescencia, inicialmente, puede parecerse a un trastorno límite. En el diagnóstico de un posible trastorno de la personalidad y su evaluación no es decisivo tanto la gravedad de los síntomas que un joven puede presentar en un momento dado sino la presencia o ausencia del síndrome de la difusión de la identidad. El juicio de realidad se mantiene en los estados fronterizos, aunque estos adolescentes pueden regresar a modalidades paranoides de pensamiento (Yeomans, Clarkin y Kernberg, 2015).

La gravedad de los trastornos mentales graves aumenta en la adolescencia. Es importante que los adolescentes que padecen síntomas psiquiátricos tengan acceso a una evaluación diagnóstica por un especialista y al tratamiento adecuado lo antes posible. El papel de la atención primaria de salud es identificar y detectar a estos jóvenes en una etapa temprana y hacer una evaluación inicial de su situación y, si es necesario, derivarlos rápidamente a atención médica especializada.

Nivel estructural de trastorno basado en su gravedad

Para poder caracterizar los aspectos de la salud mental del niño o su posible trastorno hay que valorar los rasgos de personalidad o carácter emergentes. Estos rasgos se sitúan en el espectro que va de sano a ligeramente, moderadamente o severamente disfuncional. También

permiten valorar el nivel estructural de la personalidad emergente.

La evaluación de los elementos estructurales psicológicos da información sobre el nivel y tipo de trastorno. Tal como he descrito antes, se atiende a las áreas principales del funcionamiento psíquico, es decir, el nivel de desarrollo del yo, la naturaleza del sentido del *self* y la naturaleza de los objetos internos u otro representativo (*representational other*). Esto da luz sobre dónde está el niño en el continuo reactivo-neurótico-*borderline*-psicótico, nivel alto o bajo, y sobre el grado de ansiedad, persecución, paranoia, desesperación, impulsividad, psicopatía, perversión, adicción o trastorno del pensamiento, etc. (Álvarez, 2004).

La dimensión vertical, el continuo entre la psicosis y la neurosis, describe tanto los grados de patología como el nivel de funcionamiento del yo, y es útil como una guía aproximada del mundo interno del niño. La evaluación da indicación sobre la agudeza o cronicidad de todos o alguno de estos elementos y de cuán lejos debería llegar el niño para alcanzar el desarrollo normal (Álvarez, 2004). Por ejemplo, un niño que manifiesta alteraciones de la conducta aparentemente graves puede estar actuando unas dificultades intrapsíquicas de diferente gravedad. Se puede tratar de unas conductas reactivas de una situación externa de corto plazo que ni el niño ni su entrono son capaces de contener en el momento. Si el niño tiene una base suficientemente segura sin un trastorno del vínculo de base, la situación se normaliza rápidamente una vez que se elimina el estresor que ha desencadenado el trastorno. El niño que presenta un trastorno a nivel neurótico ya presenta dificultades duraderas, y cuando se trata de un trastorno a nivel *borderline* o psicótico, hablamos de trastornos graves en las funciones del yo y de un nivel de ansiedad catastrófica.

En algunos niños limítrofes, existen defensas parecidas a las que se desarrollan en una personalidad más madura, compleja y estructurada. En otros niños limítrofes muy traumatizados o maltratados, podemos recurrir a nociones como inmadurez, el desarrollo del yo débil, déficit o desequilibrio. Estas nociones son útiles porque proporcionan una idea de dónde viene el niño, o dónde aún no ha llegado (Álvarez, 2004). Esta

evaluación es fundamental para poder indicar un tratamiento adecuado.

Dentro del espectro de la organización límite de la personalidad, existen subniveles de severidad / gravedad: de funcionamiento alto, medio y bajo, dependiendo de la gravedad de la difusión de identidad, nivel de agresión, predominancia de las defensas, cualidad de objetos internos, capacidad regulación emocional y la integración del superyó (Yeomans et al., 2015; Normandin et al., 2021).

Es importante que una evaluación del trastorno de los niños y adolescentes gravemente perturbados se acompañe de una evaluación de los déficits de desarrollo en el yo, el *self* o sentido de identidad, los objetos internos y el superyó. Un déficit particular en la capacidad del objeto interno para contener identificaciones proyectivas es importante, tanto para el diagnóstico como para la elección de la técnica y tipo de terapia. El nivel de agresividad y los valores morales son importantes indicadores de la gravedad del trastorno de la personalidad (Yeomans et al., 2015). También es fundamental reconocer las capacidades y fortalezas del niño.

Existen niños que presentan dificultades descritas en este artículo. Más allá de los síntomas y los rasgos de personalidad emergente o su carácter, es importante reconocer y detectar las dificultades que estos niños tienen en el desarrollo de su estructura psíquica. Esto da información sobre la gravedad del trastorno y ayuda a definir el tratamiento adecuado, que será diferente para un niño que tiene un trastorno reactivo, neurótico, *borderline* o psicótico.

Conclusiones

El trastorno límite de la personalidad es un trastorno psiquiátrico caracterizado por un desequilibrio generalizado del estado de ánimo, inestabilidad en las relaciones y una imagen perturbada de sí mismo y de los demás. Es una estructura patológica del yo, que se sitúa entre los niveles psicótico y neurótico.

Es importante que los niños que padecen dificultades psiquiátricas tengan acceso a una evaluación diagnóstica hecha por un especialista y que sea reconocida la gravedad del trastorno. Se realiza una evaluación tanto

a nivel sintomatológico, de rasgos la personalidad *emergente*, nivel de desarrollo evolutivo y nivel estructural o de organización de la personalidad emergente. Se evalúa el nivel de trastorno que incluye la evaluación de las funciones del yo, del superyó, de los objetos internos y la funcionalidad del niño, la cual ayuda a valorar el tipo de tratamiento psiquiátrico y/o psicoterapéutico y la intensidad adecuada de este. Los trastornos *borderline* requieren un tratamiento psicoterapéutico, ya que sin él, interfieren con el desarrollo normal y tienden a continuar hasta la edad adulta. Por otro lado, con psicoterapia se puede ayudar a niños limítrofes a reanudar una evolución sana del desarrollo de su personalidad. Además, el niño será capaz de regular mejor sus emociones, controlar su conducta, relacionarse con sus iguales y aprender de manera satisfactoria.

Bibliografía

- Alvarez, A. (2000). Moral imperatives in work with borderline children: the grammar of wishes and the grammar of needs. En J. Symington (ed.), *Imprisoned pain and its transformation*. London: Karnac Books.
- Alvarez, A. (2004). Borderline children. Differentiating disturbance and deficit. En M. Rustin y E. Quagliata (eds.), *Assessment in Child Psychotherapy*. London: Karnac Books.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington DC, London: American Psychiatric Publishing.
- Bion, W. (1965). *Transformations*. London: Routledge.
- Bion, W. (1962). *Learning from the experience*. London: Maresfield Library.
- Blos, P. (1967). The second individuation of adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 22, 162-186.
- Chethik, M. (2000). Treatment of the Borderline Child. En M. Chethik (ed.), *Techniques of Child Therapy: Psychodynamic Strategies*. New York, London: The Guilford Press, 150-172.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: youth and crisis*. Oxford, England: Norton & Co.
- Hill, J. (2002). Disorders of personality. En M. Rutter y E. Taylor (eds.), *Child and Adolescent Psychiatry (4th ed)*. Oxford: Blackwell Publishing, 723-736.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (2006). Identity: Recent findings and clinical implications. *Psychoanalytic Quarterly*, 75, 969-1004.
- Kernberg, P., Weiner, A. y Bardenstein, K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. New York: Basic Books.
- Kernberg, P. (2000). The Forms of play. En K. Von Kiltzing, P. Tyson y D. Bürgin (eds.), *Psychoanalysis in Childhood and Adolescence*. Basel Switzerland: Karger, 25-41.
- Klein, M. (1935). Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. En *Obras completas. Amor, culpa y reparación, Vol I*. Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. En *Obras completas. Amor, culpa y reparación, Vol I*. Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. En *Envy and Gratitude and other Works 1946-1963*. London: Vintage.
- Laufer, M. y Laufer, M. E. (1984). *Adolescence and developmental breakdown. A psychoanalytic view*. London: Karnac Books.
- Mahler, M. (1952). On childhood psychosis and schizophrenia, autistic and symbiotic infantile psychosis. *Psychoanalytic Study of the Child*, 7, 286-305.
- Mahler, M. (1968). *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. New York: international Universities Press.
- Marcelli, D. y De Ajuriaguerra, J. (2005). *Psicopatología del niño. En las fronteras de la nosología*. París: Masson, 393-410.
- Normandin, L., Ensik, K., Yeomans, F. E. y Kernberg, O. F. (2014). Transference-focused Psychotherapy for Personality Disorders in Adolescence. En C. Sharp y J. Tackett (eds.), *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*. New York: Springer Press.
- Normandin, L., Ensink, K., Weiner, A. y Kernberg, O. (2021). *Transference-Focused Psychotherapy for adolescents with severe personality*

- disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing.
- O'Connor, T. (2002). Attachment disorders of infancy and childhood. En M. Rutter y E. Taylor (eds.), *Child and Adolescent Psychiatry (4th ed)*. Oxford: Blackwell Publishing, 776-792.
- Palacio, F. y Dufour, R. (2003). *Diagnóstico estructural en el niño*. Barcelona: Herder.
- Palacio, F. (2018). *La práctica psicoterapéutica con el niño*. Bilbao: Ed. Alt autores.
- Tackett, J. L., Balsis, S., Oltmanns, T. F. y Krueger, R. F. (2009). A unifying perspective on personality pathology across the life span: developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Developmental Psychopathology*, 21, 687-713.
- Terr, L. C. y Kernberg, P. F. (1990). Debate forum-Resolved: Borderline personality disorders exists in children under twelve. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 478-482.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. y Kernberg, O. (2015). *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. A clinical Guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Zeanah, C. (2000). *Handbook of infant mental health 2nd Ed*. New York: The Guildford Press.

Anexos

Tabla 1: criterios diagnósticos del TLP según el DSM-V (APA, 2013)

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autodestructivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p.ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Ludotecas virtuales en tiempos de COVID-19. Un espacio relacional inclusivo

A. TABORDA¹, E. TORANZO², G. GIMÉNEZ³, C. ROTELLI⁴, M. PEREZ SEMENAO³,
M. ROSALES⁵ Y M. PEREZ⁵

RESUMEN

Ludotecas virtuales en tiempos de COVID-19. Un espacio relacional inclusivo. Con una fuerte impronta inclusiva, se presenta la co-creación de ludotecas virtuales modelizadas de acuerdo con la edad de sus participantes, vulnerabilidad, lugar de pertenencia, posibilidades de conectividad y diversidad en la formación de sus coordinadores, con encuadres específicos. Sus dos ejes centrales fueron: propiciar encuentros cara a cara en tiempos simultáneos y promover el juego libre. El equipo de trabajo pone en relevancia aportes provenientes de la relación intra e intergeneracional. **Palabras clave:** *relacionalidad, ludotecas virtuales, pandemia, grupalidad.*

ABSTRACT

Virtual play centres during COVID-19 times. An inclusive relational space. With a strong inclusive approach, we present the co-creation of virtual play centres modelled according to the age of their participants, vulnerability, place of belonging, connectivity possibilities, and diversity in the training of their coordinators, with specific frameworks. Its two central axes were: fostering face-to-face meetings at simultaneous times and promoting free play. The work team highlights contributions coming from intra and intergenerational relationships. **Keywords:** *relationality, virtual play centres, pandemic, groupality.*

RESUM

Ludoteques virtuals en temps de COVID-19. Un espai relacional inclusiu. Amb una forta empremta inclusiva, es presenta la cocreació de ludoteques virtuals modelitzades d'acord amb l'edat dels participants, vulnerabilitat, lloc de pertinença, possibilitats de connectivitat i diversitat en la formació dels seus coordinadors, amb enquadraments específics. Els seus dos eixos centrals van ser: propiciar trobades cara a cara en temps simultanis i promoure el joc lliure. L'equip de treball posa en relleu aportacions provinents de la relació intra i intergeneracional. **Paraules clau:** *relacionalitat, ludoteques virtuals, pandèmia, grupalitat.*

Introducción

*Estos son los tiempos
que prueban las almas de los hombres.*

Thomas Paine, filósofo y autor del siglo XVIII

El eje central de este trabajo abrevó en los inicios del contexto pandémico. Fue una experiencia inédita para todos sus participantes, ya que implicó transitar por un grado de incertidumbre

excesivo para aquel inherente a la naturaleza humana.

Consideramos que el concepto de inclusividad se despliega con todo su potencial y acompañó el accionar de todos y cada uno. Se buscó no sólo la inclusión de diversos actores de las relaciones humanas, lugares familiares que reemplazaron los institucionales; sino que esencialmente se trató de incluínos en la vida luchando contra la muerte, que amenazaba con dejarnos fuera. Y,

¹Doctora y Licenciada en Psicología. Vicedecana FAPSI, UNSL Argentina. Directora del Proyecto de Investigación CyT, UNSL. Co-Directora de Especialización en Intervenciones Psicológicas para la Salud Mental en Niñez y Adolescencia desde la Perspectiva Psicoanalítica Pluridisciplinar, UNSL. ²Magister en Psicoterapia Psicoanalítica y Licenciada en Psicología. Co-Directora del Proyecto de Investigación CyT, UNSL. Directora de Especialización Intervenciones Psicológicas para la Salud Mental en Niñez y Adolescencia desde la Perspectiva Psicoanalítica Pluridisciplinar, UNSL. ³Licenciada en Psicología. ⁴Lic. Nivel Inicial. ⁵Estudiante de Psicología. Contacto: elenat50@hotmail.com

Recibido: 7/3/22 - Aceptado: 29/8/22

desde allí, sostener y desarrollar otros modos de relacionalidad en la co-construcción de subjetividad, especialmente teniendo en cuenta que el mediador de esta era la tecnología.

La pandemia reúne a la humanidad alrededor de múltiples despedidas que conllevan duelos aún difusos. Sólo podemos visibilizar aristas de lo perdido y algunos de los efectos que las transformaciones en curso imponen con el advenimiento del coronavirus.

La imprevisibilidad de la vida, siempre presente, sale de sus murmullos habituales para hacerse escuchar y poner, en primer orden, los peligros que ofrece el mundo externo y las dificultades conscientes e inconscientes para cuidarnos.

El aislamiento social preventivo y obligatorio irrumpe en la dimensión relacional y abre nuevas formas de dar presencia al perseguidor: *el otro, un semejante, puede ser, sin saberlo ni quererlo, un peligroso portador y/o nosotros mismos podemos ser el transportador del agente de ataque en expansión, sin intención ni control*. La voluntad, la intención y, con ello, las propias restricciones construidas en torno al amor al semejante y posicionamientos como sujeto ético, quedan en suspenso y, tanto en lo individual como en lo colectivo, abren múltiples interrogantes en sus destinos de simbolización individuales y colectivos. Las definiciones de derechos humanos, en diversos sentidos, quedan supeditadas al sobrevivir en contextos de profundas desigualdades que tallan las oportunidades de subsistencia.

Entre los desafortunados abanicos de desigualdades, con discursos contrapuestos en tensión, surgen esperanzas de promover cambios en las placas tectónicas de la conciencia colectiva, para poner a los individuos y a las sociedades, en general, en la lucha por encontrar equilibrios en la convivencia, con el desarrollo de una conciencia emergente que desafía el statu quo. Frente al virus invisible, que mantiene al mundo como rehén, arrojando sobre él una sombra de miedo y pena, los destinos de las naciones dependerán tanto de los recursos biopolíticos que los líderes pongan en disponibilidad, como de las acciones intencionales y responsables de ciudadanos suficientemente buenos. Así, la existencia transcurre en las tensiones que se generan entre tracciones regresivas hacia lo que fue

y las emergencias creativas de lo que será.

Cada época entraña sus propios sufrimientos, que desbordan los límites de lo pensable y requieren sus propios tiempos para transformarlos. Diversos lenguajes y discursos transdisciplinarios emergentes se abocaron a la co-construcción de propuestas para sostener los andamiajes del estar con otros en tiempos de aislamiento. Este compartir, *co-crear inter-versiones* posibles, definidas en términos de espacios de construcciones grupales de una multiplicidad de versiones posibles, interrelacionadas y abierta a nuevas recreaciones, se pone al servicio de ampliar las posibilidades de tramitar el sufrimiento impuesto. Esto solo es posible con la mediación intersubjetiva (Fernández, 2000; Taborda, Daher y Piorro, 2020).

En este marco, la pandemia, las directoras del proyecto de investigación (PROICO 12-1118) se convocaron para la co-creación de ludotecas desarrolladas en espacios virtuales, organizadas en torno a dos invariantes centrales: propiciar encuentros cara a cara en tiempos simultáneos y promover el juego libre, a propuesta de sus participantes. Estas invariantes tomaron diversos formatos, según la edad de sus participantes (niños, padres y abuelos), la vulnerabilidad existente y/o adicional, el lugar de pertenencia y las posibilidades de conectividad. La modelización de los formatos se concretó en ludotecas en recreos escolares, ludotecas en centros de salud, ludotecas para nietos y abuelos y ludotecas informales. Desde este posicionamiento, el propósito de este reporte es poner en diálogo los diversos formatos de las ludotecas virtuales con las dinámicas grupales del equipo de trabajo que operaron tanto en la co-creación como en la puesta en práctica de estos espacios de inter-versiones, su marco teórico psicoanalítico y una revisión del contexto ético.

Marco teórico

La práctica sin teoría deja a la gente totalmente desprotegida para pensar... El día que reduzcamos nuestro trabajo a la inmediatez nos quedaremos sin futuro.

Bleichmar, S. (2008. p. 133)

Plurales enfoques coinciden en señalar que la

subjetividad se viste de época y, como tal, requiere actualizaciones teóricas, en pos de conceptualizar el psiquismo como organización abierta en dinámicos procesos de reorganización, transversalizados por dimensiones políticas contextuales, en las que “el vamos deviniendo” desplaza al “yo soy” (Kundera, 1984; Derrida y Roudinesco, 2003; Bleichmar, 2016; Puget, 2015, entre otros). Rodulfo (2011) señaló la relevancia de deconstruir los aportes psicoanalíticos según las transversalizaciones de paradigmas de la complejidad. El autor propone pensar sin centro, que lo lleva a desplazamientos de lo primario (familiar) y secundario (lo que adviene posteriormente), para pensar un psiquismo dinámico organizado a largo de la vida, en los entramados relacionales familiares y extrafamiliares epocalmente situadas. Tramas habitadas por: *pares y dobles, la escuela, lo ficcional, las múltiples pantallas y la familia*.

Con la pandemia, las instituciones educativas se emplazaron en las paradojas de puertas cerradas a la vida exogámica/puertas abiertas al interior de la vida familiar. De un modo u otro, procuraron sortear los impactos que hieren sus funciones académicas y subjetivantes, para constituir redes de soporte para las situaciones disruptivas actuales. Sin embargo, una sombra de olvido cae sobre los recreos y, con él, las reuniones lúdicas espontáneas con los pares y amigos quedaron acotadas. Rodríguez (2020) nos dice: “Sin juego no existe la realidad (...). Los niños necesitan tocarse, agarrarse, si no lo hacen con el cuerpo, que lo hagan con sus ojos (ver es tocar con la vista) y sus oídos (lo sonoro de la voz llega más profundo que cualquier significado) (...), la voz está entre el cuerpo y el alma (...). Jugar sana sin estar enfermo”. Lo referido se hace extensible a todo ser humano, más allá de su edad, para ubicarlos como habitantes de los recreos de los juegos del vivir la vida.

Los recreos tallan los abanicos de los amores, odios, temores y anhelos, que ponen en juego rivalidades, controversias, acercamientos solidarios, búsqueda de encuentros, diferenciaciones del amor al semejante que conlleva a la elección de amigos íntimos, extranjero (no-familiar) que, en el contexto de los espacios transicionales, condensa y simultáneamente media entre lo extraño y lo familiar para crear nuevos modos

elegidos de intimidad. En los proyectos futuros, con los consecuentes deseos de los niños de ser grandes, y las construcciones de cómo transitar la transmisión transgeneracional en los espacios transubjetivos de los adultos, se condensan complejos procesos psíquicos, en consonancias/disonancias, con el reconocimiento que se confiere y recibe. En palabras de Sainz (2018), “(...) para verme necesito la mirada del otro. Miramos para ser mirado y reconocido”.

En los escenarios del mirar/ser mirado, las múltiples pantallas, se trasladan de las asignaciones patológicas (síndrome de Hikikomori, adicción a internet) y se ubican en el lugar de recursos que prestan auxilio y sostén a la *relacionalidad*, al proveer el traje óptimo para estar con otros sin contagiarnos.

El principal desafío para el equipo de trabajo radicó en que esta experiencia relacional estaba mediatizada por la tecnología digital, recurso invaluable que está en permanente estudio acerca de sus alcances en la construcción de subjetividades y con la que nos vinculamos con cierto grado de ambivalencia.

En nuestros días, observamos que, en todos los productos para consumo social, la tecnología con la imagen es retorizada sin límites, atendiendo al hecho de satisfacer de un modo inmediato ciertas fantasías o ideales del consumidor. Este se encuentra previamente manipulado en sus sensaciones y a menudo en sus sentimientos, apuntando en forma excluyente al mayor consumo, basándose para ello en complejas disquisiciones de *marketing*, *targets* etarios, condiciones socioeconómicas.

Abordamos la tarea inmersos en nuestra compleja realidad histórica y sus prejuicios; empapados de una grupalidad *antiindividualista* engendrada en una concepción del psiquismo diádico, triádico y grupal que evoluciona en la matriz madre-grupo (Toranzo, 2020; Taborda et al., 2020).

Co-construcción del grupo de trabajo

Los primeros pasos se emplazaron entre las sabidurías históricas: crisis y pandemias anteriores, modos de salir de ellas, teorizaciones psicoanalíticas -entre las cuales ha tenido gran relevancia el enfoque de grupos psicoterapéuticos

de padres y su paralelo de hijos desarrollados y estudiados profundamente por Eulalia Torras de Beà (1998) y nuestro equipo de investigación-, potencialidades de la universal dimensión lúdica, entre otras; y aquellos constructos que quedan total o parcialmente atrás, en pos de desplazamientos de la patologización de la vida cotidiana. Este contexto conlleva reconocer los efectos -en lo individual inexistente y lo siempre colectivo- de transitar las primeras etapas (amenaza-embotamiento y temor-protesta) con la lógica conocida de un proceso de duelo en curso y de uno por venir sin precedentes con un largo camino desconocido a recorrer.

La propuesta, sin antecedentes, de ludotecas virtuales, implicó un anteproyecto de trabajo en red que comenzó con: la coordinación de tres docentes investigadoras, dos de la Universidad Nacional de San Luis (UNSL) y otro de la Universidad de Buenos Aires (UBA), con experiencia en coordinación y co-visión de ludotecas desarrolladas en instituciones públicas pertenecientes a contextos vulnerables; estudiantes avanzados de psicología tanto de grado como de posgrado; y una profesora de educación infantil y estudiante de la licenciatura, que se desempeña como maestra en primer grado. Las docentes-coordinadoras de la UNSL, en su trayectoria, poseen una definida ideología y formación de trabajo grupal desarrollada en la docencia, la clínica y la investigación. En el caso de los estudiantes, por su parte en San Luis, la convivencia grupal entre pares es casi su hábitat natural. Todos ellos se hayan impregnados de la vida de grupo institucional: el hospital, la escuela y la universidad. Por lo tanto, el grupo se emplaza en el ahora, aquí, entre nosotros y también en soledad; cada uno desde su casa en distintos lugares de residencia (AMBA, San Luis y Mendoza), reunidos semanalmente a través de una plataforma para la co-creación de las ludotecas virtuales -inicialmente, sin saberlo, o más precisamente sin pensarlo-. El equipo que se constituyó tomó el estilo lúdico constructivo del *Minecraft* (*mine*: explotar, extraer, sacar; *crafft*: fabricar, crear), por cuanto sólo se sabía que se contaba con recursos tecnológicos y que se trataba de una consigna que proponía espacios lúdicos en un mundo virtualmente abierto al contacto cara a cara, sin guías, ni tutoriales

dentro del juego, salvo las propuestas de los participantes, resultando en un principio algo poco habitual, más bien *extraño*.

En los *primeros momentos de configuración* del grupo de trabajo, la circularidad de la incertidumbre frente a lo nuevo se expandía, reproducía y resonaba tendiendo puentes entre realidad externa e intra grupal vigente. En estos momentos iniciales, parecía desconocerse qué se debía/podía hacer, ni los pasos a seguir para sobrevivir como equipo de trabajo. Así, comenzó la tarea, en parangón con el mundo *Minecraft* en el que *cualquiera y todos pueden reinventar el universo, e instituirse como co-creadores, destructores y salvadores del cosmos que aloja a la humanidad*. Este parangón convocó revisiones éticas y teóricas en torno a definiciones democráticas de sujetos de derecho, en pos de circunscribir el paradigma tutorial.

La perspectiva de la virtualidad se encarga de acortar distancias y permitir tiempos simultáneos extendidos en espacios lejanos. En lenguaje *pichoniano*, se tenía una *situación* de grupo atípica, pero funcionando como una unidad identificable de campo psicológico y una geografía virtual dentro de la comunidad (educativa): el grupo operativo estaba en marcha. Los estudiantes, a modo de caldeamiento con la tarea, se reúnen entre ellos para jugar, como lo hacían en la niñez y encontrar de qué modo, entre disfraces, el jugar se transforma para permanecer vivo a lo largo de la existencia humana.

Aún en la coexistencia de los dos niveles descriptos -el virtual y el real-, se pueden observar los distintos momentos por los que atraviesa la construcción de un equipo de trabajo. Este se inicia a partir de una célula indiferenciada por la fusión para luego dar lugar a subgrupos, cada cual con su propia dinámica e intereses, enriqueciendo la modalidad de intervención según sus particularidades.

Este tiempo se acompañó de incipientes sentimientos de rivalidad, envidia, confrontación, necesidad de dependencia y reconocimiento. Según Bion (1963), estos movimientos son propios e ineludibles en la configuración de la mentalidad grupal. En su evolución, el grupo deberá sortear la fase definida en términos de supuesto básicos, donde este se mueve acorde a emociones primarias para llegar a la constitución del

grupo de trabajo. En este contexto, surgen dos observadores participantes que expresan dos ideas directrices respecto del espíritu en esos tiempos grupales, y que nominamos: una antropología del juego y una antropología del grupo de trabajo.

En este marco, se inicia un *segundo momento grupal*. Por un lado, el anteproyecto de trabajo interinstitucional en red se aboca a atender las especificidades y necesidades de sus lugares de pertenencia. El equipo del interior del país vuelve a dividirse en dos subgrupos: los coordinadores de ludotecas institucionales y los coordinadores de ludotecas de grupos informales. Ambos subgrupos son supervisados por las profesionales de la UNSL convocantes en espacios-tiempos separados. A su vez, la modalidad de trabajar en pareja adoptada espontáneamente por los estudiantes le dio otra dinámica y riqueza a los fenómenos psicológicos que se iban suscitando. Tal como una célula en crecimiento, se generó una matriz relacional en la que se manifiestan diversos fenómenos transicionales.

Correlativamente, la delimitación de tres mundos:

- El *mundo íntimo y privado*, tan privado que algunas facetas permanecerán desconocidas para la propia persona; sin embargo, está ahí en su sentir, pensar y hacer. Es tan privado que, en ocasiones, entra en diálogos oníricos con nosotros mismos, con otros significativos en la privacidad de la intimidad.
- El *mundo compartido* con unos pocos, en los terrenos de elegir qué digo, qué callo, qué entrego en el espacio intersubjetivo-grupal.
- El *mundo público* compartido sin mayores restricciones, en espacios entre las construcciones de lo personal y cultural; espacios mentales que se inician con el jugar y conducen a todo aquello que constituye la herencia humana que, día a día, casi sin tomar consciencia de ello, *co-construimos* (Anzieu, 1983; Winnicott, 1985).

Ludotecas virtuales ¿Un nuevo espacio transicional?

Acompañaron al quehacer cuestionamientos y reflexiones sobre el tiempo y el espacio en esta modalidad de trabajo y juego que incidieron en la

co-construcción del encuadre. Así, por ejemplo, a las tradicionales variables tempoespaciales intervinientes en la constitución psíquica -profundamente estudiadas por el psicoanálisis- se sumaron el sostén de internet y tanto la dimensión de la luz como del sonido. Ambas dimensiones estuvieron presentes todo el tiempo en el transcurso de la tarea y, con su presencia o ausencia, marcaban su ritmo, su vértigo; además de considerar algunas de sus consecuencias, tales como el cansancio visual y corporal, atribuible a la luz, píxeles de la imagen y el *delay* en la percepción del sonido. Anzieu, ya en la década del 40, analiza ricamente la dimensión tempoespacial en la salud, la enfermedad y la cura, que abrieron los pasajes del psicoanálisis tradicional lineal al relacional complejo. Estos aportes incidieron en el enfoque del extenso campo de la psicología clínica y la psicología educacional, tal como refiere Taborda (2011). Tales posicionamientos llevaron a subrayar que los grupos de supervisión se constituyen en espacios de creación de significado en la ardua tarea de dar sentido al devenir humano (Toranzo et al., 2018).

En la concepción de *juego*, los aportes de Winnicott (1985) son invalores. El juego como tal es un fenómeno universal, una forma básica de vida, un modo de comunicación y una actividad terapéutica; implica confianza y pertenece al espacio relacional potencial. Reúne y compromete el cuerpo, la emoción y la sexualidad. En sí mismo se considera una actividad creadora inacabable, que se apoya en la seguridad que otorga un ambiente facilitador y suficientemente bueno, presente en la construcción del complejo mundo interno psíquico relacional.

Las consideraciones aquí esbozadas brevemente influyeron en la modalidad del encuadre que se fue *co-construyendo* paulatinamente, en la medida en que sus protagonistas vivenciaban las experiencias de juego bajo estas condiciones virtuales.

Ludoteca en recreos escolares

Dentro del contexto de COVID-19, el espacio de recreo virtual estuvo a cargo de una docente con formación universitaria en Educación Inicial, con un desempeño actual en primer grado de una escuela privada de la ciudad del interior del

país. Se buscó inaugurar un espacio de juego seguro, de comunicación, relacionalidad y socialización, en tiempos de aislamiento. La modalidad de trabajo surge, en el mes de abril, al compás de las preocupaciones de los padres, discursos mediáticos y profesionales de la salud mental, respecto de las diversas expresiones de angustia de los niños por las restricciones preventivas. En los padres, surgían preguntas y referencias tales como “¿Qué hacemos con los chicos?” “Quieren salir, quieren jugar”, “quieren visitarse”, entre otras demandas. A modo de respuesta, la institución busca completar la oferta pedagógica ofreciendo un espacio virtual, semanal, optativo, de juego libre, de cuarenta minutos de duración, a los doce estudiantes que asistían a primer grado, divididos en dos subgrupos, integrados con hasta seis participantes. Todos ellos, compañeros desde la guardería a cargo de la misma docente. La experiencia se desarrolló utilizando la plataforma que ofrece la escuela, con la autorización de directivos, el consentimiento de los padres y asentimiento de los niños y supervisión semanal.

El primer acercamiento, que se podría bautizar de reencuentro lúdico, estuvo ligado a la comunicación verbal y a la necesidad de hablar entre ellos, contarse anécdotas, recordar momentos compartidos. La docente se abocó a estimular, a través de preguntas, la participación activa de todos ellos, poniendo especial cuidado en incluir a los más introvertidos. A partir del segundo encuentro, se les habilitó a que realizaran propuestas: “ayer pensé que podríamos jugar al veo-veo”, dijo una de las niñas; todo el grupo asintió y comenzó el debate sobre qué elegir que puedan ver todos. El juego requería enfocar la cámara en sectores del lugar en el que se encontraban. Así, la lejanía espacial se acotaba y cada uno conocía dónde estaba el otro. Espontáneamente, entre risas y a coro, la mayoría de ellos decía “es trampa, es trampa”: cuando el objeto era descubierto, lo cambiaban. De este modo, entre otras cosas, prolongaban el tiempo de atención que le conferían. El juego de las trampas se amplió en los sucesivos encuentros hacia las adivinanzas y las escondidas, poniendo a prueba el descubrimiento de la privacidad de la mente, de mismidad, del poder del lenguaje y la observación de pistas que, al

integrarse, dan cuenta de la posibilidad de conocer el mundo externo. De algún modo, adivinar “si está” o “no está” o “cuál es” alude al trabajo que la humanidad desarrolla tanto en torno al virus como a los otros.

En esta dirección, es de resaltar que, en el quinto encuentro, se presenta un niño, que en todo este periodo (más de dos meses) no se había conectado por cuestiones técnicas, y lo hace con una máscara que cubre por completo su rostro. Si bien la docente, al habilitar el acceso a la reunión, lo reconoce de inmediato, el resto de los compañeros no sabían quién estaba detrás de la máscara y comienza el juego: “no les digo quién soy”, “no hablo para que no reconozcan mi hipótesis de descarte, como quienes faltan en la reunión”, “no es... (utilizan nombres de compañeros) Porque tiene pelo lacio, o porque es rubio”, hasta que finalmente le piden que se pare. Al ponerse de pie, lo descubren por su textura física. El despliegue lúdico favoreció la inclusión y puso en juego la noción que cada uno tiene de sí mismo, el reconocimiento que el otro como par confiere, la forma en que cada uno, al recordar al otro, le otorga presencia a su ausencia.

En la docente, con rol de “la que cuida el recreo”, surgen vivencias diversas que se extienden desde el entusiasmo y alegría contagiada en estas nuevas formas de querer escucharse, que la mantienen expectante, hasta sensaciones de estrés y ansiedad sobre todo suscitadas en los encuentros iniciales. De un modo u otro, la ludoteca virtual se abre como desafío a nuevos intercambios entre escuela, familia, niños y currículo pedagógico.

Ludoteca virtual en centro de salud

Este espacio es una prolongación de una modalidad presencial desarrollada precedentemente durante tres años, organizada según los aportes de Paolicchi y Abreu (2011), que nació como un lugar seguro para que padres e hijos jugaran con la coordinación de profesionales del centro de salud. Este lugar se emplaza en un barrio que, por sus factores de riesgo, se califica como de mediana vulnerabilidad.

La extensión de la ludoteca barrial-presencial a la virtual surge porque, en el contexto

de COVID-19, desde el área de salud mental, se detectó la urgencia de crear dispositivos que generaran espacios de pertenencia al entramado social. Para desarrollar la ludoteca virtual, en primera instancia, se realizó, a los adultos que concurrían con anterioridad al espacio lúdico, una encuesta domiciliaria, valorativa de su participación previa, y se les propuso continuar el contacto de manera virtual. Las siete familias entrevistadas aceptaron la propuesta, por lo cual se firmó un consentimiento informado y verificó el asentimiento del niño correspondiente. El primer inconveniente que sortear, para habilitar espacios de juegos e intercambios con pares y adultos referentes, fueron las posibilidades de conectividad. De allí que la propuesta realizada desde el centro de salud contemplara diferentes vías de comunicación posible (llamada telefónica, video llamada, mail, grupo de *WhatsApp*). La mayoría de las familias, al pertenecer a sectores vulnerables, no contaban con buena conexión a internet para efectuar videollamadas, por lo que se trabajó desde un grupo de *WhatsApp* con la mayoría, y con dos niños desde videollamadas, definiéndose así dos encuadres de trabajo posibles.

Desde el grupo de *WhatsApp* se les propone a los padres que presenten a sus niños con edad y foto. Luego se les pide elegir un día y una hora a la semana en la que acompañen el juego de sus hijos y los adultos pregunten a qué les gustaría jugar. Se solicitó que observen y luego comenten como se sentían, a qué jugaron u otra observación importante. Al finalizar la hora lúdica, se sugiere que le pregunten a su hijo si desean hacer un dibujo que quieran compartir con el grupo. Se trabajó con consignas semanales abiertas, según lo que acontecía semanalmente y, fundamentalmente, de acuerdo con el deseo del niño y sus familias. Una de las particularidades centrales de la modalidad consistió en estimular el acompañamiento de los padres a sus hijos y de los padres entre sí. Estos últimos, en el grupo de *WhatsApp*, compartieron el peso de los difíciles requerimientos escolares y la oposición de los niños a este sistema de enseñanza, que dieron origen a la circularidad de ricos consejos vertidos entre las seis madres y cuatro padres que participaron.

En la experiencia de *video llamada*, la propuesta

de juego virtual fue llevada a cabo en una hora semanal con un niño de seis años y una niña de siete. La consigna fue el interrogante “¿A qué le gustaría jugar?”. En los comienzos, la actitud fue de introversión, propia de la situación nueva, que fue modificándose en el transcurrir de los encuentros. El primer juego propuesto fue el de *piedra, papel o tijera*, que involucró movimientos de sus manos. Continuaron con los juegos verbales de adivinanzas, y *veo-veo*. Mientras jugaban, mostraban sus casas y juguetes. Los encuentros lúdicos referidos denotan una secuencia de intercambios que van desde lo corporal a lo espacial. En el siguiente encuentro, lo corporal vuelve a tomar mayor relevancia lúdica: se inicia con interrogantes y conversaciones sobre los zombis, la mascarilla, los médicos, para desembocar en el juego de soldaditos y armas. La amenaza, el peligro y movilización de recursos verbales y corporales para defenderse quedan lúdicamente expresados. Posteriormente, los niños preguntan sobre los compañeros que asistían a la precedente ludoteca presencial. La coordinadora se detiene para ayudarlos a recordar sus nombres, juegos compartidos, anécdotas. También se les comenta que no pueden acceder a videollamada, pero sí al grupo de *WhatsApp*, por si ellos querían compartir fotos, videos o audios; sugerencia que por sí mismos recuerdan y, antes de concluir la hora de ludotecas, les mandan mensajes de voz y reciben algunas respuestas. El grupo, entre presencias y ausencias, estrena la creación de un nuevo modo de reencontrarse a través de mensajes de voz y fotos. En este transcurrir, surge una temática renuente, el papel del policía, plasmado lúdicamente en relatos y gráficos. Por ejemplo, un niño, después de jugar con su papá al ladrón y policía, dibuja un coche y un policía, mientras relata que le pusieron una multa porque iba muy rápido. El dibujo y su relato se acompaña de interrogantes sobre el rol de la policía, haciendo ambivalentemente referencias tanto al rol de protección frente a la impulsividad y al cuidado de mantener el aislamiento, como a historias de amenazas y represión sufridas en el precario contexto barrial y observadas en los medios de comunicación. Los sentimientos que acompañaron a la experiencia fueron de alegría y satisfacción por el reencuentro y, a su vez, de

agotamiento por llevar a cabo una nueva forma de comunicación. Además, la coordinadora refiere que, antes de comenzar el encuentro, tiene una sensación de incertidumbre, en ocasiones con correlatos somáticos, porque no sabe si los recursos tecnológicos funcionarán adecuadamente; esta sensación dura hasta concretar el encuentro y minutos posteriores.

Ludotecas informales

Para iniciar este tramo de la experiencia se recordará la necesidad de los estudiantes-coordinadores de “jugar previamente entre sí como niños”. Se elaboraron, de este modo, las ansiedades fóbicas frente al encuentro con lo desconocido, con las peculiaridades de la ausencia de una institución que los aloje concretamente. La experiencia tuvo un doble registro para su ordenamiento: un eje histórico cronológico y uno temático tópico, que permite realizar comparaciones entre las cuatro ludotecas informales, llevadas adelante. Todas ellas se desarrollaron con el soporte de videollamadas semanales, de una hora de duración, el consentimiento informado de los padres y el asentimiento del niño. Se desplegaron, en diversas modalidades, juegos que implican diferentes habilidades: *el ahorcado, encuentre la diferencia, la escondida, dígalo con mímica, piedra papel o tijera y el tutifruti*. Uno de los ingredientes llamativos en tres de ellas fue cómo se resolvería la clásica rivalidad frente a “quién es el ganador”; rivalidad universal entre niños, a la que se le puede agregar el interrogante ¿Quién gana, el virus o la humanidad?

En cambio, en la otra ludoteca, los contenidos peligrosos y prohibidos surgen a través del jugar con fuego, que representa las necesidades humanas de dominio del confiado como un secreto, lo que habla de procesos histórica y universalmente ambiente. Este juego fue de diferenciación entre lo privado y compartido con unos pocos, en confianza. Otro ingrediente común de estos cuatro espacios, algo llamativo, fue el juego de apagar y encender la cámara, que, de algún modo, con los nuevos recursos tecnológicos, es equivalente al juego de las escondidas, “estoy y no estoy”; simultáneamente a posicionarse como sujetos activos en el control de las múltiples pantallas que se introducen

en la vida cotidiana como simuladores del “mirar y ser mirado”.

En el transcurrir, cuando los participantes se organizan como equipo de relaciones colaborativas, para salir de la rivalidad y acotar temores, expresan sentimientos tiernos en anécdotas y/o la inclusión en cámara de las mascotas que los acompañan. Correlativamente, emergen diversas estrategias para separarse y reencontrarse en la próxima semana, (“la próxima tráete... jugaremos... traigo”) que aluden a representaciones de esperanzas de continuidad de la relación, en términos de proyectos futuros cercanos. Las envolturas temporales y espaciales, en este transcurrir, toman cuerpo. Los niños de tres de las ludotecas virtuales eligen continuar a pesar de la flexibilización de la salida. En una de ellas, proyectan juntos la construcción de una casa, (al estilo *Minecraft*), que realizan a solas durante la semana y comentan sus avances en el reencontro. Las casas, con distintas características, tienen zonas de máxima peligrosidad y sectores de defensas. En otro grupo, se les solicita a los coordinadores que dibujen paisajes. Así, aluden al trabajo psíquico que implica acotar el encierro que reactiva el volverse a mirar y preguntarse ¿Quién soy? ¿Cómo me ven? ¿Qué es peligroso? ¿Cómo me defiendo? ¿Cuál es la distancia? entre otras.

Ludoteca para abuelos y nietos

La propuesta tuvo su fundamento en la concepción estereotipada que recae sobre los adultos mayores, en tanto seres excluidos de los ciclos de productividad que exige el capitalismo imperante y su concomitante globalización y que, además, el COVID-19 se encarga de ubicarlos en los *grupos de riesgo*. Las fantasías de muerte, siempre existentes en cada uno, adquieren una real envergadura en los meandros de los procesos subjetivos, inter y transubjetivos, del devenir *ser abuelos*.

Para dar lugar a una experiencia lúdica a través de una plataforma virtual, las dos coordinadoras contactaron con una pareja de abuelos y sus seis nietos (de dos familias, edades y lugares de residencia diversos). Con el propósito de establecer un encuadre propicio, se delinearon las siguientes consideraciones éticas: por un lado,

el deseo de los participantes, motor y guía de la experiencia, que se materializó en un consentimiento informado de los adultos (abuelos y padres) y el asentimiento de los niños. Asimismo, resulta pertinente resaltar la importancia que cobró la participación de los padres y madres en este dispositivo, que tuvo como protagonistas a abuelos y nietos. No sólo desde la necesaria formalidad de aportar un consentimiento que avale la participación de los menores de edad, sino como soporte humano que se puso en movimiento y al servicio de la realización de aquel encuentro. Si bien esta participación de los padres y madres no se configura como una condición *sine qua non* para el despliegue del dispositivo, en la presente experiencia, enriqueció el encuentro y fluyó como manera natural de implicación en una dinámica familiar extendida.

En el aprendizaje y despliegue de la función como coordinadoras, se sucedieron diferentes momentos, que suscitaron diversos movimientos transferenciales. En algunas instancias del encuentro, surgieron sentimientos de ser lo *suficientemente innecesarias*, en el sentido de que la dinámica que se dio entre abuelos y nietos fluía sin la necesidad de mayores intervenciones de ellas, lo que les provocó sentimientos de exclusión, vivenciados como un cierto *sinsentido* de su función. No obstante, estas sensaciones iniciales fueron posteriormente las proveedoras del verdadero sentido en desplegar aquel rol, dado que esa dinámica también les permitió ser lo *suficientemente integradas* para operar como puente, poniendo palabras, amortiguando ansiedades, regulando tiempos, acompañándolos a modo de un *tutorial*. Las coordinadoras refieren que fue clave la experiencia lúdica previa entre pares-estudiantes, ya que la oportunidad de llevar a cabo este *como si* entre ellos sirvió a modo de preparación-caldeamiento para el encuentro con este grupo de abuelos y nietos, así como también brindó un espacio de elaboración y metabolización de temores, ansiedades y preocupaciones. Este nuevo dispositivo y su particular dinámica pusieron en diálogo los sujetos enseñantes y aprendientes que coexisten en cada uno de los que participaron en ese encuentro. Desde este posicionamiento, como sujetos autores, en términos de Fernández (2000), fueron aportando y mostrando conocimientos y

saberes para la *co-construcción* de este espacio. En este sentido, se vivificó la función lúdica que habita en el aprender, poniendo en escena múltiples combinaciones de contenidos conscientes e inconscientes, personales-grupales, para poder transformarlos y elaborarlos. La transmisión transgeneracional hizo mella en el *aquí y ahora* de la dinámica grupal y configuraciones lúdicas familiares. El juego elegido atravesó generaciones y fue dejando tras de sí experiencias y anécdotas, que los participantes compartieron con las coordinadoras durante el encuentro. Entre abuelos y nietos contaron cómo aquel juego había sido iniciado por la abuela y transmitido a sus hijos y luego, casi a modo de herencia, pasó a los nietos. Así, el jugar juntos fue, más allá de momentos compartidos, para perdurar en el transmitir historia, cuidados y presencia. Frente a este contexto que se presenta como un momento disruptivo, desorganizador, plagado de incertidumbres, la alegría se constituyó como un factor que ligó este punto de encuentro. La alegría y añoranza de encontrarse virtualmente reafirmó y vitalizó la identidad de estos abuelos y otorgó tranquilidad a estos nietos al ver a sus abuelos vivos, teniendo en cuenta que la reactivación de fantasías de muerte adquiere mayor entidad -para ambos- en estos tiempos. Retomando aquel deseo como motor y guía de esta experiencia, las ganas de juntarse, encontrarse y “jugar con”, a través de una plataforma virtual, actuaron como promotoras de la salud mental de todos y cada uno que confluyeron en el espacio de ludoteca. Para las coordinadoras, esta experiencia fue ampliada en los espacios de supervisión grupal.

Conclusiones

Atravesando diversos sentimientos -unos y otros- se *co-construyó* una experiencia emocional directa y libre pero contenida, basada en un discurso visual, personal y empático, singular y comprometido; por ende, altamente inclusivo.

El continente del dispositivo se conforma en la comprensión del involucramiento emocional en sus aspectos conscientes e inconscientes, la profundización de marcos teóricos siempre en estudio que permiten la vigilancia epistemológica de teoría y práctica, el conocimiento de

las técnicas a implementar para *co-construir* un ámbito sustentable que innoven el campo psicológico y educacional en sus aspectos clínicos y preventivos.

Los diversos formatos modelizados de ludoteca demostraron sus potencialidades para propiciar encuentros significativos desde el punto de vista afectivo, capaces de promover y acunar los procesos de simbolización.

Las envolturas tempoespaciales cambian. En las planas pantallas se incitan nuevas configuraciones sobre los procesos de dar presencia al ausente. Las percepciones de profundidad y tridimensionalidad se transforman. Los cuerpos se tocan con la mirada y los sonidos. Los *delay* inciden en la percepción y, con ello, en los procesos de mentalización implícitos y explícitos. Las regulaciones corporales suscitadas en la presencialidad se modifican y aún se desconocen las peculiaridades que adquieren en la *relacionalidad* mediada por tecnologías.

Las sincronías perceptivas ojo a ojo de captación de las sutilezas que la mirada expresa se empobrece. La voz, como espejo sonoro, se eleva quizás en busca de acortar la distancia y unirse con el otro, lo cual introduce modificaciones en la complejidad de la empatía. Así, el uso de las tecnologías conserva e introduce sus propias particularidades en las envolturas señaladas por Anzieu (2002) respecto de los espacios sonoros, visuales, visuales-táctiles, locomotores y gráficos que nos constituyen e introduce en las diferencias entre lo mío y lo no familiar, a sí mismo y los otros; a pesar de que algunas de las envolturas presenciales se ausenten, como, por ejemplo, el calor, gusto y olfato.

Tramitar el aislamiento obligatorio demanda un profundo trabajo psíquico intersubjetivo y, consecutivamente, poco a poco, al compás de la flexibilización, aún con la sombra de posibilidades de contagiar-ser contagiado, con representaciones de un futuro en suspenso, también convoca entrañables recomposiciones psíquicas. En el marco de la flexibilización en devenir, algunas de las ludotecas quizás pierdan su vigencia, otras como, por ejemplo, la de abuelos y nietos y/o con familiares significativos geográficamente distantes, puede constituirse en un recurso que perdure.

La puesta en relación de las dinámicas

analizadas en el marco de la ética psicoanalítica opera como factor protector del equipo, promueve su creatividad, amplifica las posibilidades de poner en circulación vivencias compartidas que permitan pensar los diversos sentimientos y hacer extensible los aportes elaborados a co-creaciones de modalidades de *inter-versión* futuras, sin estándares y con todo rigor científico.

Bibliografía

- Anzieu, D. (2002). *Yo Piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bion, W. R. (1963). *Elementos de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, S. (2016). *Vergüenza, culpa, pudor. Relaciones entre la psicopatología, la ética y la sexualidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, S. (2008). *Subjetividad en riesgo: herramientas para el rescate* [en línea]. Recuperado de: <https://catedraedipica.files.wordpress.com/2018/03/la-subjetividad-en-riesgo-silvia-bleichman-conferencia-6.pdf>
- Derrida, J. y Roudinesco, E. (2003). *Y mañana, ¿qué?*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, A. (2000). *Poner en juego el saber. Psicopedagogía: propiciando autorías de pensamiento*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Kundera, M. (1984). *La insostenible levedad del ser*. Barcelona: Maxi Tusquets.
- Paolicchi, G. y Abreu, L. (2011). Juego; interdisciplinar y vulnerabilidad. Contexto social y construcción de identidades. En A. Taborda y G. Leoz (Comp.). *Psicología Educativa en el Contexto de la Clínica Socioeducativa*. San Luis, Argentina: Nueva Editorial Universitaria.
- Puget, J. (2015). *Subjetivación discontinua y psicoanálisis. Incertidumbre y certezas*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Rodolfo, R. (2011). Cinco instancias de subjetivación en la infancia y niñez Contemporáneas. En A. Taborda y G. Leoz (Comp.). *Psicología Educativa en el Contexto de la Clínica Socioeducativa*. San Luis, Argentina: Nueva Editorial Universitaria.
- Rodríguez, J. (2020). *Para responsables de la educación de los niños* [en línea]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/10000637378>

- 7881/posts/2415286392027130/?sfnsn=scwspmo&extid=AC4lhjj4K1rHn788
- Sainz Bermejo, F. (2018). Winnicott en la perspectiva relacional e intersubjetiva actual, acompañados por las poesías de Joan Manuel Serrat. *Revista electrónica Clínica e investigación relacional*, 12(3).
<http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2018.120310>
- Taborda, A. (2011). Psicología Educacional emplazada en la clínica en extensión. En A. Taborda y G. Leoz (Comp.), *Psicología Educacional en el Contexto de la Clínica Socioeducativa*. San Luis (Argentina): Nueva Editorial Universitaria.
- Taborda, A., Daher, C. y Piorno, N. (2020). *Madre grupo Construcciones psíquicas en los jardines maternos*. San Luis, Argentina: Nueva Editorial Universitaria. Recuperado de:
<http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2020/05/MADRE-GRUPO-JARDIN.pdf>
- Toranzo, E. et al. (2018). Matrix al interior de dos Grupos Psicoterapéutico. En E. Toranzo y A. Taborda (comp). *Psicoanálisis relacional. Espacios intersubjetivos e interdisciplinarios de creación de significados para la salud mental*. San Luis, Argentina: Nueva Editorial Universitaria.
- Toranzo, E. (comp.) (2020). *Madre grupo II. Más allá del sujeto singular. Subjetividades, Vulnerabilidades y Derechos en infancias y adolescencias*. San Luis, Argentina: Nueva Editorial Universitaria. Recuperado de:
<http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2020/07/Madre-Grupo-II.pdf>
- Torras de Beà, E. (1996). *Grupos de hijos y de padres en Psiquiatría infantil Psicoanalítica*. Barcelona: Ed. Paidós
- Winnicott, D. (1985). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Gedisa.

Niveles de calidad de vida en niños, adolescentes y adultos con discapacidad y en su sistema familiar, durante la pandemia por COVID-19 en una muestra latinoamericana

JAVIERA ORTEGA^{1,2,3}, VICTORIA VÁZQUEZ^{2,4}, RAFAEL POZO GOWLAND^{4,6}, CAMILA ANDREA RUIZ^{2,4,7}, FLORENCIA ASSALONE^{1,2}, GRACIELA MOYA^{2,8} Y NATALIA VÁZQUEZ^{1,2,4}

RESUMEN

Niveles de calidad de vida en niños, adolescentes y adultos con discapacidad y en su sistema familiar, durante la pandemia por COVID-19 en una muestra latinoamericana. Este estudio se propuso describir la calidad de vida de niños y adultos con discapacidad, así como la calidad de vida de su sistema familiar en una muestra de Latinoamérica. Se utilizaron los instrumentos WHOQOL-BREF y PedsQL 4.0. Los resultados mostraron una baja calidad de vida de todos los grupos estudiados, principalmente en la dimensión social para adultos y niños, y en las dimensiones de preocupaciones y actividades diarias para su familia. Esta población parecería verse particularmente afectada durante la pandemia por COVID-19. **Palabras clave:** *calidad de vida, calidad de vida familiar, discapacidad, COVID-19.*

ABSTRACT

Quality of life levels in children, adolescents, and adults with disabilities and their family system during the COVID-19 pandemic in a Latin American sample. This study aimed to describe the quality of life of children and adults with disabilities, as well as the quality of life of their family system in a Latin American sample. The WHOQOL-BREF and PedsQL 4.0 instruments were used. The results showed low quality of life for all groups studied, mainly in the social dimension for adults and children, and in the dimensions of concerns and daily activities for their families. This population seems to be particularly affected during the COVID-19 pandemic. **Keywords:** *quality of life, family quality of life, disability, COVID-19.*

RESUM

Nivells de qualitat de vida en nens, adolescents i adults amb discapacitat i en el seu sistema familiar, durant la pandèmia per COVID-19 en una mostra llatinoamericana. Aquest estudi es va proposar descriure la qualitat de vida de nens i adults amb discapacitat, així com la qualitat de vida del seu sistema familiar a Llatinoamèrica. Es van utilitzar els instruments WHOQOL-BREF i PedsQL 4.0. Els resultats van mostrar una baixa qualitat de vida de tots els grups estudiats, principalment en la dimensió social per a adults i nens, i en les dimensions de preocupacions i activitats diàries per a la família. Aquesta població semblaria veure's particularment afectada durant la pandèmia per COVID-19. **Paraules clau:** *qualitat de vida, qualitat de vida familiar, discapacitat, COVID-19.*

Introducción

Las pandemias son enfermedades epidémicas que se propagan abruptamente en forma

mundial o afectan a casi todos los individuos de una localidad o región. Debido a la tasa exponencial de contagios, la transmisión en forma generalizada dentro de las comunidades,

¹Centro Investigaciones de Psicología y Psicopedagogía [CIPP]. ²Pontificia Universidad Católica Argentina; ³Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina [CONICET]; ⁴Fundación de Psicología Aplicada a Enfermedades Huérfanas [FUPAEH]. ⁵Asociación para el desarrollo de la Educación Especial y la Integración (ADEEI); ⁶Talleres de Rehabilitación en Salud Mental (GCBA); ⁷Asociación Síndrome de Down de la República Argentina (ASDRA); ⁸Instituto de Bioética. Facultad de Ciencias Médicas. Buenos Aires, Argentina. Contacto: javierortega@fupaeh.org

Recibido: 4/4/22 - Aceptado: 14/09/22

y la rápida expansión a nivel mundial, puede generar una demanda de atención que supere la capacidad de los sistemas sanitarios a nivel global. Con el objetivo de evitar un colapso en el sistema de salud, se proponen medidas que disminuyan la tasa de contagios, entre ellas la restricción en el movimiento de las personas, tanto para las infectadas como para aquellas que aún no lo estén.

Ya desde el año 2006 se publicaron documentos que definen estrategias que implican un esfuerzo conjunto de los gobiernos y sus autoridades de salud pública, e incorporan intervenciones de la ciudadanía (higiene de manos y superficie, uso de guantes y mascarillas para reducir la propagación del virus), distanciamiento social, aislamiento de las personas con más riesgo de formas graves, reducción del transporte público y cierre fronterizo para control de la propagación de infecciones virales (Homeland Security Council, 2006). Sin embargo, estas intervenciones tienen un impacto en la privacidad, la libertad, el acceso al sistema de salud, la distribución de los recursos sanitarios, y un alto costo en el sistema productivo y económico de los países.

Dado que estas consecuencias afectan todas las dimensiones de la vida de las personas y las comunidades, la Organización mundial de la Salud (OMS), en el año 2007, publica un documento denominado *Consideraciones éticas en el desarrollo de una respuesta de salud pública a la gripe pandémica* (OMS, 2009). En este documento se reconoce especialmente que las personas con discapacidad deben tener una atención prioritaria para que se respete el principio de equidad. Para que este principio se cumpla, las cargas y los beneficios deben estar distribuidos en forma justa, dependiendo de las necesidades individuales o grupales. De manera que, en algunas circunstancias, es equitativo dar preferencia a quienes están en situación de mayor vulnerabilidad o necesidad. El documento concluye que las inequidades son diferencias en el acceso o el cuidado de la salud que son innecesarias, evitables y se consideran indebidas e injustas (Swenor, 2021).

A pesar de que las complicaciones que surgen a partir de las pandemias eran conocidas, la pandemia por COVID-19 constituyó una

situación disruptiva en la vida de todas las personas a nivel mundial, siendo considerada como una amenaza seria e inminente para la salud pública (Nuffield Council on Bioethics, 2020).

Por ello, las medidas recomendadas de contención para evitar su propagación en muchos casos implicaron cambios en los estilos de vida, las actividades diarias, los vínculos sociales y los proyectos personales. Ya desde comienzos de 2020, diferentes organismos internacionales advirtieron sobre los riesgos del impacto de la pandemia en la salud mental de la población (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2020). A lo largo de dicho año, se publicaron diferentes estudios sobre el impacto en la calidad de vida de la población en general durante la pandemia por COVID-19 (Leiva, Nazar, Martínez-Sangüinetti, Petermann-Rocha, Ricchezza y Celis-Morales, 2020; Torales, O'Higgins, Castaldelli-Maia y Ventriglio, 2020). Otros estudios se centraron en poblaciones específicas como las de las personas con discapacidad (PCD). Reconociendo que el impacto de la pandemia puede ser mayor en ciertos grupos de la población, como las PCD, la OMS propone algunas medidas de protección para mitigar este impacto, con la finalidad de resguardar los derechos y el bienestar de las personas con enfermedades que se asocian a discapacidad (OMS, 2020).

Las PCD constituyen una población vulnerable debido al nivel de exclusión social que experimentan en los diferentes ámbitos. El contexto sanitario provocado por la pandemia ha complejizado esta situación (Economic Commission for Latin America and the Caribbean [ECLAC], 2020). Debido a las medidas de aislamiento y distanciamiento social, las PCD han experimentado, en muchos casos, la interrupción de sus controles de salud, así como dificultades en el acceso a los servicios y recursos de rehabilitación, lo cual pudo haber afectado su estado de salud en general (Giuria y Giuria, 2021; Ruiz, Escobar, Cieri, Condinanzi y Cuestas, 2020). A su vez, en muchos casos, el riesgo de contagio se ha visto aumentado debido a la falta de accesibilidad con la que se brindaron las medidas y protocolos a adoptar para disminuir los contagios (Auria, Caicedo y Sánchez, 2020; Giuria y Giuria, 2021).

Por otro lado, muchos de los espacios terapéuticos y de rehabilitación a los que asisten las PCD se vieron obligados a cerrar como consecuencia de la falta de protocolos y medidas que permitieran que dichos espacios continúen abiertos; no considerándolos como “esenciales” dentro de los contextos habilitados para continuar su labor. Las instituciones y residencias de PCD han reportado sentimientos de abandono por parte de profesionales, al no disponer de las condiciones adecuadas para asegurar los estándares de higiene y las dificultades para realizarse estudios de detección de COVID-19 (United Nations Human Rights Office of the Rights Commissioner, 2020).

Otros estudios se han centrado en el impacto en la salud mental tanto de las PCD, como de sus familiares. Estos trabajos destacan a las PCD como una población en riesgo de desarrollar síntomas de depresión, ansiedad y trastornos relacionados al sueño (Ruiz Brunner et al., 2020; Steptoe y Di Gessa, 2021; Ueda et al., 2021). Los resultados reflejan dificultades en términos de contención social, ya que presentaban quejas por sentimientos de soledad y aislamiento (Steptoe y Di Gessa, 2021). Incluso se ha reportado una peor calidad de vida en comparación a las personas sin discapacidad y sus familias (Steptoe y Di Gessa, 2021).

Estudios anteriores a la pandemia advertían sobre los altos niveles de sobrecarga a los que se enfrentan las familias de personas con discapacidad y cómo esta se relaciona con bajos niveles de calidad de vida (Barros, de Gutierrez, Barros y Santos, 2019; Misura y Memisevic, 2017). La calidad de vida de los padres parecería estar relacionada con distintas características del niño y su discapacidad, así como con otros factores psicológicos como el afrontamiento y la autoestima (Isa et al., 2016). La pandemia por COVID-19 parecería haber provocado un aumento en la demanda a los familiares, quienes manifiestan problemas relacionados con la fatiga, sentimientos de preocupación y miedo, síntomas de ansiedad y depresión (Budnick et al., 2021; Panda et al., 2021). El empeoramiento en la calidad de vida de los padres y familiares durante la pandemia parecería estar relacionado en muchos casos con trastornos del sueño del niño y problemas laborales (Ueda et al., 2021).

También se ha observado que los padres de niños con discapacidad intelectual han reportado peor estado en su salud mental y menores niveles de apoyo social durante la pandemia, en comparación a los padres de niños sin discapacidad (Fontanesi et al. 2020; Willner et al., 2020). En un trabajo publicado sobre la experiencia de padres de hijos con autismo durante la pandemia, los autores concluyeron que el nivel de dificultades experimentadas por los niños estaba directamente relacionado con las estrategias y capacidad de afrontamiento de los padres (Tokatly Leitner y Karnieli-Miller, 2021). A pesar de esto, un estudio longitudinal no encontró un mayor impacto en el bienestar parental ni en la salud mental de los niños con discapacidad a partir de la pandemia (Bailey, Hastings y Tot-sika, 2021).

Para una comprensión multidimensional del estado de la persona con discapacidad y de su entorno y en función de aportar datos sobre una población poco estudiada durante la pandemia como son las PCD y sus familias en Latinoamérica, se propuso realizar una investigación sobre la calidad de vida, entendida como un concepto multidimensional, que apunta al estado de bienestar general de una persona con respecto a su vida (Urzúa y Caqueo-Úrizar, 2012). En este sentido, el presente estudio tuvo como objetivo estudiar la calidad de vida de las personas con discapacidad (niños y adultos) y de su sistema familiar durante la pandemia por COVID-19 en una muestra de Latinoamérica. A su vez, se buscó identificar si existe una relación entre la calidad de vida del niño o adulto con discapacidad y la calidad de vida de su familia, en busca de comprender la problemática desde una mejor perspectiva.

Método

Se trata de un estudio de diseño no experimental, correlacional, de corte transversal.

Participantes

Participaron 64 familiares de personas con discapacidad, de los cuales el 64,1 % ($n = 41$) eran familiares de un niño o adolescente con discapacidad y el 35,9 % ($n = 23$) eran familiares de adultos con discapacidad.

De la muestra de familiares de niños y adolescentes, un 92,7 % eran de sexo femenino y un 7,3 % eran masculinos. Las edades oscilaron entre los 27 y 64 años, con una $M = 59,36$ ($DE = 8,77$). En cuanto a su relación con la PCD, el 82,9 % de los familiares eran madres, un 7,3 % eran padres, y otro 9,8 % eran otros familiares, como hermanos o abuelos. En cuanto a su nivel de escolaridad, el 39 % de la muestra tenía hasta universitario completo, un 19,5 % universitario incompleto, un 22 % terciario completo y un 19,5 % restante, niveles entre secundario incompleto y terciario incompleto. Con relación a los niños y adolescentes con discapacidad, un 65,9 % tenía un diagnóstico de síndrome de Down; un 19,5 %, diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA); un 4,9 %, parálisis cerebral; y un 9,8 %, otra condición de discapacidad. El 53,7 % de los niños era de sexo femenino, mientras que el 43,9 %, masculino. Por último, la edad de los niños presentó una $M = 8,63$ ($DE = 4,82$), donde un 10,9 % ($n = 7$) pertenecía al rango de dos a cuatro años, otro 17,2 % ($n = 11$) al rango de cinco a siete años, un 25 % ($n = 16$) al rango de 8 a 12 años y un 10,9 % ($n = 7$) al rango de 13 a 18 años.

De la muestra de los familiares de adultos, un 73,9 % eran mujeres y un 26,1 % eran varones. El rango de edad de los familiares fue de 27 a 76 años, $M = 59,26$ ($DE = 8,77$). El 60,9 % de los familiares eran madres, un 21,7 % eran padres, y un 17,3 % eran otros familiares como hermanos, abuelos, pareja o profesionales. En cuanto al nivel de escolaridad de los familiares, el 52,2 % de la muestra tenía universitario completo, un 4,3 % universitario incompleto, un 30,4 % terciario completo y el porcentaje restante secundario completo o incompleto. Respecto a la persona con discapacidad, las edades estuvieron entre los 19 y 75 años, con una $M = 30,52$ ($DE = 13,02$). De estas personas, un 56,5 % eran de sexo masculino, y un 43,5 % de sexo femenino. Un 60,9 % de los participantes tenía un diagnóstico de síndrome de Down, un 17,4 % diagnóstico de TEA, y el porcentaje restante otro tipo de condición de discapacidad.

Instrumentos

El protocolo administrado consistió en un consentimiento informado, un cuestionario de

datos sociodemográficos, los módulos *genérico* y *módulo de impacto familiar* del *Pediatric Quality of Life Inventory 4.0* (PedsQL 4.0), y el instrumento WHOQOL-BREF.

Para evaluar la calidad de vida del niño o adolescente con discapacidad, se utilizó el *Módulo Genérico del PedsQL 4.0* (Varni, Seid y Kurtin, 2001). El módulo genérico contiene 23 ítems que evalúan cuatro dominios: funcionamiento físico, funcionamiento social, funcionamiento escolar y funcionamiento emocional. Además de las escalas individuales de los dominios de calidad de vida, es posible calcular escalas resumen de salud física y salud psicosocial. En el presente estudio, se utilizó el reporte parental, que evalúa la percepción parental de la calidad de vida relacionada a la salud de su hijo, e incluye versiones para niños de 2-4, 5-7, 8-12, y 13-18 años (Roizen et al., 2008; Varni, Seid y Rode, 1999).

El PedsQL *módulo impacto familiar*, también diseñado por Varni (Varni, Sherman, Burwinkle, Dickinson y Dixon, 2004), se utilizó para estudiar la calidad de vida familiar. Este módulo fue desarrollado como un instrumento de reporte parental y contiene 36 ítems. Estos ítems se encuentran divididos en las subescalas de impacto en la calidad de vida del padre: 1) Funcionamiento físico, 2) Funcionamiento emocional, 3) Funcionamiento social, 4) Funcionamiento cognitivo, 5) Comunicación, 6) Preocupaciones; y dos subescalas midiendo impacto en el funcionamiento familiar: 7) Actividades diarias, y 8) Relaciones familiares (Varni et al., 2004). Ambos módulos del PedsQL toman puntajes de 0 a 100, donde a mayor puntaje mejor calidad de vida (Roizen et al., 2008).

Para estudiar la calidad de vida (CV) de adultos con discapacidad, se utilizó el cuestionario *WHOQOL-BREF*. Se trata de una versión abreviada del WHOQOL-100 y está compuesto por 26 ítems, cada uno con categorías de respuesta de tipo Likert. El instrumento proporciona un puntaje de calidad de vida general y un puntaje de percepción de salud, así como puntajes para los dominios físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente. Los puntajes van de 0 a 100, donde un mayor puntaje significa una mejor calidad de vida (Bonicatto, Soria y Seguezzo, 1997).

Procedimientos

El muestreo fue de tipo intencional, se contactaron asociaciones de pacientes con discapacidad para colaborar con la investigación. El estudio se llevó a cabo durante los años 2020 y 2021 y participaron asociaciones de Argentina, Bolivia, Nicaragua, Colombia, Costa Rica y México. Las asociaciones enviaron el formulario *online* a sus miembros y en todos los casos fue el cuidador de la persona con discapacidad quien contestó. En todos los casos, los datos se analizaron en forma anónima y en conjunto.

Análisis de datos

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el software estadístico SPSS Statistics-25. Para describir la CV de niños, adultos y sus familiares, se calcularon las medias y las desviaciones estándar para el análisis descriptivo del WHOQOL, PedsQL *Modulo Genérico* y PedsQL FIM. Se comprobó la normalidad de la muestra mediante el método de Shapiro-Wilk y dado que presentaba una distribución normal (Peds-ql GCS $p = 0,2$, PedsQL FIM $p = 0,2$), se decidió utilizar el estadístico r de Pearson para estudiar la correlación entre la CV de los niños y la CV de sus familias. Se calcularon correlaciones tanto para las puntuaciones totales como para las dimensiones de los instrumentos.

Resultados

En primer lugar, se exploró la calidad de vida de niños y adolescentes con condiciones de discapacidad. Se obtuvo una $M = 50,93$ ($DE = 15,07$) para la escala total de calidad de vida. Los resultados mostraron una $M = 62,78$ ($DE = 21,14$) y una $M = 62,58$ ($DE = 16,38$) para las dimensiones de salud física y salud psicosocial. Los resultados para las dimensiones divididos por grupo etario se presentan en la Tabla 1 del anexo.

Por otra parte, se exploró la calidad de vida de adultos con discapacidad. Para la percepción general de su calidad de vida, los adultos reportaron una $M = 65,22$ ($DE = 20,97$), y una $M = 73,91$ ($DE = 24,40$) para la percepción de su salud. En la Tabla 2 del anexo se muestran los resultados para las dimensiones de la calidad de vida en adultos.

A fin de conocer el impacto de estas condiciones en los familiares de niños y adolescentes, se buscó describir el impacto en la calidad de vida familiar a nivel general y en sus distintas dimensiones. Se encontró una $M = 57,21$ ($DE = 20,9$) para la escala total de impacto. Para la escala resumen de calidad de vida relacionada a la salud del cuidador del niño se encontró una $M = 57,90$ ($DE = 20,56$), mientras que para la escala resumen de funcionamiento familiar se obtuvo una $M = 54,80$ ($DE = 25,44$). Los puntajes obtenidos para las dimensiones específicas se encuentran en la Tabla 3 del anexo.

Por último, se estudió la relación entre la calidad de vida reportada para los niños y la reportada para los familiares. Se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa, es decir: a mayor calidad de vida del niño, mayor calidad de vida familiar ($r = 0,37$, $p = 0,02$, $N = 38$). A su vez, la calidad de vida general del niño se correlacionó positivamente con las dimensiones de calidad de vida del cuidador ($r = 0,35$, $p = 0,03$, $N = 38$) y el funcionamiento familiar ($r = 0,34$, $p = 0,04$, $N = 38$).

Discusión

La presente investigación buscó generar evidencia sobre el impacto de la pandemia por COVID-19 en Latinoamérica en un grupo de riesgo, las PCD y sus familias. En líneas generales los resultados mostraron que la calidad de vida de los niños, adolescentes y adultos con discapacidad, según el reporte de sus familiares, fue baja durante la pandemia por COVID-19. Particularmente, la dimensión social de la calidad de vida fue la más afectada tanto en niños como en adultos con discapacidad. Estos resultados coinciden con lo planteado por Steptoe y Di Gessa (2021) y podrían relacionarse a la exclusión social que viven a diario las personas con discapacidad en los diferentes ámbitos, a la poca accesibilidad con la que se transmitieron las medidas y protocolos y las decisiones de aislamiento y distanciamiento social adoptadas por los gobiernos incluso para espacios terapéuticos o de rehabilitación (Auria et al., 2020; Giuria y Giuria, 2021).

Al dividir a los niños por edades, los puntajes más bajos de calidad de vida general aparecen en la edad escolar y adolescentes. Además de

dificultades en el área social, la población adolescente parecería presentar problemas a nivel emocional. Estos resultados aportan a la comprensión de la salud mental de estos niños y adolescentes, ya que refuerzan la idea de que esta población ha sido vulnerable a presentar consecuencias emocionales durante la pandemia (Steptoe y Di Gessa, 2021; Ueda et al., 2021).

A pesar de las dificultades en el acceso a la salud que la pandemia ha provocado para la población de personas con discapacidad (Giuria y Giuria, 2021), el grupo de adultos no reportó una afectación mayor en su calidad de vida en general, ni en la percepción general de su salud. A pesar de esto, al igual que los niños y adolescentes con discapacidad, para los adultos con discapacidad, los niveles más bajos de calidad de vida parecieron relacionarse con el ámbito social.

Teniendo en cuenta la prevalencia de sobrecarga en familiares, su relación con la calidad de vida de estos y las características del cuidado de la PCD (Barros et al., 2019; Misura y Memisevic, 2017), se decidió explorar la calidad de vida de los padres de niños y adolescentes con discapacidad durante la pandemia y la relación de esta con la calidad de vida del niño o adolescente. Se encontraron niveles bajos y medios de calidad de vida para los familiares de niños con discapacidad, viéndose principalmente afectados con relación a las preocupaciones sobre sus hijos y las dimensiones social, emocional y física. Estos resultados van de la mano de estudios anteriores en otro tipo de familias (Budnick et al., 2021; Panda et al., 2021). A su vez, se encontró una relación positiva y significativa entre la CV de los padres y la CV reportada para sus hijos. Este resultado remarca la importancia de poder considerar un enfoque de contención que incluya a los padres y familiares, considerando su salud como un aspecto importante y reconocer qué barreras se encuentran que obstaculizan alcanzar una calidad de vida óptima.

Por último, el funcionamiento familiar también presentó grandes dificultades, en particular en lo que hace a sus actividades diarias. Estos resultados destacan la relevancia de tener en cuenta al entorno a la hora de evaluar la situación de las personas con discapacidad, tal como se ha visto en estudios previos (Ueda et al., 2021).

Si bien el presente estudio tiene la limitación

de ser transversal y no puede explicar una relación causal entre las variables de estudio, los resultados hallados en diálogo con otros trabajos que se han publicado desde el 2020, resultan relevantes con relación a varios puntos.

Por un lado, ponen en evidencia la necesidad de una mayor concientización sobre los derechos, individuales y colectivos de las personas con discapacidad y sus familias o cuidadores; destacando la importancia de generar una mayor accesibilidad en los sistemas de salud. A su vez, el contar con información precisa sobre el impacto subjetivo de la pandemia, deja en evidencia la necesidad de mejorar las estrategias de prevención y atención; particularmente en poblaciones con mayores niveles de vulnerabilidad, como es el caso de las PCD.

Diferentes autores han planteado, además, el impacto que la pandemia podría tener, a largo plazo, en niños y adolescentes (Meherali et al., 2021). Es por este motivo que resulta necesario continuar con investigaciones que den cuenta del impacto de la pandemia a mediano y largo plazo, para poder analizar de qué manera las PCD y sus familias fueron recuperando sus hábitos y rutinas. También sería de interés conocer qué cambios se produjeron a partir de la pandemia y si estos resultaron beneficiosos o no respecto a su calidad de vida.

La pandemia por COVID-19 deja en evidencia, nuevamente, las numerosas barreras que deben afrontar las personas con discapacidad y sus familias. La presente investigación representa un aporte a la comprensión de las dificultades que se profundizaron durante la pandemia. A modo de conclusión, puede señalarse que la calidad de vida de niños, adolescentes y adultos con discapacidad, así como la calidad de vida de sus familiares, se ha visto afectada durante la pandemia por COVID-19; en particular, en su dimensión social. Estos datos brindan información precisa sobre el impacto subjetivo que tuvo la pandemia y el efecto de las numerosas barreras con las que las PCD se encuentran a diario, pero en particular respecto a cuestiones relacionadas con la salud.

Solamente el relevamiento de estos datos, mediante trabajos de investigación, posibilitará reconocer el impacto de la pandemia COVID-19 en las personas con discapacidad, prestando

atención a aquellos factores que generan inequidad en el cuidado y obstáculos en el acceso a la salud (Reed, Meeks y Swenor, 2020).

Las pandemias son eventos que ocurren en forma intempestiva y generan una necesidad de tomar decisiones de manera rápida y precisa, con una distribución equitativa de recursos limitados o escasos. Aun así, las circunstancias llegan a ser tan extremas y vertiginosas que pueden llevar al colapso de los sistemas de salud, social y económico de un país.

Es probable que la pandemia COVID-19 no sea la última pandemia que se enfrente en este siglo. Por ello, es mandatorio reconocer los errores cometidos antes y durante la pandemia en el cuidado de la salud de las personas, especialmente de las personas con discapacidad; la frágil y desorganizada gobernanza de los sistemas de salud; la gran cantidad de personas que viven en situación de vulnerabilidad, entre otras circunstancias. Ello permitirá estar preparado para tener un modelo de respuesta rápida y efectiva a nivel mundial para la próxima pandemia, que incluya a todas las personas. Un modelo de respuesta sólo podrá ser exitoso si es equitativo y responde adecuadamente a las personas que tienen más necesidades.

Bibliografía

- Auria, S. A. J., Caicedo, S. E. V. y Sánchez, R. M. B. (2020). Consideraciones relativas a la discapacidad durante el brote de COVID-19. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 4 (4), 114-122.
[https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(4\).octubre.2020.114-122](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(4).octubre.2020.114-122)
- Bailey, T., Hastings, R. P. y Totsika, V. (2021). COVID-19 impact on psychological outcomes of parents, siblings and children with intellectual disability: longitudinal before and during lockdown design. *Journal of intellectual disability research: JIDR*, 65(5), 397-404.
<https://doi.org/10.1111/jir.12818>
- Barros, A. L. O., de Gutierrez, G. M., Barros, A. O. y Santos, M. T. B. R. (2019). Quality of life and burden of caregivers of children and adolescents with disabilities. *Special Care in Dentistry*, 39(4), 380-388.
<https://doi.org/10.1111/scd.12400>
- Bonicatto, S., Soria, J. J. y Seguezzo, M. (1997). WHOQOL-BREF: Some Psychometric Considerations of the Argentine Version. *Quality of Life Research*, 626-626.
- Budnick, A., Hering, C., Eggert, S., Teubner, C., Suhr, R., Kuhlmeier, A. y Gellert, P. (2021). Informal caregivers during the COVID-19 pandemic perceive additional burden: findings from an ad-hoc survey in Germany. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06359-7>
- ECLAC (2020). *Persons with disabilities and coronavirus disease (COVID-19) in Latin America and the Caribbean: status and guidelines* [en línea]. Recuperado de:
<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/45492>
- Fontanesi, L., Marchetti, D., Mazza, C., Di Giandomenico, S., Roma, P. y Verrocchio, M. C. (2020). The effect of the COVID-19 lockdown on parents: a call to adopt urgent measures. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12, S79-81.
<https://doi.org/10.1037/tra0000672>
- Giuria, E. V. R. y Giuria, K. V. R. (2021). Efectos del COVID-19 en la población con discapacidad: Un análisis de los puntos de partida y las medidas focalizadas adoptadas en Uruguay y Argentina desde un enfoque de derechos. *Revista F@ro*, 2 (32). Recuperado de:
<http://revistafaro.cl/index.php/Faro/article/view/629>
- Homeland Security Council (2006). *Implementation Plan for the National Strategy for Pandemic Influenza*. Washington DC: The White House. Recuperado de:
<https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/pdf/pandemic-influenza-implementation.pdf>
- Isha, S. N. I., Ishaq, I., Ab Rahman, A., Saat, N. Z. M., Din, N. C., Lubis, S. H. y Ismail, M. F. M. (2016). Health and quality of life among the caregivers of children with disabilities: A review of literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 23, 71-77.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.07.007>
- Leiva, A. M., Nazar, G., Martínez-Sanguinetti, M. A., Petermann-Rocha, F., Ricchezza, J. y Celis-Morales, C. (2020). Dimensión psicosocial de la pandemia: la otra cara del covid-19. *Ciencia y enfermería*, 26(10).
<https://dx.doi.org/10.29393/ce26-3dpal60003>
- Meherali, S., Punjani, N., Louie-Poon, S., Abdul

- Rahim, K., Das, J. K., Salam, R. A. y Lassi, Z. S. (2021). Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3432.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18073432>
- Misura, A. K. y Memisevic, H. (2017). Quality of life of parents of children with intellectual disabilities in Croatia. *Journal of Educational and Social Research*, 7(2), 43.
<https://dx.doi.org/10.5901/jesr.2017.v7n2p43>
- Nuffield Council on Bioethics (s.f.). *Guide to the ethics of surveillance and quarantine for novel coronavirus Nuffield* [en línea]. Recuperado de: <https://www.nuffieldbioethics.org/assets/pdfs/Guide-to-the-ethics-of-surveillance-and-quarantine-for-novel-coronavirus.pdf>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2020). *Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health*. [en línea]. Recuperado de: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf>
- OMS (2020). *Consideraciones relativas a la discapacidad durante el brote de COVID-19* [en línea]. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/node/69789>
- OMS (2009). *Consideraciones éticas en el desarrollo de una respuesta de salud pública a la gripe pandémica* [en línea]. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70164>
- Panda, P. K., Gupta, J., Chowdhury, S. R., Kumar, R., Meena, A. K., Madaan, P., Sharawat, I. K. y Gulati, S. (2021). Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of tropical pediatrics*, 67(1), fmaa122.
<https://doi.org/10.1093/tropej/fmaa122>
- Ruiz Brunner, M. D. L. M., Escobar Zuluaga, L. J., Cieri, M. E., Condinanzi, A. L. y Cuestas, E. (2020). COVID-19 y la realidad de las personas con discapacidad en Argentina: posibilidades del cumplimiento de las consideraciones planteadas por la Organización Mundial de la Salud. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 77(3), 1-8.
<http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n3.28767>
- Reed, N. S., Meeks, L. M. y Swenor, B. K. (2020). Disability and COVID-19: who counts depends on who is counted. *The Lancet Public Health*, 5(8), e423.
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30161-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30161-4)
- Roizen, M., Rodríguez, S., Bauer, G., Medin, G., Bevilacqua, S., Varni, J. W. y Dussel, V. (2008). Initial validation of the Argentinean Spanish version of the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales in children and adolescents with chronic diseases: acceptability and comprehensibility in low-income settings. *Health and quality of life outcomes*, 6(1), 59.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-59>
- Swenor, B. K. (2021). Including disability in all health equity efforts: an urgent call to action. *Lancet Public Health*, 6(6).
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00115-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00115-8)
- Steptoe, A. y Di Gessa, G. (2021). Mental health and social interactions of older people with physical disabilities in England during the COVID-19 pandemic: a longitudinal cohort study. *The Lancet. Public health*, 6(6), e365-e373.
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00069-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00069-4)
- Tokatly Latzer, I., Leitner, Y. y Karnieli-Miller, O. (2021). Core experiences of parents of children with autism during the COVID-19 pandemic lockdown. *Autism: the international journal of research and practice*, 25(4), 1047-1059.
<https://doi.org/10.1177/1362361320984317>
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M. y Ventriglio, A. (2020). *The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health*. *The International journal of social psychiatry*, 66(4), 317-320.
<https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Ueda, R., Okada, T., Kita, Y., Ozawa, Y., Inoue, H., Shioda, M., Kono, Y., Kono, C., Nakamura, Y., Amemiya, K., Ito, A., Sugiura, N., Matsuoka, Y., Kaiga, C., Kubota, M. y Ozawa, H. (2021). The quality of life of children with neurodevelopmental disorders and their parents during the Coronavirus disease 19 emergency in Japan. *Scientific reports*, 11(1), 3042.
<https://doi.org/10.1038/s41598-021-82743-x>
- United Nations Human Rights Office of the Rights Commissioner (2020). *COVID-19 and the Rights of Persons with disabilities: Guidance*. [en línea]. Recuperado de

https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/COVID-19_and_The_Rights_of_Persons_with_Disabilities.pdf

Urzúa, A. y Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

Varni, J. W., Seid, M. y Rode, C. A. (1999). The PedsQL™: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Medical care*, 126-139.

Varni, J. W., Seid, M. y Kurtin, P. S. (2001). PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient

populations. *Medical care*, 800-812.

Varni, J. W., Sherman, S. A., Burwinkle, T. M., Dickinson, P. E. y Dixon, P. (2004). The PedsQL™ family impact module: preliminary reliability and validity. *Health and quality of life outcomes*, 2(1), 55.

<https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-55>

Willner P., Rose J., Stenfort Kroese B., Murphy G., Langdon P., Clifford C. et al. (2020) Effect of the covid-19 pandemic on the mental health of carers of people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33, 1523-33.

<https://doi.org/10.1111/jar.12811>

Anexos

Tabla 1. Análisis descriptivo de las dimensiones de calidad de vida del niño por grupo etario

Grupo Etario	N	Dimensiones	Media	DE
2 a 4 años	7	Física	72,77	25,18
		Emocional	67,86	24,98
		Social	82,14	8,09
		Escolar	63,10	32,22
		Psicosocial	72,25	17,59
		Total	72,45	19,04
5 a 7 años	11	Física	66,19	16,05
		Emocional	73,18	13,65
		Social	58,18	18,34
		Escolar	55,45	19,29
		Psicosocial	62,27	13,57
		Total	63,64	12,45
8 a 12 años	16	Física	60,94	21,10
		Emocional	66,25	20,86
		Social	58,13	29,77
		Escolar	65,31	17,65
		Psicosocial	63,23	16,99
		Total	62,43	15,86
13 a 18 años	7	Física	49,11	21,10
		Emocional	48,57	25,93
		Social	37,86	18,90
		Escolar	69,29	13,97
		Psicosocial	51,90	14,38
		Total	50,93	15,07

Tabla 2. Análisis descriptivo de las dimensiones de calidad de vida de adultos con discapacidad

Dimensiones	Media	DE
Físico	64,59	20,26
Psicológico	61,77	20,86
Relaciones sociales	55,79	30,20
Ambiente	69,16	20,28

Tabla 3. Análisis descriptivo de las dimensiones de calidad de vida familiar en familiares de niños y adolescentes con discapacidad

Dimensiones	Media	DE
Física	55,99	28,01
Emocional	56,34	22,64
Social	53,81	27,35
Cognitivo	69,51	23,47
Comunicación	67,68	28,76
Preocupación	46,56	21,42
Actividades diarias	42,68	31,02
Relaciones familiares	62,07	25,62

Altruismo y apego en madres y padres de acogida: un estudio piloto

MARIA TOMÁS^{1ABC}, CARLES PÉREZ-TESTOR^{2AB} Y LÍDIA MORENO^{3C}

RESUMEN

Altruismo y apego en madres y padres de acogida: un estudio piloto. El objetivo del artículo es valorar las variables de altruismo y apego en padres y madres de acogida en familia ajena. El estudio piloto muestra los resultados de los 71 primeros casos (41 mujeres y 30 hombres) de una investigación que está en proceso, cuyos participantes residen en Barcelona (capital y provincia) y presentan edades comprendidas entre 40 y 68 años. La mayor parte de esta tiene estudios superiores, está casada y tiene algún hijo biológico. Para la recopilación de datos se utilizaron dos escalas cuantitativas: Cuestionario de Apego Adulto (Melero y Cantero, 2008) y Escala de Prosociabilidad Caprara (Caprara, Steca, Zelly y Campanna, 2005). **Palabras clave:** familia de acogida, apego, conducta prosocial, altruismo.

ABSTRACT

Altruism and attachment in foster parents: a pilot study. The article aims to assess the variables of altruism and attachment in foster parents. The pilot study shows the results of the first 71 cases (41 women and 30 men) of an investigation that is in progress, whose participants live in Barcelona (capital and province) and are aged between 40 and 68 years. Most of them have a University degree, are married, and have a biological child. Two quantitative scales were used for data collection: the Adult Attachment Questionnaire (Melero and Cantero, 2008) and the Caprara Prosociality Scale (Caprara, Steca, Zelly, and Campanna, 2005). **Keywords:** foster family, attachment, prosocial behaviour, altruism.

RESUM

Altruisme i aferrament a mares i pares d'acollida: un estudi pilot. L'objectiu de l'article és valorar les variables d'altruisme i aferrament en pares i mares d'acollida en família aliena. L'estudi pilot mostra els resultats dels 71 primers casos (41 dones i 30 homes) d'una investigació que està en procés, els participants de la qual resideixen a Barcelona (capital i província) i presenten edats compreses entre 40 i 68 anys. La majoria té estudis superiors, estan casats i té algun fill biològic. Per a la recopilació de dades, es van utilitzar dues escales quantitatives: Qüestionari d'Aferrament Adult (Melero i Cantero, 2008) i Escala de Prosociabilitat Caprara (Caprara, Steca, Zelly i Campanna, 2005). **Paraules clau:** família d'acolliment, aferrament, conducta prosocial, altruisme.

Introducción

La mayor parte de niños encuentran en su familia la protección, el afecto y la estimulación que les son necesarios para una satisfactoria atención a sus necesidades y un adecuado desarrollo de su personalidad y su integración social. Existen, sin embargo, niños y adolescentes cuyas circunstancias familiares son muy diferentes, pues su hogar no es el lugar

de la protección, sino del maltrato por omisión (negligencia), por acción (maltrato emocional, físico, abuso sexual, etc.) o por una combinación de ambos. Se trata de aquellos menores para los que legislación tiene prevista la puesta en marcha de actuaciones protectoras de muy diverso tipo. En estos casos, el objetivo primero debe ser el de intentar modificar las condiciones del hogar y de las relaciones, de manera que no sea necesaria la separación del

¹Psicóloga general sanitaria. ²Catedrático Emérito. ³Doctora en Psicología Clínica y de la Salud, Coordinadora del Servei d'Acolliments.

^AUniversitat Ramon Llull, Barcelona; ^BGrup de Recerca de Parella i Família (URL). ^CAssociació d'Ajuda Social Cel Obert (ICIF).

Contacto: tomasrojas.maria@gmail.com

Recibido: 1/3/22 - Aceptado: 3/10/22

menor de sus padres y de otras figuras de referencia (Palacios, 2011).

Sin embargo, cuando el interés del menor (es decir, la garantía de la adecuada atención a sus necesidades) lo requiera, se debe proceder a separar al menor de su entorno de partida. Y, en este caso, las alternativas familiares deben ser privilegiadas sobre las institucionales. Las circunstancias familiares que dieron lugar a la separación del menor pueden ser muy diversas.

Así, hay familias en las que la inadecuada atención a las necesidades de sus hijos obedece a crisis transitorias, que pueden ser superables si se reciben las ayudas adecuadas. Hay otras en las que se prevé también esa posibilidad, pero con mayor margen de incertidumbre respecto a la duración o al éxito de las intervenciones. Existen también aquellas en las que la reintegración familiar no se ve como viable ni a corto, ni a medio o a largo plazo, pero en las que no se dan circunstancias que permitan un cambio definitivo e irrevocable en el estatus jurídico de la filiación del menor por la vía de la adopción. Están, finalmente, aquellas en las que estas circunstancias sí están presentes y que llevan a la integración plena y para siempre, con cambio de filiación, en una nueva familia. Se debe distinguir, no obstante, entre la medida de *acogimiento familiar* (donde no hay cambio de filiación) y la *adopción* (con cambio definitivo e irrevocable de filiación, sin previsión de contactos del menor con su familia) (Palacios, 2011). No obstante, es en la *acogida familiar* en la que nos centraremos en la presente investigación.

El sistema de protección a la infancia y la adolescencia en Cataluña tiene el reto de promover la mejor calidad de vida posible a aquellos chicos que, por algún motivo, se han encontrado en una situación en la que les faltan los elementos básicos para el desarrollo integral de la personalidad (Ley 14/2010). También prevé que, en los casos graves, se pueda declarar su desamparo y que para garantizar su protección puedan ser separados de su núcleo familiar y quedar bajo tutela de la administración pública competente.

Hasta prácticamente principios de los años noventa del siglo XX, la atención que se prestaba a menores en situación de desamparo se basaba exclusivamente en un modelo benéfico

de recogida de niños en grandes instituciones (Del Valle y Fuertes, 2000), gestionadas mayoritariamente por entidades religiosas que se encargaban de desarrollar todas las actividades cotidianas en la residencia. La consolidación del sistema democrático coincide en el tiempo con la aprobación, por parte de las Naciones Unidas, de la Convención de Derechos del niño en 1989, reconociendo por primera vez los derechos de los menores, para poderse integrar en la sociedad y disfrutar de una igualdad de derechos y oportunidades.

Atendido a su núcleo familiar, se propone una medida protectora a la *Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia* (DGAIA). Se destaca, pues, el hecho de que se valora la acogida residencial como el último recurso al que se intenta recurrir, intentando, primeramente, que todos los niños dispongan de un contexto familiar en el que crecer.

En el campo de la intervención familiar, el acogimiento familiar se sitúa en el ámbito de la protección a la infancia como la medida más adecuada en los casos en los que se debe separar a un niño de su familia de origen, pero no se plantea su adopción. En sus dos principales modalidades, en *extensa* (con familiares directos del menor) y en *ajena* (con personas no relacionadas con el menor), esta medida de protección supone la integración de menores en familias dispuestas a cuidarles y hacerse cargo de su educación y desarrollo (ya sea temporal o permanentemente), todo ello sin crear vínculos de parentesco ni filiación y en un proceso complejo que no está exento de retos y dificultades (Amorós y Palacios, 2004; Fisher, Leve, Delker, Roos y Cooper, 2016).

No obstante, tomar decisiones sobre lo que es lo mejor para un niño o adolescente que ha sufrido una situación de desamparo supone un proceso de una complejidad muy grande, entre diferentes motivos, porque en muy pocas situaciones se dispone de toda la información que sería necesaria para precisar cuál sería la propuesta que supondría un mayor interés para el niño.

Presumiblemente, esta información se obtendría con el tiempo, uno de los factores que, precisamente no se da en estas situaciones y que supone uno de los aspectos clave de la vida de

estos y todos los menores. Por tanto, nos encontramos que se tienen que tomar decisiones en un contexto incierto y borroso, siendo uno de los aspectos más difíciles, el considerar cuáles son los más relevantes para tener en cuenta. No obstante, se destaca que, cada vez más, se incorpora la opinión (que no diagnóstico) del sujeto sobre el cual y con el cual se tomará la decisión (Casas, Montserrat y Lloasada, 2018).

No obstante, esta medida de protección puede abrir el debate de la valoración de cuales pueden ser sus aspectos positivos y los negativos. Para ello, nos centraremos en los tres grandes ejes de este proceso: niño, acogedores y familias acogedoras.

Niños acogidos

Cuando hablamos de acogida familiar, se parte de la idea de que esta medida de protección al menor, la de crecer en un núcleo familiar, es la mejor (Rodríguez y Morell, 2013), motivo por el cual hay que apoyar a las familias para poder cubrir las necesidades de sus hijos de acogida. Después de una primera valoración de los servicios básicos de atención social, si se detecta que existe alguna situación de riesgo, maltrato o desamparo, el *Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia* (EAIA) hace una intervención con el menor, la familia y el núcleo de convivencia para valorar la situación sociofamiliar. Si se determina que el menor no se puede quedar en el núcleo familiar, esta medida se inicia produciéndose de manera temporal, durante el tiempo que se valore. Siendo posible, con esta medida, la protección del niño amparado en un contexto familiar, cabría mencionar también cuestiones en relación al bienestar percibido por estos niños, tales como si se sienten seguros en ese nuevo contexto familiar y si sus acogedores cubren las necesidades emocionales o subjetivas que puedan tener.

El estudio ya citado de Casas y colaboradores (2018) hace énfasis en los aspectos mencionados anteriormente y otros muy destacables a la hora de valorar la percepción de estos niños en relación a sus familias ajenas o extensas. El estudio fue basado en chicos de entre 12 y 14 años. Entre los diferentes aspectos que se valoraron, destacamos los siguientes.

Alrededor del 80 % de los chicos acogidos en familia (extensa o ajena) están muy satisfechos con sus acogedores. Entre los acogidos en centros, un 49 % están satisfechos con sus educadores, mientras que un 38 % están muy satisfechos. En cambio, un 13 % aseguran que no están satisfechos con sus educadores.

En relación con si los chicos tutelados estaban de acuerdo con la medida de protección que tenían, se observan algunas diferencias en función del tipo de acogida. Aquellos acogidos en familia extensa son los que están en mayor proporción muy de acuerdo con su medida (80 %), seguidamente de aquellos acogidos en familia aliena (70 %). Aquellos que fueron acogidos en un centro residencial, mostraban un 54 % en desacuerdo con la medida de protección, mientras que solo un 24 % estaban muy de acuerdo.

Por último, sobre si los adolescentes tutelados se sienten seguros en el lugar donde están en acogida, cabe señalar que más del 75 % de aquellos acogidos en familia (extensa o aliena) se sienten muy seguros con su familia de acogida. Entre los acogidos en centros residenciales, los datos eran de un 37 %. A la inversa, un 21 % de los acogidos en un centro aseguraban que no se sentían seguros en el centro donde residían.

En el estudio se destacan también aspectos tales como si los acogidos perciben que sus familias acogedoras (extensas o ajenas) los escuchan, siendo el 90 % los que consideran que sí, mientras que entre los que están en un centro residencial la cifra sería del 70 %. Resulta interesante observar que, independientemente del tipo de acogida, los adolescentes tutelados que están muy de acuerdo con que sus acogedores o educadores los escuchan, muestran una media de bienestar subjetivo más elevado que el resto.

En cuanto a la relación con sus familias biológicas, los resultados apuntan a que los adolescentes tutelados que no tienen padre o madre presentan un nivel de bienestar subjetivo más elevado que el resto, tanto si tienen relación con ellos o no. Una posible explicación a este aspecto sería que estos niños, una vez superado un duelo de pérdida, la situación es mucho más clara y, por tanto, menos confusa. No obstante, aquellos que presentan un bienestar subjetivo bajo son aquellos que sí tendrían relación con sus padres biológicos pero que querían

aumentar la relación con ellos, contrariamente a los que tienen mayor bienestar, que ya están de acuerdo con la relación que mantienen. En este sentido, pues, los autores parten de la hipótesis de que preguntar a estos chicos su opinión respecto la relación que querrían mantener con estos, dentro de lo posible, podría suponer una estrategia favorable para favorecer su bienestar respecto la relación con sus progenitores.

Otros aspectos destacables en el estudio en relación con cuestiones positivas de la acogida en familia extensa, es la estabilidad que estos han tenido con relación a sus familias acogedoras, siendo el 90 % de los acogidos por la misma familia respecto del año anterior.

Familias acogedoras

En esta última línea, Del Valle, Bravo y López (2009) concluyen en un estudio sobre el acogimiento familiar en España que los acogedores en familia ajena no suelen repetir su experiencia; acogen a uno o varios niños y el episodio suele alargarse mucho, incluso hasta la mayoría de edad, y no suelen realizar más acogimientos (porque, entre otras cosas, a veces el niño se queda a vivir con ellos o es adoptado).

Este aspecto reafirma el hecho de que el acogimiento en España tenga una enorme estabilidad y que no se dé el caso frecuente en otros países de niños que pasan con facilidad de unas familias a otras; pero, en cambio, los acogimientos tienen una cierta tendencia a la permanencia, con lo que se convierte en un modelo casi-adoptivo, lo que dificulta disponer de familias que hagan una serie de acogimientos a lo largo del tiempo.

No obstante, España es uno de los países europeos con menos familias ajenas disponibles (a pesar de que sí muchas de extensa), posiblemente por la falta de conciencia de esta realidad debido a su invisibilidad, por el desconocimiento de la población general sobre la acogida a pesar del esfuerzo por parte de la Administración. También por aspectos culturales, que hacen que, en los países latinos, el concepto de familia se encuentre muy ligado en los vínculos de sangre (Martín, 2015). Este hecho dificulta aceptar a alguien de fuera en la intimidad familiar, entendiendo esta iniciativa, pues, como un

hecho desinteresado y altruista.

Aun así, son diferentes los estudios que relacionan diferentes tipos de motivación más allá de la puramente altruista para llevar a cabo una acogida familiar, centrados más bien en la sociedad o en uno mismo, al margen de ser centrados en el niño (Canali y Vecchiato, 2013). Estos autores hablan también de resultados en un estudio llevado a cabo con padres de acogida americanos en los cuales, a pesar de que la motivación principal para llevar a cabo una acogida era que se confiaba un niño a una familia en la cual crecer, un porcentaje considerablemente elevado recurría a la acogida familiar para recibir cariño de un niño o para ampliar su familia.

Del mismo modo, también se hace mención en otros estudios a las motivaciones referidas al deseo de ser padres debido a la imposibilidad de serlo biológicamente o por problemáticas familiares (Dando y Minty, 1987).

En relación con este último punto, estudios recientes en Cataluña hablan también de un incremento de motivaciones para acoger relacionadas con la formación o ampliación de una familia, en vez de la opción de acoger por solidaridad, como había sido más habitual hasta ahora, destacando también, que un 40 % de los padres acogedores no tenían hijos, (Montserrat, Fuentes y Sitges, 2019). Cabe destacar que este aspecto está estrechamente relacionado con el pronóstico que se le pueda atribuir al proceso de acogida. Para esperar un buen pronóstico hace falta que acogedores estén motivados por razones altruistas, ya que a menudo es fácil olvidar que el objetivo final de la acogida será siempre, dentro de lo posible, el retorno del niño con la familia biológica y poder convivir nuevamente con ella (Ochando, Rucabado y Ortega, 2015) y, en este sentido, algunos autores (Testa y Shook, 2002; León y Palacios, 2004; Palacios y Jiménez, 2007; Cleaver y Walker, 2004; Landsverk, 1996) han evidenciado que uno de los aspectos predictores de la reunificación familiar son las visitas con los padres biológicos a lo largo del proceso de acogida. La circunstancia de que los chicos sean puestos a convivir con una familia que no es la propia está encuadrada como una medida transitoria, de restitución de derechos. La misión es la de permitir que los niños y jóvenes se encuentren en un lugar lo más natural

posible y no permanezcan en centros, en los que la atención “personalizada” es insuficiente para favorecer el desarrollo integral (Arranz y Oliva, 2010). El lapso de permanencia debe ser el mínimo posible mientras se trabaja con la familia de origen para propiciar el restablecimiento pleno de la relación, citado en el último apartado.

La familia postulante es un grupo organizado de personas en el que cada miembro juega un rol y ostenta una jerarquía, participan de una historia y proyecto vital, habiéndose socializado bajo condiciones y costumbres compartidas (Fernández Moya, 2006). Este grupo abre su espacio de vida para que otras personas, los niños vulnerados, con otras costumbres e historias, se integren a su cotidianeidad. Necesariamente el proceso involucra un cambio para todas las personas que conviven (Sabah, 2006; Strijker y Zanaberg 2005).

Los miembros de la familia postulante van a recibir la influencia de los niños albergados y estos van a necesitar acomodarse al nuevo sistema, mostrando los efectos de un influjo mutuo.

Se quiebra la continuidad cultural de la crianza y de los vínculos que preceden a la nueva configuración familiar. Los niños y jóvenes ubicados tienen reglas y costumbres arraigadas. Estas se van a amalgamar con la de los hijos de la familia extraña, primando las de esta última (Ballester, 2010). Los nuevos miembros integrados necesitarán de cuidados parentales intensos, por lo que se complejiza la tarea parental y se intensifican los conflictos de lealtades.

Tratar de tejer una historia común, incluyendo el pasado de los chicos, es un desafío del acogimiento familiar. Muchas familias no son capaces de crear una historia superadora sin eludir el pasado de los acogidos, creando una suerte de negación de los vínculos anteriores (Luna, 2001; Valgañón, 2012).

Todo el esfuerzo organizacional y vincular de integración mutua tiene un plazo perentorio. La unión de la familia acogedora estudiada es temporal. La impronta de esta circunstancia se encuentra presente como imperceptible fondo cotidiano. En varias ocasiones funciona a manera de valla que obstaculiza los intercambios y disminuye el sentido de pertenencia. Una familia acogedora es paradójica. En un nivel lógico, recibe el mensaje que dice *estos chicos no son tuyos*

sino de otros y, al mismo tiempo, en otro nivel lógico, el mensaje contrario: *tráталos como si fueran propios por un tiempo* (Valgañón, 2012).

Las familias acogedoras producen ajustes permanentes en sus interacciones para sostener el desarrollo funcional de sus miembros y de su ciclo vital (Fernández, 2010). Además, se destacan necesidades particulares en torno a la comunicación de la historia familiar, las visitas y la relación con su familia biológica, y la relación entre familia biológica y acogedora, lo cual implica programas de apoyo constante dirigidos a este colectivo (Fuentes, Amorós, Mateos, Bellsells y Violant, 2013).

No obstante, hay personas que perciben la acogida familiar como una manera de satisfacer una paternidad no lograda y otros muchos creen que los acogedores tienen los mismos derechos que los otorgados por la patria potestad (Bertran y Trenado, 2020).

Muchas investigaciones demuestran la correlación que existe entre los frecuentes contactos con los padres biológicos y la posibilidad de retorno (Sherman, Neuman y Shyne, 1973; Thorpe, 1974; Fanshel y Shinn, 1979). No obstante, no es suficiente con favorecer las visitas para que el retorno sea positivo, hace falta también ofrecer unos servicios de apoyo durante la acogida del menor, además de después de este. Paralelamente, las familias biológicas deberían también recibir una ayuda técnica durante los primeros meses del retorno para favorecer el proceso (Amorós y Panchón, 1996).

Además, una atención adecuada, precisa y rápida por parte de los técnicos y profesionales implicará que las familias acogedoras existentes sigan motivadas en relación con el recurso y no abandonen su tarea (Amorós y Palacio, 2004).

Es a partir de la valoración de estos pros y contras de la acogida en familia ajena que nos centramos en uno de los contras mencionados anteriormente: la motivación que se valora recientemente en acogedores relacionada no tanto con un aspecto altruista, sino relacionados con los aspectos ya mencionados.

Y es en relación con este aspecto, a la valoración del altruismo en estas familias, que se plantea la siguiente cuestión también en relación con el apego. Partiendo de la hipótesis de que son altruistas, entendiendo el altruismo como aquellas

conductas que muestran una tendencia a preocuparse por el bien de las personas de manera desinteresada, ¿hay alguna relación entre el nivel de altruismo que muestran estos padres y madres de acogida y el apego que han podido tener ellos durante su infancia con sus progenitores?

En relación con el apego, esa relación afectiva más íntima, profunda e importante que establecemos los seres humanos ya en la infancia con figuras de referencia, sabemos que el repertorio de factores que parecen influir y predecir la conducta prosocial es amplio y complejo: factores biológicos, familiares, culturales, escolares y personales (Garaigordobil, 2003).

No obstante, y en relación con lo que mencionábamos anteriormente, las siguientes líneas pretenden mencionar los factores familiares como predictores de la conducta prosocial, haciendo especial mención dentro de esos aspectos familiares, al apego.

Los padres, agentes relevantes de socialización, representan la cultura transmitiendo de forma explícita o implícita los valores sociales a los niños. Por ello, el contexto familiar tiene gran influencia en el desarrollo de la conducta prosocial. Desde las teorías de apego, se ha sugerido que en la experiencia relacional del niño con sus padres este adquiere la confianza básica y la seguridad necesaria que le permitirá la apertura a otros contactos sociales, aprendiendo de este contexto relacional formas de comunicación íntima, el uso de la expresión emocional, a pedir ayuda y ayudar para satisfacer también necesidades de los demás (Garaigordobil, 2014). Además, son varios los autores que afirman que es tanto en género masculino como femenino que se da una clara relación entre un apego seguro y la conducta prosocial-altruista, siendo, además, las niñas las que muestran un mayor apego seguro y también las que muestran un nivel de altruismo más elevado (Ortiz, Etxeberria, Ezeiza, Fuentes y López, 1993).

A partir de esta cuestión, se plantea la investigación definida en las líneas anteriores y de las que se habla a continuación.

Método

Instrumento, muestra y procedimiento

Los instrumentos empleados para la presente

investigación consistieron en el Cuestionario de Apego Adulto (Melero y Cantero, 2008), la Escala de Conducta Prosocial Caprara (Caprara, Steca, Zelli, y Capanna, 2005) y un documento de datos sociodemográfico.

En la Escala de Prosocialidad de Caprara et al. (2005), se desarrolla una escala para evaluar la prosocialidad en adultos. Sus 16 ítems reflejan comportamientos y sentimientos asociados a cuatro tipos de acciones: compartir, gritar, ayudar y sentir empatía. Cada uno de los 16 ítems está asociado a cinco categorías en una escala ordinal. La traducción de sus etiquetas es 1 = Nunca, 2 = Ocasionalmente, 3 = A veces, 4 = A menudo y 5 = Siempre.

Por otra parte, la Escala de Apego Adulto (Melero y Cantero, 2008), compuesta por 40 ítems, se agrupan en cuatro escalas. La primera escala, “baja autoestima”, “necesidad de aprobación” y “miedo al rechazo” evalúa la necesidad de aprobación, autoconcepto negativo, preocupación por las relaciones, dependencia, miedo al rechazo y problemas de inhibición conductual y emocional. La segunda escala, “resolución hostil de conflictos”, “rencor y positivismo”, evalúa ira hacia los demás, resentimiento, facilidad a la hora de enfadarse, posesión y celos. La tercera escala, “expresividad emocional” y “comodidad con la intimidad”, evalúa sociabilidad, facilidad para expresar emociones y confianza en los demás a la hora de expresar y solucionar los problemas interpersonales. Por último, la escala “autosuficiencia emocional” e “incomodidad con la intimidad”, valora la priorización de la autonomía frente al establecimiento de lazos afectivos, la evitación del compromiso emocional y la sobrevaloración de la independencia personal.

Este estudio piloto está formado por 20 participantes. Basándonos en esta primera muestra seleccionada, hablamos de 11 mujeres y nueve hombres de edades comprendidas entre 40 y 68 años residentes en Catalunya. Los datos sociodemográficos mostraron que la mayor parte de éstos tenían estudios superiores (85 %), estaban casados (90 %) y tenían algún hijo biológico (70 %). Cabe destacar que la muestra se obtuvo sin ningún criterio previo de inclusión, haciendo partícipes así a todos los acogedores que lo desearan, de la Asociación de Ayuda Social Cel Obert (ICIF).

La muestra de la presente investigación se recogió con la colaboración de diferentes técnicos de la ICIF colaboradora, los cuales facilitaron a los acogedores los cuestionarios autoaplicables con una previa explicación de estos para su mayor comprensión. Se utilizó el programa estadístico SPSS para valorar la significación estadística de los diferentes valores. Para todas las pruebas, se consideró el valor máximo del 5 % para el error tipo I.

Resultados

La distribución de la muestra fue muy similar en cuanto al sexo y al rango de edad. En cambio, cabe destacar que la gran mayoría de la muestra aun residía toda ella en Catalunya, un porcentaje muy bajo era nacido fuera de España. La mayor parte de este estudio piloto ha mostrado tener estudios superiores mientras que una minoría tenía estudios secundarios. En la tabla 1 del anexo podemos ver también que prácticamente toda la muestra era personas casadas y con algún hijo biológico.

En relación con los objetivos de la investigación, los resultados de la presente tesis permiten mencionar los siguientes apartados.

En general, la muestra evaluada presenta niveles altos en todas las dimensiones de altruismo. Se considera así que estos llevan a cabo el proceso de acogimiento familiar por motivos altruistas, dejando al margen aquellas motivaciones personales tales como tener una familia, entre otras (ver tabla 2 del anexo). Cabe destacar, sin embargo, que el altruismo es un valor de alta deseabilidad social.

Además, se destaca en este resultado, es la subescala con un valor más significativo ($p = 4,19$), mientras que el menos significativo sería empatía ($p = 3,96$).

Partiendo de la base de que la hipótesis principal es aceptada (los acogedores muestran altruismo), destacamos una diferencia de género, mostrando a las mujeres un nivel de altruismo más elevado que los hombres. Concretamente, podríamos decir que presentan un mayor grado de empatía ($p = 4,13$) y de capacidad para compartir ($p = 4,20$), valores que muestran una media mayor respecto a los hombres (ver tabla 3 del anexo).

Son más las mujeres que muestran un apego seguro respecto a los hombres (ver tabla 4 del anexo), el cual está caracterizado por la expresión de sentimientos ($p = 3,78$). Los hombres, además, muestran una mayor significación en las subescalas baja autoestima ($p = 3,00$) y resolución hostil ($p = 3,13$).

Se puede concluir que existe una correlación significativa entre un apego seguro y altruismo (ver tabla 5 del anexo). La dimensión de ayuda del apego presenta correlaciones significativas con el altruismo; específicamente, se puede decir que a mayor predisposición de ayuda muestra al sujeto, menor resolución de conflictos hostil presenta ($p = 4,29$), así como menor auto-suficiencia emocional ($p = 3,62$) y mejor autoestima ($p = 3,54$).

Respecto a la dimensión de compartir, podemos ver como a mayor puntuación de ésta, mayor capacidad de expresión de sentimiento muestra al sujeto ($p = 3,14$).

Seguidamente, y respecto a la empatía, se puede decir que, a mayores niveles de esta, mayor capacidad de expresión emocional presentan los sujetos ($p = 3,06$) y menor es el nivel de resolver de forma hostil los conflictos ($p = 2,53$).

Por último, también se aprecia en los resultados que, a mayor capacidad de cuidar por parte de los sujetos, menor ha sido también la resolución hostil ($p = 2,96$).

Discusión y conclusiones

La muestra de padres y madres de acogida que han participado en el presente estudio muestra tener una conducta caracterizada por el altruismo y la prosociabilidad. La bibliografía nos dice que varios estudios relacionan diferentes tipos de motivación más allá de la puramente altruista para llevar a cabo una acogida familiar, centrados más bien en la sociedad o en uno mismo, al margen de ser centrados en el niño (Canali y Vecchiato, 2013). Otros estudios recientes muestran también un incremento de motivaciones para acoger relacionadas con la formación o ampliación de una familia, en vez de la opción de acoger por solidaridad como había sido más habitual hasta ahora (Montserrat et al., 2019). No obstante, nuestros resultados no muestran esta tendencia, siendo estas conductas

motivadas, como decíamos, desde el altruismo. No obstante, es cierto que la muestra representa una primera parte del estudio piloto que se está llevando a cabo y cabe la posibilidad de que la muestra total finalice mostrando unos resultados distintos. No obstante, cabe destacar que no podemos olvidar que este sería un valor de una alta deseabilidad social, motivo por el que, por ahora, concluiríamos que se consideran altruistas. En esta línea, destacaríamos este como un aspecto de buen pronóstico, ya que como hacen mención diferentes estudios, hace falta que los acogedores estén motivados por razones altruistas, ya que a menudo es fácil olvidar que el objetivo final de la acogida será siempre, dentro de lo posible, el retorno del niño con la familia biológica y poder convivir nuevamente con ella (Ochando et al., 2015). En este sentido, algunos autores (Testa y Shook, 2002; León y Palacios, 2004; Palacios y Jiménez, 2007; Cleaver y Walker, 2004; Landsverk, 1996) han evidenciado que uno de los aspectos predictores de la reunificación familiar son las visitas con los padres biológicos a lo largo del proceso de acogida, lo cual implica que este proceso se lleve a cabo desde un motivo desinteresado.

Cabe destacar, también, que, en relación con estos resultados, las mujeres presentan un nivel de altruismo y conducta prosocial mayor del que presentan los hombres, siendo también más altruistas las mujeres, aspectos ya mencionados anteriormente por la bibliografía encontrada, en la cual son diferentes los autores y estudios que corroboran que el género femenino presenta un nivel de altruismo mayor que el masculino desde la infancia (Ortiz et al., 1993). A la vez, estos autores mencionan la relación entre el apego seguro y los altos niveles de altruismo, aspecto que, a la vez, corrobora esta investigación, ya que los resultados indican también que son más las mujeres que muestran una mayor capacidad de apego en comparación con los hombres. Este apego estaría caracterizado por la expresión de sentimientos. De esta manera, concluiríamos la correlación entre ambos.

Se destaca también en esta investigación una tendencia a mostrar menor autosuficiencia emocional y menor empatía a edades más avanzadas, aspectos que no se presentaban como uno de los objetivos del estudio, pero que ha destacado entre los resultados.

Bibliografía

- Amorós, P. y Panchón, C. (1996). *Estratègies d'intervenció en l'acolliment familiar*. Barcelona: Temps d'educació.
- Amorós, P. y Palacio, J. (2004). *Acogimiento Familiar*. Madrid: Alianza.
- Arranz, E. y Oliva, A. (2010). *Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares*. Madrid: Pirámide.
- Ballester, A. (2010). *La adaptación del menor al proceso de acogimiento familiar: un enfoque ecológico*. Tesis doctoral. Universitat Jaume I.
- Bertran, E. y Trenado, R. (2020). Difusió i coneixement de l'acolliment familiar. *Quaderns de Polítiques Familiars*, 6.
- Canali, C. y Vecchiato, T. (2013). Child protection in Italy and Spain: Influence of the family supported society. *Psychosocial Intervention*, 22(3), 227-237.
- Caprara, G. V., Steca, P., Zelli, A. y Capanna, C. (2005). A new scale for measuring adults' prosocialness. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 77-89.
- Casas, F., Montserrat, C. y Llosada, J. (2018). ¿Cómo influye el sistema de protección en el bienestar subjetivo de los adolescentes que acoge? *Sociedad e Infancias*, 1. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/SOCI/article/view/55830/51618>
- Cleaver, H. y Walker, S. (2004). *Assesing children's needs and circumstances. The Impact of the Assesment framework*. Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Dando, I. y Minty, B. (1987) What makes Good Foster parents? *The British Journal of Social Work*, 17(4), 383-399.
- Del Valle, J., Bravo, A. y López, M. (2009). El acogimiento familiar en España: implantación y retos actuales. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 33-41.
- Del Valle, J. y Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección en la infancia*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Fanshel, D. y Shinn, E. (1979). Children in Foster Care: A Longitudinal. *Social Work*, 24(3).
- Fernández, M. (2010). Protección jurisdiccional de los hijos en los casos de ruptura de los matrimonios mixtos: especial consideración de la regulación adoptada en el espacio europeo

- de libertad, seguridad y justicia. *Revista de Estudios Europeos*, 55, 105-134
- Fernandez Moya, J. (2006). *En busca de resultados. Una introducción a la terapia sistémica*. Mendoza: Universidad del Aconcagua. Recuperado de: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/171/libro-en-busca-de-resultados-2-ed.-completo.pdf
- Fisher, P. A., Leve, L. D., Delker, B., Roos, L. E. y Cooper, B. (2016). A developmental psychopathology perspective on foster care research. En D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology: Maladaptation and psychopathology* (pp. 513-554). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.. <https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy312>
- Fuentes, N., Amorós, P., Mateos, A., Balsells, A. y Violant, V. (2013). The biological family from the perspective of kinship fostered adolescents. *Psicothema*, 25(3), 349-354.
- Garaigordobil, M. (2003). A correlational and predictive analysis of self-concept with other behavioural, cognitive and emotional factors of personality during adolescence. *Studies in Psychology*, 24(1), 113-134.
- Garaigordobil, M. (2014). Conducta prosocial: el papel de la cultura, la familia, la escuela y la personalidad. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 6(2), 146-157.
- Landsverk, J. (1996). Impact of child psychosocial functioning on reunification from out-of-home placement. *Children and Youth Services Review*, 18(4-5), 447-462.
- Ley 14/2010, de 27 de mayo, de derechos y oportunidades de la infancia y la adolescencia. DOGC, 5641, de 02/06/2010; BOE, 156, de 28/06/2010. Recuperado de: <https://www.boe.es/eli/es-ct/l/2010/05/27/14/con>
- León, E. y Palacios, J. (2004). Las visitas de los padres y la reunificación familiar tras el acogimiento. *Portularia*, 4, 241-248.
- Luna, M. (2001). *Acogimiento familiar. Respuesta social y del Estado en el cuidado de la infancia*. Buenos Aires: Lumen Hvmanitas.
- Martín, E. (2015). Niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial. Un análisis en función del género. *Revista Currículum*, 28, 91-105.
- Melero, R. y Cantero, M. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19 (1). Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n1/v19n1a04.pdf>
- Montserrat, C., Fuentes-Peláez, N. y Sitjes, R. (2019). *Conclusions i propostes de la recerca sobre els acolliments en família aliena*. Universitat de Girona i Universitat de Barcelona. Recuperado de: https://dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/20952/Conclusions_i_propostes_recerca_acolliments_10.2019.pdf?sequence=1
- Ochando, V., Rucabado, A. y Ortega, R. (2015). Calidad en los servicios sociales de acogimiento familiar. *Cuadernos de Trabajo Social*, 22, 139-153.
- Ortiz, M., Etxeberria, I., Ezeiza, Fuentes, A. y López, A. (1993). Algunos predictores de la conducta prosocial-altruista en la infancia: empatía, toma de perspectiva, apego, modelos parentales, disciplina familiar e imagen del ser humano. *Revista de Psicología Social*, 8(1), 83-98.
- Palacios, J. (2011). *Valoración de idoneidad para el acogimiento familiar*. Universidad de Sevilla.
- Palacios, J. y Jiménez, J. (2007). *Acogimiento Familiar en Andalucía*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.
- Rodríguez, M. y Morell, J. (2013). *Un hogar para cada niño: Programa de formación y Apoyo para familias acogedoras*. Madrid: Editorial UNED.
- Sabah, M. B. (2006). Construyendo la funcionalidad familiar. En J. Fernández Moya, J. *En busca de resultados. Una introducción a las terapias sistémicas*. Mendoza: Universidad del Aconcagua. Recuperado de: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/171/libro-en-busca-de-resultados-2-ed.-completo.pdf
- Sherman, E. A., Neuman, R. y Shyne, A. W. (1973). *Children Adrift in Foster Care: A Study of Alternative Approaches*. New York: Child Welfare League of America, Inc.
- Strijker, J. y Zanaberg T. (2005). Breakdown in Foster care. *International journal of child and family welfare*, 2 (76/87).
- Testa, M. y Shook, K. (2002). The gift of kinship foster care. *Children and Youth Services Review*, 24, 79-108.
- Thorpe, W. (1974). *Animal nature and human*

nature. Londres: Routledge.
Valgañón, M. B. (2012). *Vínculos familiares*

en transformaciones. Mendoza, Argentina:
SS&CC Ediciones

Anexos

Tabla 1. Características de la muestra

Características	Total (N=20)
Sexo	
<i>Mujer</i>	41
<i>Varón</i>	30
Edad	40-68
Lugar de Nacimiento	
<i>España</i>	95%
<i>Fuera de España</i>	5%
Nivel de estudios	
<i>Estudios secundarios</i>	15%
<i>Estudios superiores</i>	85%
Situación personal	
<i>Soltero</i>	5%
<i>Casado</i>	90%
<i>Otros</i>	5%
Hijos	
<i>Hijos biológicos - Sin hijos</i>	70% - 30%

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de altruismo

	<i>N</i>	Mínimo	Máximo	<i>Media</i>
Ayuda	71	3,00	5,00	4,19
Empatía	71	2,50	5,00	3,96
Cuidar	71	2,75	5,00	4,12
Compartir	71	2,75	5,00	4,09
<i>N</i>	71			

Tabla 3. Diferencia altruismo entre géneros

	Sexo	Mediana	Desviación estándar	F de varianzas	T de medianas
<i>Ayuda</i>	Fem	4,20	0,50	0,02	2,9*
	Mas	4,18	0,49		
<i>Empatía</i>	Fem	4,13	0,56	0,03	2,94*
	Mas	3,73	0,55		
<i>Cuidar</i>	Fem	4,26	0,45	0,03	2,94*
	Mas	3,94	0,45		
<i>Compartir</i>	Fem	4,20	0,50		
	Mas	3,97	0,52		

N femenino = 41 i N masculino = 30

* $p < 0,05$

Tabla 4. Diferenciación apego entre géneros

	Sexo	Mediana	Desviación estándar	F de varianzas	T de medianas
<i>Baja autoestima</i>	Fem	2,68	1,75		
	Mas	3,00	2,24		
<i>Resolución hostil</i>	Fem	2,80	2,14		
	Mas	3,13	2,22		
<i>Expresión de sentimientos</i>	Fem	3,78	1,73	.53	2,62*
	Mas	2,73	1,55		
<i>Autosuficiencia emocional</i>	Fem	2,82	2,13		
	Mas	3,36	2,55		

* $p < 0,05$

Tabla 5. Correlación entre apego seguro y altruismo

Apego	Altruismo	Correlación
Ayuda	resolución hostil	4,29*
Ayuda	autosuficiencia emocional	3,62*
Ayuda	baja autoestima	3,54*
Compartir	expresión de sentimientos	3,14*
Empatía	expresión de sentimientos	3,06*
Cuidar	resolución hostil	2,96*
Empatía	resolución hostil	2,53*

N = 71

* $p < 0,05$

Las traumatizaciones transgeneracionales y la mentalización*

MARIA TERESA DIEZ GRIESER¹

RESUMEN

Las traumatizaciones transgeneracionales y la mentalización. Los padres que no lograron elaborar e integrar sus experiencias traumáticas ponen en peligro el desarrollo y la salud psíquica de sus hijos. La transmisión de los trastornos de regulación propia y de la relación dependientes del trauma se realiza a través de diferentes "correas de transmisión". Los momentos atmosféricos, las fantasías, los sentimientos y las convicciones de los padres traumatizados, el tipo y la calidad de su modo de relacionarse, así como las interacciones concretas con los hijos hacen surgir lo traumático entre padres e hijos. Los procesos traumáticos perturban la capacidad de mentalización de los padres y dificultan o imposibilitan que los hijos consigan desarrollar adecuadamente su competencia mentalizadora. Las intervenciones psicoterapéuticas orientadas a la mentalización en diferentes modalidades (familiar, atención a los padres, individual) pueden ayudar a la elaboración y la resolución de los procesos de transmisión transgeneracional. En este artículo, las consideraciones teóricas se ilustran y acompañan con tres presentaciones de casos. **Palabras clave:** *mentalización, transmisión transgeneracional, psicotraumatología, resiliencia, transcripción genética.*

ABSTRACT

Transgenerational traumatising and mentalization. Parents who have not been able to process and integrate their traumatic experiences endanger the development and psychological health of their children. The transmission of trauma-dependent self-regulation and relationship disorders takes place via different "transmission belts". Atmospheric moments, fantasies, feelings, and convictions of the traumatised parents, the type and quality of their relationships as well as the concrete interactions with the children give rise to the trauma between parents and children. Traumatic processes disrupt the mentalising capacity of the parents and make it difficult or impossible for the children to develop their mentalising competence adequately. Mentalization-oriented psychotherapeutic interventions in different modalities (family, parenting, individual) can help in the elaboration and resolution of transgenerational transmission processes. In this article, theoretical considerations are illustrated and accompanied by three case presentations. **Keywords:** *mentalization, transgenerational transmission, psycho-traumatology, resilience, genetic transcription.*

RESUM

Les traumatitzacions transgeneracionals i la mentalització. Els pares que no van aconseguir elaborar i integrar les seves experiències traumàtiques posen en perill el desenvolupament i la salut psíquica dels fills. La transmissió dels trastorns de regulació pròpia i de la relació dependents del trauma es realitza a través de diferents "corretges de transmissió". Els moments atmosfèrics, les fantasies, els sentiments i les conviccions dels pares traumatitzats, el tipus i la qualitat de la seva manera de relacionar-se, així com les interaccions concretes amb els fills fan sorgir tot allò que és traumàtic entre pares i fills. Els processos traumàtics pertorben la capacitat de mentalització dels pares i dificulten o impossibiliten que els fills aconseguixin desenvolupar adequadament la seva competència mentalitzadora. Les intervencions psicoterapèutiques orientades a la mentalització en diferents modalitats (familiar, atenció als pares, individual) poden ajudar a elaborar i resoldre els processos de transmissió transgeneracional. En aquest article, les consideracions teòriques s'il·lustren i acompanyen amb tres presentacions de casos. **Paraules clau:** *mentalització, transmissió transgeneracional, psicotraumatologia, resiliència, transcripció genètica.*

*Publicado originalmente en Diez Grieser, M. T. (2021). Transgenerationale Traumatisierungen und Mentalisieren, Kinder-und Jugendlichen-Psychotherapie, Zeitschrift für Psychoanalyse und Tiefenpsychologie, 192, con permiso de Brandes & Apsel, Frankfurt a.M.

¹Psicóloga especialista en psicoterapia (FSP). Psicoterapeuta y supervisora psicoanalítica (PSZ). Zürich, Suiza.

Introducción

En las dos últimas décadas se ha producido un enorme desarrollo en el campo de la psicotraumatología: así, es posible formular claramente los procesos traumáticos y de resiliencia y se han desarrollado e implementado las medidas asistenciales adecuadas terapéuticas y sociales amplias.

En la práctica, sin embargo, parece justificada la queja de que aún se equiparen apresuradamente acontecimientos vitales críticos y experiencias agobiantes con traumatizaciones.

Estos factores de riesgo y protección pre, peri y postraumáticos están determinados constitucionalmente por un lado y, por el otro, dependen de las influencias ambientales. La interacción entre las características de la persona y los factores del ambiente social próximo, así como del más amplio, son determinantes para los procesos de protección (Fröhlich-Gildhoff y Rönna-Böse, 2015).

Los recursos familiares tienen una importancia relevante durante el desarrollo evolutivo y, en especial, en la infancia temprana. Las vivencias relacionales seguras con cuidadores mentalizadores representan un prerrequisito óptimo para unos procesos de desarrollo exitosos (Fonagy y Target, 2004). Vivencias adversas en los primeros años de vida con cuidadores tempranos, tales como abandono y violencia emocional y física, así como abuso sexual, conducen regularmente a una mayor vulnerabilidad frente al estrés en los niños afectados y deterioran sus capacidades para la regulación propia y de sus relaciones (Mosley-Johnson et al., 2021). El espectro de trastornos y síntomas asociados con esta problemática se ha establecido en la práctica clínica bajo el término diagnóstico de “trastorno de estrés postraumático complejo” (Reddemann y Wöller, 2017) y ha planteado interrogantes importantes en lo relativo al abordaje terapéutico de las personas traumatizadas. A este respecto, especialmente en lo relativo a la indicación y el tratamiento, hay que diferenciar entre aquellos modelos teóricos e intervenciones traumaterapéuticas centrados predominante o exclusivamente en las experiencias traumáticas y sus síntomas y aquellos otros centrados en los patrones arraigados, a menudo, compensatorios

del trauma, tales como la pérdida de la seguridad y el control, o el desamparo.

De acuerdo con los resultados de la investigación epidemiológica de las *Adverse Childhood Experiences* (ACE [Edwards et al., 2005]), se acepta unánimemente que las experiencias adversas acumuladas en la infancia tienen un impacto negativo duradero en la salud física y psíquica de las personas afectadas. Un estudio alemán reciente confirma estos resultados (Witt et al., 2019). Estos estudios muestran que una parte de la población total (13 %; entre el 1 % y el 38 % dependiendo del estudio [véase el metaanálisis de Hughes et al., 2017]) presenta traumatizaciones causadas por el estrés en la infancia, traumatizaciones que moldean la regulación propia y sus patrones de relación. Muchas de estas personas agobiadas crean una familia y se convierten en padres, no en último extremo, confiando en experimentarse como competentes a través de la parentalidad y también lograr una buena vida para sus hijos (van Ee et al., 2015).

La parentalidad está vinculada con emociones y fantasías violentas e intensas; Bion (1979) hablaba de “tormenta emocional”. Desde el nacimiento, la relación entre los padres y los hijos se enmarca, desde el primer momento, por imágenes, deseos y temores. En esta relación se producen múltiples procesos de transmisión, en un principio, principalmente corporales, y se caracterizan por las huellas de recuerdos parentales, algunos de los cuales contienen “materia prima” no procesada, que plantea enigmas (Kittler, 2015, p. 117) y que se escenifica en la relación con los hijos. La relación con los hijos suele desencadenar procesos co-traumáticos (Pleyer, 2004). Estos emergen porque las características y los comportamientos de los niños activan a los padres y los vuelve incapaces para registrar adecuadamente y responder con sensibilidad a sus necesidades y, en su lugar, los descuidan y/o los maltratan. Estos “círculos viciosos” (Papoušek, 2004) influyen en el desarrollo de los niños afectados y provocan trastornos emocionales y problemas de comportamiento.

La impotencia y la frustración de sus expectativas genera en los padres procesos negativos y virulentos (Rice et al., 2016). Pero a su vez, la parentalidad también suele ser un factor

de resiliencia para padres agobiados psicológicamente (por ejemplo, menor tasa de suicidio) y también les motiva para buscar atención psiquiátrica o psicoterapéutica (Qin et al., 2003). En cualquier caso, en la mayoría de los padres traumatizados, el agobio ante la parentalidad está en primer plano. Así se señala en estudios que demuestran que la experiencia de la falta de autoeficacia o de impotencia parental puede desencadenar o intensificar el estrés y las enfermedades mentales en los padres (Bonfils et al., 2014).

Tanto estos resultados, como la experiencia clínica, permiten la conclusión de que entre los padres y los hijos se establecen procesos de comunicación de carácter existencial que influyen en los estados de ánimo y comportamientos respectivos. En esos estudios, se subraya la importancia de los procesos de transmisión en los que los problemas parentales de regulación de sí mismos y de la relación influyen directa o indirectamente en el desarrollo de los hijos. El efecto directo e inmediato se muestra en el hecho de que, en parte, los niños presenten los mismos síntomas y actitudes comportamentales que los padres traumatizados o de que, respectivamente, los padres ejerzan una influencia negativa en el autodesarrollo de los niños. Los efectos indirectos aparecen cuando los niños tienen conocimiento o conviven con el traumatismo de los padres. En esta situación, en los niños se generan procesos de identificación introyectiva, tratando de establecer una conexión básica con sus padres traumatizados. En cierto sentido, los hijos de padres traumatizados, desde que nacen, dan con padres “que están ocupados interiormente con un pasado cargado de violencia, y, a su vez, no están realmente presentes” (Kittler, 2020, p. 10).

La infancia temprana es una fase especialmente vulnerable respecto a los procesos de transmisión. Las fantasías, los sentimientos y las actitudes de los padres se encuentran en los niños con un sistema abierto, que gradualmente se organiza y se estructura principalmente a través de la resonancia y la regulación del afecto por los padres. La capacidad de mentalización de los padres, es decir, poder registrar los estados de ánimo, sensibilidades y expresiones de los niños independientemente de sí

mismos, y también poder reaccionar sensible y adecuadamente a ello, representa el eje central de procesos del desarrollo infantil exitosos. La capacidad parental para mentalizar fomenta la autoreflexibilidad del niño, que, a su vez, moldea decisivamente el desarrollo de la regulación emocional, la autoeficacia y un vínculo seguro. El desarrollo de un vínculo seguro y de la mentalización depende de la calidad del vínculo, de la disponibilidad emocional de los cuidadores y de su capacidad para reflejar las situaciones subjetivas del niño de forma adecuada y marcada. La calidad protectora de las propuestas de relación, así como la fiabilidad, se generan en los momentos de ajuste, determinados por la capacidad y competencia de los padres durante la interacción.

Sobre la transmisión parental de las traumatizaciones

En general, bajo el término frecuentemente usado de la transmisión transgeneracional de las traumatizaciones, se entiende la transmisión de experiencias traumáticas y procesos psíquicos internos de padres a hijos y a las generaciones siguientes. Según el estado actual de la discusión, sabemos que esta transmisión puede realizarse directa o indirectamente y causar diferentes efectos en las generaciones posteriores. Muchas de las teorías al respecto y los modelos de intervención vinculados se refieren a un gran número de informes sobre víctimas del Holocausto y sus descendientes y, desde la década de los años 90, progresivamente, a numerosos estudios empíricos de la investigación sobre este.

Sin embargo, en lo que atañe a los datos, en especial de esos estudios, la situación es contradictoria debido a problemas conceptuales y metodológicos diversos, que dificultan la interpretación de los resultados o la comparación entre los distintos estudios. Ante esa situación, Tilo Held (2019) constata en su artículo sobre la “experiencia potencialmente traumática” que la transmisión transgeneracional en términos cuantitativos es relativamente rara, pero que la idea de una transmisión inevitable de las traumatizaciones entre generaciones se mantiene en los ámbitos clínico y socioeducativo.

Según los resultados de las investigaciones relacionadas con el Holocausto, no es posible demostrar de forma empírica claramente que los descendientes de los supervivientes presenten trastornos psíquicos con una frecuencia significativamente mayor que los grupos control. En efecto, los resultados pueden interpretarse en el sentido de que los descendientes de supervivientes de personas traumatizadas muestran una mayor vulnerabilidad frente a los problemas y trastornos de salud mental. Estos hallazgos confirman la experiencia clínica de que las traumatizaciones no procesadas de la generación de los padres siguen afectando a la generación de los hijos y suelen generar secuelas negativas en la segunda generación (Kogan, 1995). Por ello es muy importante comprender los mecanismos que rigen los complejos procesos de la transmisión transgeneracional de experiencias traumatizantes. Esta problemática condujo a diferentes supuestos, a veces contradictorios (véase Held, 2019). Estos diferentes enfoques tienen en común la idea de que la transmisión no consiste en un determinismo, sino que -según los recursos individuales y sociales y, en especial, los procesos de protección temprana en función de las experiencias positivas en la relaciones primarias- cabe esperar diferentes derroteros en su desarrollo (Moré, 2013). Las consideraciones teóricas y los modelos relativos a la transmisión incluyen los ámbitos biológicos, psicoanalíticos y de la dinámica familiar, así como los específicos de la socialización (Kellermann, 2011). Una tesis más reciente sostiene que la experiencia traumática -o más exactamente: los efectos de esa experiencia- se transmite de una generación a otra a través de mecanismos epigenéticos que influyen en la función del ADN o en la transcripción de los genes. El término *epigenética* se refiere a una serie de modificaciones en el genoma potencialmente heredables, que pueden desencadenarse por efectos ambientales. La investigación sobre la herencia epigenética de las secuelas de los traumas se confronta con muchas dificultades científicas y metodológicas, sin mencionar las cuestiones conceptuales relativas a la interpretación de los efectos que se transmiten. Lo que es cierto es que los factores ambientales y, en especial, la experiencia del estrés prenatal y en

la primera infancia se asocian con efectos biológicos cuantificables. Pero, actualmente, también ha quedado claro que las modificaciones biológicas son reversibles si se facilitan aportes relacionales y entornos sociales adecuados (Yehuda y Lehrner, 2018).

Actualmente, los especialistas pueden referirse a importantes resultados (Lyons-Ruth y Block, 1996; Iyengar et al., 2014) procedentes, en un principio, de la investigación sobre el Holocausto, y, cada vez más, a través de un corpus considerable de conocimientos que reúne y procesa a disposición de la práctica psicoterapéutica los resultados de estudios sobre los efectos traumatizantes de los padres traumatizados en su descendencia.

Este artículo pretende diferenciar entre un primer nivel, en el que las fantasías, los sentimientos, los pensamientos y los comportamientos de los padres pueden provocar estrés y traumatización en los niños, y un segundo nivel, que se centra en el procesamiento y la reacción de los niños y mostrar los mecanismos y los posibles abordajes terapéuticos con estudios de caso.

Padres traumatizados y mentalización

Los padres traumatizados presentan problemas específicos, tales como dificultades para la autorregulación y representaciones relacionales cargadas de valor traumático, que pueden llevar a trastornos de mentalización (véase el estudio de caso). Además de esto, suelen carecer de experiencias educativas positivas propias.

Si fracasan los importantes procesos de sintonización entre los padres y el niño como base de la mentalización, ello puede generar confusión y desorientación en el niño en relación con sus propios afectos. Un ejemplo clásico es el de un niño que tiene miedo o ansiedad y lo expresa a su cuidadora. Sin embargo, esta no reconoce el afecto como miedo, sino, por ejemplo, como rabia o enfado y lo expresa de acuerdo con esta atribución: “no sé/entiendo por qué siempre que te tienes que ir a la cama te pones tan furioso. Ya va siendo hora de que termines con esa rabia.” Si la cuidadora marca e interpreta de esa manera ese comportamiento, el niño asumirá la denominación errónea de su afecto,

lo que lo hará inseguro. Incluso puede llevarle a una disociación de la imagen de sí mismo (Oestergaard, 2017). Este tipo de interferencias en la sintonización suelen darse si los padres, debido a sus propias tensiones, registran de forma distorsionada las manifestaciones de sus hijos. Otro ejemplo de los llamados “fantasmas en la habitación de los niños” (Fraiberg et al., 1975) es la vivencia de una madre que se sentía amenazada por su bebé que pateaba “agresivamente” porque los movimientos agitados le despertaban recuerdos de los abusos físicos sufridos por ella (Diez, 2001). Si esos desajustes se repiten, el niño experimentará de acuerdo con esa atribución los afectos marcados por la cuidadora. Si su excitación o su miedo se interpretan erróneamente como rabia, esto lo llevará probablemente a conductas distorsionadas.

Los efectos de las traumatizaciones parentales se hacen visibles en las siguientes áreas relativas a los comportamientos relacional y educativo concretos (basado en Schmid, 2019):

- Dificultades para planificar y respetar las estructuras y rutinas diarias
- Dificultades para percibir sus propias necesidades
- Dificultades para distinguir entre uno mismo y los demás
- Dificultades para regular los sentimientos negativos
- Dificultades para percibir las necesidades de los niños

Cuatro de las cinco áreas mencionadas atañen a aspectos y dimensiones de la mentalización, por lo cual esta perspectiva es útil y fructífera en el trabajo psicoterapéutico con padres traumatizados.

Las traumatizaciones intergeneracionales hay que interpretarlas siempre como traumatizaciones del vínculo o de la relación, respectivamente. Los padres transmiten a sus hijos vivencias que ellos mismos no pudieron superar. El desarrollo deteriorado de los límites psíquicos entre las generaciones representa la base de la transmisión de las traumatizaciones. El límite entre dos sujetos se desmorona o no se puede construir, lo que perjudica el desarrollo del niño. La ausencia de límites impide la distinción clara entre el pasado y el presente, y el pasado se introduce en el presente (Bohleber, 2003).

Las traumatizaciones en los contextos relacionales afectan siempre el desarrollo de la capacidad de mentalización, por lo que es de esperar un desequilibrio entre las diferentes dimensiones de la mentalización en los padres traumatizados. Esto significa que, a menudo, reaccionan automática y fuertemente guiados por sus afectos. Por definición, se encuentran en modos prementalísticos, que tiñen claramente su regulación afectiva y su forma de relacionarse. En las personas traumatizadas, el modo de equivalencia psíquica es especialmente acusado, lo que hace que sean incapaces de distinguir suficientemente entre el mundo interior y exterior. La ausencia de límites entre pasado y presente y entre interior y exterior explica, en parte, la aparición de *flashbacks* y las consecuentes reacciones evitativas. Para no verse desbordado, se evita pensar y, en su lugar, se actúa y se escenifica en modo teleológico (las necesidades y las emociones se expresan actuando) para defenderse del desamparo psíquico.

El modo *como sí*, caracterizado por la disociación de los afectos, distingue los estados en los que se encuentran las personas traumatizadas: aparecen sentimientos de desrealización y estados disociativos que perturban el estado de ánimo y la conducta relacional de la persona afectada. Pero desde la perspectiva de la mentalización, las traumatizaciones en el ámbito de las relaciones implican, sobre todo, la experiencia de haber tenido que soportar sólo las tensiones, sin otra persona que proporcionara apoyo y referencia social (Allen y Fonagy, 2015). Esta vivencia básica puede inscribirse como una forma específica de relación de extrañamiento con los otros: una en la que el sujeto y el mundo se encuentran indiferentes u hostiles frente a frente y, por tanto, interiormente desvinculados, a no ser que posteriormente sean factibles experiencias relacionales alternativas. Rosa (2016) habla, en este caso, de la “relación de ausencia de relación”. Aquí, la alienación se define como un estado en el que el mundo “aparece siempre rígido, inasequible y sin respuesta” (p. 316). No en vano, debido a estas experiencias, las personas traumatizadas tempranamente presentan el modo corpóreo como la forma predominante de la autoregulación y de la relación. En este modo, su cuerpo registra y reacciona, mientras

que las representaciones y, especialmente, las palabras, tienen poca importancia o significado (Diez, 2022).

Las formas prementalísticas de la percepción parental, su forma de pensar y sentir, desarrollan patrones de relación entre los padres y los hijos que moldean la relación de forma irregular e irreflexiva (ver tabla 1 del anexo).

Así, Scheeringa y Zeanah (2001) han descrito tres patrones relacionales entre madres traumatizadas y sus hijos: en primer lugar, el patrón de rechazo, de no-respuesta, indisponibilidad; en segundo lugar, el patrón de sobreprotección, restrictivo; y, en tercer lugar, el patrón de re-escentificación, temeridad, inquietante. Van Ee et al. (2015) añaden tres patrones más a esta lista: el patrón de expectativas sobredimensionadas, porque el progenitor traumatizado ha abandonado toda esperanza para sí mismo, pero el hijo debe llevar una buena vida; el patrón de dar demasiado, caracterizado porque el progenitor lo hace todo por/para el niño. Estos dos patrones ilustran claramente las dificultades de los padres traumatizados para ponerse en el lugar del niño, es decir, para mentalizar. El tercer patrón se describe como “a pesar de todo, haré todo lo que pueda” y se considera un patrón del tipo resiliente; en este caso, los padres traumatizados se confrontan con sus síntomas y su historia y consiguen reflexionar sobre su comportamiento y sus sentimientos.

Desde el punto de vista de la teoría de la mentalización, los procesos de transmisión pueden explicarse como consecuencia de la incapacidad de los cuidadores agobiados psíquicamente para percibir y reflejar adecuadamente al niño. Los estados mentales de ansiedad, susto, desesperación e ira o tristeza que el niño percibe en los cuidadores primarios los interpreta, al mismo tiempo, como reacción a este y los interioriza como parte de su autorrepresentación (Fonagy, 2003a). Esto genera la perturbación de los procesos mentales resultado de los vacíos e incongruencias en el *self*. En esos niños, tras la sensación de vacío -si previamente se desplazaron los sentimientos negativos de los cuidadores hacia el niño, colonizando prácticamente su *self*- puede esconderse una vergüenza profunda (Fonagy, 2010).

Consecuentemente, la preponderancia de los

modos prementalísticos en los cuidadores primarios impide la percepción del mundo interno del niño y, a menudo, origina atribuciones destructivas que pueden moldear significativamente la relación paterno-filial, así como el desarrollo del niño. Por lo tanto, el reconocimiento de la dificultad para comprender plenamente el mundo interno del niño, y mostrar interés y curiosidad hacia él, se consideran indicadores importantes de una capacidad reflexiva parental operativa.

Diferentes estudios realizados en los últimos años han demostrado que la capacidad parental para mentalizar es un predictor para un desarrollo positivo del niño (Meins et al., 2002). En cualquier caso, ese pronóstico no se confirma si los padres configuran sus propuestas de relación exclusivamente según criterios cognitivos. El niño puede experimentar estas ideas y actitudes comportamentales (pseudomentalizadoras) como intrusivo, dado que, a menudo, se basan en una interpretación falsa de su mundo interno. Otra nota más de las perturbaciones de la capacidad reflexiva de los padres es que suelen mostrar interpretaciones muy limitadas, funcionalistas y referidas a la realidad externa. También pueden manifestarse como interpretaciones exageradas de las actitudes y el comportamiento del niño, con tintes distorsionados, intrusivos o, incluso, paranoicos.

Como puede verse en la figura 1 del anexo, desde la perspectiva de la mentalización, los sentimientos, las fantasías y los comportamientos de los cuidadores primarios traumatizados generan procesos traumáticos en sus hijos, básicamente, a través de dos “correas de transmisión” principales. Se trata, por un lado, de las fantasías, sentimientos y comportamientos amenazantes y/o amenazadores de los padres traumatizados y, por otro lado, de su ausencia de mentalización.

En el peor de los casos de estrés crónico y no superable, que no sea atemperado por los padres, sino que incluso lo provoquen y reafirmen, los niños afectados desarrollan estados de sobreexcitación permanente, así como una disociación cronificada (Perry, 1994). A su vez, los resultados de los estudios sobre el maltrato comprueban el efecto destructor de las traumatizaciones tempranas en la capacidad infantil

para la regulación de los afectos, así como también la limitada capacidad de los padres traumatizados para percibir correctamente los afectos infantiles y responderlos adecuadamente. Por ejemplo, madres negligentes hablan a sus bebés significativamente menos que las madres del grupo de control (Laucht et al., 2000). En el caso de madres deprimidas, aparecen, con frecuencia, dificultades en la regulación afectiva de la relación con sus hijos (Staun, 2017). Son propensas a la hostilidad o retraimiento hacia ellos (Lovejoy et al., 2000), abandono, negligencia en el cuidado, castigos severos y maltrato, especialmente, si han sido traumatizadas por abuso o maltrato en su propia infancia (Dubowitz et al., 2001). La situación es similar para las madres adictas al alcohol y las drogas (Kaiser, 2008).

Muchos padres son parcialmente incapaces para regular el estrés debido a experiencias traumáticas personales. Para ellos, sus hijos se convierten en objetos de transferencia del pasado: esos padres interpretan y reaccionan al comportamiento del niño según su propio guion de lo traumático que aún no han podido elaborar. Las madres, que han sufrido abusos físicos y/o sexuales en la infancia o severas violencias en la pareja, suelen sentirse provocadas por el comportamiento vital y ruidoso de sus hijos. Por ejemplo, una asistente social de una casa de acogida de mujeres señalaba que la madre de un niño siempre lo rechazaba y le daba la espalda cuando el niño corría hacia ella con los brazos abiertos después de la hora de juegos. En la conversación, la madre contó que en esos momentos sentía ansiedad y veía al cónyuge violento en su hijo. Schechter y sus colaboradores (2005, 2008) encontraron una capacidad de mentalización limitada en las madres que habían sufrido violencia interpersonal en la infancia. El trastorno traumático de las madres afectaba la estructuración de representaciones equilibradas e integradas en los hijos. Las atribuciones negativas, tan frecuentes en tales situaciones, conducen a la interiorización de estas en los niños y, mediante procesos identificatorios, a la repetición activa de tales círculos viciosos de interacción. La transmisión de las traumatizaciones a través de las interacciones es una correa transmisora fundamental. Sin embargo, tampoco habría que olvidar que la privación u omisión

presenta otra forma de traumatización. La no reacción, la ausencia emocional de los cuidadores primarios en situaciones angustiosas, abruma psíquicamente al niño y conduce a disociaciones equiparables a la muerte psíquica (Gurevich, 2012).

Esas experiencias traumáticas dificultan el desarrollo completo de la mentalización. La dificultad para desarrollar una confianza epistémica -ser capaz de percibir al cuidador como creíble y considerar el contenido que este transmite como un mensaje relevante y útil- suele mantenerse a largo plazo e influye en la capacidad para relacionarse y aprender. En el caso de los adultos, las traumatizaciones distorsionan sus ideas y representaciones sobre el vínculo. Estas favorecen comportamientos problemáticos y disfuncionales hacia los niños, tales como actitudes amenazadoras, hostiles o de rechazo (Cassidy y Mohr, 2001).

Los procesos de transmisión de las traumatizaciones parentales y las reacciones de estrés infantil y las identificaciones

Las experiencias traumáticas no procesadas, no mentalizadas, de los padres repercuten claramente en sus competencias parentales. Por un lado, estas experiencias pueden afectar sus capacidades básicas para establecer una vida cotidiana ordenada y adecuada para los niños; por otro, están interiormente absorbidos por sus propios procesos postraumáticos y síntomas, lo que les impide ofrecer a los niños la resonancia adecuada y estructuración de la relación adecuadas. Además, sus fallas y trastornos de mentalización complican el desarrollo de esta en los niños, que entonces no desarrollan esta competencia clave para su evolución (Diez y Müller, 2018; Diez, 2022). Entre los padres y los hijos, se expande lo traumático distorsionando los procesos de intercambio emocional (Kittler, 2020).

El desconcierto relacional a causa del trauma de esos padres y su incapacidad para transmitir a sus hijos una imagen coherente de sí mismos y del mundo impide que estos los vean como fuente fiable de información. A menudo, por eso, estos niños permanecen hipervigilantes y desconfiados frente a los demás y, por tanto,

no adquieren el apoyo y el conocimiento en su entorno social que podría reafirmar sus recursos, es decir, carecen de “confianza epistémica” (Sperber et al., 2010; Fonagy y Luyten, 2016).

Por otra parte, los hijos de padres traumatizados, tratando de evitar conflictos y para conseguir o mantener el contacto con sus progenitores, buscan adaptarse a sus patrones. En muchas situaciones y constelaciones, se hacen cargo de las funciones parentales, ya que los padres pueden ser incapaces de afrontar las tareas cotidianas a consecuencia del trauma. En especial, debido a su dependencia y necesidades del desarrollo, los hijos de padres traumatizados están expuestos a diversas proyecciones parentales, delegaciones (Richter, 1962) y procesos de transmisión que moldean su vida interior. Los mecanismos introyectivos-identificatorios establecen vínculos entre los niños y sus padres traumatizados, que, para los primeros, sin embargo, va unido a trastornos de desarrollo y procesos patológicos.

Por último, hay que referirse al entorno social, dado que los nuevos miembros de un grupo social reciben asignado siempre un lugar determinado transgeneracional que deben ocupar para ser aceptados. “Nadie escapa a esta violencia de la atribución: si se identifica con la atribución totalmente, no hay lugar para su propio ser y pensar- una alienación [...], si no se identifica en absoluto, esa vía le lleva al aislamiento, a la expulsión, incluso a la muerte” (Kittler, 2015, p. 109).

Procesos de transmisión parentales

La traumatización intergeneracional encuadra todos los fenómenos que llevan a que los descendientes de las personas traumatizadas se enfrenten con afectos y estados de ánimo que no se han generado en su propia experiencia. Del mismo modo, también el desbordamiento afectivo o la experiencia de verse a merced de una gran variedad de sentimientos -a veces muy intensos- sin recibir el apoyo adecuado parental para registrarlos y regularlos, puede entenderse como un fenómeno de transmisión indirecta. Se trata de traumas “heredados”, que se transmiten de adultos a niños a través de fantasías, sentimientos y medidas concretas relacionales y educativas.

Podemos distinguir las siguientes “correas de transmisión” en los procesos de transmisión parentales:

- La afectividad general y la capacidad de mentalización de los padres (Luyten y Fonagy, 2019).
- La “parentalidad intuitiva”; es decir, la calidad específica de la propuesta relacional (Papoušek, 2011).
- Mecanismos específicos de superación/ patrones compensatorios del trauma que caracterizan el comportamiento de los padres y pueden agobiar a los niños (Korittko, 2016; Diez, 2022).

La siguiente viñeta de caso ejemplificará el manejo de los procesos de transmisión intergeneracional en el trabajo psicoterapéutico con una joven de 17 años.

Estudio de caso Ruth (1)

Ruth era la menor de dos hijos de una pareja binacional que se habían conocido en un viaje por el extranjero. El padre era el único hijo de supervivientes del Holocausto, que habían logrado formar juntos una vida satisfactoria en Suiza. El padre de Ruth era una persona exitosa y comunicativa que describía su relación con sus padres como distante y poco afectiva. La madre procedía de un país latinoamericano y había sentido poca cercanía emocional y apoyo en su propia familia. Era muy reservada y dejaba, en gran medida, el cuidado de los dos hijos en manos del padre.

El médico de cabecera derivó a Ruth a la psicoterapia debido a los síntomas bulímicos que manifestaba desde hacía varios años. El tratamiento produjo rápidamente una mejoría significativa de los síntomas y Ruth se volvió cada vez más vital y con curiosidad. Las sesiones revelaron que su insistencia en el modo corporal y otras formas prementalísticas de regulación de sí misma y de la relación (véase la tabla 1 del anexo) representaban una adaptación al lema familiar del no-pensar. No había logrado construir un espacio interior estable que le permitiera percibirse adecuadamente a sí misma y sus necesidades. Rellenaba la tristeza y el vacío inmediata y concretísimamente con alimentos; estos tenían carácter objetual y, en un primer momento, generaban relajación y sentimientos

positivos. Las frustraciones y la rabia las exteriorizaba a través del acto de vomitar que, en su caso, por el uso de un objeto, resultaba especialmente agresivo, lo que parecía contribuir a la relajación y la satisfacción temporal. Los ataques de hambre-vómito, además, le daban la impresión de poder disponer de su cuerpo y ser auto efectiva. La reducción de los síntomas con la ayuda de la terapia llevó pronto a que aparecieran ansiedades intensas y difusas, que en poco tiempo se extendieron tanto que le impedían salir de casa. Esta evolución hizo necesario sesiones familiares, dado que la situación se volvió insoportable para los padres. En la segunda sesión familiar, en la que se habló de los sentimientos en la familia, a través de un cuadro pintado por esta, se vio que en la familia, en primer lugar, los sentimientos positivos tenían cabida, mientras que el miedo o la tristeza, en particular, apenas parecían desempeñar un papel.

La reflexión conjunta en varias sesiones familiares llevó finalmente a que el padre pudiera hablar de su infancia. En este contexto, Ruth se enteró de que sus abuelos habían estado en campos de concentración y lo importante que había sido para su padre funcionar bien y tener éxito durante la infancia y así gratificar a sus padres. Y que los padres, a su vez, estaban muy orgullosos de su hijo y siempre trataron de mantenerlo alejado de su experiencia en los campos de exterminio. El padre contó que en casa nunca le habían hablado de ese tema y que para él pronto quedó claro que había asuntos sobre los que no se debía preguntar. Con el tiempo, dijo, llegó casi a olvidarlo y no reaccionaba cuando el tema de los supervivientes del Holocausto salía a colación. Tampoco había querido nunca ver películas sobre ese tema. En primer lugar, los sentimientos positivos tenían cabida, mientras que el miedo y la tristeza apenas parecían desempeñar un papel. Cuando tuvo hijos, acordó con sus padres que no debían decirles nada sobre ese tema.

Cuando se enteró de todo esto en la sesión familiar, Ruth reaccionó muy furiosa y con reproches hacia su padre. En sus propias sesiones, lloró y, poco a poco, empezó a considerar de otra manera muchas de las cosas que había registrado y vivido en su infancia. Por ejemplo, recordó que siempre había ido muy a disgusto

a casa de sus abuelos, a pesar de que eran muy amables y tenían una casa maravillosa. Sus padres le reñían mucho si se negaba a visitar a los abuelos, y que cada vez le sabía peor y le daba la impresión de que era una persona insensible y cruel por no querer visitarlos. Pero ahora, se daba cuenta de que posiblemente había percibido cosas que no se expresaban claramente. A menudo, la abuela estaba muy ausente y parecía una muñeca, el abuelo tenía ojos muy tristes, incluso cuando se reía. Esas situaciones le habían preocupado, pero no se había atrevido a hablar de ellas.

Un año después del inicio del tratamiento, Ruth contó en las sesiones familiares que recordaba muy bien situaciones de cuando era muy pequeña en las que su padre no le dejaba llorar. Por ejemplo, si se caía y lloraba por el dolor, enseguida acudía su padre corriendo y le decía que no había sido nada y le quitaba importancia. Pensando sobre ello, sin embargo, ve que justamente no era como decía su padre entonces, que no hubiera tenido importancia y que creía que habría sido importante que se le dejara llorar, y comenta que únicamente habría necesitado consuelo.

Su padre confirmó ese recuerdo y respondió a la pregunta de la terapeuta que simplemente no podía soportar que su hija llorara. Finalmente, sin embargo, salió a colación la idea de que un rasguño no tenía importancia, no era nada. Y el padre respondió a la pregunta de con qué comparaba un rasguño, quedándose pensativo, a lo que Ruth añadió: “¿Comparado con lo que se vive en un campo de concentración?”. En ese momento, el padre reconoció que constantemente comparaba su sufrimiento y el de sus hijos con los acontecimientos terribles que habían vivido sus padres. Y, por ello, daba por descontado que su sufrimiento, comparado con el de ellos, no era nada y que, por eso, era un motivo para estar contentos y felices.

La elaboración de estas situaciones en la psicoterapia con Ruth le abrieron nuevas perspectivas y, poco a poco, consiguió distanciarse de los procesos de transmisión paterna. Sin embargo, para ello fue necesario que se emancipara y se fuera a vivir a su propio piso y de este modo poder estar en un espacio no contaminado por lo traumático. El trabajo psicoterapéutico con

Ruth duró un total de seis años. Durante los dos primeros años de tratamiento, se mantuvieron las sesiones familiares regularmente; con el tiempo, también se hizo evidente que la madre sufría una depresión, por lo que también buscó apoyo psicoterapéutico. También se hizo necesaria una terapia de pareja, ya que la evolución positiva de la madre cuestionó la dinámica de la pareja.

El largo tratamiento psicoterapéutico de Ruth y su familia ilustran cómo pueden ser discutidos y trabajados en un entorno familiar los procesos de transmisión transgeneracional. Los “mensajes desconcertantes” (Laplanche, 1988), que era el trasfondo de los problemas de identidad y las ansiedades masivas de la adolescente, pudieron empezar a solucionarse principalmente a través del trabajo con la familia. Si bien la “delegación traumática” (Buchartz, 2019, p. 130) del padre le había podido estabilizar intrapsíquicamente a él, sin embargo, había perjudicado masivamente el desarrollo de la joven. La comprensión conjunta de cómo las numerosas interacciones cotidianas habían provocado una traumatización “cumulativa” (Khan, 1963) de la joven y le había dificultado en el desarrollo de un *self* coherente capaz de regular los afectos y las relaciones, permitió importantes cambios tanto a nivel familiar, como individual. El esclarecimiento transgeneracional se realizó en varios pasos y fueron necesarios varios intentos para verbalizar lo traumático y que surgiera una narrativa.

En el caso siguiente, las “correas de transmisión” centrales de la traumatización transgeneracional son los llamados “fantasmas en la habitación del niño” (Fraiberg et al., 1975), que, en virtud de las erróneas interpretaciones, distorsionan constantemente y tensan la relación entre el niño y su madre.

Estudio de caso de la Sra. M. y Emily

La Sra. M. solicitó ayuda terapéutica para su hija de dos años. Ya al teléfono, parecía muy alterada; decía que tenía miedo de perder los estribos con su hija y hacerle daño. La Sra. M. compareció sola a la entrevista inicial, a pesar de la petición de la terapeuta. Su pareja no tenía tiempo y no estaba preocupado. En esta primera sesión, la Sra. M. contó que Emily era una “mujercita” inteligente y vital que quería decidirlo todo, pero, al final, acababa siempre descontenta. Contó que

ella había tenido una infancia difícil y que había sufrido maltratos físicos por parte de su madre. Por ello, se fue de casa cuando aún era una adolescente para vivir con el novio que tenía. No tenía contacto con sus padres hacía varios años.

La Sra. M. acudió a la segunda sesión con su hija. La niña no quería entrar en la consulta, se aferraba a su madre y gritaba desgarradoramente. La madre se sentó en el suelo a su lado, donde había algunos juguetes. Emily siguió gritando. La madre no reaccionó a los gritos, pero empezó a contar que su marido y ella habían decidido separarse. Emily gritó sin que la señora M. le prestara atención. Cuando la terapeuta le preguntó si tenía idea de por qué Emily gritaba así, dijo: “bueno, se comporta así siempre, porque no le gusta compartirme con otras personas”. A la pregunta de la terapeuta de si habría quizás otros motivos para los gritos de Emily, respondió encogiéndose de hombros.

La terapeuta se dirigió directamente a Emily diciéndole: “si te oigo gritar así, me duelen mucho los oídos y me pregunto si estás tratando de decirnos lo desesperada que estás porque también te duele algo que no sabes cómo se llama”. Emily levantó la vista y la madre se quedó estupefacta. La terapeuta siguió hablando con Emily y la niña se relajó y, finalmente, pudo jugar con un juego de bolitas detrás de la madre. La madre no reaccionó a este cambio, y contó que Emily era incapaz de jugar y que constantemente estaba pegada a ella.

Finalmente se desarrolló una escena que mostró que Emily estaba en perfectas condiciones de jugar en tanto que su madre estuviera atendida por la terapeuta, pero que inmediatamente gritaba o quería salir de la habitación si la madre se ocupaba de ella. La madre aceptó con interés y curiosidad la sugerencia de la terapeuta de filmar algunas sesiones de la terapia madre-hija y después mirarlas juntas. El visionado de algunas secuencias seleccionadas por la terapeuta fomentó la capacidad de la madre para mentalizar a Emily, lo que tuvo un efecto positivo en su interacción con la niña.

Sin embargo, también quedó claro que, debido a la propia traumatización de la Sra. M., el espacio intermedio entre la madre y Emily estaba ocupado por ideas y sentimientos que desfiguraban la visión de las necesidades y el

comportamiento de Emily. Según contó en la sesión individual, la Sra. M. se sentía controlada y maltratada por la niña, algo que le recordaba su propia infancia. Esto la ponía furiosa, contó, y le daba miedo de pegar a Emily. Por eso, estaba impaciente de que Emily creciera y que se llevaran como dos amigas.

El trabajo con la Sra. M. y Emily duró casi dos años y se desarrolló en diferentes constelaciones. Por un lado, regularmente se realizaban sesiones madre-hija, a veces con el padre, pero también paralelamente se realizaban frecuentes sesiones individuales con la madre, la que, finalmente, también decidió iniciar su tratamiento psicoterapéutico individual. La evolución positiva de la problemática se logró interrumpiendo la transmisión de la no-mentalización, así como apoyando las capacidades de regulación propia y de la relación en la madre. Un objetivo esencial del trabajo psicoterapéutico con la Sra. M. consistió en promover sus capacidades reflexivas y, mejorando la capacidad de mentalización, establecer mejor los límites entre pasado y presente, así como entre interior y exterior o el *self* y los demás.

La mentalización parental positiva y favorecedora del desarrollo -tal como se aspiraba en el caso presentado- está caracterizada por los siguientes aspectos (Midgley et al., 2017):

- Referencia a los propios pensamientos y sentimientos.
- Referencia a los pensamientos y sentimientos de los demás miembros de la familia.
- Consideración de las perspectivas de los otros
- Conciencia de la opacidad de la mente de los demás.
- Interrelación de la conducta y los estados internos.
- Capacidad para el juego y el humor.
- Conciencia de la falta de claridad y la incoherencia propias.
- Esfuerzos para restablecer el contacto después de los malentendidos y las rupturas y “reparar” las rupturas,
- Capacidad responsiva a los demás en las conversaciones.

En la práctica, existen diferentes instrumentos que se pueden utilizar para estudiar de forma estandarizada las capacidades de autorreflexión de los padres. La entrevista del apego para adultos (*Adult attachment interview* [AAI])

y la entrevista del desarrollo parental (*Parental Development Inventory* [PDI]) se han demostrado particularmente útiles para este fin. Según las observaciones y los datos que aparezcan en la fase de evaluación y aclaración, y teniendo en cuenta la edad de los niños, puede estar indicada una terapia con padres e hijos, que, a su vez, considere la interacción, o bien, puede ser el procedimiento acertado el trabajo centrado en los padres.

En relación con la problemática de la transmisión intergeneracional del trauma, la combinación de una terapia familiar y el trabajo individual con el niño o adolescente sintomático suele ser un abordaje útil y eficaz: una buena posibilidad de construir un comportamiento relacional positivo con familias disfuncionales y de registrar y modificar los ciclos no mentalizadores (Lundahl et al., 2006).

Los padres traumatizados necesitan psicoterapeutas que les transmitan seguridad, que adopten una actitud abierta e interesada hacia ellos y que estén dispuestos a “ponerse en su lugar” para ver los mundos de las relaciones a través de sus ojos. Partiendo de ahí y de una actitud “mejilla con mejilla” (Diez y Müller, 2018, p. 121), es posible mentalizar al niño y, en consecuencia, sostenerlo.

Reacciones de estrés de los niños y procesos de identificación

En el caso de los niños, los límites entre el *self* y el otro se debilitan mediante los procesos de introyección e identificación con la experiencia traumática parental y a través de la funcionalización de los niños en los procesos de transmisión transgeneracional. La referencia a los límites difusos entre la fantasía y la realidad de Bohleber (2009) se corresponde, en el enfoque de mentalización, con el modo de equivalencia. La permeabilidad de los límites genera identificaciones arcaicas del niño con el progenitor afectado y engendra pena, dolor y culpa en él. Bogan (1995) distingue cuatro tipos de traumatizaciones transgeneracionales:

- Traumatización debido a la inaccesibilidad emocional de una de las figuras parentales.
- Traumatización en la fantasía (revivir para intentar comprender y ayudar).
- Traumatización del niño porque se le utiliza

como instrumento para repetir el trauma de los padres.

- Traumatización por la pérdida del *self* propio.

En una etapa muy temprana del desarrollo infantil, en la que prevalecen los mecanismos de proyección e introyección, el niño asume la experiencia traumática no procesada de los padres. Los niños se atribuyen a sí mismos esos acontecimientos. De ese modo, la experiencia traumática conecta a los padres y a los hijos inconscientemente.

Especialmente en el contexto de los tratamientos psicoanalíticos de pacientes adultas, se han reconocido y descrito de forma diferenciada formas específicas de identificación y patrones de relación entre las generaciones. Haydée Faimberg (2009) acuñó el término “telescopaje” para ilustrar la imbricación y la telescópica de sentimientos entre las generaciones de padres e hijos. Esta autora describe a estas pacientes como identificadas con el funcionamiento de sus padres interiorizados, que veían a sus hijos como parte de sí mismos y les negaron la oportunidad de construir su espacio físico y psicológico propio. La metáfora del “telescopio” de Faimberg describe gráficamente cómo los traumatismos desmentidos en las generaciones anteriores, que, a menudo, ya afectaron a los abuelos y que se transfieren inconscientemente a los hijos y nietos, repercuten en estos últimos. Esos traumatismos familiares y los secretos enterrados asociados escapan a la conciencia y, a menudo, permanecen ocultos durante mucho tiempo en el proceso de la psicoterapia (véase el “estudio de caso de Ruth”).

Kestenberg (1995) describe otra variante más de la transmisión entre generaciones donde los hijos, al asumir los roles parentales (parentificación) y al tratar de llenar los vacíos emocionales de la familia, tratan de restaurar la continuidad histórico-vital de sus propios padres. Esta autora describe este mecanismo como un “túnel del tiempo” que permite que coincidan el pasado, el presente y el futuro. Mathias Hirsch (1997), por su parte, habla de “introyectos”, es decir, de elementos transferidos inconscientemente que se sienten como ajenos al propio yo y que, por tanto, no se pueden integrar. Al igual que los elementos beta de Bion (1992, 1997), se trata de elementos no digeridos e indigeribles

psíquicamente que ocupan el interior psíquico del niño como cuerpos extraños.

Estudio de caso Leandra: “La Matrioska”

La madre de Leandra (14 años) trajo a su hija a terapia porque holgazaneaba en la cama y decía que se quería morir. Leandra era una chica delicada y tímida que, en el primer contacto, no quería contar mucho. Sin embargo, para ella era importante la cuestión de si la terapeuta era también psiquiatra, como la de su madre. A pesar de una pequeña decepción, por no ser así, Leandra empezó a aprovechar las sesiones para hablar de diversos problemas con sus amigas. Al principio, los comportamientos que preocupaban a su madre no tenían importancia. Tras unas cuantas sesiones, empezó tímidamente a contar que estaba sintiendo “cosas raras” que le asustaban. Por ejemplo, su mano cambiaba y a veces oía voces. A las preguntas de la terapeuta, Leandra respondió que estos fenómenos se producían después de fumar cannabis, pero nunca en otros momentos. Por último, también contó que en los últimos meses había consumido cannabis cada vez con más frecuencia y mayor cantidad. Después de que la terapeuta le informara sobre los peligros del consumo de cannabis, se decidió conjuntamente que intentaría reducirlo y dejarlo por completo lo antes posible. La terapeuta la confrontó claramente con su temor de que Leandra pudiera entrar en una realidad paralela. Leandra se emocionó por la clara preocupación de la terapeuta y mantuvo el acuerdo. En el transcurso de las sesiones siguientes y debido a un acontecimiento familiar, quedó claro que Leandra, a diferencia de su hermano mayor, desde una edad muy temprana había sentido que no podía entender la forma de ser de su madre. Leandra contó además que, cuando tenía seis años, su madre tuvo que ingresar en una clínica psiquiátrica. Cuando su madre volvió, le contó sobre las cosas que podía ver y oír. Ella también quería ver y oír cosas como esas, pero no había funcionado. Mientras Leandra hablaba de esto, empezó a verse que el hecho de fumar cannabis le permitía entrar en estados similares a los que, según creía, había tenido su madre en la psicosis, y que eso le hacía sentirse finalmente cerca de ella y comprenderla por primera vez. De hecho, las sesiones de

acompañamiento con los padres pusieron de manifiesto que la madre estaba encantada con la cercanía emocional con Leandra, con la que podía hablar de todo.

El trabajo psicoterapéutico con Leandra y sus padres duró un total de cinco años. Un aspecto importante de la terapia individual fue la elaboración de los límites propios.

Leandra transfirió los anhelos fusionales a la terapeuta: se teñía el pelo como ella, imitaba su estilo de vestir y, en el futuro, quería ser también psicoterapeuta. Surgieron enredos de transferencia-contratransferencia porque Leandra conseguía encontrar cada vez nuevos accesos al interior de la psicoterapeuta y esta corría el riesgo de aportar demasiada información autorreveladora. La terapeuta recaía repetidamente en un modo de equivalencia sin límites, que trataba de contrarrestar con intervenciones racionalizadoras. Dudaba de su criterio y de su trabajo y de si Leandra no debería acudir al servicio de psiquiatría. En su contratransferencia, se abrieron paso la sensación de confusión y los sentimientos de culpa. Una supervisión intensiva facilitó la triangulación necesaria (Grieser, 2015) y condujo a la terapeuta al reconocimiento y “reparación” de las intrusiones mentalizadoras de la terapeuta.

En resumen, se puede afirmar que la adaptación de los hijos a la *vulnerabilidad* parental o la búsqueda de la relación con los padres mediante procesos introyectivos e identificatorios (“túnel del tiempo”, [Kestenberg, 1995]; “telescopaje” [Faimberg, 2009]; “introyectos” [Hirsch, 1997]) supone una importante *correa de transmisión*, caracterizada por la resonancia de los hijos.

Observaciones finales

Las personas traumatizadas de forma compleja, a menudo, proceden de familias en las que se suelen transmitir las tensiones, los patrones disfuncionales y las experiencias traumatizantes del vínculo y la relación de generación en generación. En esas familias, los trastornos asociados al trauma y los modelos parentales compensatorios pueden conducir a la traumatización de los niños.

Los niños reaccionan al desamparo parental con sobreexcitación e hipervigilancia, así como

con diversos comportamientos destinados a “desafiar a los padres y moverles a que estén presentes y disponibles para ellos” (Pleyer, 2004, p. 141). Las traumatizaciones tempranas en el contexto del vínculo desestabilizan invariablemente la capacidad de mentalizar, ya que afectan al eje regulador del estrés (Strüber, 2019) y hacen que las respuestas rápidas y automáticas moderadas por las estructuras cerebrales posteriores y límbicas entren en acción con más frecuencia que las funciones ejecutivas prefrontales. Lo cual significa que la mentalización “se desconecta” y, en su lugar, aparecen respuestas defensivas automáticas (lucha/huida/congelación [Luyten y Fonagy, 2019]). Las personas traumatizadas en la infancia temprana por sus cuidadores primarios se enfrentan a la experiencia básica de estar solos e “incapaces de pensar lo inconcebible, así como de sentir lo que no se debe sentir” (Luyten y Fonagy, 2019, p. 86). Carecen de la resonancia y la referencia social que les permitiría contar con otra persona en situaciones de desbordamiento afectivo.

Los padres traumatizados corren el riesgo de transmitir a sus hijos sus experiencias no procesadas como “materia prima” a través de momentos atmosféricos, mediante fantasías, pensamientos y sentimientos, así como mediante interacciones concretas y propuestas de relación. Por su parte, los niños pueden quedar atrapados en “tierra de nadie” a través de procesos introyectivos -identificatorios y debido a la falta o insuficiencia de las experiencias de mentalización, lo que puede dificultar o incluso imposibilitar su llegada al presente y a sí mismos. Los procesos de esclarecimiento transgeneracional necesitan siempre varios pasos que posibiliten la comprensión, documentación y la narrativa de las experiencias traumáticas (Kittler, 2015). La teoría y la práctica de la mentalización pueden proporcionar impulsos importantes y procedimientos concretos para ese cometido.

Notas

(1) El editor establece un set de normas para la anonimización

Traducción del alemán por Isidro Fernández Blasco

Bibliografía

- Allen, J. G. y Fonagy, P. (2015). Trauma. En: P. Luyten, L. C. Mayes, P. Fonagy, M. Target y S. J. Blatt. *Handbook of psychodynamic approaches in psychopathology*. New York: Guilford Press, S. 165-199.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. New York.: Basic Books. (Traducción española: *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Horné-Paidós, 2006).
- Bion, W. R. (1992). *Elemente der Psychoanalyse*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. (Trad. española: *Elementos del psicoanálisis*. Barcelona: Encuentros, 1988).
- Bion, W. R. (1997). *Transformationen*. Frankfurt, a. M.: Suhrkamp (Trad. española: *Transformaciones*, Valencia: Proli molibro, 2001).
- Bohleber, W. (2003). Das Trauma und seine Bedeutung für das Verhältnis von innerer und äusserer Realität. En M. G. Leuzinger-Bohleber y R. Zwiebel, (ed.). *Trauma, Beziehung und soziale Realität*. Tübingen: Edition diskord.
- Bohleber, W. (2009). Wege und Inhalte transgenerationaler Weitergabe. Psychoanalytische Perspektiven. En H. Radebold, W. Bohleber y J. Zinnecker, (ed.). *Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten: Interdisziplinäre Studien zur Nachhaltigkeit historischer Erfahrungen über vier Generationen (Kinder des Weltkrieges)*, pp. 107-119. Weinheim: Juventa.
- Bonfils, K. A., Adams, E. L., Firmin, R. L., White, L. M. y Salyers, M. P. (2014). Parenthood and severe mental illness: Relationships with recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37, 186-193. DOI 10.1037/prj0000072.
- Burchartz, A. (2019). *Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Cassidy, J. y Mohr, J. J. (2001). Unsolvability, fear, trauma, and psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 275-298.
- Diez Grieser, M. T. (2001). Neugeborene Kinder drogenabhängiger Eltern: Beziehungsdiagnostik als Grundlage für Interventionen. En F. Pedrina (ed.), *Beziehung und Entwicklung in der frühen Kindheit. Psychoanalytische Interventionen in interdisziplinären Kontexten*, Tübingen: edition discord, pp. 139-149.
- Diez Grieser, M. T. (2004). Zur Funktion des Cannabiskonsums in der frühen Adoleszenz: Zwei Fallbeispiele. *Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse*, 33, 35-55.
- Diez Grieser, M. T. (2016). Beziehungsgestaltung und Kommunikation mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. *Trauma - Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*, 1(2), 40-50.
- Diez Grieser, M. T. (2016): Flüchtlingskinder zwischen Trauma und Entwicklung. *Und Kinder*, 97, 25-32.
- Diez Grieser, M. T. y Grieser, J. (2020). *Psychodynamische Psychotherapie mit Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Diez Grieser, M. T. y Müller, R. (2018). *Mentalisieren mit Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Diez Grieser, M. T. (2022). *Mentalisieren bei Traumatisierungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dubowitz, H., Black, M., Cox, C., Kerr, M., Litronik, A., Radhakrishna, A., English, D., Wood Schneider, M. y Runyan, M. (2001). Father involvement and children's functioning at age 6 years: A multisite study. *Child Maltreatment*, 6(4), 300-309.
- Edwards, V. J., Anda R. F., Dube, S. R., Dong, M., Chapman, D. F. y Felitti, V. J. (2005). The wide-ranging health consequences of adverse childhood experiences. En: Kendall-Tackett, K. y Giacomoni, S. (ed.), *Victimization of children and youth: Patterns of abuse, response strategies*. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S. y Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Function Scale. *British Journal of Developmental Psychology*, 33(2), 203-217.
- Faimberg, H. (2009). *Teleskopung. Die intergenerationale Weitergabe narzisstischer Bindungen*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Fonagy, P. (2003a). Bindung, Holocaust und Ergebnisse der Kinderpsychoanalyse: Die dritte Generation. En: Fonagy, P. y Target, M. (ed.), *Frühe Bindung und psychische Entwicklung*. Gießen: Psychosozial Verlag, pp. 161-193.
- Fonagy, P. (2003b). The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in

- time. *Infant Mental Health Journal*, 24(3), pp. 212-239.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. J. y Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P. (2010). Attachment and personality pathology. En J. F. Clarkin, P. Fonagy y Gabbard, G. O. (ed.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook*. American Psychiatric Publishing, pp. 37-87.
- Fonagy, P. y Luyten, P. (2016). A multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. En D. Cicchetti (ed.), *Developmental psychopathology, vol. 3: Maladaptation and psychopathology*. New York: John Wiley & Sons, pp. 726-792.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. J. y Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fraiberg, S., Adelson, E. y Shapiro, V. (1975). Ghosts in nursery: A psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 14(3), 387-422.
- Fröhlich-Gildhoff, K. y Rönna-Böse, M. (2015). *Resilienz*. München: Reinhardt/UTB.
- Gurevich, H. (2012). Die Sprache der Abwesenheit. *Psyche*, 66, 1074-1101.
- Grieser, J. (2015). *Triangulierung (Analyse der Psyche und Psychotherapie, Vol. 13)*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Held, T. (2019). Die potentiell traumatische Erfahrung – wie entscheidet sich, ob es zur Traumafolgestörung kommt? *Kinderanalyse*, 27(2), 111-132.
- Hirsch, M. (1997). *Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. y Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis, *The Lancet Public Health*, 2, 8, e356-e366.
- Iyengar, U., Kim, S., Martinez, S., Fonagy, P. y Strathearn, L. (2014). Unresolved trauma in mothers: Intergenerational effects and the role of reorganization. *Frontiers in Psychology*, 5, 966.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00966>.
- Kaiser, P. (2008). *Mehrgenerationenfamilie und neuropsychische Schemata*. Göttingen: Hogrefe.
- Kellermann, N. P. F. (2011). "Geerbtes Trauma". Die Konzeptualisierung der transgenerationalen Weitergabe von Traumata. En *Tel Aviver Jahrbuch für deutsche Geschichte*, 39, 137-160.
- Kestenberg, J. (1993). What a psychoanalyst learned from the holocaust and genocide. *The International Journal of Psychoanalysis*, 74, 1117-1129.
- Kestenberg, J. (1995). Die Analyse des Kindes eines Überlebenden. Eine metapsychologische Beurteilung. En M. S. Bergmann, M. E. Jucovy y J. Kestenberg, (ed.), *Kinder der Opfer – Kinder der Täter*. Frankfurt a. M.: Fischer, pp. 173-206.
- Khan, M. M. R (1963). The concept of cumulative trauma, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18(1), 286-306; DOI: 10.1080/00797308.1963.11822932.
- Kittler, E. (2015). "Was du ererbst von deinen Vätern, erwirb es, um es zu besitzen. Was man nicht nützt, ist eine schwere Last". Anmerkungen zur Transgenerationalität aus einer Mutter-Kind-Therapie, *Kinderanalyse*, 23(2), 107-128.
- Kittler, E. (2020). Zwischen Eltern und Kindern – wenn die Gegenwart den Blick auf die Vergangenheit verstellt. *Kinderanalyse*, 28(3), 3-31. DOI: 10.21706/ka-28-1-3.
- Kogan, I. (1995). *The cry of mute children*. London: Free Association Books.
- Korittko, A. (2016). *Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. (Störungen systemisch behandeln, vol. 5)*. Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- Korittko, A. y Pleyer, K. H. (2014). *Traumatischer Stress in der Familie: Systemtherapeutische Lösungswege*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Laplanche, J. (1988). *Die allgemeine Verführungstheorie und andere Aufsätze*. Tübingen: edition discord.
- Laucht, M., Esser, G. y Schmidt, M. H. (2000).

- Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 246-262.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E. y Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 561-592.
- Lundahl, B. W., Nimer, J. y Parsons, B. (2006). Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs. *Research on Social Work Practice*, 3, 251-262; <https://doi.org/10.1177/1049731505284391>
- Luyten, P. y Fonagy, P. (2019). Mentalizing and trauma. En A. Bateman y P. Fonagy (ed.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington: American Psychiatric Association Publishing, pp. 29-103.
- Lyons-Ruth, K. y Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17, 257-275.
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Das Gupta, M., Fradley, E. y Tuckey, M. (2002). Maternal mind mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Development*, 73(6), 1715-26.
- Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N. y Muller, N. (2017). *Mentalization based treatment for children. A time-limited approach*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Moré, A. (2013). Die unbewusste Weitergabe von Traumata und Schuldverstrickungen an nachfolgende Generationen. *Journal für Psychologie*, 21, 1-34.
- Mosley-Johnson, E., Campbell, J. A., Garacci, E., Walker, R. J. y Egede, L. E. (2021). Stress that endures. Influence of adverse childhood experiences on daily life stress and physical health in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 284, 38-43. DOI: 10.1016/j.jad.2021.02.018.
- Oestergaard Hagelquist, K. (2017): *The mentalization guidebook*. London: Routledge.
- Papoušek, M. (2004). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept*. En M. Papoušek, M. Schieche y H. Wurmser (ed.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Bern: Huber, pp. 77-110.
- Papoušek, M. (2011): Verwundbar, aber unbesiegt – Ressourcen der frühen Kommunikation in Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie. En T. Hellbrügge y B. Schneeweiß (ed.), *Frühe Störungen behandeln – Elternkompetenz stärken*. Stuttgart: Klett-Cotta, pp. 69-90.
- Perry, B. D. (1994). Neurobiological sequelae of childhood trauma: PTSD in children. En M. Murberg (ed.), *Catecholamines in post-traumatic stress disorder*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, pp. 233-255.
- Pleyer, K. H. (2004). Co-traumatische Prozesse in der Eltern-Kind-Beziehung. *Systhema*, 18(2), 132-149.
- Qin, P., Agerbo, E. y Mortensen, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *American Journal of Psychiatry*, 160, 765-772. DOI 10.1176/appi.ajp.160.4.765.
- Reddemann, L. y Wöller, W. (2017). *Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Rice, F., Sellers, R., Hammerton, G., Eyre, O., Bevan-Jones, R., Thapar, A. K., Collishaw, S., Harold, G. T. y Thapar, A. (2016). Antecedents of new-onset Major Depressive Disorder in children and adolescents at high familial risk. *JAMA Psychiatry*, 74, 153-160. DOI 10.1001/jamapsychiatry.2016.3140.
- Richter, H. E. (1962). *Eltern, Kind und Neurose. Die Rolle des Kindes in der Familie/Psychoanalyse der kindlichen Rolle*. Berlin: Neuaufgabe Rowohlt.
- Rosa, H. (2016). *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*. Berlin: Suhrkamp.
- Scheeringa, M. S. y Zeanah, C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 799-815.
- Schechter, D. S., Coots, T., Zeanah, C. H., Coates, S. W., Davies, M., Myers, M. M., Trabka, K. A. y Liebowitz, M. R. (2005). Maternal mental representations of the child in an inner-city clinical sample: Violence-related posttraumatic stress and reflective functioning. *Attachment*

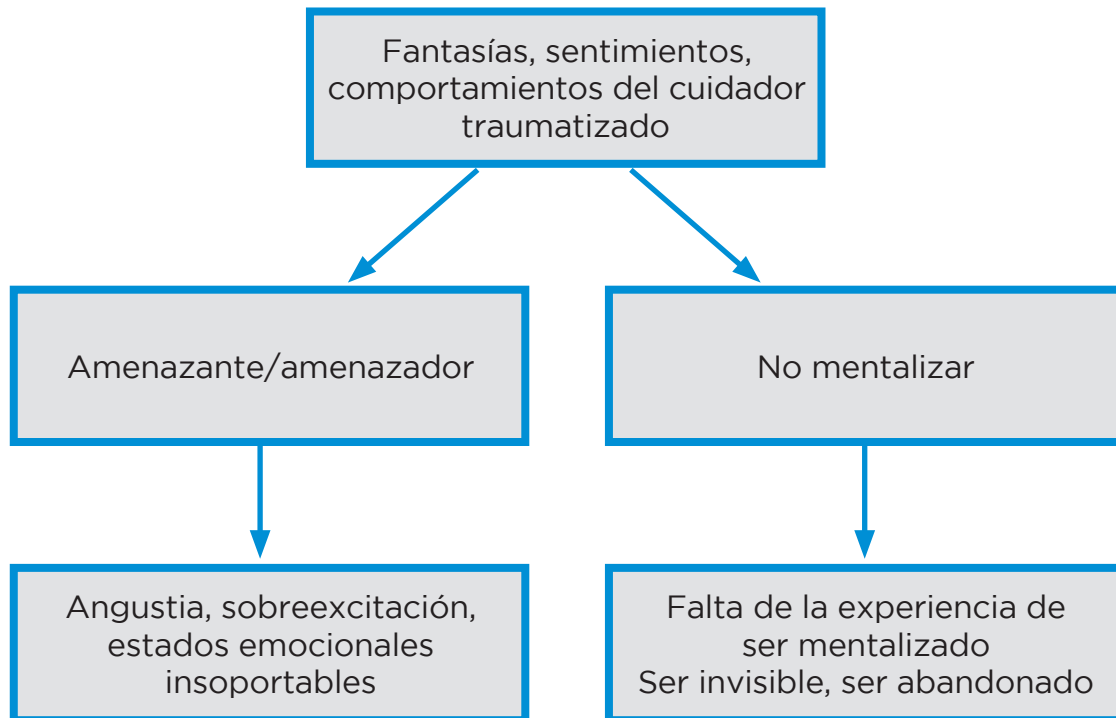
- and Human Development, 7(3), 313–331.
- Schechter, D. S., Coates, S., Kaminer, T., Coots, T., Zeanah, C. H. Jr. y Davies, M. (2008). Distorted maternal mental representations and atypical behavior in a clinical sample of violence-exposed mothers and their toddlers. *Journal of Trauma and Dissociation*, 9, 123–147.
- Schmid, M. (2019). *Zusammenarbeit mit dem Herkunftssystem und Biographieerkennung. Traumapädagogische Weiterbildungsmodul Kinderdorf Lütisburg*. Presentación no publicada.
- Sperber, D., Clement, F., Heintz, C., Mascaro, O., Mercier, H. Origgi, G. y Wilson, D. (2010). Epistemic vigilance. *Mind & Language*, 25, 359–93.
- Staun, L. (2017). *Mentalisieren bei Depressionen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Strüber, N. (2019). *Die erste Bindung. Wie Eltern die Entwicklung des kindlichen Gehirns prägen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Synofzik, M., Vosgerau, G. y Newen, A. (2008). I move, therefore I am: A new theoretical framework to investigate agency and ownership. *Conscious and Cognition*, 17(2), 411–24. DOI: 10.1016/j.concog.2008.03.008.
- Van Ee, E., Kleber, R. J. y Jongmans, M. J. (2015). Relational patterns between caregivers with PTSD and their nonexposed children. A review. *Trauma, Violence and Abuse*, 17(2), 186–203.
- Witt, A., Sachser, C., Plener, P. L., Brähler, E. y Fegert, J. M. (2019). The prevalence and consequences of adverse childhood experiences in the German population. *Deutsches Ärzteblatt*, 116, 635–642. DOI: 10.3238/aerztebl.2019.0635.
- Yehuda, R. y Lehrner, A. (2018). Intergenerational transmission of trauma effects: Putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry*, 17, 243–257.

Anexos

Tabla 1: Descripción de los cuatro modos prementalísticos

Modos	Características
M. corpóreo	El cuerpo como contenedor que tiene que recibir y “evacuar”. El cuerpo “habla”, los símbolos y las palabras faltan o no significan nada. El movimiento funciona como base del sentimiento de sí: “I move, therefore I am” (Synofik et al., 2008) como un modo predominante.
M. teleológico	El entorno debe “funcionar” para aliviar los estados de tensión internos. Se induce a los demás para que actúen. Los estados internos pueden ser influidos únicamente por manipulaciones o intervenciones reales/corporales. Solo tiene importancia lo realmente observable, los pensamientos y los sentimientos pasan a un segundo plano.
M. equivalencia	Isomorfismo entre el interior y el exterior, el pasado y el presente. Las fantasías y la realidad se equiparan. Enredos
Modo como-si	El cuerpo y la psique están insuficientemente vinculados. Los afectos faltan o son inapropiados. Sentimientos de vacío y ausencia de relaciones. Intelectualización / pseudo-mentalización. Nexos y redes deficientes, disociación

Figura 1. “Correas de transmisión” de los procesos traumáticos



El trastorno de conducta en la escuela. Algunas reflexiones sobre la cuestión

SERGI DE DIEGO

Introducción

Desde hace más de tres décadas, la escolarización del alumnado que presenta problemas graves de conducta es un reto importante para sostener el paradigma de la inclusión.

En mi opinión, la educación ha de ser fundamentalmente inclusiva, por tanto, vaya por delante el punto de acuerdo inicial. Y ahora viene la divergencia de criterio expresada en un pero: *siempre que dicha inclusión favorezca realmente el desarrollo y progreso de cada persona a la que se pretende ayudar con dicha filosofía y estrategia* y no les arrastre a una paradoja que todos consideraríamos indeseable; la resultante de una integración administrativa, puesto que podrían estar inscritos y asistir a aulas y escuelas ordinarias, pero se encontrarían realmente excluidos de una educación adecuada a sus necesidades y de la verdadera integración con sus compañeros a causa de sus dificultades y de los problemas del sistema educativo para dotar a los centros de los enormes recursos especializados necesarios para abordar el reto de la inclusión.

En lo sucesivo hablaré de *trastornos de conducta* (TC) fenomenológicamente para referirme a la expresión del problema, tenga este su origen en un diagnóstico psiquiátrico de trastorno de conducta, de trastorno oposicionista desafiante, de un trastorno psicótico, de un trastorno grave del espectro autista (TEA), o bien causado por el consumo de tóxicos o de cualquier otro diagnóstico.

Mi experiencia de casi 30 años como responsable de equipos de Salud Mental (SM) infantil y juvenil concertados con el Servei Català de la Salut (CatSalut) de la Generalitat de Catalunya

(GC) me ha permitido ser testigo del progresivo aumento de alumnos/pacientes que presentan problemas causados por alguna clase de TC y desbordan las posibilidades de ser ayudados desde el aula ordinaria.

Los TC y la profesión docente

La conducta de estos menores con graves problemas de SM y la frecuencia y gravedad de sus comportamientos disruptivos o extraños no solamente entorpece, sino que, en ocasiones, hace imposible el desarrollo de la acción educativa dentro del aula.

La tarea de cualquier profesional de educación primaria o de secundaria es muy compleja. Necesita un dominio suficiente de los contenidos del currículum (conocimientos, metodología, capacidad de contextualizar) del nivel en que ejerce su docencia, ha de poder establecer vínculos saludables con sus alumnos y familias (tener empatía y capacidad de expresarse) para ejercer sobre ellos una verdadera labor educativa y, finalmente, necesitará lidiar con la complejidad del funcionamiento grupal (para ello serán de ayuda cualidades como la flexibilidad y el equilibrio). A todo ello deberemos añadirle la dificultad que implica la presencia de menores de edad (frecuentemente varios) con TC de diversa gravedad y para lo cual precisará de cualidades de su personalidad que le faciliten la capacidad de contención interna que posibilite pensar, aún en situaciones de gran ansiedad.

En realidad, algunos enseñantes tienen suficientes habilidades, capacidad de comprensión y manejo de los problemas conductuales. Ello les permite tener un cierto número de alumnos

**Esta sección pretende dar espacio y voz a las experiencias en primera persona, tanto de profesionales como de pacientes. Si quiere enviarnos la suya o conoce experiencias que considera que pueden ser interesantes, puede hacerlo por correo a revista@fundacioorienta.com. La opinión de los textos no representa la de la Revista sino la de los propios autores.*

con TC dentro del aula y, aun así, poder desarrollar su acción educativa de forma razonable. Sin embargo, estas personas tan capaces pueden sufrir un desgaste innecesario como consecuencia de los conflictos que una clase muy tensionada es capaz de generar. En el otro extremo, encontraríamos docentes que sufren cotidianamente como consecuencia de haber escogido una profesión para la cual carecen de las condiciones personales adecuadas, aún en aulas que podríamos calificar como tranquilas. Y entre los dos grupos, encontraríamos la mayoría de profesionales que realizan su trabajo de forma eficiente, pero que sufren con los alumnos que presentan TC graves y para trabajar con los cuales no han sido preparados.

Evolución de los recursos para abordar los TC

En función de esta realidad, los sucesivos responsables de la Conselleria d'Ensenyament (CE) de la GC, los técnicos expertos que les asesoran, la inspección educativa, las direcciones de los centros y los agentes psicopedagógicos integrados en el Equip d'Assessorament psicopedagògic (EAP), que tienen el encargo de dar apoyo a las necesidades educativas especiales, han ido desarrollando diferentes estrategias e iniciativas para hacer frente al problema del aumento de los alumnos con TC que desbordan la capacidad del sistema educativo.

La primera medida consiste en crear recursos a fin de que niños y adolescentes con TC reciban apoyo para poder desarrollar su escolaridad dentro de su aula. Si ello no es posible, las personas formadas en educación especial en la enseñanza primaria o en psicopedagogía en la secundaria trabajan con todos ellos algunas horas en un espacio exterior al aula. Si ello aún no es suficiente, el alumno desborda las capacidades del sistema educativo ordinario y, concretamente para el colectivo del que tratamos, los menores que presentan TC, se han ido creando grupos especiales en el propio centro, a menudo a cargo de personal motivado y con habilidades para ello. Con el paso de los años y las experiencias, se han desarrollado unidades especializadas que han recibido diferentes denominaciones: *aula de innovación educativa*, *unidad de adaptación curricular* (UAC), *unidades de apoyo a la educación*

especial (las siglas en catalán son USEE) y, desde hace unos años, *apoyo integral a educación inclusiva* (las siglas en catalán son SIEI). No todas las escuelas disponen de unidades de esta clase, que requieren espacios, ratios reducidas y personal altamente capaz. En cualquier caso, el objetivo de todas estas iniciativas educativas era y es compatibilizar al máximo la asistencia a la clase ordinaria del alumno y reintegrarlo a ella en cuanto sea posible.

Con el desarrollo de estas SIEI a lo largo del tiempo, se comprobó que algunos alumnos particularmente dañados no podían ser atendidos en estas aulas tan especiales dentro de un centro docente por la gravedad de su conducta y/o porque, cuando algunos de ellos –sin duda los más graves– salían de su particular “burbuja educativa”, al entrar en el colegio, salir de él, al ir al lavabo o al patio o si se escapaban de su aula, y entraban en contacto con el resto de alumnos y docentes, se creaban graves conflictos que se necesitaba evitar. Ello condujo a la creación de las *Aulas integrales de apoyo* (las siglas en catalán son AIS). A ellas asisten alumnos que desbordan las SIEI integradas en la propia escuela e intentan cubrir las necesidades de grupos grandes de población que agrupan diversas SIEI. Se estimó que la duración máxima de un alumno en el AIS debería ser de dos cursos escolares o dos años, debiendo después poderse reintegrar en la escolaridad ordinaria. La plantilla de las AIS debe ser particularmente bien escogida, estar muy motivada y tener una formación y recursos personales adecuados a la tarea que deberá asumir. Las ratios también son muy pequeñas (entre seis y ocho alumnos máximo), dos especialistas en psicopedagogía (en el momento de escribir este texto, se ha reducido a uno y medio), un educador a tiempo completo y el apoyo de un profesional del Centro de Salud Mental infantil y juvenil (CSMIJ) con una dedicación fija semanal presencial (alrededor de 8 horas), formando parte del equipo. El EAP, la dirección del CSMIJ, responsables del Departament d'Ensenyament, la inspección educativa y representantes de un equipo especializado en dar apoyo al trabajo con los TC (las siglas en catalán son CRETDIC), velan por la selección de los alumnos que asistirán al AIS y revisan regularmente la evolución con los responsables de la unidad.

La realidad, sin embargo, es tan compleja, que no siempre resulta fácil el retorno al sistema ordinario de algunos alumnos que están atendidos en unidades especializadas, ya sean SIEI o AIS.

Toda esta organización educativa de apoyo a los alumnos con TC depende, para su buen funcionamiento, de la capacidad de los profesionales que conforman cada equipo. Su selección (a), formación permanente (b), los apoyos especializados necesarios (c) y el funcionamiento como equipo y en coordinación estrecha con los dispositivos educativos, de SM y sociales (d) resulta imprescindible para garantizar la optimización de los resultados. Un profesional vulnerable emocional o insuficientemente motivado, o sin los recursos personales que he detallado en un párrafo anterior, sufrirá y/o hará sufrir a los educandos a su cargo y a sus compañeros de unidad. Además de no cumplir con su tarea y objetivos asignados.

Detallemos ahora los diferentes aspectos de las condiciones que garantizan que las unidades especializadas trabajen bien, cosa que concierne a los responsables de los departamentos de educación o de la CE en Catalunya.

Selección de los docentes

La selección de los docentes de unidades especializadas debe ser realizada por responsables que conozcan de forma precisa las características imprescindibles que deben estar presentes, porque no es –de ninguna forma– una cuestión de titulación solamente. La titulación debe ser un requisito tan imprescindible como la solidez personal, la alta tolerancia a la frustración, contención de las propias emociones y autocontrol, capacidad de convivir con la agresividad y con la violencia, asertividad y habilidades en la comprensión y el manejo de conflictos humanos. Además de capacidad de trabajar en equipo. Sin todo ello, el sufrimiento y el fracaso serán inevitables, así como la huida de especialistas de las unidades a otras plazas “menos complicadas” en cuanto puedan. ¿Quién debe ser responsable de esta función tan delicada de selección? Probablemente no el cargo más alto en la jerarquía, sino aquel que pueda ser más capaz de captar estos aspectos a los que me he referido en el marco de entrevistas con los candidatos. No tendría sentido aquí una

selección únicamente por currículum que resultaría simplista e ineficiente.

Una de las dificultades que debe enfrentar la organización de la CE es la de garantizar que el acceso a las plazas de especialista de las que hablamos sea el resultado de una selección enormemente cuidadosa y no dejada al albur de listas de personas con titulación adecuada. Este sistema, que es democrático y garantiza la ausencia de amiguismos en la selección, resulta letal si lo que deseamos es proteger los alumnos con TC y los profesionales que les atienden.

También resulta fundamental el tema de la continuidad de los profesionales. Se necesita tener la garantía de que cada cambio no ocasionará un “empezar de nuevo” con otros profesionales que no puedan aprovechar la experiencia ya acumulada en la unidad y en el sistema.

Formación permanente

La formación permanente es imprescindible. En estas unidades educativas es necesaria una gran creatividad para pensar y realizar actividades que consigan la atención y complicidad de los alumnos, generalmente con una nada amigable relación con cualquier actividad que relacionen con aprendizajes escolares. Además, se generan innumerables situaciones de crisis que han de ser abordadas “in situ” de forma también creativa. Todo ello difiere en gran medida de lo exigible en el entorno educativo ordinario y resulta del todo imprescindible que vaya generando un cuerpo de aprendizaje que los profesionales puedan compartir con colegas de otras unidades y que puedan aprovechar también los educadores que les substituyan cuando los más experimentados dejen la unidad. Por tanto, se necesita un sistema que facilite el enriquecimiento mutuo y garantice la continuidad del trabajo realizado.

Las personas responsables de estas unidades necesitan algunos espacios para poder reflexionar como equipo sobre todo lo expresado, para discutir las opciones educativas más idóneas, para replantear abordajes y para dejar registro de todo aquello que pueda generar un cuerpo de conocimiento aprovechable para los iguales.

Del mismo modo, se necesita avanzar en el intercambio de experiencias y recursos entre los docentes de diversas unidades, recurso ahora

sólo desarrollado de forma limitada. De desplegarse con convicción y estrategia, esta práctica, no solamente tendría un efecto estimulante. Además, ayudaría a la contención de sus emociones, provocaría sinergias que facilitarían los necesarios aprendizajes y que la experiencia de cada profesional se viviese como valiosa para los demás. Todo ello tendría como deseable consecuencia la mayor duración en la plaza de las personas seleccionadas, que no se “quemarían” con tanta facilidad como lo hacen ahora.

El apoyo a los docentes de unidades especializadas.

Aquí hablamos de perfiles profesionales como el del psicólogo formado en el diagnóstico y la comprensión y el trabajo con alumnos con TC grave, del psiquiatra que pueda valorar la oportunidad de ofrecer tratamiento psicofarmacológico, la de un trabajador social que interviene en las tareas de apoyo a las familias o de inserción laboral según se necesite, entre otros.

Los alumnos de SIEI o AIS se caracterizan, entre otros aspectos, por tener conductas disruptivas. Estas han provocado históricamente, en el entorno del sujeto, reacciones sancionadoras cada vez más endurecidas y actitudes de rechazo, cuando no de agresividad, de muchos adultos e iguales. Las citadas reacciones han generado más tensión aún en el menor, lo cual le ha empujado más si cabe a comportamientos impulsivos agresivos y creadores de conflicto. De esta forma, se van convirtiendo en crónicos unos círculos cerrados altamente nocivos para los alumnos con TC y su entorno.

Es misión del psicólogo clínico con formación psicoterapéutica ayudar en la comprensión del funcionamiento mental de los alumnos, de sus conductas, a menudo disruptivas y poco previsibles, así como el asesoramiento a los docentes sobre formas de ayudar a sus educandos, ya que el objetivo no es que el psicólogo realice psicoterapia con los niños o adolescentes de las unidades sino favorecer que los profesionales de estas vayan construyendo un entorno terapéutico que sea capaz de contener las ansiedades de los menores y facilite el desarrollo de los aspectos más sanos de todos ellos. Niños y adolescentes con TC graves están sujetos a automatismos en forma de respuestas inmediatas

y sin ninguna clase de reflexión previa que impactan en los otros de forma desorganizadora del medio y gravemente generadora de tensión.

Entiendo por estimular la comprensión del funcionamiento mental la labor de estudiar y analizar conjuntamente –psicólogo y equipo– las situaciones concretas que explica el docente. A partir de la descripción detallada de las crisis con expresión conductual causadas por los alumnos, se pueden ir evidenciando los elementos que con más frecuencia actúan como detonantes de la pérdida del control y se pueden ir detectando y poniendo a prueba como hipótesis las relaciones causales entre los mencionados detonantes (situaciones en que los alumnos se sienten fácilmente atacados o que les generan sensación de vulnerabilidad o de malestar muy intenso, entre otras), el comportamiento de cada alumno en concreto y la actuación educativa, así como las estrategias que conducen al agravamiento de la situación o bien a su mejora y a la contención de las actuaciones. Durante ese proceso, será imprescindible ayudar a los educadores a tomar conciencia de las emociones que han generado en ellos mismos las situaciones analizadas a fin de poderlas gestionar mejor. Así, será más fácil que sus respuestas a la crisis sean las pertinentes y no otras. A través de estas intervenciones, se pretende que las actividades y las relaciones que resultan de convivir en el espacio educativo se vayan convirtiendo en terapéuticas. La idea central es que la mejor terapia es la derivada del buen trato, de aquel trato que hace que la respuesta al comportamiento que cada persona reciba de su entorno sea aquella que necesita para desarrollar una mejor salud mental, o al menos, no repita círculos cerrados insalubres como los expresados anteriormente.

A pesar del mejor funcionamiento de las unidades educativas especializadas, algunos alumnos pueden requerir ayuda psicofarmacológica, razón por la cual la integración del psiquiatra en el equipo ha de considerarse indiscutible.

Igual ocurre con el trabajador social, imprescindible cuando, como es habitual, un alto porcentaje de alumnos con TC vive en medios familiares disfuncionales.

En todo caso, la conexión de estas unidades con el medio escolar y social ordinario es imprescindible para la reinserción en él de los

alumnos, así como con los recursos de SM y los de protección a la infancia.

Seguimiento y control de los equipos especializados

SIEI i AIS tienen el apoyo de los especialistas psicopedagogos de la CE y del CSMIJ. En las AIS, además de estos, también participan la inspección educativa y el CRETDIC. Representantes de todos ellos se reúnen trimestralmente para valorar la evolución de cada alumno y de la unidad en general, así como para consensuar la selección de los nuevos alumnos que podrían ingresar en ella.

Es fundamental en todo trabajo transdisciplinar, como el que describimos aquí, un saludable ejercicio de humildad y respeto de los conocimientos y responsabilidades de cada función profesional representada.

Con más frecuencia de la deseable, se producen conflictos de poder que remiten siempre a conflictos personales y gremiales; de individuos poco capaces de articularse con la prudencia y responsabilidad que su función exigiría y que se desempeñan necesitando imponer criterios con insuficiente consenso. Así, la selección de los alumnos puede generar tensiones al pretenderse que un cargo de mayor rango sea quien decida finalmente, sin tener en cuenta las posibilidades reales del equipo para acoger a determinado alumno en aquel momento, cosa de la que sí son conscientes en general los profesionales más próximos al funcionamiento diario del dispositivo.

Por otro lado, mucho antes de que todos los equipos y dispositivos de los que he hablado comenzasen su andadura, los problemas graves de salud mental ya existían y los TC obligaban a desarrollar soluciones a profesionales inquietos y con iniciativa.

Desde avanzada la segunda mitad del siglo XX, se crearon instituciones educativas, a menudo, a iniciativa de profesionales de la salud mental, pensadas para dar respuesta a las necesidades de niños y adolescentes con necesidades que ahora calificaríamos de especiales. Eran equipos de profesores, maestros y psicólogos y psiquiatras con inquietudes y que querían dar respuesta a menores excluidos del sistema educativo dada la complejidad de su psicopatología. En Catalunya,

con el paso de los años, resultaron instituciones subvencionadas por las consejerías de Salut y de Ensenyament al mismo tiempo, cosa razonable dado que atendían en un medio terapéutico, pero con unos contenidos escolares. Escuelas para niños con TEA grave, con psicosis infantiles o con otros diagnósticos, pero con unos preocupantes TC.

También se crearon, a finales del siglo XX, algunas instituciones que tenían como objetivo dotar de medio educativo cuidadoso a menores en grave riesgo social de exclusión (fracasados escolares, familias disfuncionales, absentistas y rechazados de los centros ordinarios) en zonas con una gran densidad de población vulnerable.

En todos estos centros, se adapta el medio a los alumnos, a fin de poder escolarizarlos en la medida de las posibilidades de cada uno. Así, la estructura del centro, la organización, los currículos y el manejo de las distintas situaciones podían realizarse con una flexibilidad que no era posible en el medio escolar ordinario. El resultado es de unas instituciones que han desarrollado un conocimiento y experiencia extraordinarios que deriva en una optimización del trabajo con aquellos alumnos más difíciles. Aquellos que conocen estos centros en profundidad saben la calidad de la atención dispensada y de la oportunidad que brindan a unos menores con gravísimo riesgo de exclusión en su vida adulta.

Claro está que estos centros basan su praxis en la especialización en alumnos gravemente dañados (no son escuelas inclusivas), con los cuales, y gracias a unas pericias adquiridas con la experiencia y el estudio de recursos técnicos, consiguen que evolucionen de forma que sería imposible en un medio ordinario, porque, en mi opinión, muchos de ellos, difícilmente podrían ser sostenidos en la escuela inclusiva, si únicamente cuenta con los recursos actuales.

Otros recursos no educativos

Simultáneamente, desde el Departament de Salut de la GC, y en concreto de la dirección de SM, también se han impulsado iniciativas para el apoyo y tratamiento de estos niños y adolescentes. Por un lado, se crearon en la última década del siglo XX los hospitales de día para adolescentes (HDA). Estos centros ofrecen ingresos temporales –la duración es variable, pero

puede oscilar entre el mes y los seis meses de media- para el tratamiento de problemas graves de SM entre los cuales están los TC, en régimen de horario escolar, pero de forma flexible, intentando que el paciente/alumno pueda continuar en contacto con su centro el máximo del horario tanto como sea posible. Son equipos de SM con el apoyo de un psicopedagogo que aporta el Departament d'Ensenyament que vela por el desarrollo del currículum escolar de los alumnos/pacientes ingresados y de su reintegración al centro docente al acabar el ingreso en el HCA.

Algunas conclusiones

Los menores que presentan TC graves necesitan intervenciones interdepartamentales. Educación, sanidad y recursos sociales, laborales y justicia juvenil, deben pensar y diseñar estrategias integradas e integrales, organizarlas y financiarlas conjuntamente, así como realizar un seguimiento de ellas y evaluarlas de forma continuada.

Se ha avanzado mucho en este terreno. La presencia de profesionales de la SM en el ámbito educativo, como los psicólogos en las unidades comentadas o las de psicopedagogos en dispositivos de SM, como los hospitales de día para adolescentes, son ejemplos de ello, pero debemos ser conscientes de que se necesita aún más integración en el trabajo interdepartamental para poder abordar los enormes retos que los problemas de salud mental presentan en la infancia.

La salud mental es cosa de todos

El sustrato de este texto pretende poner en valor la idea de que la salud mental no es solamente un problema de los profesionales de las disciplinas “psi”, sino una cuestión que afecta a toda la sociedad y requiere de la responsabilidad de toda ella para poder abordarse. También considero necesario insistir en que, hoy en día, el sistema educativo ni debe ni puede prescindir de las unidades especializadas a las que me he referido.

Los equipos de profesionales del ámbito que sea, que trabajan con niños y adolescentes, deberían ser generadores de “buen trato”, considerado como he expresado antes. Para ello,

deben estar bien conducidos y cuidados por los responsables de los equipos y por la propia administración pública. En pleno siglo XXI, trabajar en muchos servicios sociales, o en una gran mayoría de equipos de protección de la infancia, o en algunos colegios e institutos, puede ser una experiencia frustrante, extenuadora, generadora de depresión, ansiedad y *burnout* para los trabajadores y de poca salud mental para menores vulnerables y, por ello, aún más necesitados de ayuda.

En este sentido, se necesita tener una clara actitud de esperanza en las posibilidades de evolución de cada persona, más allá de la gravedad de su situación actual. El personal que trabaja con menores tan dañados debe tener la capacidad de poder dirigirse, en el trato cotidiano, a los aspectos más maduros y capaces de cada sujeto y no solamente a la contención de sus comportamientos más disruptivos (que también). Solamente una actitud genuina de esperanza tiene posibilidades de generar una relación en la que crezca la confianza y vaya limitando los automatismos defensivos instalados “por defecto” hasta el momento.

Responsabilidad de las administraciones públicas

Los poderes públicos son los primeros a quien debemos exigir que garanticen la protección y apoyo a los profesionales que desarrollan su labor en tareas de tanta responsabilidad. Crear dispositivos requiere dinero, pero que funcionen bien requiere buena gestión desde todos los niveles.

“El cuidado de los cuidadores”, tan repetido como un mantra, precisa de actitudes concretas, de una gestión que no se detenga en los números, sin duda importantes, sino que vele, de forma especial, por la salud mental de aquellos que se ocupan de colectivos tan dañados y vulnerables. De otra forma, ellos mismos, los cuidadores, se acaban convirtiendo en vulnerables y dañados, en vez de sentirse orgullosos de su función, del saber que van acumulando y que ayuda de forma real a sus educandos, tan necesitados de ello.

Desde el ámbito formativo, se deberán tener presente temas como el currículum que deberá superar el futuro docente y la formación

permanente. Pero también, la formación para la selección del personal, el cuidado del funcionamiento saludable de los centros docentes desde las direcciones y desde la administración, así como la gestión de las crisis y de la promoción del crecimiento personal del profesorado deberían ser contemplados, porque no se podrá generar salud desde entornos que no la tengan en un grado suficiente como para poder incluir en ellos la compleja diversidad psicopatológica, social y cultural del alumnado.

No sería razonable, en una reflexión como la presente, omitir la referencia a un hecho relevante: en los últimos años están cambiando de forma substancial las estrategias de intervención con niños y adolescentes con graves problemas mentales desde el modelo asistencial clásico al comunitario. Del paradigma histórico que tiene como eje la intervención desde la perspectiva del profesional, al que lo hace situando en el centro al paciente. Se está apostando por evolucionar desde trabajar exclusivamente desde el despacho en que se recibe al paciente y la familia, a buscar, de forma activa, intervenir en los medios en que vive y se relaciona el sujeto (la familia, el parque en que se reúne con amigos, etc.), desarrollando una relación más igualitaria en lo humano, aunque preservando la perspectiva y función de cada especialista. Todo ello resulta pertinente porque la evolución que impregna ahora las intervenciones psicológicas con más evidencia científica deberá también extender su influencia al ámbito educativo.

Mantener alejada la ideología al analizar la realidad

Para Robert Oxon Bolt, “una creencia no es simplemente una idea que la mente posee, sino una idea que posee a la mente”. No se trata de funcionar como un “creyente” de una teoría educativa determinada, sino examinar la realidad concreta y valorar en qué condiciones se pueden llevar a cabo las acciones que se pretende. Las corrientes pedagógicas, como las psicológicas (unas formas de creencia más cuando se convierten en acriticas), no deberían imponerse a una realidad que les es esquiva. La inclusión, como idea central, es solamente elogiada, como el derecho a la igualdad entre las personas (aunque a nadie se le ocurriría hoy

preconizar una nueva revolución bolchevique para conseguirla).

El primer paso para resolver un problema es examinarlo de la forma más exhaustiva posible. Y esto no debería entenderse de ideología, sino de metodología: cuantificar y analizar los datos de la población afectada, de los profesionales y recursos existentes, de reflexionar conjuntamente desde las diferentes consejerías y disciplinas con la ayuda de profesionales de atención directa (no solamente de altos cargos de la administración, aunque estén formados en el tema).

Evaluar la evolución de las intervenciones en el alumnado.

Para terminar, y en línea con lo expresado en los últimos párrafos, es pertinente destacar que, en el ámbito de la salud mental, se están desarrollando experiencias de evaluación de la evolución de las intervenciones (1), que, en mi opinión, también deberían extrapolarse al terreno de las prácticas educativas especializadas como las que se detallan en este artículo. Solamente con una adecuada valoración que incorpore el máximo de elementos objetivables, será posible obtener guías que orienten las praxis educativas que ayuden a la infancia y adolescencia que presenta TC en el futuro. Únicamente desde un análisis profundo de la situación sin apriorismos, se podrá avanzar en la integración de los esfuerzos y propuestas necesarias.

Julio de 2022

Notas

(1) La *Asociación para el desarrollo de la evaluación sistemática de resultados en SM*, ARSISAM (ARSISAM.org), agrupa 15 instituciones de SM y desarrollo precoz y ha permitido crear y desarrollar un programa basado en la metodología ROM (*Routine Outcomes Measurement*) desarrollado desde el Anna Freud National Centre for Children and Families de Londres.

Sergi de Diego es psicólogo clínico y psicoanalista, ex director de los Servicios de Salud Mental infanto-juvenil de la Fundació Vidal i Barraquer (Sta. Coloma de Gramenet y Badalona). Forma parte del Consejo Asesor de la Revista.

García-Castrillón, C. (2022). *Si no me conoces, no me inventes. Psicoanálisis para padres*. Barcelona: Octaedro.

Cayetano García-Castrillón es psicoanalista y director de la Unidad de Atención de Padres de Sevilla. Además, tenemos la suerte de contar con él como miembro del Consejo Directivo de la Revista. Este abril ha publicado *Si no me conoces, no me inventes. Psicoanálisis para padres* (Octaedro), un libro que hace tiempo que tenía en mente. Empecé a leerlo, como profesional, sabiendo que el libro iba orientado, sobre todo, a padres. Y la primera pregunta que me hice fue “¿Por qué otro libro más sobre crianza? ¿Por qué le ha dado a un psicoanalista con su prestigio escribir un libro -como tantos otros- con ánimo divulgativo?” Pero leyendo la introducción uno ya tiene la respuesta: porque no hay ninguno como este. Decía que empecé a leerlo como profesional, pero a las pocas páginas ya estaba enganchado como padre.

De entrada, es un libro muy bien escrito; uno tiene la impresión de que está teniendo una charla relajada con el autor, tomando un café, reflexionando juntos sobre el oficio de ser padres. Y, al mismo tiempo, no es un libro sencillo. Parte de conceptos complejos para llevarlos al día a día de la crianza. Está organizado por capítulos que se pueden leer en orden cronológico, desde el deseo de ser padres hasta los conflictos con los adolescentes. Tiene, eso sí, un claro hilo conductor: la tendencia que tenemos los padres para “inventarnos” a los hijos, cuando no tenemos respuesta o cuando estamos desbordados, frente a la capacidad de escucha, de conocerlos, de pensar juntos. Es el dilema de siempre, claro, desde Freud hasta Fonagy. Por algo será.

No puedo comentar, en dos columnas, todo lo que este libro me ha despertado, pero intentaré sintetizar algunos puntos que me han llamado especialmente la atención.

El libro ya introduce, de entrada, lo que será su propuesta: a más escucha, a más interés por el hijo, a más curiosidad por saber lo que siente, lo que quiere, cómo es, menos “inventiva” y proyección por parte de los padres. Esta idea no es nueva, por supuesto, pero uno se puede pasar la vida poniéndola en práctica. Y el autor

nos muestra en sencillos ejemplos lo difícil que resulta, en muchas ocasiones, no dejarse llevar por la frustración, por el miedo, por la rabia y poder adoptar una postura que ahora llamaríamos mentalizadora. Cómo cuesta a veces aceptar que no podemos estar en la mente de nuestros hijos y que sólo podemos acercarnos comunicándonos con la palabra. Y aquí está, tal vez, el mensaje más poderoso del libro: la necesidad de comunicación con la familia.

El libro habla, como decíamos, del deseo de ser padres, de las expectativas y de la crianza del bebé. Y el autor nos da la receta: paciencia + tiempo (dedicación) + brazos (sostén) + intuición. Delante del alud de manuales para enseñar (entrenar) el niño a dormir, qué fundamental resulta recuperar la importancia de la intuición, de estar receptivo al otro para comprender sus necesidades.

Otro aspecto que he encontrado interesante es el de lo que el autor denomina los “despistes” de los padres, que desarrolla durante varios capítulos y haciendo hincapié en la etapa adolescente: comparar con los hermanos, no hablar con los hijos, la díada culpable-inocente para explicar y gestionar los conflictos, la negación de la realidad, la idea de que los niños “no se enteran de nada”, el uso del desprecio y el insulto, la máxima de “los padres siempre tienen la razón”, la gestión de las separaciones y no reconocer las cosas buenas. Parece fácil no caer en estas *trampas*, pero nada más lejos de la realidad.

Otro tema importante es el de la gestión del móvil en un momento de gran digitalización, y cómo se vehiculiza con la “posibilitación del deseo” (p. 99). Partiendo de la idea de que “todo es accesible y es posible” y de que “es posible satisfacer cualquier deseo sin esfuerzo”, desarrolla durante todo un capítulo lo que él denomina la “gestión tecnológica familiar”. Sin duda, un capítulo de gran ayuda para los padres de hijos adolescentes.

Por último, quiero destacar que hay un capítulo dedicado a los abuelos. Es evidente que, en nuestra sociedad, el papel de los abuelos es primordial, como sabemos bien tanto los que somos padres como los que trabajamos en primaria.

Para resumir, se trata de un libro que aborda

temas universales en la crianza, de los que se ha escrito ya mucho, pero que están planteados desde el bagaje que dan los años de práctica clínica y desde una óptica moderna, directa y pedagógica.

Es, por una parte, un libro muy psicoanalítico -el título no engaña- porque parte de la idea de ir a buscar aquello que no se ve, a la comprensión de las causas -muchas veces inconscientes- de la conducta. Pero, por otra parte, es muy poco psicoanalítico (en el sentido más ortodoxo), ya que huye del tono aleccionador, de la verdad absoluta, para posicionarse en línea con los padres y el paciente, desde la idea de que cualquier trabajo terapéutico es, sobre

todo, un trabajo de equipo.

Además, todo el libro transmite amor por su trabajo, por la tarea psicoterapéutica, donde el sentido del humor tiene un lugar privilegiado, como no puede ser de otra manera. Vean, si no, como acaba muchos casos clínicos que sirven para ilustrar algunos conceptos: “se estuvieron riendo un buen rato, y yo también” (p. 112). Debo decir que yo también me he reído y me he emocionado con muchas partes del libro. Y eso, como saben, no lo consiguen muchas lecturas.

[Xavier Costa](#) es psicólogo, psicoterapeuta y jefe de Redacción de la Revista.

Royo Esqués, R., Jachevasky, L. y Pont Aménos, T. (ed.) (2022). *En juego. Teoría y técnica del juego en la práctica clínica actual*. Barcelona: Herder.

La colección *Salud Mental* que dirige la Fundació Vidal i Barraquer (Barcelona) cuenta ya con un extenso y riguroso catálogo que los psicoterapeutas tenemos en un lugar de honor de nuestra biblioteca. En esta Revista, de hecho, ya hemos reseñado unos cuantos títulos.

En este caso, se trata de un trabajo coral de profesionales de sobrado prestigio y experiencia acerca del uso del juego en la psicoterapia. El libro, de hecho, se puede leer como un manual de consulta, y esto ya lo diferencia de otras obras similares, ya que es un trabajo completísimo y actualizado sobre una técnica fundamental en los procesos psicoterapéuticos en la infancia. Y es de agradecer, ya que, como explican las propias autoras, a medida que la técnica ha ido consolidándose, también ha aumentado la flexibilidad y la espontaneidad de su uso, así que era necesario un “manual” que intentara estructurar y aglutinar las diferentes teorías y estrategias.

El prólogo, escrito por el psiquiatra y *clown* José M. Ibáñez, ya es una delicia, y nos avanza la importancia de la creatividad en la vida y en la psicoterapia.

La primera parte del libro, que tiene el sugerente y adecuado título “Abriendo juego”, funciona como una parte introductoria que nos habla del juego “normal” y de su importancia en el desarrollo.

La segunda parte está dedicada a las diferentes teorías (psicoanalíticas) acerca de la importancia del juego, a partir de las aportaciones clásicas de Freud, Melanie Klein, Lacan, Winnicott y de la psicología intersubjetiva. La tercera parte plantea un caso clínico, que será descrito y analizado desde las teorías planteadas en la segunda parte, por sus mismos autores. Se trata de un enfoque útil, divertido y

atrevido que ayuda a la comprensión de los diferentes conceptos según sea la teoría que los sustenta.

La cuarta parte, “Otras miradas”, da voz a la teoría sistémica, donde el peso recae -como no podía ser de otra manera- en la importancia de la familia, y a la arteterapia, donde el terapeuta acompaña al paciente durante su proceso creativo.

La quinta parte es la dedicada a la técnica. Para mí, esta sería la parte más práctica y útil, y que, sorprendentemente, cuesta más de encontrar en los libros basados en la teoría psicoanalítica. Sobre todo, cuando uno está en formación, echa de menos guías claras, estandarizadas y prácticas que le sirvan como punto de partida y encuadre para cualquier intervención psicoterapéutica y diagnóstica. Y aquí, las autoras ofrecen consignas muy claras para navegar en un mar tan impredecible y que puede ponerse realmente encrespado. Delante de las expresiones espontáneas de los niños, uno necesita un encuadre claro y sistematizado que le permita pensar. Y pienso que aquí, las autoras contribuyen generosamente a ello.

La sexta parte del libro recupera el juego “normal”, el esperable, pero desde el punto de vista de la psicología del desarrollo, y funciona como una carta de navegación para orientarse en las diferentes etapas.

La última parte habla de “cuando alguna cosa no va bien”, y está estructurada por estados mentales psicopatológicos, de manera que uno obtenga las claves para detectar y tratar la patología a través del juego.

En definitiva, un libro que, por una parte, ofrece un cuidado estudio sobre la técnica del juego y que, por otra, es una invitación a la creatividad, al descubrimiento, a la curiosidad y a la importancia de que los psicoterapeutas nunca dejemos de jugar.

Xavier Costa es psicólogo, psicoterapeuta y jefe de Redacción de la Revista.

X Premio de Investigación de la Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente

1. El premio, que se convoca cada dos años, tiene en esta ocasión una dotación de 6.000 euros y está patrocinado por el Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat (Barcelona, España).
2. Se premiará el mejor trabajo de investigación, individual o en equipo, sobre temas relacionados con la salud mental infantil y juvenil. Podrán optar todos los profesionales de la psiquiatría, psicología, ciencias médicas y sociales vinculados, directa o indirectamente, con la atención, prevención y promoción de la salud mental infanto-juvenil.
3. El plazo de presentación de los trabajos finalizará el 30 de junio de 2023.
4. El veredicto del jurado se hará público durante el otoño de 2023.
5. Los trabajos deberán ser originales y no haber sido presentados a otros premios o concursos.
6. Para la valoración de los trabajos, el jurado tendrá en cuenta, de forma prioritaria, el carácter novedoso del tema, el rigor metodológico, su claridad de exposición y su aplicabilidad en la comunidad.
7. Los trabajos deberán ser redactados, en castellano, a doble espacio, letra Arial 11, programa WORD y formato DIN-A4. El documento que se presente a concurso no deberá superar los 30 folios, y deberá seguir la siguiente estructura:
 - a) Formulación de la/las hipótesis, teniendo en cuenta la adecuación a los objetivos y la viabilidad para poderse verificar
 - b) Muestra o sujetos de estudio, con una descripción adecuada y criterios de inclusión y exclusión
 - c) Metodología y técnicas empleadas, haciendo referencia a si los instrumentos utilizados son adecuados en relación al objetivo y al tipo de estudio, si cumplen o no criterios de fiabilidad y validación
 - d) Resultados

- e) Discusión
 - f) Notas
 - g) Bibliografía: se valorará amplitud, actualización y referencias de publicaciones en diferentes idiomas. Las referencias deben ser citadas correctamente según estilo APA
 - h) Tablas, gráficos u otras ilustraciones, que figurarán como anexos
8. Los trabajos se enviarán por correo electrónico a revista@fundacioorienta.com, con el asunto "X Premio de Investigación". En el documento del trabajo no podrá aparecer ningún nombre ni institución que pueda identificar al autor o los autores. Se adjuntará otro documento de Word con el título del trabajo y los datos personales del autor o autores (nombre y apellidos, dirección postal y teléfono de contacto), así como un breve currículum de cada uno de ellos.
 9. El jurado, elegido por los miembros del Consejo Directivo de la revista, estará integrado por profesionales de reconocido prestigio.
 10. Los miembros del Consejo Directivo y las personas que formen parte del jurado no podrán optar al premio.
 11. El jurado, a la hora de fallar el premio, podrá declararlo desierto, concederlo de forma fraccionada o mediante accésits. La participación en el premio implica la aceptación de las bases y la decisión inapelable del jurado.
 12. El trabajo premiado se publicará en la revista, en forma de artículo, con una mención expresa al premio.
 13. Los trabajos son propiedad de sus autores. La revista sólo se reserva el derecho a publicar los títulos y los nombres de los trabajos presentados, si así lo considera oportuno. En el caso de futuras publicaciones, el autor -o autores- deberá hacer constar el nombre del premio recibido y de la institución que lo otorga.
 14. Las bases de la convocatoria se podrán solicitar por mail en revista@fundacioorienta.com o consultarlas en nuestra web: www.fundacioorienta.com

Postgrado en diagnóstico y tratamiento del trastorno límite de personalidad (TLP): desarrollo de competencias especializadas

Actualmente el TLP se considera el Trastorno de la Personalidad con mayor impacto en el ámbito sanitario por su gravedad clínica y su elevada prevalencia. Se estima que afecta entre el 1 y el 2 % de la población general y que puede afectar entre el 10 y el 20 % de todos los pacientes psiquiátricos.

El TLP es considerado un trastorno de elevada complejidad diagnóstica y terapéutica. Es por ello por lo que para mejorar el pronóstico de aquellos que padecen el trastorno resulta clave poder llevar a cabo un diagnóstico precoz, identificar trastornos que interfieren en su evolución y saber aplicar las estrategias básicas de las terapias con mayor evidencia científica.

El curso de *Postgrado de Desarrollo de competencias especializadas para el diagnóstico y tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad (TLP)* proporciona los conocimientos y los contenidos necesarios para desarrollar las competencias teóricas, técnicas y prácticas para llevar a cabo un buen diagnóstico y tratamiento de los pacientes TLP.

Las competencias comprenden el diagnóstico diferencial del TLP en relación con otras patologías psiquiátricas, diagnósticos de trastornos comórbidos y la aplicación de la estrategia terapéutica adecuada en cada caso. Se adquirirán los conocimientos básicos en relación con los distintos tratamientos con evidencia científica y se introducirá al alumno en la metodología científica investigadora del TLP.

El curso acredita al alumno mediante un diploma de postgrado otorgado por Universitat

Internacional de Catalunya (UIC). Está dirigido a profesionales del ámbito de la salud mental: psiquiatría, psicología, enfermería, medicina, trabajo y educación social.

El postgrado está organizado en ocho módulos teórico-prácticos con un total de 150 horas (15 créditos) más un trabajo final de postgrado (3 créditos):

1. Introducción al postgrado y evolución del concepto de personalidad límite
2. Diagnóstico del TLP a lo largo de la vida y en diferentes situaciones clínicas
3. Terapia dialéctica conductual (TDC)
4. Terapia basada en la mentalización (TBM)
5. Psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP)
6. Tratamientos integrados y adaptados a los recursos
7. Investigación en TLP y avances en el tratamiento
8. Casos prácticos

Cada alumno tendrá un tutor asignado que le supervisará a lo largo del curso. Este tutor será el encargado de orientar al alumno tanto en las posibles dudas que puedan surgir de los diferentes módulos como en la elaboración del trabajo final de postgrado. Durante el transcurso del postgrado, los alumnos dispondrán de unas horas reservadas para poder trabajar directamente con su tutor.

Para más información...

<https://www.uic.es/es/estudis-uic/medicine-and-health-sciences/postgrado-en-diagnostico-y-tratamiento-del-trastorno>

<https://www.uic.es/sites/default/files/esp/postgrado-tlp.pdf>

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)
Maria 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 Trapero (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.

A principios de 2023, presentaremos

MONOGRÁFICO NÚMERO 6: SALUD MENTAL PERINATAL

Coordinado por Marta Gomà (Barcelona) e Hilda Botero (Colombia)

Y en el próximo número...

Consecuencias de la explotación de los niños y niñas
mediante su uso como soldados
Noemí Pereda (Barcelona)

Cultura de la depresión:
la transformación psicocultural del imaginario adolescente
Ricardo Fandiño Pascual (Ourense) y Oriol Rosell Costa (Barcelona)

Abuso sexual infantil y su retorno en la adultez:
reflexiones desde un caso clínico
María Paula Moretti y Alejandra Taborda (Argentina)

Dos décadas de evidencia: hacia un enfoque integrador sobre los efectos de la adversidad
y el maltrato infantil en la salud mental
Jorge Aguado-Gracia y Pilar Mundo-Cid (Barcelona)

NÚMERO 40 - NOVIEMBRE 2022

Grupo de Vínculo Madre-Bebé para mujeres con trastorno mental perinatal y sus lactantes

*Susana Andrés-Perpiñá, Mireia Pérez-Burillo, Sara Lera-Miguel, Anna Torres-Giménez,
Alba Roca-Lecumberri y Lluïsa García-Esteve*

Trastornos generalizados del desarrollo: programa de seguimiento post-CDIAP

Sergio Martín Tarrasón y Sabina Segarra Mateu

El cuidado de la salud mental en primera infancia: una experiencia de detección y prevención precoz entre Pediatría y CDIAP

Mònica Llopart Montserrat

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

El concepto de trastorno límite de la personalidad en la infancia

Tuulikki Trias

Ludotecas virtuales en tiempos de COVID-19. Un espacio relacional inclusivo.

A. Taborda, E. Toranzo, G. Giménez, C. Rotelli, M. Perez Semenzao, M. Rosales y M. Perez

Niveles de calidad de vida en niños, adolescentes y adultos con discapacidad y en su sistema familiar, durante la pandemia por COVID-19 en una muestra latinoamericana

*Javiera Ortega, Victoria Vázquez, Rafael Pozo Gowland, Camila Andrea Ruiz,
Florencia Assalone, Graciela Moya y Natalia Vázquez*

Altruismo y apego en madres y padres de acogida: un estudio piloto

Maria Tomás, Carles Pérez-Testor y Lúdia Moreno

Las traumatizaciones transgeneracionales y la mentalización

Maria Teresa Diez Grieser