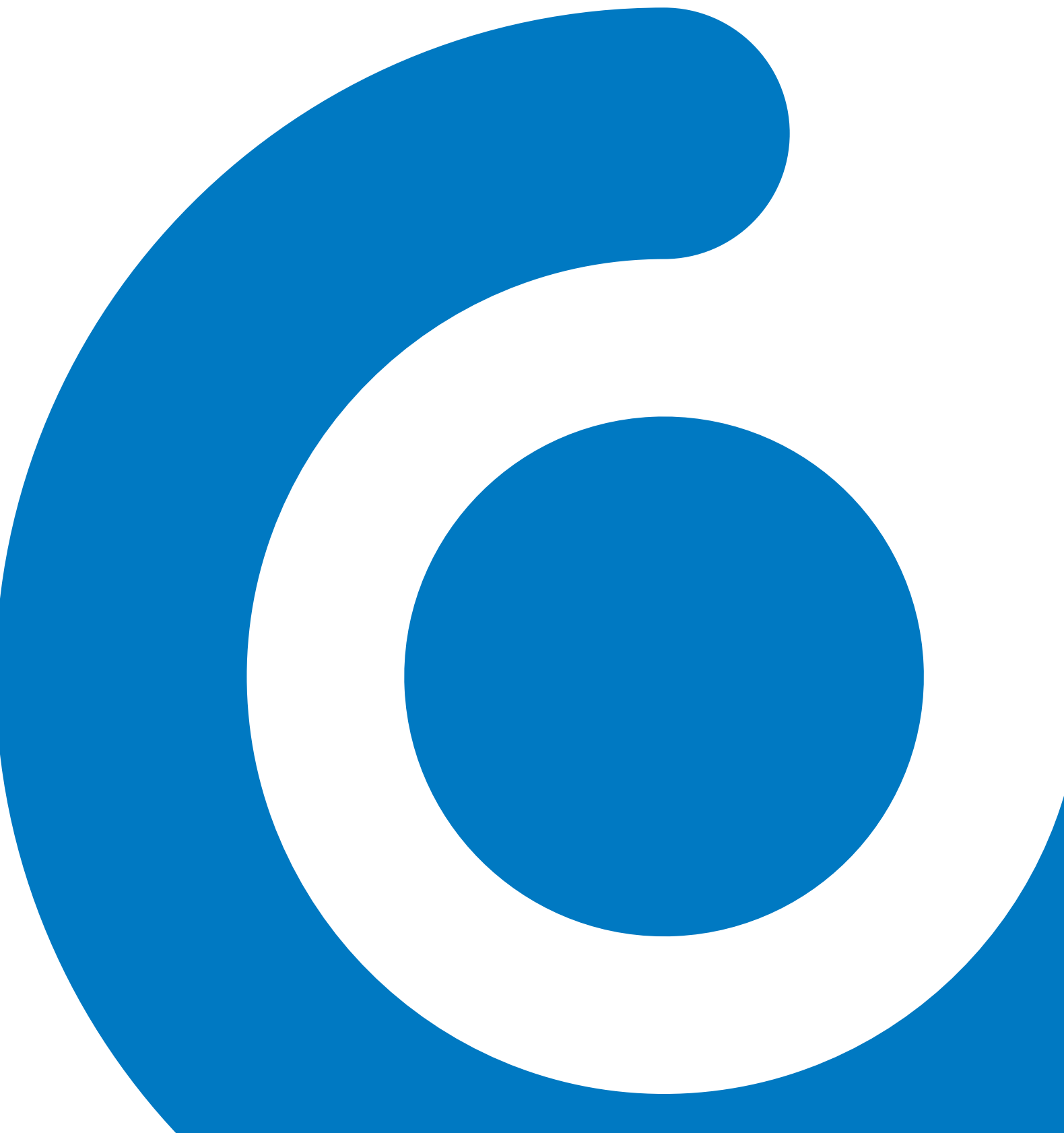


REVISTA DE
**PSICOPATOLOGÍA
Y SALUD MENTAL**
DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Abril 2023 • Nº 41



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, 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:

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) ^{1P 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) ^{1P}
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 1P}	
Guillem Homet (Barcelona) ^{PSM}	
Alfons Icart (Barcelona) ^F	Fernando Araos (Chile) ^{AP 1P}
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) ^{1P}	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 1P}
Montserrat Palau (Barcelona) ^{PI E}	Carlos Tamm Lessa de Sa (Londres) ^{AP AR}
Fátima Pegenaute (Barcelona) ^{PI}	Elena Toranzo (Argentina) ^{AP}

^{1P}En primera persona; ^AAdolescencia; ^{AP}Abordajes psicoterapéuticos; ^{AR}Arte y Salud Mental; ^EInfancia y escuela; ^FFamilia; ^IInvestigación; ^{PI}Primera Infancia; ^{PSM}Promoción y prevención de la Salud Mental; ^{SMC}Salud Mental Comunitaria e Inmigración

REVISTA DE PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Abril / April 2023

41

Editorial.....7

Artículos / Articles

Consecuencias de la explotación de los niños y niñas mediante su uso como soldados
[Consequences of the exploitation of children using them as soldiers](#)
Noemí Pereda.....9

Consecuencias psicológicas de la exposición a zonas de conflicto en niños, niñas y adolescentes
[Children and adolescents psychological consequences of exposure to conflict zones](#)
Alba Águila-Otero y Laura Andreu.....19

Organizaciones límite en la infancia. Estudio de caso desde la psicoterapia focalizada en la transferencia
[Borderline organizations in childhood. Case study from transference-focused psychotherapy](#)
Xavier Costa.....31

Abordaje psicoterapéutico familiar sobre las funciones parentales en un caso de trastorno de la conducta alimentaria
[Family psychotherapeutic approach on parental functions in a case of eating disorder](#)
Sandra Silvia Borro Ruloff, Alfons Icart i Pujol e Israel Antonio Bobadilla González.....41

Cultura de la depresión: la transformación psicocultural del imaginario adolescente
[Culture of depression: The psychocultural transformation of the imaginary adolescent](#)
Ricardo Fandiño Pascual y Oriol Rosell Costa.....51

Psicoterapia, arte y reparación en una unidad hospitalaria de trastornos de la conducta alimentaria
[Psychotherapy, art and reparation in an inpatient eating disorders unit](#)
Marta Aguasca Oliveras y Raquel Vidal Arandes.....59

El doble desafío de la adolescencia migrante The double challenge of migrant adolescence Beatriz Rodríguez Fernández y Eva Gil Rodríguez.....	73
Dos décadas de evidencia: hacia un enfoque integrador sobre los efectos de la adversidad y el maltrato infantil en la salud mental Two decades of evidence: towards an integrative approach to the effects of childhood adversity and maltreatment on mental health Jorge Aguado-Gracia y Pilar Mundo-Cid.....	81
Abuso sexual infantil y su retorno en la adultez: reflexiones desde un caso clínico Childhood sexual abuse and its return in adulthood: reflections from a clinical case María Paula Moretti y Alejandra Taborda.....	93
Pérdida gestacional y el proceso de su duelo. Lo que comparten las mujeres y sus parejas Pregnancy loss and the grieving process. What women and their partners share Mercedes Becerra Gordo.....	109
Noticias / News	121
En el próximo número / In the next number	129

Editorial

*Para Noah, Lea y Ona.
Y para quienes como él o ellas
inician su encuentro con la vida.*

Este mes de abril nuestra revista cumple veinte años. Dos décadas de esfuerzo e ilusión por hacer de esta publicación periódica un medio de difusión abierto y plural, capaz de aglutinar a todos los profesionales interesados en el ámbito de la salud mental infantil y juvenil. Un compromiso del que, antes como ahora, estamos plenamente convencidos. El saber, el conocimiento (científico) es una laboriosa tarea que necesita del empeño común y en la que no caben posturas dogmáticas ni intolerantes. Ni tampoco excluyentes; pues como nos alertaba el epistemólogo Bachelard allá por la primera mitad del siglo pasado, “el exceso de precisión, en el reino de la cantidad, corresponde muy exactamente al exceso de lo pintoresco, en el reino de la cualidad. La precisión numérica es frecuentemente un motín de cifras, como lo pintoresco es, [...] un motín de detalles” (1).

Si hemos sido fieles a este compromiso, los lectores tienen la palabra. Lo que sí podemos asegurar es que, a lo largo de estos años, se han publicado más de cuatrocientos artículos, escritos por otros tantos autores de diferentes orientaciones teóricas y clínicas, de países y entornos laborales diversos, como son la atención ambulatoria, la hospitalización parcial, justicia juvenil, servicios sociales, entre otros. Junto a los cuarenta y un números ordinarios, se han publicado, además, cuatro monográficos -el último sobre perinatalidad, que estará próximamente en la calle-, y se han convocado diez premios de investigación en salud mental infantojuvenil, con una dotación que ha ido creciendo hasta los seis mil euros actuales, gracias a la inestimable colaboración del Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat. En definitiva, una apuesta que ha contado con el decidido apoyo del Patronato de la *Fundació Orienta* y cuya meta no ha sido otra que poder ofrecer cada semestre textos de actualidad, rigurosos e imparciales, validados por los revisores del momento.

Y prueba de lo dicho anteriormente son la decena de artículos que integran el sumario de este número que, para facilitar su presentación, he decido agruparlos en cuatro grandes ejes temáticos. El primer eje estaría integrado por cuatro artículos que abordan el drama del *maltrato infantil* y, en concreto, las consecuencias psicológicas tanto del uso de niños y niñas como soldados (N. Pereda) como de su exposición en zonas de conflicto (A. Águila-Otero y L. Andreu). Junto con los anteriores, los efectos en la salud mental de la adversidad y el maltrato infantil (J. Aguado-Gracia y P. Mundo-Cid) y un caso clínico y sus reflexiones sobre el abuso infantil y su retorno a la adultez (M. P. Morretti y A. Taborda) son, en su conjunto, una muestra clara de la pervivencia de este tipo de violencia y la necesidad de abordarla de forma adecuada y específica.

El segundo eje giraría alrededor de los *trastornos de la conducta alimentaria*; concretamente dos trabajos, uno sobre psicoterapia familiar y las funciones parentales (S. Borro, A. Icart y I. A. Bobadilla) y otro sobre psicoterapia, arte y reparación en una Unidad Hospitalaria de Día de Atención Monográfica (M. Aguasca y R. Vidal). El tercer grupo lo integra un par de artículos sobre *adolescencia*: cultura de la depresión y la transformación psicocultural del imaginario adolescente (R. Fandiño y O. Rosell) y el otro, sobre el doble desafío del adolescente migrante (B. Rodríguez y E. Gil). Finalmente, y no menos importantes, dos textos de *práctica clínica*: el estudio de un caso desde la psicoterapia focalizada en la transferencia (X. Costa) y otro sobre la pérdida gestacional y el proceso de duelo (M. Becerra). Como pueden suponer, se trata de un nuevo ejemplar con textos de gran calado que requieren una lectura pausada, algo difícil de conseguir en un mundo nuestro presuroso y desmedido.

Anunciábamos al inicio de la presente editorial que este 2023 se conmemoran los veinte años de la revista. Y pensamos celebrarlos. En primer lugar, porque no ha sido fácil sortear los continuos y trascendentales cambios -tecnológicos, culturales, corporativos, etc.- que jalonan el campo editorial y, concretamente, el ámbito las publicaciones periódicas de carácter científico. Llegar hasta aquí nos parece que es un logro que deseamos compartir con nuestros lectores, asesores, colegas y simpatizantes. Pero también queremos aprovechar la ocasión para reflexionar sobre la infancia y la adolescencia, razón de ser de la revista. Por ello, en nombre del director y del Consejo Directivo, les invito a que nos acompañen -presencialmente o desde la distancia- a un encuentro que celebraremos el próximo 6 de octubre. Será en el auditorio de la Facultad de Comunicación y Relaciones Internacionales de la Universidad Ramon Llull de Barcelona. Próximamente, recibirán el programa con las intervenciones y sus respectivos ponentes, así como otras informaciones pertinentes. Insisto una vez más: están cordialmente invitados.

Muchas personas nos han acompañado durante estos años. Algunas ya no están con nosotros y otras se han ido incorporado para tomar el relevo. A quienes de una u otra manera han colaborado en este empeño, nuestro agradecimiento más sincero. Tuve la suerte de estar en los inicios de esta aventura. Mi deseo es que continúe, que el camino sea largo y, con los ecos del poeta, que permita emprender nuevas sendas.

Notas

(1) Bachelard, G. (1985). *La formación del espíritu científico*, Siglo veintiuno editores.

Rubén D. Gualtero

Miembro del Consejo Directivo

Consecuencias de la explotación de los niños y niñas mediante su uso como soldados

NOEMÍ PEREDA¹

RESUMEN

Consecuencias de la explotación de los niños y niñas mediante su uso como soldados. La explotación de los niños como soldados es una violación de sus derechos y una grave forma de violencia institucional que ha ido aumentando en los últimos años y ante la que la comunidad internacional debe actuar. Un primer paso es reconocer a estos niños como víctimas, más allá de juzgarlos como victimarios de los crímenes más atroces. A su vez, conocer las consecuencias que sobre el desarrollo físico, afectivo, cognitivo y social tiene esta explotación es importante para los profesionales clínicos que, en un mundo globalizado, pueden tener que tratar a estos niños y las múltiples manifestaciones psicopatológicas que presentan derivadas de sus experiencias de trauma complejo. En esta revisión narrativa, se presenta una integración crítica de los principales efectos de la explotación como soldados en los niños, así como se apunta a aquellas líneas y programas de intervención que se están aplicando en su tratamiento. **Palabras clave:** *niñas soldado, niños soldado, reclutamiento, conflictos armados, consecuencias, intervención, tratamiento.*

ABSTRACT

Consequences of the exploitation of children using them as soldiers. The exploitation of children as soldiers is a violation of their rights and a serious form of institutional violence that has been increasing in recent years and against which the international community must act. A first step is to recognize these children as victims, beyond judging them as perpetrators of the most heinous crimes. In turn, knowing the consequences of this exploitation on physical, affective, cognitive and social development is important for clinicians who, in a globalized world, may have to treat these children and the multiple psychopathological manifestations they present as a result of their experiences of complex trauma. In this narrative review, a critical integration of the main effects of exploitation as soldiers on children is presented, as well as pointing to those lines and programs of intervention that are being applied in their treatment. **Key words:** *girl soldiers, child soldiers, recruitment, armed conflicts, consequences, intervention, treatment.*

RESUM

Conseqüències de l'explotació dels nens i nenes com a soldats. L'explotació dels nens com a soldats és una violació dels seus drets i una forma greu de violència institucional que ha anat augmentant els darrers anys i davant la qual la comunitat internacional ha d'actuar. Un primer pas és reconèixer aquests nens com a víctimes, més enllà de jutjar-los com a victimaris dels crims més atroços. Alhora, conèixer les conseqüències que sobre el desenvolupament físic, afectiu, cognitiu i social té aquesta explotació és important per als professionals clínics que, en un món globalitzat, poden haver de tractar aquests nens i les múltiples manifestacions psicopatològiques que presenten derivades de les seves experiències de trauma complex. En aquesta revisió narrativa es presenta una integració crítica dels principals efectes de l'explotació com a soldats en els infants, així com també s'apunten les línies i els programes d'intervenció que s'estan aplicant en el tractament. **Paraules clau:** *nenes soldat, nens soldat, reclutament, conflictes armats, conseqüències, intervenció, tractament.*

Introducción

El uso de los niños y niñas como soldados es una forma de explotación contra la infancia y la adolescencia que ha ido aumentando

en los últimos años en los conflictos armados más violentos (Save the Children, 2019). La explotación de los niños y niñas como soldados supone la participación de cualquier persona menor de 18 años en cualquier tipo de

¹Doctora en Psicología (UB), Profesora titular de Victimología (UB), directora del Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GReVIA). Universitat de Barcelona (UB).
Contacto: npereda@ub.edu

Recibido: 4/10/22 - Aceptado: 16/1/23

fuerza armada, regular o irregular, para ser usados como escudos humanos, combatientes, espías, llevar a cabo atentados suicidas, pero también en funciones de apoyo como cocineros, portadores o mensajeros y, especialmente en el caso de las niñas, contraer matrimonios forzados y ser esclavas sexuales. La definición incluye a los niños y niñas que prestan cualquier tipo de servicio para los grupos armados, aunque no participen directamente en el combate portando armas.

Se trata de una violación de sus derechos que incluye diferentes formas de victimización y que se encuentra recogida en el artículo 38 de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989). A su vez, el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la Participación de Niños en los Conflictos Armados, aprobado por la Asamblea General el 25 de mayo de 2000, aumenta la protección de los niños y niñas de 15 años o más con el objetivo de evitar que participen en conflictos armados.

Sin embargo, esta realidad, cuyo número de afectados se desconoce, pero que se presupone que afecta a cientos de miles de niños y niñas, sigue siendo un fenómeno invisibilizado que se da en muchos países del mundo, violando las legislaciones nacionales y las normas definidas por los convenios internacionales. Se trata de una de las más graves formas de violencia institucional llevada a cabo, entre otros, en países como Afganistán, República Democrática del Congo, Chad, Myanmar (Palacián de Inza y Amador, 2017), Sudán, Sudán del Sur, Yemen y Somalia (Amador y Palacián de Inza, 2017), o Colombia (Alarcón-Palacio, 2019) y El Salvador (Santacruz y Arana, 2002). Países europeos, como el Reino Unido, también reclutan a menores de 18 años como política de estado en sus fuerzas armadas, constituyéndose en alrededor de un 20 % de todos los reclutados (Abu-Hayyeh y Singh, 2019).

Un aspecto a tener en cuenta es que los niños y niñas explotados como soldados son, probablemente, el ejemplo más ilustrativo del fenómeno criminológico conocido como solapamiento entre víctima y ofensor, que se ha confirmado en una multiplicidad de delitos y contextos culturales (Posick y Gould, 2015). Todos los actos que son forzados a cometer los hacen verse a sí mismos, así como a la comunidad, como

agresores, como victimarios, y no como víctimas, si bien comparten ambas condiciones. De acuerdo con Caballero (2012), los niños y niñas soldados deben ser considerados principalmente víctimas de los conflictos y no victimarios, aunque puedan ser obligados por las fuerzas armadas nacionales o forzados por guerrillas y grupos armados, de uno u otro modo, a cometer las más terribles atrocidades. De forma similar, Sampaio y McEvoy (2016), basándose en un análisis de las normas internacionales, abogan por tratar a los niños y niñas explotados como soldados siempre como víctimas, sin una intención real de participar en hostilidades. Los estudios alertan que el supuesto reclutamiento voluntario, que en algunos casos aducen, suele ser resultado de la especial vulnerabilidad de estos niños y niñas, ya sea por pobreza, abuso, discriminación y exclusión (Hinestroza-Arenas, 2008), perjudicando gravemente su integridad física y emocional. A pesar de ello, sigue existiendo un gran debate sobre si estos menores deben ser considerados responsables de los actos cometidos como victimarios durante el tiempo pasado con los grupos armados y qué proceso de justicia se les debe aplicar (Haer, 2016).

A este tema se añaden las niñas y sus matrimonios y maternidad dentro del grupo militar. Por ejemplo, la Lord Resistance Army (LRA) del norte de Uganda, liderada por Joseph Kony, tuvo durante años como estrategia militar el matrimonio forzado de las niñas con líderes del grupo para, de este modo, contar con nuevas generaciones de niños y niñas forzados al reclutamiento desde su nacimiento. Así, las niñas explotadas sexualmente, forzadas a contraer matrimonio y a tener hijos para el grupo armado, son víctimas directas de la brutalidad, mientras que sus hijos e hijas, nacidos para ser explotados por el grupo, son víctimas secundarias. Sin embargo, los estudios indican que estos niños y niñas son marginados como sujetos de derechos y que se les tiende a identificar con los victimarios, antes que como víctimas de la explotación y la violencia contra sus madres (Erjavec y Volčič, 2010).

Sean secuestrados, o se adhieran al grupo armado por motivos diversos que puedan considerarse una opción voluntaria, los niños y niñas son sometidos a una estrategia de alienación y

manipulación que tiene como objeto convertirlos en soldados obedientes que no conocen el miedo, destruyendo sus límites y barreras. En algunos casos, los explotadores se aprovechan de sus creencias, usando rituales por parte de brujos, o *ju-jus* en Sierra Leona (Caballero, 2005), o el adoctrinamiento religioso en Irak (Kizilhan y Noll-Hussong, 2018), que les hacen creer que son invencibles, que disponen de poderes sobrenaturales, que son los elegidos de Dios, así como se les deshumaniza ante el dolor, la brutalidad y el terror. En algunos casos, se les hace beber sangre de sus víctimas, comer carne humana, o asesinar a miembros de su propia familia para destruir sus lazos familiares y comunitarios y hacerles creer que los explotadores son los únicos que los aceptan y que si abandonan el grupo no podrán regresar a ningún lugar. Las niñas también son coaccionadas con el daño que pueden hacerles a sus hijos e hijas si no obedecen, o el rechazo que sentirán si abandonan el grupo armado como madres solteras. A su vez, en muchos casos se utilizan drogas y alcohol para quitarles el miedo antes de entrar en combate, evitar el dolor y el cansancio y favorecer el estado de disociación necesario para hacer frente a la realidad (Blom y Pereda, 2009).

Objetivo del estudio

Estudios previos advertían que el impacto del uso de los niños y niñas como soldados sobre su salud mental era un tema muy poco estudiado y que existían escasos trabajos en lengua española que permitieran a los profesionales conocer esta realidad (Blom y Pereda, 2009). Así, el objetivo de la presente revisión narrativa (Greenhalgh et al., 2018) ha sido actualizar las publicaciones de los últimos años sobre las consecuencias de la explotación de los niños y niñas como soldados y acercarlas, mediante una integración crítica de sus resultados, a los profesionales de nuestro país.

Las consecuencias de la explotación de los niños y niñas como soldados

Entender las consecuencias del impacto de la explotación de los niños y niñas como soldados

supone analizar los múltiples niveles de influencia que configuran la salud y el bienestar (Betancourt et al., 2018). Los niños y niñas explotados como soldados pierden su infancia y cargan con los efectos adversos de las experiencias que han vivido a lo largo de su vida. Por este motivo, los menores soldados forman un subgrupo dentro del conjunto de menores que han vivido la guerra, ya que afrontan una multiplicidad de experiencias potencialmente traumáticas que se añaden a las del resto de los menores en conflicto armado (Vindeogel et al., 2013a). En este sentido, los niños y niñas soldados no solo pueden desarrollar problemas derivados de su exposición a actos de violencia, o a la victimización directa que pueden sufrir, sino también a su propia perpetración de actos violentos contra otros (Wainryb, 2011). A su vez, algunos estudios han analizado efectos a largo plazo que pueden acabar afectando a los descendientes de estos niños y niñas, constituyéndose en un trauma intergeneracional que se transmite mediante la forma que tienen de criar a sus hijos e hijas, su elevado malestar emocional, o la estigmatización social que perciben (Song et al., 2014).

Los estudios de revisión llevados a cabo han mostrado que las experiencias vividas durante el conflicto van asociadas a una amplia variedad de problemas (Betancourt, Borisova et al., 2013) vinculados a un mayor riesgo de mortalidad, a enfermedades físicas derivadas de una peor nutrición, higiene, acceso a servicios o seguridad, un menor rendimiento educativo o incluso la ausencia total de educación, y una multiplicidad de problemas sociales, de convivencia y de salud mental que incluyen el trastorno por estrés postraumático (TEPT), al abuso del alcohol y otras drogas, las autolesiones o la ideación y conducta suicida, entre otros (Kadir et al., 2018). El estigma, la vergüenza y la culpa, la interiorización de la violencia como forma de relación, problemas de autoestima y autoconcepto, son también frecuentes y requieren de una intervención. En el caso de las niñas, tal y como ilustra la revisión de Freeman (2020), a todo ello se añaden los problemas sexuales y reproductivos, con múltiples lesiones y enfermedades de transmisión sexual así como, en muchos casos, con hijos e hijas propios, fruto de la explotación sexual, a su cargo.

Entre los trabajos cuantitativos llevados a cabo para conocer las consecuencias de la explotación de niños y niñas soldado, cabe destacar el Estudio Longitudinal de Jóvenes Afectados por la Guerra (*The Longitudinal Study of War-Affected Youth*, LSWAY) que analiza las consecuencias a largo plazo de niños y niñas que fueron soldados en la guerra civil de Sierra Leona desde su fin en 2002. Dentro de este estudio, Betancourt, Newnham et al. (2013), con una muestra de 243 adolescentes con una media de edad cercana a los 17 años, que habían sido niños y niñas soldados, encuentran que, en el momento de inicio del estudio, un 32 % de la muestra presentaba síntomas compatibles con un diagnóstico de TEPT. Los casos con síntomas más intensos estaban vinculados a experiencias de violación y al haber herido o asesinado a otras personas. El porcentaje de casos con diagnóstico de TEPT era del 16 %, seis años más tarde. La muerte de uno de los padres por la guerra y la estigmatización por parte de la comunidad empeoraban los síntomas de TEPT significativamente, mientras que la aceptación de la familia reducía los síntomas de trastorno. En un estudio posterior, Betancourt et al. (2020) analizaron los efectos de haber sido niños soldado 14 años más tarde, encontrando un porcentaje del 47 % para ansiedad y depresión, y de un 28 % para el TEPT. Aquellos con una menor aceptación de sus familias y comunidad eran los que presentaban un mayor riesgo de estos trastornos, así como de intentos de suicidio. Dentro del mismo estudio, Su et al. (2020) confirman que los niños y niñas soldado altamente expuestos a situaciones traumáticas durante su participación en el conflicto presentan más síntomas de TEPT, especialmente de hiperactivación, y más problemas para la autoregulación emocional, años después. En Uganda, con una muestra de 330 niños y niñas soldado con una media de edad de 14 años, Klasen et al. (2010a) encuentran que un 33 % presentaba TEPT, un 36 % depresión mayor y un 61 % problemas de conducta y emocionales. El trabajo de Weierstall et al. (2012), también en Uganda, con 42 niños y niñas soldado de la LRA ilustra el efecto dosis respuesta entre el número de sucesos traumáticos vividos y la presencia de TEPT, siempre más alto en estos niños y niñas que en aquellos no reclutados. Por su

parte, Ertl et al. (2014) encuentran también una mayor exposición a violencia en un grupo de 474 niños y niñas soldado de entre 12 y 25 años en la actualidad, así como un 25 % de TEPT, en comparación con un 7 % en el grupo control, y un 16 % de ideación suicida, en comparación con un 6 % en el grupo control. Un mayor número de sucesos traumáticos, la pérdida de familiares directos y el número de actos violentos perpetrados con violencia actuaban como factores de riesgo para el TEPT. Otro estudio, con 81 niños yazidíes, de entre 8 y 14 años, que habían sido explotados como soldados por el Estado Islámico en el norte de Irak entre 2014 y 2017 muestra el elevado porcentaje de TEPT (48 %), trastornos depresivos (46 %), trastornos de ansiedad (46 %), problemas somáticos (51 %), así como una marcada baja autoestima, al ser comparados con un grupo control de niños y niñas de la misma región (Kizilhan y Noll-Hussong, 2018). En uno de los pocos estudios centrado en las niñas soldado se observan problemas similares, con elevados niveles de TEPT y de agresión y conducta violenta (Robjant et al., 2020).

Cabe añadir que muchos de los síntomas de desajuste y malestar que presentan estos niños y niñas, una vez desmovilizados, se acercan más al concepto de trauma complejo o trastorno traumático del desarrollo (Cook et al., 2005), que a un diagnóstico de estrés postraumático. Estos niños y niñas presentan una diversidad de manifestaciones psicopatológicas que exceden la sintomatología del TEPT y que afectan a la regulación de sus afectos, cogniciones y conducta. Así, Klasen et al. (2013) encuentran que el trauma del desarrollo afecta a un 78 % de su muestra de 330 niños y niñas soldado de Uganda, de entre 11 y 17 años, mientras que la prevalencia de TEPT es del 33 % y del 36 % para la depresión. La Tabla 1 del anexo muestra un resumen de los resultados de estos estudios.

A su vez, en un estudio cualitativo con una muestra de 26 niños soldado en Uganda, 10 años después de la desmilitarización, los autores encuentran emociones intensas de impotencia e ira, tras años de esperanzas frustradas relativas a su educación, posibilidades de empleo o ayudas del Estado (Both y Reis, 2014). Otro estudio cualitativo con una muestra de 60 niños y niñas nacidos en cautividad de matrimonios

forzados entre niñas soldado y líderes de la LRA en el norte de Uganda (Denov y Lakor, 2018) también muestra el sentimiento de estigmatización, abandono y rechazo que los acompaña, la ruptura de sus lazos familiares con la figura del padre/comandante que los protegía e, incluso, en algunos casos con su madre, que ha rehecho su vida y tiene una nueva familia donde el hijo o hija derivado de un matrimonio forzado no tiene cabida, así como la violencia y el maltrato continuado por parte de otros familiares y cuidadores. También muestran la marginación derivada del maltrato por parte de los profesores en su escuela, sus compañeros y compañeras y, en general, la comunidad, que tiene importantes repercusiones personales, sociales, educacionales y económicas para las víctimas (ver tabla 1 del anexo).

Pero la relación entre el reclutamiento como niño o niña soldado y el desarrollo de problemas psicológicos no parece ser directo. En esta línea, el trabajo de Murphy et al. (2017), con una muestra de 122 participantes de entre 18 y 25 años, niños y niñas soldado del norte de Uganda, apunta a que la rabia y la culpa actúan como mediadoras entre las experiencias vividas en la guerra y el desarrollo de TEPT, así que los programas de tratamiento deben dirigirse a intervenir sobre estas emociones. De forma similar, Klasen et al. (2015), con una muestra del mismo país, detecta la culpa como una variable que incide en el diagnóstico de TEPT, depresión y síntomas externalizantes (ira, rabia, agresividad). También en el norte de Uganda, el estudio WAYS (Amone-P'Olak et al., 2014) va en esta misma línea y ha confirmado que el entorno postconflicto es una variable que media entre el estado emocional de los niños y niñas soldado y las experiencias vividas durante el mismo. Así, en una muestra de 539 adultos explotados como niños y niñas soldado por el LRA, la relación entre las experiencias de la guerra y la sintomatología de ansiedad y depresión, así como los problemas de conducta, se ve influida por el entorno postconflicto (dificultades económicas, conflictos interpersonales). El trabajo de Kohrt et al. (2016) encuentra un porcentaje de TEPT del 16 % en 154 jóvenes nepalíes, de entre 16 y 26 años, que habían sido niños y niñas soldado, más del triple que en aquellos participantes que

no lo habían sido. Sin embargo, la resiliencia autopercebida era muy similar en ambos grupos, apelando los autores al estudio de esta variable que parece ser más compleja que la ausencia de psicopatología. Así, por ejemplo, Weierstall et al. (2012) encuentran un resultado difícil de interpretar, al observar que la propensión de estos niños y niñas a perpetrar actos violentos parece reducir el riesgo de desarrollar TEPT.

En esta línea, trabajos cualitativos como el de Medeiros et al. (2020) con 17 niños soldado nepalíes advierten que la relación entre haber sido reclutado y el malestar psicológico no es directa, universal ni inevitable, sino que depende, especialmente, de variables sociales. Así, un sentimiento de cercanía emocional con la familia, proximidad ideológica con los valores del grupo armado, vínculo con la comunidad y recursos para superar las limitaciones y dificultades de la vida postconflicto, afectan directamente al bienestar de los participantes. Esta capacidad de resiliencia también se ha encontrado en estudios previos como el de Klasen et al. (2010b), donde un 28 % de su muestra de niños y niñas soldado de Uganda no presentó TEPT, depresión ni problemas conductuales o emocionales significativos. En la misma línea, Vindevogel et al. (2013b), con una muestra de 424 niños y niñas soldado con una media de edad de 16 años, atendidos en el Racheele Rehabilitation Centre en el norte de Uganda, encuentran que, a largo plazo, los efectos psicológicos que presentan estos niños y niñas están más relacionados con variables sociales que con lo vivido durante el conflicto. Así, no disponer de suficientes recursos para cubrir necesidades básicas o sentirse estigmatizado mediante insultos por parte de la comunidad son factores que incrementan el malestar, el miedo, el aislamiento y el estrés, mientras que la asistencia a la escuela y el apoyo de un profesional reduce las pesadillas y mejora el funcionamiento psicológico. En un estudio similar, Vindevogel et al. (2014), con una muestra de 330 niños y niñas soldado con una media de edad de 17 años, reclutados por el LRA, encuentran que la religiosidad, disponer de una red de apoyo social, formal e informal, el uso de un afrontamiento evitativo, ilustrado a través de actividades como el dibujo, y recursos tangibles como acceso a dinero, sustento y educación,

son importantes en la recuperación de los niños y niñas soldado y deben tenerse en cuenta en los programas de intervención que deben, por tanto, incluir recursos humanos, sociales y culturales.

La intervención con niños y niñas soldado

La intervención con niños y niñas soldado es un proceso complejo que requiere que se trabaje en varias áreas y desde distintas perspectivas, con un enfoque ecológico (Kiyala, 2021). Las intervenciones que se han llevado a cabo se engloban en programas de Desmovilización, Desarme, Rehabilitación y Reintegración (DDRR), aludiendo a sus principales fases (1). Así, la intervención con niños y niñas soldado debe ir dirigida a su desmovilización y desarme, en primer lugar, alejándose del grupo armado; a implementar programas terapéuticos y de intervención o rehabilitación, en un segundo lugar, que les permitan tratar muchos de los síntomas de malestar que presentan; y, en tercer lugar, a proyectos de reintegración social (educación y formación profesional) y a proporcionarles apoyo psicosocial (apoyo entre niños y niñas de la misma edad, apoyo comunitario y orientación psicosocial).

En este sentido, la estigmatización y la exclusión son características de los niños y niñas soldado que deben tratarse y, para ello, contar con la comunidad es fundamental. La participación plena de la comunidad constituye un componente integral de la creación de un ámbito de protección para los niños y niñas y para ayudarles a resolver de manera conjunta los problemas de estigmatización, falta de recursos económicos y de oportunidades laborales, y otros desafíos a los que se suelen enfrentar los menores soldado (Betancourt, Barisova et al., 2013). Estos programas también implican promover la reunificación de la familia como un factor de protección y apoyo fundamental en la reintegración social y la reincorporación a la vida civil (Borisova et al., 2013). A su vez, el apoyo de los iguales es otra de las variables que se ha visto que incrementa el bienestar emocional, facilita la integración y reduce la sintomatología post-traumática en niños y niñas soldado (Morley y Kohrt, 2013). Se trata, por lo tanto, de potenciar

la creación de un entorno protector para estos niños y niñas (Arenas y Greco Petry, 2014). Para ello, la sensibilización social respecto a la vulnerabilidad y necesidades de los niños y niñas que regresan de los grupos armados, en casa, la escuela, la comunidad y el propio gobierno, es un primer paso que desarrollar (Denov y Lakor, 2018).

En este contexto, son diversos los programas que se han aplicado y que han presentado evidencia de su efectividad en la mejora del estado emocional de los niños y niñas soldado. Estos programas presentan múltiples formatos que incluyen actividades distintas (Ramírez-Guarín et al., 2022) y tienen efectos que no se limitan a mejorar el bienestar sino que, por ejemplo, también se ha visto que contribuyen a la prevención de nuevas conductas violentas (Kiyala, 2021). Muchos de estos programas tienen como objetivo incidir sobre las necesidades que presenta el niño o niña desde una perspectiva de ecología social (Kohrt, 2013). Entre estos, destaca el primer programa de acogida y rehabilitación de niños soldado creado en Sierra Leona en 1999 (Caballero, 2005), o el modelo SAFE de protección en niños y niñas soldado (Betancourt et al., 2018). Concretamente, en el ámbito clínico, se han implementado programas para tratar los problemas de estrés postraumático, conducta agresiva y otros problemas clínicos y sociales que presentan muchos de estos niños y niñas. Entre ellos, cabe mencionar la Terapia Narrativa (Ertl et al., 2011; Robjant et al., 2019) y sus adaptaciones (*Narrative Exposure Therapy for Forensic Offender Rehabilitation*, FORNET) (Koebach et al., 2021), o la Terapia Cognitivo-Conductual centrada en el Trauma (TF-CBT), en formato de intervención grupal (McMullen et al., 2013).

Futuras líneas de trabajo

Una de las cuestiones a desarrollar en estudios futuros con niños y niñas soldado es la perspectiva de género. Los estudios revisados muestran que las niñas soldado suelen realizar las mismas funciones y tareas que los niños dentro de los distintos grupos armados, a la vez que son utilizadas con fines de explotación sexual. Estas están aún más expuestas a la violencia, en especial a la sexual, e incluso por parte de sus propios

compañeros, lo que las posiciona en el último escalón de la discriminación (Jiménez, 2013). Algunos autores han alertado del mayor rechazo de la comunidad hacia las niñas, así como de la necesidad de replantear el tratamiento que se les ofrece, dado que sus necesidades específicas siguen siendo invisibles y los procesos de DDRR suelen ignorarlas (Caballero, 2012). Derivado de esta invisibilidad, la realidad de los niños y niñas nacidos de la violencia sexual que han experimentado sus madres en el conflicto armado es otro de los temas que prácticamente no ha recibido ninguna atención, permaneciendo en el silencio, la vergüenza y la negación no sólo de la investigación, sino también de las políticas públicas (Denov, 2015).

Otro aspecto a tener en cuenta en futuros estudios es el análisis de los factores de protección y la resiliencia en este colectivo, entendida como la capacidad de adaptarse y funcionar relativamente bien a pesar de la exposición a la adversidad (Masten et al. 1990). Esta capacidad se encuentra presente en un porcentaje de niños y niñas soldado, como ha podido verse en los resultados de los estudios y, por tanto, es fundamental detectar aquellos factores que les han permitido desarrollar esta resiliencia, partiendo de la educación y las prácticas culturales y espirituales (Stark y Wessells, 2013).

Conclusiones

La existencia de niños y niñas soldado es una grave forma de explotación de la infancia que conlleva serias y perdurables consecuencias en su desarrollo, difíciles de tratar. En la última década, son diversos los trabajos que se han publicado al respecto, incrementando el conocimiento de los graves efectos de esta violencia institucional que se da de forma global en múltiples países del mundo. Los resultados de los diferentes estudios advierten que es necesario mantener una perspectiva de género, ya que las niñas son víctimas no sólo de las mismas atrocidades que sus compañeros, sino de violencia sexual y afectiva, manteniéndose su vergüenza y estigma una vez desmilitarizadas y transmitiendo esta marginación a los hijos e hijas que tuvieron dentro del grupo armado. Pero estas consecuencias no sólo afectan a los

niños y niñas sino también a la sociedad, que pierde un importante capital humano, necesario para poder seguir adelante cuando el conflicto armado ha finalizado. A su vez, desarrollar una comprensión más detallada de los factores culturales, sociales e interpersonales involucrados en la rehabilitación de los niños y niñas soldados puede ayudar a políticas públicas y prácticas de intervención y tratamiento más eficaces. Se trata de no simplificar la realidad de estos niños y niñas y de analizar en profundidad el complejo perfil de factores de riesgo y de protección, en un contexto que va más allá del individuo y afecta a sus pares, familia y comunidad, que inciden en el desarrollo de psicopatología y malestar o, por el contrario, en su resiliencia y reintegración (Wainryb y Kerig, 2013).

Notas

(1) Véase el centro de recursos de las Naciones Unidas sobre este proceso y sus fases en <https://www.unddr.org/>

Bibliografía

- Abu-Hayyeh, R. y Singh, G. (2019). Adverse health effects of recruiting child soldiers. *BMJ Paediatrics Open*, 3(1).
- Alarcón-Palacio, Y. E. (2019). Reclutamiento forzado de niños y niñas (abduction) en el conflicto armado colombiano: los menores de 18 años como víctimas con protección especial reforzada en el DIH y DIDH. *Vniversitas*, 68(138).
- Amador, A. y Palacián de Inza, B. (2017). La evolución del reclutamiento de menores en los países participantes en la campaña “Niños, No Soldados” (Parte II). *bie3: Boletín IEEE*, 8, 363-400.
- Amone-P’Olak, K., Stochl, J., Ovuga, E., Abbott, R., Meiser-Stedman, R., Croudace, T. J. y Jones, P. B. (2014). Postwar environment and long-term mental health problems in former child soldiers in Northern Uganda: The WAYS study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(5), 425-430.
- Arenas, M. y Greco Petry, G. (2014). *Niños soldados: ¿víctimas o voluntarios?*. Ponencia presentada en el VII Congreso del Instituto de

- Relaciones Internacionales (IRI), I Congreso de la Confederación de Estudios Internacionales (CoFEI), II Congreso de la Confederación Latinoamericana de Estudios Internacionales (FLAEI), Universidad de La Plata, Argentina.
- Betancourt, T. S., Keegan, K., Farrar, J. y Brennan, R. T. (2020). The intergenerational impact of war on mental health and psychosocial wellbeing: Lessons from the longitudinal study of war-affected youth in Sierra Leone. *Conflict and Health*, 14(1), 1-8.
- Betancourt, T. S., Borisova, I., Williams, T. P., Myers-Ohki, S. E., Rubin-Smith, J. E., Annan, J. y Kohrt, B. (2013). Research review: Psychosocial adjustment and mental health in former child soldiers – a systematic review of the literature and recommendations for future research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 54, 17-37.
- Betancourt, T. S., Newnham, E. A., McBain, R. y Brennan, R. T. (2013). Post-traumatic stress symptoms among former child soldiers in Sierra Leone: Follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, 203(3), 196-202.
- Betancourt, T. S., Zuilkowski, S., Coles, E., Collet, K. y Jambai, M. (2018). Adolescents and armed conflict. War, conflict, and child soldiers. En J. E. Lansford y P. Banati (Eds.). *Handbook of adolescent development research and its impact on global policy* (196-216). Oxford University Press.
- Blom, F. y Pereda, N. (2009). Niños y niñas soldado: consecuencias psicológicas e intervención. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 329-344.
- Borisova, I. I., Betancourt, T. S. y Willett, J. B. (2013). Reintegration of former child soldiers in Sierra Leone: the role of caregivers and their awareness of the violence adolescents experienced during the war. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(8), 803-828.
- Both, J. y Reis, R. (2014). Unfulfilled promises, unsettled youth: The aftermath of conflict for former child soldiers in Yumbe District, north western Uganda. *Intervention: The International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict*, 12(3), 344-355.
- Caballero, C. (2005). Niños forzados a ser soldados en Sierra Leona. *Educación social: Revista de Intervención Socioeducativa*, 31, 95-122.
- Caballero, C. (2012). La educación como alternativa a la violencia: menores soldado en Sierra Leona. *Foro de Educación*, 10(14), 85-99.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M. y van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Denov, M. (2015). Children born of wartime rape: The intergenerational realities of sexual violence and abuse. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1(1), 61-68.
- Denov, M. y Lakor, A. A. (2018). Post-war stigma, violence and “Kony children”: the responsibility to protect children born in Lord’s Resistance Army captivity in Northern Uganda. *Global Responsibility to Protect*, 10, 217-238.
- Erjavec, K. y Volčič, Z. (2010). “Target”, “cancer” and “warrior”: exploring painful metaphors of self-presentation used by girls born of war rape. *Discourse & Society*, 21(5), 524-543.
- Ertl, V., Pfeiffer, A., Schauer, E., Elbert, T. y Neuner, F. (2011). Community-implemented trauma therapy for former child soldiers in Northern Uganda: A randomized controlled trial. *JAMA*, 306(5), 503-512.
- Ertl, V., Pfeiffer, A., Schauer-Kaiser, E., Elbert, T. y Neuner, F. (2014). The challenge of living on: psychopathology and its mediating influence on the readjustment of former child soldiers. *PloS one*, 9(7), e102786.
- Freeman, J. A. (2020). The mental, reproductive, and physical health impacts of female children’s association with armed forces and groups. *Child Abuse & Neglect*, 107, 104626.
- Greenhalgh, T., Thorne, S. y Malterud, K. (2018). Time to challenge the spurious hierarchy of systematic over narrative reviews? *European Journal of Clinical Investigation*, 48(6), e12931.
- Haer, R. (2016). The study of child soldiering: Issues and consequences for DDR implementation. *Third World Quarterly*, 38(2), 450-466.
- Hinestroza-Arenas, V. (2008). Reclutamiento de niños y niñas: fenómeno invisibilizado, crimen manifiesto. *Oasis*, 13, 45-60.
- Jiménez Sánchez, C. (2013). Niñas soldado: peculiaridades de género. En A. Valencia Sáiz (Coord.). *Investigaciones en ciencias jurídicas: desafíos actuales del Derecho*. Universidad de Málaga.

- Kadir, A., Shenoda, S., Goldhagen, J. y Pitterman, S. (2018). The effects of armed conflict on children. *Pediatrics*, 142(6), e20182586.
- Kizilhan, J. I. y Noll-Hussong, M. (2018). Post-traumatic stress disorder among former Islamic State child soldiers in northern Iraq. *The British Journal of Psychiatry*, 213(1), 425-429.
- Kiyala, J. C. K. (2021). Dynamics of child soldiers' psychosocial rehabilitation and well-being: Perspectives from bioecological systems theory in the Democratic Republic of Congo. *Child Psychiatry & Human Development*, 52, 376-388.
- Klasen, F., Gehrke, J., Metzner, F., Blotevogel, M. y Okello, J. (2013). Complex trauma symptoms in former Ugandan child soldiers. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(7), 698-713.
- Klasen, F., Oettingen, G., Daniels, J. y Adam, H. (2010a). Multiple trauma and mental health in former Ugandan child soldiers. *Journal of Traumatic Stress*, 23(5), 573-581.
- Klasen, F., Oettingen, G., Daniels, J., Post, M., Hoyer, C. y Adam, H. (2010b). Posttraumatic resilience in former Ugandan child soldiers. *Child Development*, 81(4), 1096-1113.
- Klasen, F., Reissmann, S., Voss, C. y Okello, J. (2015). The guiltless guilty: Trauma-related guilt and psychopathology in former Ugandan child soldiers. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(2), 180-193.
- Koebach, A., Carleial, S., Elbert, T., Schmitt, S. y Robjant, K. (2021). Treating trauma and aggression with narrative exposure therapy in former child and adult soldiers: A randomized controlled trial in Eastern DR Congo. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(3).
- Kohrt, B. (2013). Social ecology interventions for post-traumatic stress disorder: what can we learn from child soldiers? *The British Journal of Psychiatry*, 203(3), 165-167.
- Kohrt, B. A., Worthman, C. M., Adhikari, R. P., Luitel, N. P., Arevalo, J. M., Ma, J., McCreath, H., Seeman, T. E., Crimmins, E. M. y Cole, S. W. (2016). Psychological resilience and the gene regulatory impact of posttraumatic stress in Nepali child soldiers. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(29), 8156-8161.
- Masten, A. S., Best, K. M. y Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-444.
- McMullen, J., O'callaghan, P., Shannon, C., Black, A. y Eakin, J. (2013). Group trauma-focused cognitive-behavioural therapy with former child soldiers and other war-affected boys in the DR Congo: A randomised controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(11), 1231-1241.
- Medeiros, E., Shrestha, P. N., Gaire, H. y Orr, D. M. (2020). Life after armed group involvement in Nepal: A clinical ethnography of psychological well-being of former "child soldiers" over time. *Transcultural Psychiatry*, 57(1), 183-196.
- Morley, C. A. y Kohrt, B. A. (2013). Impact of peer support on PTSD, hope, and functional impairment: A mixed-methods study of child soldiers in Nepal. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(7), 714-734.
- Murphy, S., Elklit, A., Dokkedahl, S. y Shevlin, M. (2017). Anger, guilt and shame as mediators in the relationship between war experiences and PTSD: Testing the moderating role of child soldier status. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 10(4), 323-331.
- Palacián de Inza, B. y Amador, A. (2017). La evolución del reclutamiento de menores en los países participantes en la campaña "Niños, No Soldados" (parte I). *bie3: Boletín IEEE*, 8, 51-74.
- Posick, C. y Gould, L. A. (2015). On the general relationship between victimization and offending: Examining cultural contingencies. *Journal of Criminal Justice*, 43(3), 195-204.
- Ramírez-Guarín, V., Codina, N. y Pestana, J. V. (2022). A systematic review of psychosocial interventions for child soldiers: types, length and main findings. *Journal of Social Work Practice*, 1-17.
- Robjant, K., Koebach, A., Schmitt, S., Chibashimba, A., Carleial, S. y Elbert, T. (2019). The treatment of posttraumatic stress symptoms and aggression in female former child soldiers using adapted Narrative Exposure therapy—a RCT in Eastern Democratic Republic of Congo. *Behaviour Research and Therapy*, 123, 103482.
- Robjant, K., Schmitt, S., Chibashimba, A., Carleial, S., Elbert, T. y Koebach, A. (2020). Trauma, aggression, and post conflict perpetration of community violence in female former child

soldiers—A study in Eastern DR Congo. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 533357.

Sampaio, A. A. y McEvoy, M. (2016). Little weapons of war: Reasons for and consequences of treating child soldiers as victims. *Netherlands International Law Review*, 63(1), 51-73.

Santacruz, M. L. y Arana, R. E. (2002). Experiencias e impacto psicosocial en niños y niñas soldado de la guerra civil de El Salvador. *Biomédica*, 22(Su2), 383-397.

Save the Children (2019). *Stop the war on children: Protecting children in 21st century conflict*. Save the Children International.

Song, S. J., Tol, W. y De Jong, J. (2014). Indero: Intergenerational trauma and resilience between Burundian former child soldiers and their children. *Family Process*, 53(2), 239-251.

Stark, L. y Wessells, M. (2013). The fallacy of the ticking time bomb: Resilience of children formerly recruited into armed forces and groups. En C. Fernando y M. Ferrari (Eds.), *Handbook of resilience in children of war* (pp. 95-106). Springer.

Su, S., Frounfelker, R. L., Desrosiers, A., Brennan, R. T., Farrar, J. y Betancourt, T. S. (2021). Classifying childhood war trauma exposure: latent profile analyses of Sierra Leone's former child soldiers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(6), 751-761.

Vindevogel, S., Schryver, M. D., Broekaert, E. y Derluyn, I. (2013a). War-related experiences of former child soldiers in northern Uganda: Comparison with non-recruited youths. *Paediatrics and International Child Health*, 33(4), 281-291.

Vindevogel, S., Coppens, K., De Schryver, M., Loots, G., Broekaert, E. y Derluyn, I. (2013b). Beyond child soldiering: the interference of daily living conditions in former child soldiers' longer term psychosocial well-being in northern Uganda. *Global Public Health*, 8(5), 485-503.

Vindevogel, S., Wessells, M., De Schryver, M., Broekaert, E. y Derluyn, I. (2014). Dealing with the consequences of war: Resources of formerly recruited and non-recruited youth in northern Uganda. *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 134-140.

Wainryb, C. (2011). "And so they ordered me to kill a person": Conceptualizing the impacts of child soldiering on the development of moral agency. *Human Development*, 54, 273-300.

Wainryb, C. y Kerig, P. K. (2013). The person and the social context: Future directions for research on the traumatic effects of child soldiering around the world. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(8), 887-895.

Weierstall, R., Schalinski, I., Crombach, A., Hecker, T. y Elbert, T. (2012). When combat prevents PTSD symptoms—Results from a survey with former child soldiers in Northern Uganda. *BMC psychiatry*, 12(1), 1-8

Anexo

Tabla 1. Síntomas de desajuste en estudios cuantitativos con muestras de niños y niñas soldado

Síntomas de desajuste	Origen de las muestras	Estudios
Síntomas de ansiedad	Uganda, Sierra Leona, Irak	Amone-P'Olak et al. (2014), Betancourt et al. (2020), Kizilhan y Noll-Hussong (2018)
Síntomas y trastornos depresivos	Uganda, Sierra Leona, Irak	Amone-P'Olak et al. (2014), Betancourt et al. (2020), Kizilhan y Noll-Hussong (2018), Klasen et al. (2010a), Klasen et al. (2013)
Ideación suicida	Uganda	Ertl et al. (2014)
Problemas somáticos	Irak	Kizilhan y Noll-Hussong (2018)
Baja autoestima	Irak	Kizilhan y Noll-Hussong (2018)
Trastorno por estrés postraumático	Sierra Leona, Irak, Uganda, Nepal, Congo	Betancourt, Newnham et al. (2013), Betancourt et al. (2020), Ertl et al. (2014), Kizilhan y Noll-Hussong (2018), Klasen et al. (2010a), Klasen et al. (2013), Kohrt et al. (2016), Robjant et al. (2020), Su et al. (2020), Weierstall et al. (2012)
Trastorno traumático del desarrollo	Uganda	Klasen et al. (2013)
Problemas de autoregulación, agresión y conducta violenta	Uganda, Congo	Amone-P'Olak et al. (2014), Klasen et al. (2010a), Robjant et al. (2020), Su et al. (2020)

Consecuencias psicológicas de la exposición a zonas de conflicto en niños, niñas y adolescentes

ALBA ÁGUILA-OTERO^A Y LAURA ANDREU^A

RESUMEN

Consecuencias psicológicas de la exposición a zonas de conflicto en niños, niñas y adolescentes. Una de las principales víctimas de las guerras y conflictos armados son los niños, niñas y adolescentes. Las consecuencias negativas de los conflictos bélicos en la salud física y mental de esta población han sido señaladas en numerosas ocasiones por la literatura científica. El objetivo de este estudio es presentar los resultados de las últimas investigaciones sobre las consecuencias de la exposición a conflictos armados en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, para ayudar a los profesionales del país a tener una mayor comprensión de la problemática y abordarla de forma adecuada. Para ello, se ha llevado a cabo una revisión de artículos científicos publicados en los últimos cinco años. El trastorno por estrés postraumático es el más observado en los estudios internacionales, aunque se detectan otros problemas emocionales y conductuales en los niños, niñas y adolescentes que han vivido una situación de conflicto armado. Es importante tener en cuenta que la sintomatología clínica continúa incluso bajo medidas protectoras como un desplazamiento forzoso, así como conocer las necesidades específicas de esta población para adaptar la intervención clínica de manera adecuada. **Palabras clave:** *consecuencias, guerra, conflictos armados, niños, niñas y adolescentes, salud mental, refugiados.*

ABSTRACT

Children and adolescents psychological consequences of exposure to conflict zones. One of the main victims of wars and armed conflicts are children and adolescents. The negative consequences of war conflicts on the physical and mental health of this population have been reported on numerous occasions in the scientific literature. The aim of this study is to present the results of the latest research on the mental health consequences in children and adolescents who have been exposed to armed conflicts, in order to help the country's professionals to have a better understanding of the problem and to address it in an appropriate way. To this end, a review of scientific articles published in the last five years has been carried out. Post-traumatic stress disorder is the most frequently observed in international studies, although other emotional and behavioural problems are detected in children and adolescents who have lived through a situation of armed conflict. It is important to take into account that clinical symptomatology continues even under protective measures such as forced displacement, as well as to know the specific needs of this population in order to adapt the clinical intervention appropriately. **Key words:** *consequences, war, armed conflict, children and adolescents, mental health, refugees.*

RESUM

Conseqüències psicològiques de l'exposició a zones de conflicte en nens, nenes i adolescents. Una de les principals víctimes de les guerres i conflictes armats són els nens, les nenes i els adolescents. Les conseqüències negatives dels conflictes bèl·lics en la salut física i mental d'aquesta població han estat assenyalades moltes vegades per la literatura científica. L'objectiu d'aquest estudi és presentar els resultats de les darreres investigacions sobre les conseqüències de l'exposició a conflictes armats en la salut mental dels nens, nenes i adolescents, per ajudar els professionals del país a tenir més comprensió de la problemàtica i abordar-la de manera adequada. Per fer-ho, s'ha dut a terme una revisió d'articles científics publicats en els darrers cinc anys. El trastorn per estrès posttraumàtic és el més observat als estudis internacionals, encara que es detecten altres problemes emocionals i conductuals en els nens, nenes i adolescents que han viscut una situació de conflicte armat. És important tenir en compte que la simptomatologia clínica continua fins i tot sota mesures protectores, com ara un desplaçament forçós, així com conèixer les necessitats específiques d'aquesta població per adaptar la intervenció clínica de manera adequada. **Paraules clau:** *conseqüències, guerra, conflictes armats, nens, nenes i adolescents, salut mental, refugiats.*

^AGrup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GReVIA). Universitat de Barcelona. Contacte: landreubatalla@ub.edu

Recibido: 3/1/23 – Aceptado: 16/1/23

Introducción

Los niños, niñas y adolescentes son una de las principales víctimas de las guerras, estimándose que, hoy día, una quinta parte de los menores de edad en el mundo está viviendo en áreas de conflicto armado (Save the Children, 2019). En estas situaciones de conflicto bélico (1) se producen seis violaciones graves de los derechos de los niños como: matar y mutilar menores de edad, reclutamiento o uso de niños soldado, violencia sexual contra la infancia, secuestro de menores, ataques contra hospitales o centros educativos y negación al acceso humanitario (Office of the Special Representative of the Secretary-General for Children and Armed Conflict, 2013).

Los efectos negativos que tienen la guerra y los conflictos armados en la salud infanto-juvenil han sido denunciados en numerosas ocasiones a través de la literatura científica (Itani et al., 2017; Pacione et al., 2013). Las consecuencias que puede entrañar la exposición a conflictos bélicos durante la infancia y la adolescencia ha sido objeto de investigación durante las últimas décadas. Un efecto directo de los conflictos bélicos es la muerte de víctimas civiles, incluyendo niños, niñas y adolescentes, aunque Kadir et al. (2018) señalan que probablemente las estadísticas estén infraestimadas, ya que estas muertes son muy difíciles de verificar. A parte de este incremento significativo de la mortalidad infantil durante periodos de conflicto (Kadir et al., 2019), la exposición a conflictos bélicos en niños, niñas y adolescentes conlleva una exposición directa a eventos potencialmente traumáticos, tales como la visualización de cuerpos heridos o sin vida, la pérdida de seres queridos, la destrucción de su hogar o haber sido personalmente heridos, y una exposición indirecta mediante la visualización de atrocidades en los medios de comunicación (Itani et al., 2015). A su vez, se ha detectado un mayor riesgo de maltrato (Kadir et al., 2019). Varios autores han señalado la asunción de roles adultos en los niños y niñas, tales como el inicio de la actividad laboral a edades tempranas o la toma de decisiones y gestión del dinero en el núcleo familiar (Kadir et al., 2019; Piñeros-Ortiz et al., 2021), debidos a los cambios sociales que se producen a nivel

estructural y normativo. La violencia sexual ha sido destacada como otro riesgo común al que están expuestas las personas menores de edad en zonas de guerra, aumentando la probabilidad de sufrir agresiones sexuales, violaciones o explotación sexual (Kadir et al., 2019; Piñeros-Ortiz et al., 2021), con las consecuencias negativas que esto supone para su salud física y mental (Kadir et al., 2019). Por último, hay otros efectos indirectos de la guerra en la sociedad que afectan al adecuado desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, como pueden ser la destrucción de las infraestructuras sanitarias y educativas (Shenoda et al., 2018).

Respecto a los efectos en la salud física y mental, Rieder y Choonara (2012) señalaron el incremento de discapacidad física o sensorial derivada de las heridas de guerra, así como enfermedades relacionadas con la pérdida de hogar y el desplazamiento obligatorio, como malnutrición, malaria, problemas respiratorios o digestivos, entre otras. Se ha constatado que los niños y niñas que residen en zonas de guerra tienen también una alta probabilidad de sufrir problemas de salud mental (Catani, 2018). Existen correlaciones positivas entre el número de experiencias bélicas vividas, o de exposición a eventos de guerra, con la frecuencia y severidad de los problemas de salud mental, siendo un predictor de problemas emocionales y conductuales (Scoglio y Salhi, 2020; Slone y Shoshani, 2021). En el caso de los y las menores de edad, estas consecuencias no están restringidas a diagnósticos clínicos específicos, sino que las relaciones familiares con sus iguales y el rendimiento académico también se ven afectados (Catani, 2018; Piñeros-Ortiz et al., 2021).

Concretamente, en la línea de los trastornos internalizantes, también se han detectado otras problemáticas como trastornos adaptativos, problemas de sueño, dificultades de atención y aislamiento social (Pacione et al., 2013), así como llanto y pensamientos de tristeza o soledad, o incluso conducta suicida (Piñeros-Ortiz et al., 2021; Samara et al., 2020). Las quejas somáticas también han sido reportadas en varias revisiones de este tema (Kadir et al., 2018, 2019; Pacione et al., 2013; Slone y Mann, 2016). También se ha observado el incremento de problemas externalizantes en diferentes estudios, incluyendo

conductas opositoras y antisociales (Piñeros-Ortiz, et al., 2021; Rieder y Choonara, 2012; Samara et al., 2020), agresividad (Itani et al., 2017) e incluso problemas de consumo de drogas en jóvenes refugiados una vez abandonan las zonas de conflicto (Kadir et al., 2018).

Respecto a los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de desarrollar trastornos emocionales y/o conductuales durante la infancia o adolescencia en períodos de conflicto bélico, destacan variables relacionadas con la familia, como la psicopatología de los padres, una parentalidad negativa o la rivalidad entre hermanos (Itani et al., 2017). Si bien es cierto también que la estrategia de afrontamiento que asuma la familia ante el conflicto bélico puede promover la capacidad de superación del trauma de los niños, niñas y adolescentes (Piñeros-Ortiz et al., 2021; Slone y Peer, 2021). Además, la cohesión familiar y el apoyo parental se asocian como menos problemas psicológicos en niños, niñas y adolescentes (Fazel et al., 2012).

En el caso de aquellos niños, niñas y adolescentes que, además, han sufrido desplazamientos forzados y se encuentran en otro país como refugiados, los factores de riesgo se multiplican y se incrementa el riesgo de sufrir consecuencias psicológicas (Fazel et al., 2012), especialmente en el caso de menores de edad no acompañados (Rothe et al., 2019). Scoglio y Salhi (2020) observaron que el estrés relacionado con la reubicación puede tener más impacto en la salud mental que el trauma antes de la emigración. Por otro lado, Pacione et al. (2013) han enfatizado que las prácticas migratorias restrictivas o dificultades en la adquisición del lenguaje actúan como factores de riesgo para problemas emocionales y/o conductuales. La percepción de discriminación y la exposición a la violencia en los países receptores también son factores de riesgo (Kadir et al., 2018; Pacione et al., 2013) que deben tenerse en cuenta desde la práctica clínica.

El estudio de las consecuencias psicológicas tanto en niños, niñas y adolescentes en zonas de conflicto como en aquellos que han vivido un desplazamiento forzoso debido a estos conflictos ha sido relativamente prolífico en los últimos años, aunque no está exento de limitaciones. La metodología de estos estudios no siempre es la más apropiada, al utilizar instrumentos desarrollados en países

con contextos culturales e idiomas diferentes. Por otro lado, las muestras suelen ser de conveniencia, siendo escaso el uso de grupos de comparación en los diseños de estas investigaciones. A pesar de las dificultades detectadas en la investigación en este campo, puede afirmarse inequívocamente que la exposición a zonas de conflicto armado y a las consecuencias de esta tienen efectos adversos en la salud mental de niños, niñas y adolescentes, como se verá en la siguiente revisión.

Objetivo del estudio

Es por ello por lo que el objetivo principal de esta revisión es exponer los resultados de las últimas investigaciones sobre las consecuencias de la exposición a conflictos armados en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes para ayudar a los profesionales en España a tener una mayor comprensión y abordaje de esta problemática.

Método

Se realizó una revisión de los estudios empíricos publicados sobre el tema. Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos de referencia en el campo (SCOPUS, WoS, y PsycInfo) mediante la siguiente fórmula de búsqueda: (“war” OR “warfare”) AND (child*) AND (“consequences” OR “effects”) AND (“psychopathology”). Se estableció un límite temporal de cinco años con el objetivo de recoger la evidencia más reciente y actualizada sobre las consecuencias de la exposición a conflictos armados en niños, niñas y adolescentes.

Tras eliminar trabajos duplicados, las dos revisoras hicieron una selección de los artículos a incluir leyendo el título y el resumen, previa revisión de los estudios al completo. Finalmente, el número de artículos incluidos en la revisión fue de 23 estudios empíricos realizados en los últimos cinco años, escritos en español o en inglés, cuyo tema objeto de estudios fueran las consecuencias en niños, niñas y adolescentes expuestos a conflictos armados.

Resultados

La mayoría de los estudios realizados en

este campo en los últimos años se han llevado a cabo en Oriente Medio con muestras provenientes mayoritariamente de Siria (Akgül et al., 2019; Dangmann et al., 2021; El-Khodary y Samara, 2018; Eray et al., 2020; Eyüboğlu et al., 2019; Gunes y Guvenmez, 2020; Haj-Yahia et al., 2021; Halasa et al., 2020; Hamdan-Mansour et al., 2017; Jayuphan et al., 2020; Jore et al., 2020; Karam et al., 2019; Khamis, 2021, 2022; Kheirallah et al., 2020; Michalek et al., 2022).

Las edades de los niños, niñas y adolescentes incluidos en estos estudios oscilan entre los cinco y los 19 años ($M = 13,24$; $SD = 2,68$). La distribución entre chicos y chicas de las muestras, en general, está equilibrada entre ambos géneros.

Los estudios incluidos en la presente revisión diferencian las muestras según la situación actual en la que se encuentran los niños, niñas y adolescentes y plantean dos poblaciones: (1) aquellas que residen en zonas de conflicto, y (2) aquellas que, habiendo vivido un conflicto armado, en la actualidad se encuentran en calidad de refugiados en otros países (ver tabla 1 del anexo).

Exposición a zonas de conflicto armado en el momento de la evaluación

Más allá de las consecuencias directas sobre la integridad física, la vivencia de una guerra durante la infancia duplica la probabilidad de sufrir problemas de salud mental (Jayuphan et al., 2020). Los estudios revisados muestran la existencia de correlaciones positivas entre el número de experiencias bélicas vividas y la intensidad de estas con la frecuencia y severidad de los problemas de salud mental (El-Khodary y Samara, 2018; Haj-Yahia et al., 2021).

El diagnóstico clínico más reportado en niños, niñas y adolescentes expuestos a conflictos armados es el trastorno por estrés postraumático. Los porcentajes hallados en los últimos años indican que entre el 30,5 % (Jayuphan et al., 2020) y el 56,9 % (Eray et al., 2020) de los menores de edad expuestos a conflictos bélicos cumplen los criterios diagnósticos para este trastorno según el DSM-5. No obstante, hasta un 93,8 % de los niños y niñas expuestos a violencia presentan sintomatología postraumática de diversa consideración, sin llegar a cumplir todos los criterios necesarios para recibir el diagnóstico del trastorno (Eyüboğlu et al., 2019).

Las consecuencias negativas se extienden también a aquellos niños y niñas que están expuestos a estas guerras a través de los medios de comunicación. La población infantil expuesta indirectamente a contenido violento presenta los mismos niveles de sintomatología postraumática que los niños y niñas expuestos directamente (Eyüboğlu et al., 2019), además de presentar índices de ansiedad anticipatoria y malestar más elevados (Jayuphan et al., 2020).

Otro de los efectos más constatados tras la exposición durante la infancia a conflictos armados es la aparición de sintomatología emocional (13,3 %), problemas relacionados con los iguales (16,3 %), y comportamientos prosociales inadecuados (17,9 %) (Jayuphan et al., 2019). En términos de diagnósticos clínicos, algunos estudios determinan que un 24,1 % de los niños y las niñas expuestos a contextos de conflicto bélico presentan niveles clínicos para el trastorno depresivo mayor, según el DSM-5 (El-Khodary y Samara, 2018).

Los factores de vulnerabilidad más consistentes para el desarrollo de estrés postraumático hacen referencia al género femenino (Haj-Yahia et al., 2021), a una mayor edad en el momento de la exposición al conflicto, a sufrir la exposición a la violencia en más de un contexto, como puede ser en el vecindario, en el centro educativo y/o en el hogar (El-Khodary y Samara, 2018), y a la existencia de psicopatología previa (Eray et al., 2020). En relación con el género, algunas investigaciones apuntan que las niñas que residen en contextos de conflictos armados podrían presentar una mayor probabilidad de desarrollar, además, síntomas emocionales y problemas con los iguales (Eray et al., 2020), comparado con sus iguales de género masculino.

Además de los efectos adversos principales de la exposición directa a zonas de conflicto armado, existen otras consecuencias como problemas de autoestima (Haj-Yahia et al., 2021) e incluso una mayor vulnerabilidad a desarrollar síntomas psicóticos en jóvenes expuestos a zonas de conflicto armado de larga duración, comparado con menores no expuestos a conflictos bélicos (Owoso et al., 2017).

Población que ha sufrido un desplazamiento forzoso debido a conflictos armados

Ante el estallido de un conflicto bélico, se

produce una gran cantidad de desplazamientos forzados motivados por la búsqueda de un entorno de mayor seguridad (Marroquín-Rivera et al., 2020). Estos movimientos migratorios, además de las consecuencias ya expresadas anteriormente, conllevan diversos efectos adversos en niños, niñas y adolescentes (Dangmann et al., 2021). El propio desplazamiento, la estancia en campos de refugiados, los estresores al llegar al país de acogida y las dinámicas familiares posteriores al desplazamiento influyen en la calidad de vida de la población infantil refugiada en otros países (Rizkalla et al., 2020).

Los porcentajes de trastornos psiquiátricos alcanzan prácticamente el 50 % en jóvenes refugiados en otros países tras una migración a causa de un conflicto bélico (Halasa et al., 2020; Sapmaz et al., 2017). Se han encontrado puntuaciones clínicas para trastornos externalizantes (13,5 %) y para trastornos internalizantes (11 %), además de identificarse alteraciones conductuales (7,7 %), problemas cognitivos (7,1 %) y deterioro de la capacidad atencional (3,2 %) (Tabur et al., 2019). En relación con las dificultades atencionales, se han encontrado sesgos atencionales en esta población a la hora de dirigir la atención en estímulos emocionales: concretamente, presentan tiempos de reacción mayores en la detección de la ira y la felicidad (Michalek et al., 2022).

De nuevo, el trastorno psicopatológico más prevalente en población infantil refugiada como consecuencia de conflictos bélicos es el trastorno de estrés postraumático. Se ha constatado que, en niños y niñas desplazados, haber vivido una guerra predice más síntomas postraumáticos que otras vivencias adversas en la infancia (Gunes y Guvenmez, 2020). Los porcentajes de este diagnóstico en población infantil que ha experimentado un desplazamiento forzoso oscilan entre un 12,3 % (Marroquín-Rivera et al., 2020) y un 48,1 % (Tabur et al., 2019). Del total, un 31,5 % de los jóvenes desarrollan este trastorno de forma leve, un 14,3 % moderado y un 3,5 % en su forma más severa (Karam et al., 2019). Y en términos de sintomatología postraumática, Tabur et al. (2019) encuentran que hasta un 98,7 % de una muestra de jóvenes refugiados presentaba síntomas moderados y severos de trastorno por estrés postraumático, sin llegar a cumplir todos

los criterios diagnósticos.

Algunos de los factores de vulnerabilidad identificados para el desarrollo de este diagnóstico son la alta sensibilidad y el neuroticismo. Los niños y las niñas con un umbral más bajo de tolerancia al estrés y una mayor sensibilidad presentan puntuaciones más elevadas de trastorno de estrés postraumático (Karam et al., 2019). Del mismo modo, altos niveles de neuroticismo correlacionan positivamente con un mayor número de problemas psicopatológicos y sintomatología postraumática más graves tras la exposición a conflictos bélicos en contextos posteriores al desplazamiento (Khamis, 2022).

Otro de los efectos adversos hallados como consecuencia de los movimientos migratorios causados por conflictos bélicos es la sintomatología emocional. Se ha encontrado en esta población un mayor número de síntomas ansioso-depresivos en comparación con población que no ha sufrido desplazamientos forzados (Michalek et al., 2022). Los porcentajes de niños y niñas desplazados que auto-reportan esta sintomatología se encuentran entre el 8,8 % y el 9,5 % de síntomas ansiosos y entre el 5 % y el 8,6 % de sintomatología depresiva (Marroquín-Rivera et al., 2020).

En relación con la gravedad de estos síntomas, un 12,9 % de los jóvenes presentan problemas emocionales y conductuales muy elevados, un 7,9 % elevados y un 11,7 % en niveles ligeramente elevados (Khamis, 2021). Además, el número de vivencias traumáticas experimentadas por estos jóvenes correlaciona positivamente con la gravedad de los síntomas depresivos (Gunes y Guvenmez, 2020).

La edad y el género han sido evaluadas como posibles variables intervinientes en el desarrollo de psicopatología tras experimentar movimientos migratorios forzados. No obstante, los resultados no son determinantes. En relación con la edad, algunos estudios apuntan que, a menor edad en el momento de la migración, peores serán las consecuencias en la salud mental (Oppeal et al., 2018). Sin embargo, otros autores encuentran que, cuanto más mayores sean estos jóvenes, mayor exposición a eventos traumáticos han vivido, por lo que la probabilidad de desarrollar psicopatología es mayor (Dangmann et al., 2021). Por otro lado, en términos de

diferencias de género, algunas investigaciones señalan que las chicas podrían presentar mayores niveles de sintomatología postraumática (Tabur et al., 2019), aunque esta diferencia no ha sido constatada por otros estudios (Dangmann et al., 2021; Oppedal et al., 2018).

Otra de las problemáticas detectadas como consecuencia de la migración debida a conflictos bélicos es la ansiedad social. La población infantil refugiada presenta niveles moderados de miedo a la evaluación negativa, evitación social y angustia relacionada con la exposición social (Halasa et al., 2020). Se ha encontrado que aquellos niños y niñas refugiados que autoperceben altos niveles de discriminación experimentan mayores niveles de ansiedad social (Jore et al., 2020).

Las quejas psicósomáticas son otra de las consecuencias identificadas de la exposición a conflictos armados y a movimientos migratorios derivados de estos. Los síntomas son diversos y abarcan desde problemas dentales (59 % de los jóvenes), dolores de cabeza (50 %), y dolores en las extremidades (25 %) (Hamdan-Mansour et al., 2017).

Finalmente, el consumo de tabaco (Kheirallah et al., 2020), niveles más altos de hiperactividad (Khamis, 2021; Sapmaz et al., 2017) y síntomas psicóticos (Marroquín-Rivera et al., 2020) son efectos adversos menos frecuentes también hallados en población infantil migrante debido a conflictos bélicos (ver tabla 2 del anexo).

Cabe destacar que estos síntomas psicopatológicos pueden disminuir si en el país de acogida estos niños, niñas y adolescentes reciben una atención especializada, disponen de un entorno físico adecuado, y cuentan con acceso al sistema educativo y a los servicios sanitarios (Akgül et al., 2019).

Factores protectores

Si bien el número de estudios centrado en este tema es menor, se han identificado también factores protectores y características de personalidad de los niños y las niñas que ejercen un papel protector tras la vivencia de conflictos armados. Una elevada autoestima se ha relacionado con puntuaciones más bajas de sintomatología postraumática (Haj-Yahia et al., 2021), y estilos de afrontamiento más positivos protegen ante la aparición de trastornos emocionales y

conductuales (Khamis, 2021). De la misma manera, aquellos niños y niñas con niveles de resiliencia más elevados parecen presentar mayores indicadores de conducta prosocial y menos problemas emocionales (Veronese et al., 2021).

Conclusiones

Numerosos estudios han evidenciado los efectos negativos que tiene la exposición a conflictos bélicos para los niños, niñas y adolescentes, afectando a su salud física y mental, así como a su desarrollo. A pesar de que las manifestaciones clínicas de los niños y niñas tienden a ser más inespecíficas (Piñeros-Ortiz et al., 2021), uno de los efectos más constatado en niños y niñas víctimas de la exposición a conflictos armados en esta revisión es el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático, como han señalado diferentes estudios, con prevalencias entre el 30,5 y 57 % (Eray et al., 2020; Jayuphan et al., 2020). La sintomatología depresiva también ha sido reportada en las investigaciones revisadas (El-Khodary y Samara, 2018), al igual que otros problemas de carácter internalizante, como problemas de autoestima (Haj-Yahia et al., 2021). Estos resultados son congruentes con los observados en revisiones previas (Dimitry, 2012; Itani et al., 2017). Asimismo, también se han hallado problemas de conducta (Jayuphan et al., 2020) derivados de la exposición a la guerra, coincidiendo con revisiones anteriores (Rieder y Choonara, 2012). Parece ser, por tanto, que los problemas que derivan de la exposición a la guerra, y lo que esto supone, tanto respecto a los efectos directos que sufren los niños y niñas como a la visualización indirecta de actos violentos y atroces, aparecen en todas las áreas, tanto en el ámbito internalizante como externalizante. La guerra es, por tanto, un estresor inespecífico, de alto potencial traumatogénico, que derivará en unos u otros problemas en función de las características del niño o niña, su historia previa, sus vulnerabilidades y sus fortalezas. Se necesitan, por tanto, más estudios sobre estas variables que permitan identificarlas y trabajarlas desde una perspectiva clínica, de prevención e intervención.

Cabe destacar las diferencias de género observadas en algunos estudios, donde encuentran

que las niñas tienen más riesgo de padecer sintomatología internalizante relacionada con la exposición a los eventos de carácter bélico (Haj-Yahia et al., 2021) y problemas con los iguales (Eray et al., 2020). Este resultado, si bien sigue la línea de lo encontrado en la población general, donde las niñas y adolescentes presentan más problemas internalizantes (Achenbach et al., 2016; Leadbeater et al., 1999), en este caso se asocia dicha problemática a las experiencias traumáticas vividas en entornos de guerra y conflicto. Más allá de las diferencias de género, hay que tener en cuenta los países en los que se realizan los estudios para entender las distintas prevalencias en los diagnósticos (Dimitry, 2012). Por ejemplo, Israel es un país relativamente estable que ha preservado su infraestructura durante la etapa de conflicto, mientras que Palestina está expuesta a un conflicto armado más intenso, con pobre infraestructura y recursos básicos para atender las necesidades de la población (Dimitry, 2012). Otros factores que pueden afectar a la variabilidad de los resultados son la edad de las muestras, ya que a más edad se observa mayores consecuencias negativas de la exposición a eventos bélicos (Dangmann et al., 2021; El-Khodary y Samara, 2018), si bien no todos los estudios han encontrado este resultado (Oppeidal et al., 2018). Por último, los instrumentos utilizados para valorar los trastornos psicológicos y la exposición a eventos bélicos varían entre los estudios, pudiendo afectar a los resultados observados, lo que supone un problema para tener en cuenta cuando se interpretan.

La búsqueda de un lugar seguro y de refugio, fuera de una zona de guerra, no necesariamente supone el fin de la experiencia traumática, ni de las consecuencias de esta. Destaca el alto número de estudios en menores desplazados, siendo de especial importancia los resultados de estas investigaciones para los profesionales de la psicología en España, dado el elevado número de niños y niñas desplazados que hemos recibido en nuestro país tras la guerra de Ucrania y que se sitúa en un 38 % de los cerca de 130.000 refugiados ucranianos acogidos según UNICEF (2022). En los estudios desarrollados en los últimos años se ha detectado una alta frecuencia de trastornos por estrés postraumático en esta población (Halasa et al., 2020), así como

problemas ansioso-depresivos (Michalek et al., 2022), síntomas psicósomáticos (Hamdan-Mansour et al., 2017) y problemas sociales relacionados con la discriminación sufrida en el país receptor (Jore et al., 2020). Investigaciones previas también habían destacado la especial vulnerabilidad de los y las menores que han vivido un desplazamiento de las zonas de conflicto (Fazel et al., 2012; Pacione et al., 2013), que parece perdurar a pesar de los años.

En contraste con los problemas de salud mental detectados en menores expuestos a guerras y conflictos armados, la literatura también ha señalado factores protectores para los niños, niñas y adolescentes en zonas de conflicto o que han sufrido desplazamientos forzados. En esta línea, niveles altos de autoestima (Haj-Yahia et al., 2021) y un nivel alto de resiliencia (2) (Veronese et al., 2021) han mostrado un efecto moderador con las consecuencias negativas de la exposición a eventos traumáticos bélicos, mientras que un estilo de afrontamiento negativo se asocia a mayores consecuencias negativas (Khamis, 2021). Estos elementos deben incluirse en las intervenciones clínicas con víctimas de la guerra, para reforzar sus puntos fuertes y promover la resiliencia, así como la superación del trauma. También se recomienda trabajar con las familias, ya que se ha observado que pueden actuar tanto como factor de riesgo (Itani et al., 2017), como factor protector (Fazel et al., 2012) en el desarrollo de sintomatología clínica relacionada con la exposición a eventos bélicos.

Más allá de las problemáticas que sufren los niños, niñas y adolescentes expuestos a conflictos armados, es importante mencionar aquellas terapias, técnicas o intervenciones que han mostrado eficacia para trabajar con esta población y las consecuencias psicológicas que sufren. Betancourt et al. (2015) analizaron mediante un diseño longitudinal los elementos que debían priorizarse en las intervenciones con niños, niñas y adolescentes afectados por la guerra, observando que era necesario trabajar cuanto antes la sintomatología internalizante. Estos autores también recomendaban intervenciones de bajo coste, de carácter grupal, centradas en el trauma y con técnicas basadas en la evidencia, como línea de trabajo principal con esta población.

En esta línea, la *Youth Readiness Intervention*

(YRI) ha mostrado una mejoría en la salud mental y funcionamiento de los niños y niñas expuestos a un conflicto armado, así como efectos a largo plazo en la conducta y la implicación con los estudios (Betancourt et al., 2014). Por otro lado, la *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* ha resultado efectiva para reducir los síntomas depresivos (Ooi et al., 2016). Los síntomas relacionados con el trauma también se pueden trabajar con la *Narrative Exposure Therapy*, que ha mostrado ser efectiva con niñas, niños y adolescentes inmigrantes expuestos a la guerra (Kangaslampi et al., 2015; Wilker et al., 2020). Sin embargo, la terapia que más evidencia tiene en la reducción de problemas de salud mental y dificultades psicosociales es la *Trauma-Focused CBT* (Dawson et al., 2017; Murray et al., 2015; O'Callaghan et al., 2013).

Respecto a la investigación futura sobre las consecuencias psicológicas que tiene la guerra en niños, niñas y adolescentes, resulta necesario desarrollar instrumentos específicos de evaluación que permitan detectar las problemáticas de salud mental en los diferentes idiomas y contextos culturales, más allá de la adaptación de instrumentos estandarizados provenientes de países occidentales (Dimitry, 2012; Itani et al., 2017; Wessells, 2016). En relación con las medidas utilizadas, Itani et al. (2017) recomiendan el uso de grupos control para comparar el impacto en la salud mental entre menores expuestos y no expuestos a conflictos armados y guerras. Otro aspecto importante a tener en cuenta en el estudio de esta problemática es la fuente de información. En muchos estudios los informantes de la sintomatología clínica son los padres o cuidadores, siendo recomendable incluir la perspectiva del propio niño, niña o adolescente (Slone y Mann, 2016; Wessells, 2016). Algunos autores también destacan la necesidad de llevar a cabo estudios longitudinales para analizar la exposición a trauma relacionado con la guerra y sus efectos en la salud física y mental infanto-juvenil a largo plazo (Itani et al., 2017; Foster y Brooks-Gunn, 2015).

Limitaciones de la revisión

Esta revisión presenta algunas limitaciones que deben considerarse. Para empezar, el estudio de los efectos secundarios de la guerra en la

salud física y mental de los niños, niñas y adolescentes es extenso, pero únicamente se han presentado los resultados más actualizados, centrados en los últimos cinco años, si bien para un análisis detallado del fenómeno deben tenerse en cuenta los resultados hallados también en revisiones e investigaciones previas. Por otro lado, la mayoría de los estudios analizados se centran en regiones de oriente medio, encontrándose apenas estudios sobre zonas en conflicto en Europa, América del Sur, Asia o África. La reciente guerra de Ucrania supone una gran oportunidad para poder estudiar esta problemática en un país de contexto cultural similar y cuyos niños y niñas se encuentran desplazados, en una cantidad importante en España, si bien todavía no se han publicado artículos al respecto. Por ello, los resultados mostrados en esta revisión no pueden generalizarse a la población mundial, aunque sí permiten ofrecer una visión general de cuáles son las principales consecuencias en los niños, niñas y adolescentes de la exposición a conflictos bélicos, resaltando el enorme impacto que esta experiencia tiene sobre su desarrollo y que todo profesional del ámbito de la salud debe conocer.

Notas

(1) En este trabajo utilizaremos como sinónimos los términos guerra, conflicto armado, conflicto o evento bélico, para que la lectura no resulte repetitiva.

(2) Entendida por los autores como un proceso de adaptación y transformación de la pérdida, distanciamiento y cambio radical de circunstancias (Turner et al., 2012), mediante la movilización de competencias sociales y comportamientos (Bang y Collet, 2021).

Bibliografía

Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Rescorla, L. A., Turner, L. V. y Althoff, R. R. (2016). Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for Clinical and Research Applications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(8), 647-656.
<http://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.012>.

- Akgül, S., Hüsnü, Ş., Derman, O., Özmert, E., Bideci, A. y Hasanoğlu, E. (2019). Mental health of syrian refugee adolescents: How far have we come? *Turkish Journal of Pediatrics*, 61(6), 839-845.
- Bang, H. y Collet, B. (2021). "I Defeat Those Fears and Start a New Life": Iraqi Refugee Students' PTSD, Wisdom, and Resilience. Peace and Conflict: *Journal of Peace Psychology*. 27(2), 297-308.
<http://doi.org/10.1037/pac0000520>.
- Betancourt, T. S., McBain, R., Newnham, A., Akin-sulture-Smith, A. M., Brennan, R. T., Weisz, J. R. y Hansen, N. B. (2014). A Behavioral Intervention for War-Affected Youth in Sierra Leone: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(2), 1288-1297.
<http://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.09.011>.
- Betancourt, T. S., Gilman, S. E., Brennan, R. T., Zahn, I. y VanderWeele, T. J. (2015). Identifying Priorities for Mental Health Interventions in War-Affected Youth: A Longitudinal Study. *Pediatrics*, 136(2), e344-e350.
<http://doi.org/10.1542/peds.2014-1521>.
- Catani, C. (2018). Mental health of children living in war zones: a risk and protection perspective. *World Psychiatry*, 17(1), 104-105.
<http://doi.org/10.1002/wps.20496>.
- Dangmann, C., Solberg, O., Steffenak, A. K. M., Høye, S. y Andersen, P. N. (2021). Syrian Refugee Youth Resettled in Norway: Mechanisms of Resilience Influencing Health-Related Quality of Life and Mental Distress. *Frontiers in Public Health*, 9.
- Dawson, K., Joscelyne, A., Meijer, C., Steel, Z., Silove, D. y Bryant, R. A. (2017). A controlled trial of trauma-focused therapy versus problem-solving in Islamic children affected by civil conflict and disaster in Aceh, Indonesia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(3), 253-261.
<http://doi.org/10.1177/0004867417714333>
- Dimitry, L. (2012). A systematic review on the mental health of children and adolescents in areas of armed conflict in the Middle East. *Child: care, health and development*, 38(2), 153-161.
<http://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01246.x>.
- El-Khodary, B. y Samara, M. (2018). The effect of exposure to war-traumatic events, stressful life events, and other variables on mental health of Palestinian children and adolescents in the 2012 Gaza War. *The Lancet*, 391, S6.
- Eray, S., Murat, D., Ucar, H. N. y Gonullu, E. (2020). Psychological Well-Being Among Internally Displaced Adolescents and the Effect of Psychopathology on PTSD Scores Depends on Gender. *Community Mental Health Journal*, 56(8), 1489-1495.
- Eyüboğlu, M., Eyüboğlu, D., Sahin, B. y Fidan, E. (2019). Posttraumatic stress disorder and psychosocial difficulties among children living in a conflict area of the Southeastern Anatolia region of Turkey. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(5), 496.
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C. y Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*, 379, 266-282.
[http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60051-2](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60051-2).
- Foster, H. y Brooks-Gunn, J. (2015). Children's exposure to community and war violence and mental health in four African countries. *Social Science & Medicine*, 146, 292-299.
<http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.020>.
- Gunes, S. y Guvenmez, O. (2020). Psychiatric symptoms in traumatized Syrian refugee children settled in Hatay. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(4), 307-310.
- Haj-Yahia, M. M., Greenbaum, C. W. y Lahoud-Shoufany, L. (2021). Palestinian Adolescents' Prolonged Exposure to Political Violence, Self-Esteem, and Post-Traumatic Stress Symptoms. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(9-10), 4137-4164.
- Halasa, S., Hamdan-Mansour, A. M., Salami, I. y Alenezi, A. (2020). Post-Traumatic Stress and Social Anxiety Among Children of Syrian Refugees in Jordan. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18(6), 1611-1619.
- Hamdan-Mansour, A. M., Abdel Razeq, N. M., AbdulHaq, B., Arabiat, D. y Khalil, A. A. (2017). Displaced Syrian children's reported physical and mental wellbeing. *Child and Adolescent Mental Health*, 22(4), 186-193.
- Itani, L., Jaalouk, D., Fayyad, J., Toress Garcia, J., Chidiac, F. y Karam, E. (2015). Exposure to War-Related Traumata among Arab Children and Adolescents: A Review. *The Arab Journal of Psychiatry*, 26(2), 107-128.
<http://doi.org/10.12816/0014478>.

- Itani, L., Jaalouk, D., Fayyad, J., Toress Garcia, J., Chidiac, F. y Karam, E. (2017). Mental Health Outcomes for War Exposed Children and Adolescents in the Arab World. *The Arab Journal of Psychiatry*, 28(1), 1-25.
<http://doi.org/10.12816/OO36878>.
- Jayuphan, J., Sangthong, R., Hayeewani, N., As-sanangkornchai, S. y McNeil, E. (2020). Mental health problems from direct vs indirect exposure to violent events among children born and growing up in a conflict zone of southern Thailand. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(1), 57-62.
- Jore, T., Oppedal, B. y Biele, G. (2020). Social anxiety among unaccompanied minor refugees in Norway. The association with pre-migration trauma and post-migration acculturation related factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 136, 1-8.
- Kadir, A., Shenoda, S., Goldhagen, J. y Pitterman, S. (2018). The Effects of Armed Conflict on Children. *Pediatrics*, 142(6), e20182586.
<http://doi.org/10-1542/peds.2018-2586>.
- Kadir, A., Shenoda, S. y Goldhagen, J. (2019). Effects of armed conflict on child health and development: A systematic review. *PLOS One*, 14(1), e0210071.
<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0210071>.
- Kangaslampi, S., Garoff, F. y Peltonen, K. (2015). Narrative exposure therapy for immigrant children traumatized by war: study protocol for a randomized controlled trial of effectiveness and mechanisms of change. *MBC Psychiatry*, 15, 127.
<http://www.doi.org/10.1186/s12888-015-0520-z>.
- Karam, E. G., Fayyad, J. A., Farhat, C., Pluess, M., Haddad, Y. C., Tabet, C. C., Farah, L. y Kessler, R. C. (2019). Role of childhood adversities and environmental sensitivity in the development of post-traumatic stress disorder in war-exposed Syrian refugee children and adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 214(6), 354-360.
- Khamis, V. (2021). Impact of pre-trauma, trauma-specific, and post-trauma variables on psychosocial adjustment of Syrian refugee school-age children. *Journal of Health Psychology*, 26(11), 1780-1790.
- Khamis, V. (2022). Neuroticism as Mediator and Moderator Between War Atrocities and Psychopathology in Syrian Refugee Children and Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 13, 1-7.
- Kheirallah, K. A., Cobb, C. O., Alsulaiman, J. W., Alzoubi, A., Hoetger, C., Kliwer, W. y Mzayek, F. (2020). Trauma exposure, mental health and tobacco use among vulnerable Syrian refugee youth in Jordan. *Journal of Public Health*, 42(3), E343-E351.
- Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Hertzog, C. y Blatt, S. J. (1999). A Multivariate Model of Gender Differences in Adolescents' Internalizing and Externalizing Problems. *Developmental Psychology*, 35(5), 1268-1282.
<http://doi.org/10.1037//0012-1649.35.5.1268>.
- Marroquín-Rivera, A., Rincón Rodríguez, C. J., Padilla-Munóz, A. y Gómez-Restrepo, C. (2020). Mental health in adolescents displaced by the armed conflict: Findings from the Colombian national mental health survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(1), 1-8.
- Michalek, J., Lisi, M., Binetti, N., Ozkaya, S., Hadfield, K., Dajani, R. y Mareschal, I. (2022). War-related trauma linked to increased sustained attention to threat in children. *Child Development*, 93(4), 900-909.
- Murray, L. K., Skavenski, S., Jeremy, C. K., Mayeya, J., Dorsey, S., Cohen, J. A., Michalopoulos, L. T. M., Imasiku, M. y Bolton, P. A. (2015). Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Among Trauma-Affected Children in Lusaka, Zambia. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatrics*, 168(8), 761-769.
<http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0580>.
- O'Callaghan, P., McMullen, J., Shannon, C., Rafferty, H. y Black, A. (2013). A Randomized Controlled Trial of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Sexually Exploited, War-Affected Congolese Girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(4), 359-369.
<http://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.01.013>.
- Office of the Special Representative of the Secretary-General for Children and Armed Conflict (2013). *The Six Grave Violations Against Children During Armed Conflict: The Legal Foundation*. United Nations.
- Ooi, C. S., Rooney, R. M., Robers, C., Kane, R. T., Wrigth, B. y Chatzisarantis, N. (2016). The Efficacy of a Group Cognitive Behavioral Therapy for War-Affected Young Migrants Living in Australia: A Cluster Randomized Controlled

- Trial. *Frontiers Psychology*, 7, 1641.
<http://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01641>.
- Oppedal, B., Ozer, S. y Sirin, S. R. (2018). Traumatic events, social support and depression: Syrian refugee children in Turkish camps. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 13(1), 46-59.
- Owoso, A., Jansen, S., Ndeti, D. M., Musau, A., Mutiso, V. N., Mudenge, C., Ngirababyeyi, A., Gasovya, A. y Mamah, D. (2018). A comparative study of psychotic and affective symptoms in Rwandan and Kenyan students. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(2), 157-168.
- Pacione, L., Measham, T. y Rousseau, C. (2013). Refugee Children: Mental Health and Effective Interventions. *Current Psychiatry Reports*, 15(2), 341.
<http://doi.org/10.1007/s11920-012-0341-4>.
- Piñeros-Ortiz, S., Moreno-Chaparro, J., Garzón-Orjuela, N., Urrego-Mendoza, Z., Samacá-Samacá, D. y Eslava-Schmalbach, J. (2021). Consecuencias de los conflictos armados en la salud mental de niños y adolescentes: revisión de revisiones de la literatura. *Biomedica*, 41, 424-448.
<http://doi.org/10.7705/biomedica.5447>.
- Rieder, M. y Choonara, I. (2011). Armed conflict and child health. *Archives of Disease in Childhood*, 97(1), 59-62.
<http://doi.org/10.1136/adc.2009.178186>.
- Rizkalla, N., Mallat, N. K., Arafa, R., Adi, S., Soudi, L. y Segal, S. P. (2020). "Children Are Not Children Anymore; They Are a Lost Generation": Adverse Physical and Mental Health Consequences on Syrian Refugee Children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8378.
- Rothe, E. M., Pumariega, A. J., Mihajlovic, A. S., May, C., Ruiz, P. y Perras, N. (2019). Shelter From the Storm: Psychiatric Diagnosis and Treatment of the Refugee Patient. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 18(3), 121-133.
<http://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000164>.
- Samara, M., Hammuda, S., Vostanis, P., El-Khodary, B. y Al-Dewik, N. (2020). Children's prolonged exposure to the toxic stress of war trauma in the Middle East. *BMJ*, 19(371), m3155.
<http://doi.org/10.1136/bmj.m3155>.
- Sapmaz, Ş. Y., Tanrıverdi, B. U., Öztürk, M., Gözaçanlar, Ö., Ülker, G. Y. y Özkan, Y. (2017). Immigration-related mental health disorders in refugees 5-18 years old living in Turkey. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2813-2821.
- Save the Children (2019). *No a la Guerra contra la infancia*. Recuperado de:
https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/informe_no_a_la_guerra_contra_la_infancia.pdf
- Scoglio, A. A. J. y Salhi, C. (2020). Violence Exposure and Mental Health Among Resettled Refugees: A Systematic Review. *Trauma, Violence & Abuse*, 22(5), 1192-1208.
<http://doi.org/10.1177/1524838020915584>.
- Shenoda, S., Kadir, A., Pitterman, S. y Goldhagen, J. (2018). The Effects of Armed Conflict on Children. *Pediatrics*, 142(6), e20182585.
<http://doi.org/10.1542/peds.2018-2585>.
- Slone, M. y Mann, S. (2016). Effects of War, Terrorism and Armed Conflict on Young Children: A Systematic Review. *Child Psychiatry and Human Development*, 47(6), 950-965.
<http://doi.org/10.1007/s10578-016-0626-7>.
- Slone, M. y Peer, A. (2021). Children's Reactions to War, Armed Conflict and Displacement: Resilience in a Social Climate of Support. *Current Psychiatry Reports*, 23(11), 76.
<http://doi.org/10.1007/s11920-021-01283-3>.
- Slone, M. y Shoshani, A. (2021). Effects of War and Armed Conflict on Adolescents' Psychopathology and Well-Being: Measuring Political Life Events among Youth. *Terrorism and Political Violence*, 34(8), 1797-1809.
<http://doi.org/10.1080/09546553.2020.1839427>.
- Tabur, S., Tufan, A. E., Çeri, V. y Semerci, B. (2019). Syrian Civil War's effects on Turkish school children: prevalence and predictors of psychopathology. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 811-816.
- Turner, J. E., Goodin, J. B. y Lokey, C. (2012). Exploring the roles of emotions, motivations, self-efficacy, and secondary control following critical unexpected life events. *Journal of Adult Development*, 19, 215-227.
<http://doi.org/10.1007/s10804-012-9148-0>.
- UNICEF (2022). *La situación de los niños y niñas de Ucrania es cada vez más desesperada: 2 de cada 3 están desplazados o refugiados* [en línea]. Recuperado de:
<https://www.unicef.es/prensa/ucrania-2-de>

[cada-3-ninos-desplazados-o-refugiados](#)
Veronese, G., Pepe, A. y Giordano, F. (2021). Child Psychological Adjustment to War and Displacement: A Discriminant Analysis of Resilience and Trauma in Syrian Refugee Children. *Journal of Child and Family Studies*, 30(10), 2575-2588.
Wessells, M. G. (2016). Children and Armed Conflict: Introduction and Overview. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 22(3), 198-207.

<https://doi.org/10.1037/pac0000176>.
Wilker, S., Catani, C., Wittman, J., Preusse, M., Schmidt, T., May, T., Ertl, V., Doering, B., Rosner, R., Zindler, A. y Neuner, F. (2020). The efficacy of Narrative Exposure Therapy for Children (KIDNET) as a treatment for traumatized young refugees versus treatment as usual: study protocol for a multi-center randomized controlled trial (YOURTREAT). *Trials*, 21(1), 185.
<http://doi.org/10.1186/s13063-020-4127-4>.

Anexos

Tabla 1. Consecuencias más comunes tras la exposición a zonas de conflicto armado

Consecuencias más comunes tras la exposición a conflictos bélicos	Niños, niñas y adolescentes residentes en zonas de conflicto	Niños, niñas y adolescentes refugiados en otras zonas
Sintomatología postraumática	El-Khodary y Samara, 2018; Eray et al., 2020; Eyüboğlu et al., 2019; Haj-Yahia et al., 2021; Jayuphan et al., 2020; Marroquín-Rivera et al., 2020; Mels et al., 2018; Tabur et al., 2019	Dangmann et al., 2021; Gunes y Guvenmez, 2020; Halasa et al., 2020; Karam et al., 2019; Kheirallah et al., 2020; Michalek et al., 2022; Oppedal et al., 2018; Veronese et al., 2021
Sintomatología emocional	El-Khodary y Samara, 2018; Eray et al., 2020; Eyüboğlu et al., 2019; Jayuphan et al., 2020; Marroquín-Rivera et al., 2020; Tabur et al., 2019	Akgül et al., 2019; Dangmann et al., 2021; Gunes y Guvenmez, 2020; Hamdan-Mansour et al., 2017; Jore et al. 2020; Khamis, 2021; Khamis, 2022; Kheirallah et al., 2020; Michalek et al., 2022; Oppedal et al., 2018; Veronese et al., 2021
Problemas de conducta	El-Khodary y Samara, 2018; Eray et al., 2020; Eyüboğlu et al., 2019; Tabur et al., 2019; Tabú et al., 2019	Dangmann et al., 2021; Jore et al. 2020; Oppedal et al., 2018; Marroquín-Rivera et al., 2020

Tabla 2. Otros síntomas y problemas identificados como consecuencia de la exposición a conflictos armados

Otros síntomas y problemas consecuencia de la exposición a conflictos bélicos	
Ansiedad social	Halasa et al., 2020; Jore et al. 2020
Dificultades interrelacionales	Dangmann et al., 2021; Jore et al. 2020; Oppedal et al., 2018
Hostilidad/ Ira	Hamdan-Mansour et al., 2017;
Síntomas psicósomáticos	Akgül et al., 2019; Hamdan-Mansour et al., 2017;
Dificultades cognitivas	Michalek et al., 2022
Síntomas psicóticos	Owoso et al., 2017
Estrés percibido	Dangmann et al., 2021;
Preocupaciones sobre salud física	Hamdan-Mansour et al., 2017
Baja autoestima	Haj-Yahia et al., 2021;
Consumo de sustancias	Marroquín-Rivera et al., 2020;

Organizaciones límite en la infancia. Estudio de caso desde la psicoterapia focalizada en la transferencia

XAVIER COSTA¹

RESUMEN

Organizaciones límite en la infancia. Estudio de caso desde la psicoterapia focalizada en la transferencia. En el presente trabajo, se plantea si pudiera estar indicado aplicar lo que sabemos sobre la psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP) a niños con personalidad límite, a partir de las ideas de Paulina y Otto Kernberg. Se presenta el caso de una niña de seis años en la que se observa una falta de integración interna que, como consecuencia principal, generaba graves conflictos en sus relaciones. Se le indicó una psicoterapia con frecuencia semanal centrada en las técnicas descritas para la TFP. A través del análisis del caso, se discuten sus peculiaridades técnicas a la luz de los resultados. **Palabras clave:** *psicoterapia focalizada en la transferencia, trastorno límite de la personalidad, integración, adolescencia, infancia.*

ABSTRACT

Borderline organizations in childhood. Case study from transference-focused psychotherapy. In this paper, it is considered whether it could be indicated to apply what we know about transference-focused psychotherapy (TFP) to children with borderline personality, based on the ideas of Paulina and Otto Kernberg. The case of a six-year-old girl is presented in which a lack of internal integration was observed which, as a main consequence, generated serious conflicts in her relationships. She was prescribed weekly psychotherapy focused on the techniques described for TFP. Through the analysis of the case, its technical peculiarities are discussed in the light of the results. **Key words:** *transference-focused psychotherapy, borderline personality disorder, integration, adolescence, childhood.*

RESUM

Organitzacions límit a la infantesa. Estudi de cas des de la psicoteràpia focalitzada en la transferència. En aquest treball, es planteja si pogués estar indicat aplicar el que sabem sobre la psicoteràpia focalitzada en la transferència (TFP) a nens amb personalitat límit, a partir de les idees de Paulina i Otto Kernberg. Es presenta el cas d'una nena de sis anys en què s'observa una manca d'integració interna que, com a conseqüència principal, generava greus conflictes en les seves relacions. Se li va indicar una psicoteràpia amb freqüència setmanal centrada en les tècniques descrites per a la TFP. Mitjançant l'anàlisi del cas, es discuteixen les seves peculiaritats tècniques a la llum dels resultats. **Paraules clau:** *psicoteràpia focalitzada en la transferència, trastorn límit de la personalitat, integració, adolescència, infància.*

Introducción

Para P. Kernberg (1990), una psicoterapia basada en la clarificación, la confrontación y la interpretación del *aquí y ahora* de la relación terapéutica contribuye a la mejora del niño con

organización límite de la personalidad (OLP). Estas intervenciones son las técnicas centrales de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP), tanto para adultos (Yeomans et al., 2015) como para adolescentes (Normandin et al., 2015). Aunque también son técnicas fundamentales del

¹Psicólogo y psicoterapeuta acreditado en TFP-A, Fundació Orienta, Grup-TLP Barcelona. Estudiante pre-doctoral en GREVIA (Universitat de Barcelona). Profesor colaborador en la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) y en la Universitat Internacional de Catalunya (UIC).

Contacto: xcosta@fundacioorienta.com

Recibido: 22/2/21 - Aceptado: 6/1/23

psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica, la TFP está más focalizada en la transferencia y en el afecto dominante; también la realidad externa tiene un papel más importante (O. Kernberg, comunicación personal, 29 de junio, 2017).

En el presente trabajo, se plantea si pudiera estar indicado aplicar lo que sabemos sobre la TFP a niños con OLP. A través del análisis de un caso, se discutirán sus peculiaridades técnicas a la luz de los resultados.

Para ello, voy a partir de las ideas principales de los autores más representativos que han abordado cuidadosamente la conceptualización de la OLP y de los rasgos del trastorno límite de la personalidad (TLP).

Mi hipótesis es que la TFP, al tener como objetivo la integración del mundo interno escindido característico de los pacientes con OLP, puede ser un marco válido para aquellos niños que presentan sintomatología clínica compatible con esta estructura de personalidad.

Niños con organización límite de la personalidad

Si el diagnóstico de TLP para los adolescentes ya resulta controvertido (Normandin et al., 2015), todavía lo es más para niños en edad escolar –o, incluso, preescolar–, teniendo en cuenta que una clasificación diagnóstica tan utilizada como el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) mantiene que el inicio de un trastorno de la personalidad (TP) “se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta” (p. 359).

No obstante, existen bastantes autores que defienden la idea de que se pueden observar rasgos y tendencias de tipo límite en niños muy pequeños. Incluso algunos, como Goldman et al. (1992), hicieron un esfuerzo en adaptar los criterios del TLP para adultos del DSM-III-R (APA, 1987) a niños: patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas; impulsividad de riesgo en, al menos, dos áreas; inestabilidad afectiva; ira inapropiada, intensa e incontrolable; intentos o amenazas suicidas recurrentes; alteración persistente de la autopercepción y la autorepresentación; sentimientos crónicos de vacío o de aburrimiento; y máxima preocupación de sufrir abandonos reales o imaginados (pág. 1724).

Picanyol (2012) afirma que “alguno de los

rasgos específicos del TLP se presentan ya en la infancia o la adolescencia e interfieren con el desarrollo normal”, a partir de una revisión bibliográfica sobre el diagnóstico. Cita algunos interesantes estudios que se han dedicado a explorar los rasgos límite en niños en edad escolar. Por ejemplo, Bernstein et al. (1996) comprobaron que los TP diagnosticados en la adolescencia tienen como antecedentes trastornos del eje I en la infancia. La autora cita también el BPFS-C, un instrumento de autoevaluación diseñado por Crick et al. (2005) para diagnosticar TLP en la infancia. Estos autores descubrieron, por ejemplo, que algunos rasgos detectados con el BPFS-C en la infancia se mantenían estables hasta la edad adulta.

La revisión de Li et al. (2021) concluye que es posible predecir el desarrollo del TLP en la vida adulta a partir de la observación de algunas características de los niños, como la impulsividad y la inestabilidad emocional, entre otras, a pesar de que, en algunos de ellos estos rasgos desaparecen después de la adolescencia (Cramer, 2016).

También resulta interesante la revisión de Trias (2022) sobre el TLP en niños, concretamente las aportaciones de Álvarez (2000, 2004), que lo asocia con un retraso generalizado en el desarrollo, y las de Zeanah (2000), que lo vincula a las alteraciones en los patrones de apego.

Paulina Kernberg y su equipo (Kernberg et al., 2001) fueron pioneros en la búsqueda de los pródromos de los trastornos de la personalidad ya en la primera infancia. De hecho, consideraban que podían observarse ciertos rasgos en edades muy tempranas tanto en la conducta como en las relaciones con los demás, que determinan su desarrollo. Según Kernberg “los niños muestran rasgos como egocentrismo, inhibición, prudencia, confianza en uno mismo, sociabilidad, actividad, resentimiento, oposicionismo, y muchos otros en combinaciones que perduran en el tiempo y en las situaciones, y normalmente se expresan de manera flexible y adaptativa”, pero si estos “se vuelven inflexibles, desadaptativos y crónicos; causan importantes discapacidades en la funcionalidad; cambios abruptos e imprevisibles; o estrés subjetivo; estamos tratando con trastornos de la personalidad, sin importar la edad” (Kernberg, 1990).

P. Kernberg et al. (2001) destacan, por ejemplo, que el sentido del sí mismo empieza a desarrollarse con la aparición de la vergüenza antes de los dos años, como una primera muestra de autoconsciencia (Lewis, 1993, citado por Kernberg et al., 2001). Rasgos como la impulsividad que caracterizará el futuro paciente con TLP o la falta de empatía de los trastornos narcisistas pueden observarse ya en edad preescolar, así como la intolerancia a la separación con la madre, la incapacidad para expresar un abanico mínimamente amplio de sentimientos y cierta incertidumbre respecto las distinciones sexuales. Por otra parte, déficits en las pruebas de realidad o en los procesos de pensamiento pueden detectarse en la edad escolar, así como la dificultad para mantener un sentido mínimamente consistente de la identidad de género, para el control de los impulsos y para disfrutar de las relaciones con los iguales y para la autonomía respecto los padres. Podemos observar cómo estos déficits están poniendo en riesgo la estructura de la identidad, dada la dificultad para desarrollar una consciencia acerca de poseer una vida mental separada de otros.

Para P. Kernberg, en los casos con tendencia límite, “hay una distorsión (y no una fijación) del desarrollo, viéndose afectados los procesos de separación-individuación, y por ello la consolidación del funcionamiento yoico (y la integración del superyó) y la estabilidad de la identidad. En consecuencia, fracasan al utilizar estrategias de afrontamiento *-coping-* inadaptadas (...), que afectan tanto a las relaciones familiares (...), como a las relaciones con sus compañeros, y a sus capacidades cognitivas, motoras y perceptivas” (Lasa, 2009, p. 120.).

Otto Kernberg (1975) estudió la patología límite desde la óptica estructural, denominando *organización límite de la personalidad* (OLP) no sólo el TLP sino otros tipos de TP que compartían ciertos rasgos, como “la falta de tolerancia a la ansiedad, el control deficiente de impulsos, la ausencia de canales sublimatorios suficientemente desarrollados (debilidad del yo), y la presencia de unas relaciones objetales internalizadas patológicas” (Yeomans et al., 2016, p. 23). La estructura de la personalidad viene dada por las relaciones de objeto que el individuo ha ido internalizando desde el nacimiento, y representan

las experiencias que tiene de sí mismo y de los demás. Los afectos intensos que vive el bebé se organizan en positivos y negativos, en buenos y malos, según la experiencia sea placentera o aversiva. Durante la primera infancia, estas representaciones extremas irán integrándose, y permitirán al niño construir una relación consigo mismo y con los demás compleja y realista. Entenderá que tanto él como las personas significativas de su vida tienen características buenas y malas, pueden resultar gratificantes en unas ocasiones y frustrantes en otras. En las personas con OLP, este proceso de integración de las relaciones de objeto internalizadas no se acaba desarrollando del todo. Su mundo interno quedará escindido en representaciones internas totalmente buenas y totalmente malas, tal y como ya describió Melanie Klein (1946). Esta escisión no deja de ser una manera de proteger las representaciones *buenas*, ideales, de los impulsos destructivos y hostiles asociados a las representaciones malas. Además, es un intento –aunque precario– de organizar los afectos caóticos propios de la OLP y, aunque consigue de esta manera aliviar mínimamente la ansiedad, acaba resultando un obstáculo para la intimidad (ya que en el otro ha proyectado esas representaciones *malas*, destructivas y, por tanto, amenazantes) y las relaciones interpersonales.

Según Yeomans et al. (2016), para entender la conducta manifiesta, puede resultar útil imaginarse la relación con los demás como si se tratara de un drama, donde los diferentes actores no dejan de ser representaciones internas del sí mismo y del otro, que aparecen en escena según el afecto que se haya activado.

En TFP, a estos “dramas” se los denomina *díadas* y son “los bloques de construcción de las estructuras psicológicas (...). Sirven de organizadores de la motivación y la conducta (...); son unidades compuestas de una representación del sí mismo y de una representación del otro, unidos por un afecto relacionado o representando un impulso” (págs. 3-4). La díada resulta el objeto de trabajo de la TFP, ya que será mediante ellas que los niños con OLP van a vehicular los conflictos intrapsíquicos tanto en su día a día como en la relación entre paciente y terapeuta (Doering, 2014).

No existen, en la literatura, muchas experiencias en las que se describa la aplicación de las técnicas, tácticas y estrategias de la TFP en la psicoterapia de niños con OLP, excepto las del grupo que Irmgard Kreft lidera en Berlín (Kreft et al., 2014; Kreft, 2015a, 2015b). Kreft defiende que los niños muestran sus diadas en las relaciones de objeto y sus mecanismos de defensa de manera muy diferente a como lo hacen los adultos (Kreft, 2015b). Cabe destacar que, para este grupo, un criterio esencial para diagnosticar un niño de OLP es la incapacidad para acceder al juego simbólico, tendiendo a comunicar sus diadas mediante la actuación (Kreft, 2015b; Kreft et al., 2014). En el caso que analizaremos, esta será una cuestión crucial.

Presentación del caso

Sara tiene seis años. Los padres consultan alertados por los constantes conflictos que Sara genera con sus compañeras de clase. Parece que las controla, las manipula, las agrede si no hacen lo que ella quiere. Algunas han llegado a provocarse el vómito para no estar con ella en la hora del recreo. Los padres se sienten confusos, no saben cómo entender la conducta de Sara. Tiene una hermana pequeña con la que se lleva bien. No obstante, se alarmaron al oír que Sara dijo un día que “a todos los bebés habría que matarlos”. Lo dijo delante de otras madres, muy seria y serena. La definen como una niña autoritaria, de carácter fuerte, muy perfeccionista, exigente y competitiva.

Los padres comentan que Sara no ha sido nunca una niña fácil. Tenía muchas dificultades para la alimentación, ya desde la lactancia. La madre no pudo darle el pecho más que diez días. Recuerda la situación como muy dura para ambas. También tuvo muchas dificultades en la incorporación de alimentos sólidos. Era muy inquieta, también durante la noche: se despertaba mucho, tenía pesadillas y sueños agitados.

Fase inicial

En el primer contacto que tengo con Sara, me dice que no va a hablar de los problemas del colegio. Su actitud me parece desafiante y provocadora. Mira los juguetes con desprecio y se muestra decepcionada cuando le propongo

dibujar, como si fuera algo trivial, pueril. Todos los dibujos hacen referencia a mí. En el de la persona, por ejemplo, me dibuja desnudo, con un perro al lado que lame mis genitales y después “se mea”. Dibuja un bocadillo de cómic donde escribe “¡lo que faltaba!”. Cuando acaba la sesión, cuenta a los padres lo que ha dibujado, como si presumiera de su hazaña. Es una actitud que me sorprende; me muevo entre una sensación de cierta perplejidad y también de que ha logrado empequeñecerme. Por una parte, me sorprende que cuente algo así; pienso en que quizás no puede preservar su intimidad, tal vez porque no la haya experimentado nunca. Por otra parte, pienso en las niñas a las que acosa en el patio: puedo empatizar con sus vivencias de haberme sentido agredido, humillado y despojado de mis recursos para hacerle frente.

Sara es una niña inteligente y aparentemente con recursos yoicos, así que sorprenden estos aspectos tan primitivos. Como primera hipótesis, pienso en que tal vez utiliza la inteligencia para compensar y huir de las situaciones caóticas, en las que debe sentirse confundida, malentendida y perdida. Y precisamente así, mediante la proyección, debe hacer sentir a su entorno.

En este primer contacto, Sara se muestra muy excitada e indiferenciada, con un contacto invasivo que me hace pensar en ansiedades muy primitivas. Cuando la sesión termina, se niega a recoger y me dice que quiere quedarse en la consulta “para siempre”. Esta situación se repetirá con frecuencia a lo largo del tratamiento y con mucha intensidad en las visitas diagnósticas. A Sara le cuesta mucho despedirse. Cuando es la hora de recoger, con mucha excitación, desordena la consulta: los juguetes, las sillas, etc., de manera que una vez ya se ha ido, me tengo que quedar recogiendo, con ella en mi cabeza, y con el caos, mientras ella se queda tranquila.

Me hace pensar que algo similar también debe pasar con sus amigas en la escuela: me planteo hasta qué punto el intento de control y manipulación del otro no deja de ser una manera de organizar sus afectos y calmar así su ansiedad. La que queda desorganizada, con toda la ansiedad, es aquella que acaba provocándose el vómito para no salir al recreo, de la misma manera que el terapeuta acaba representado en el

dibujo orinado y desnudo, o en medio del caos de la consulta, mientras ella se queda protegida de estos afectos negativos: son los otros los que quedan desorganizados, dañados, rotos, mientras ella mantiene el control. Además, le sirve para sentirse ligada al otro, que queda con ella, indiferenciada, en sus pensamientos.

Este ejemplo concreto me hace pensar en que tal vez se ha activado una díada que parece protegerla de la vivencia de abandono delante de la expectativa de la despedida del terapeuta. El afecto que le provoca la finalización de la sesión podría resultarle intolerable y, organizando esta díada, ella podría sentir que mantiene el control y deja al otro con el caos. Me imagino que es como si tuviera una baraja con sólo estas cartas: ella debe quedarse con la del control para no quedarse con la del caos. Parece que no tiene alternativa.

En otra de estas primeras sesiones, a la hora de recoger, me dice que la piensa “liar mucho”. Le digo que parece que, de esta manera, quiere conseguir que me quede más tiempo pensando en ella, una vez ya se ha ido. Ella afirma. Añado que, además, parece disfrutar con ello. Me dice que sí. Vemos en este ejemplo una interpretación transferencial que se queda en la primera díada. No se ha hablado de su vivencia de abandono todavía, sino de su necesidad para provocar en el terapeuta un estado mental y colocarlo en un rol determinado en la díada.

El episodio escolar ha servido para traerla a la consulta y parece que esconde un carácter difícil que todos sufren. A Sara se le explica que parece que le cuesta mucho tolerar las frustraciones y que hace grandes esfuerzos para salirse con la suya a cualquier precio. Al final, no obstante, llega la decepción y se enfada. Ponemos como objetivo terapéutico que aprenda a pensar, a hablar, a negociar con los otros, a ver y comprender las cosas que le pasan y que no puede entender. Sara no puede hablar de sentimientos de tristeza, de dolor. En definitiva, parece que no sabe cómo integrar los sentimientos negativos, que están proyectados siempre fuera. El trabajo terapéutico se plantea *focalizado en la transferencia*, con el objetivo de que la relación terapéutica pueda ser un reflejo de cómo Sara se relaciona con los demás y pueda integrar una nueva manera de hacerlo.

Durante la fase inicial del tratamiento, se establece la alianza terapéutica. El encuadre terapéutico permite abrir un espacio donde sus afectos van a poder ser contenidos y tolerados. En estas primeras visitas, Sara puede experimentar que sus ataques contra el terapeuta no solamente no lo destruyen ni alimentan ninguna venganza, sino que se les puede dar un sentido. Es frecuente, además, que los pacientes con OLP inicien el tratamiento poniendo a prueba el encuadre terapéutico; debido a la dificultad que suelen tener para confiar en el otro por miedo al abandono o a ser heridos, tienden a hacer grandes esfuerzos para controlar al terapeuta (Yeomans et al., 2016, p. 425). Lo hemos visto en Sara, cuando en estas primeras sesiones necesita desordenar la consulta antes de marcharse, desafiando los límites de contrato terapéutico, que establece que debe recoger antes de finalizar la sesión. En una de las sesiones en las que se niega a recoger, por ejemplo, le recuerdo el contrato y le digo: “si necesitas más tiempo, el próximo día tendremos que acabar antes”. Aunque esta es una consecuencia lógica, Sara capta que se trata de una actuación del terapeuta, que ha *dramatizado* su papel en la díada, quedándose con el malestar. El terapeuta, entonces, actúa y la amenaza con el castigo de recortar el tiempo de juego. La respuesta de Sara, rápida e inteligente, no se hace esperar: “¿Ves? Ahora sí que te has puesto nervioso”, que exclama con placer al haber logrado controlarme.

Fase intermedia

Mediante la constancia del rol del terapeuta -y los esfuerzos de este para no salir de la neutralidad-, Sara puede ir comprendiendo el marco de las sesiones y la relación terapéutica. De esta manera, se llega a un mayor equilibrio que permite, por un lado, una disminución de los momentos caóticos tan presentes durante la fase inicial y una mejoría en la observación de la propia experiencia mental. Tengo la impresión de que puedo empezar a verbalizar interpretaciones sobre la díada que Sara utiliza para defenderse de otra díada. Durante la fase inicial, se prestaba especial atención a la tendencia de Sara de colocar al terapeuta en el caos para mantenerse ella en una posición de poder y control. De esta manera, parece que Sara conseguía

tolerar, por el momento, sus ansiedades de separación y sus vivencias de abandono. Ahora, puedo intentar interpretar este segundo nivel. No obstante, parece que este cambio obliga a Sara a recolocarse y la lleva, también, a actuar el conflicto.

Sara se enfada conmigo porque considera que no contesto las preguntas personales: “estoy enfadada un montón contigo (...). Eres la persona más rara que conozco (...). Te tendrías que llamar idiota... no, no, mejor *no-contesta-preguntas*”. El terapeuta, en su neutralidad técnica, intenta no dejarse colocar en el papel de la diáda del “controlado” y Sara no puede tolerarlo, ya que eso implica asumir ella la pérdida de control y, por tanto, el riesgo de ser abandonada. A partir de esta situación, Sara inicia todas las sesiones poniendo una barrera física entre ella y yo, colocando el mobiliario de la sala y la caja de juegos de manera que apenas la veo. Se inicia una etapa –que durará varios meses– en que Sara deja de hablar y jugar en las sesiones para escenificar este rechazo a la relación terapéutica. La labor del terapeuta, en este caso, consiste en seguir verbalizando la situación afectiva dominante en estos momentos e interpretando la diáda, sin salirse del encuadre de la neutralidad técnica.

Yeomans et al. (2016) afirman que existen tres niveles de interpretación en TFP. Delante de la actuación de Sara de poner la barrera, podemos observar estos tres niveles. En un primer momento, le señalo que pone la barrera “para parar todo lo que diga, para no escucharme (...) o para no escuchar cosas que son difíciles de pensar”. En este primer nivel, se interpreta la defensa que no permite entrar en contacto con el afecto dominante. En un segundo nivel, se interpreta la diáda: “pensaba que, además, pones esta barrera tal vez pensando que no necesitas nada de mí”. El tercer nivel consiste en interpretar cómo esta diáda se defiende de la otra: “si haces como si yo no estuviera, tal vez sientes que no te da tanto miedo que te pueda dejar, olvidarme de ti”. Sara recibe estas interpretaciones entre el enfado y el silencio.

Durante esta fase del tratamiento, toda la intensidad afectiva está colocada en la relación terapéutica. Fuera de ella, Sara ha hecho una mejoría muy significativa: los conflictos en la

escuela han cesado, la relación con sus padres y su hermana se han normalizado y puede mantener un grupo de iguales a los que no necesita controlar para sentirse segura en la relación. Esto podría ser debido a que en esta fase se da una mejor contención de los afectos que lleva una reducción de la intensidad de estos. Sara puede asumir nuevas maneras de conceptualizar su *self* y a los otros, a los que no necesita poner en una situación de inferioridad.

Fase final

Después de unos meses difíciles para el terapeuta delante de la actitud de Sara de no colaborar en absoluto, espontáneamente empieza a explicar algunas cosas que le preocupan. Mantiene la barrera, pero permite el contacto visual y el diálogo. En alguna ocasión, deja abierta una “puerta” (en sus palabras). En una de estas sesiones, dice “me gusta venir y no hacerte ni caso”. Sara también ha dejado de desordenar al finalizar las sesiones. Ahora ordena la sala al acabar, aunque no guarda los juguetes en la caja. Poco a poco, esta actitud desafiante deja paso a un interés genuino a la relación terapéutica. Sara nunca quiere recoger, pero da la impresión de que se trata de un intento de alargar el tiempo de la sesión: Sara se siente a gusto.

La mejoría fuera de la consulta es evidente, corroborada tanto por los padres como por el colegio. El trabajo terapéutico ha permitido la integración de las partes disociadas del *self* y permite a Sara una conducta reparadora, que se evidencia en las sesiones. En una de ellas, Sara es consciente que dentro de su cabeza tiene “un angelito y un demonio”, y añade: “a mí el angelito no me gusta, prefiero el demonio”. Parece que, durante las primeras fases del tratamiento, ha intentado poner a prueba al terapeuta para comprobar que puede aguantar el demonio. En esta fase final, puede ser consciente de esta disociación.

Años después

Seis años después, los padres de Sara se vuelven a poner en contacto conmigo a raíz de algunos conflictos en el instituto. A diferencia de la primera consulta, el centro escolar no mostró ninguna preocupación por la conducta de Sara: fue la propia chica la que verbalizó que quería

volver a consultar por que se sentía “marginada” respecto sus compañeras. Solo puso como condición que fuera con el mismo terapeuta que la trató de pequeña.

Ya en la primera entrevista con ella, muestra una buena capacidad introspectiva: explica que se siente triste al darse cuenta de su autoexigencia, su “obsesión” por los buenos resultados académicos, que la hacen sentir muy insegura y, sobre todo, porque se siente muy diferente respecto sus compañeras. Refiere sentirse diferente principalmente porque todavía no ha tenido la menstruación y el cuerpo de sus compañeras está más desarrollado que el suyo. Por otra parte, la relación con sus padres es difícil debido a su lucha por conseguir más autonomía.

Tengo la impresión de que Sara se encuentra en un momento de crisis adolescente. El hecho de que ella sea tan consciente de sus dificultades, de que pueda expresar sentimientos de tristeza al respecto y, sobre todo, pida ayuda por ello, ya nos hace pensar en que parece existir una buena organización yoica y, por tanto, una identidad sana (Icart, 2012). No olvidemos que Sara goza de una buena funcionalidad en todas las áreas y que no ha despertado preocupación en sus redes sociales y académicas. La preocupación viene de ella y de elementos propios que ella es capaz de observar.

Se le planteó a Sara una psicoterapia individual de orientación psicoanalítica que empezó con una frecuencia semanal que progresivamente fue disminuyendo hasta una visita mensual, durante tres años. Se llevaron a cabo también algunas coordinaciones con el instituto para ir supervisando la evolución de Sara.

El clima de las sesiones fue muy diferente al del primer tratamiento. El caos, las proyecciones y los ataques contra el terapeuta y el tratamiento habían quedado atrás y dejaban paso a una adolescente que pedía ayuda para poder gestionar mejor sus emociones. El tratamiento se resolvió con éxito y el alta clínica fue acordada por paciente y terapeuta.

Discusión

Como hemos dicho anteriormente, existe escasa literatura acerca de la adaptación de la TFP en niños con OLP. Este trabajo pretende

contribuir a la idea de que, teniendo en cuenta algunas adaptaciones, es posible aplicar este modelo de tratamiento con éxito.

El objetivo final de la TFP es “la integración de las relaciones objetales internalizadas idealizadas y persecutorias mutuamente escindidas que aparecen en la transferencia, con el fin de poder acceder a una vivencia coherente, realista y estable de sí mismo y de los otros” para adquirir la consolidación de la identidad (Yeomans et al., 2016, pág. 107). Cuando vemos a Sara en la adolescencia, vemos a una chica diferente, con una estructura de la personalidad más o menos estable. Aunque se encuentra en una crisis adolescente, parece que su identidad no se encuentra en riesgo. Es capaz de tener una vivencia equilibrada y coherente de su vida, aunque observemos ciertas pérdidas en el contacto con la realidad que son propias de esta etapa vital. De hecho, podemos afirmar que su consulta es la prueba más evidente de las capacidades introspectivas que ha ido adquiriendo a lo largo de los años, ya que en su día a día, no se observan limitaciones que interfieran en su funcionalidad, a diferencia de su primera consulta.

A nivel técnico, no se encuentran importantes diferencias respecto la TFP para adultos o adolescentes, teniendo en cuenta que, como introdujo Melanie Klein, entendemos el juego como “la asociación libre en los adultos para acceder a las fantasías inconscientes del niño” (Mordoh, 2013, citado por Deza et al., 2018). El proceso interpretativo de clarificación, confrontación e interpretación, así como el análisis de la transferencia, puede darse, de la misma manera, a partir del juego y en el dibujo, igual que lo haríamos con los sueños en el adulto. Durante las diferentes fases por las que pasó el tratamiento con Sara, el nivel de profundidad de las interpretaciones varía, como hemos visto. A partir de sus actuaciones (en el dibujo, en el juego y en la relación terapéutica), la interpretación se llevó a cabo en los tres niveles que describen Yeomans et al. (2016) en función del momento: desde la interpretación de cómo la actuación no permitía la consciencia del afecto hasta la de las diadas (la activada y la que defendía esta).

El uso de la *neutralidad técnica* sigue siendo una técnica central en el tratamiento con niños. En el caso de Sara, permitió la activación de

los afectos en un entorno que ella podía sentir como seguro. El hecho de que el terapeuta evitara tomar parte por ninguno de los aspectos escindidos de Sara, manteniéndose en su rol, la exasperaba, pero al mismo tiempo la contenía. Prueba de ello es que en la segunda consulta sólo quería tratarse con el terapeuta que había podido aguantar sus proyecciones. Parece que tenía la vivencia de que el espacio terapéutico con él sería el encuadre más seguro y confiable para poder compartir sus preocupaciones.

La neutralidad técnica está directamente relacionada con la contratransferencia, como se ha podido ver en algunas actuaciones del terapeuta. En este caso, la supervisión continuada de las sesiones fue clave para evitar el riesgo de actuación y de perder, de manera no intencionada, la neutralidad técnica.

A nivel táctico, el establecimiento del *contrato terapéutico* resulta esencial. Hemos hablado de la importancia de un marco seguro que permita la activación de los afectos y el desarrollo de las técnicas psicoterapéuticas. El contrato garantiza la seguridad del tratamiento. En el caso de Sara, contratar con los padres el compromiso de llevarla a las sesiones a pesar de su enérgica oposición al tratamiento durante la fase intermedia fue clave para poder trabajar con ella. De la misma manera, que Sara pusiera a prueba los límites del contrato durante las sesiones ayudó a fortalecer el vínculo terapéutico, como luego se comprobó en la segunda consulta.

Conclusiones

No es en absoluto mi intención la de desarrollar una exhaustiva adaptación de la TFP para niños, si no la de plantear cómo la esencia y los puntos clave de este modelo terapéutico pueden ser útiles para el abordaje de niños con OLP. A modo de conclusión, quisiera plantear los siguientes puntos.

Existen bastantes autores que defienden la idea de que se pueden observar rasgos y tendencias de tipo límite en niños muy pequeños. Paulina Kernberg y su equipo fueron los que desarrollaron de manera más amplia este concepto.

Otto Kernberg estudió la patología límite desde la óptica estructural, denominando OLP no

sólo el TLP sino otros tipos de TP que compartirían ciertos rasgos, y apuntó la internalización de las relaciones de objeto en la infancia como la clave para entender esta patología. El concepto de *díada* ayuda a comprender cómo este proceso repercute en la relación terapéutica y por qué la TFP puede resultar un modelo válido para su abordaje.

No existen, en la literatura, muchas experiencias en las que se describa la aplicación de las técnicas, tácticas y estrategias de la TFP en la psicoterapia de niños con OLP, excepto las del grupo que Irmgard Kreft lidera en Berlín, que tomé como referencia para este trabajo.

He presentado este caso clínico a modo de ejemplo, donde creo que se puede observar cómo se activan las *díadas* en la relación terapéutica y cómo se abordan en las diferentes fases del tratamiento, y cómo el tratamiento puede contribuir a la construcción de una identidad sana.

El proceso interpretativo de la TFP puede darse, de la misma manera, a partir del juego y en el dibujo en los niños, así como el análisis de la transferencia. El uso de la neutralidad técnica permite la activación de los afectos en un entorno seguro y contenedor. La supervisión del caso contribuye enormemente al uso adecuado de la contratransferencia.

El establecimiento del contrato terapéutico permite la activación de los afectos y el desarrollo de las técnicas psicoterapéuticas, garantizando la seguridad del tratamiento.

Agradecimientos

Quisiera agradecer las valiosísimas aportaciones de Alfons Icart, que han contribuido a enriquecer el texto.

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*. Karnac Books.
- Alvarez, A. (2004). Borderline children. Differentiating disturbance and deficit. En M. Rustin y E. Quagliata (eds.), *Assessment in Child Psychotherapy*. Karnac Books.

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-5)*.
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd Edition Revised (DSM-III-R)*.
- Bernstein, D. P., Cohen, P., Skodol, A. y Bezirgian, S. (1996). Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 907-913.
- Cramer, P. (2016). Childhood precursors of adult borderline personality disorder features: a longitudinal study. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(7), 494-499.
- Crick, N. R., Murray-Close, D. y Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: a short-term longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1.051-1.070.
- Deza, M., Iparraguirre, P. y Zamijovsky, M. L. (2018). El psicoanálisis con niños es un juego. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 31, 27-30.
- Doering, S. (2014). La psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP) del trastorno límite de la personalidad. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 24, 19-35.
- Goldman, S., D'Angelo, E., DeMaso, D. y Mezzacappa, E. (1992). Physical and sexual abuse histories among children with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 149(12), 1.723-1.726.
- Icart, A. (2012). Trastornos límite de la personalidad en la adolescencia. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 19, 35-44.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Aranson.
- Kernberg, P. (1990). Borderline Personality Exists in Children under Twelve. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 478-483.
- Kernberg, P., Weiner, A. y Bardenstein, K. (2001). Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes. *El Manual Moderno*.
- Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Obras completas (3). Envidia y gratitud y otros trabajos*. Paidós, 2008.
- Kreft, I. (2015a). Techniken der übertragungsfo-kussierten Therapie bei Kindern. Ein Fallbeispiel. *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*, 1, 14-22.
- Kreft, I. (2015b). Métodos de psicoterapia focalizada en la transferencia en niños con organización límite de la personalidad. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 26.
- Kreft, I., Köpp, W. y Kernberg, O.F. (2014). "Der Schwache bist du". Spiele von Borderline-Kindern als Umgang mit dem Unerträglichen. *Kinderanalyse*, 1, 1-25.
- Lasa, A. (2009). *Los niños hiperactivos y su personalidad*. ALTXA.
- Li, H., Tian, Y. y Zheng, J. (2021). A Review of Borderline Personality Disorder. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 561. Recuperado de <https://www.atlantis-press.com/article/125957994.pdf>
- Mordoh, E. (2013). *El acto en juego*. Letra Viva.
- Normandin, L., Ensik, K. y Kernberg, O. (2015). TFP-A: una psicoterapia a la luz de la neurobiología (2). *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 25, 75-86.
- Picanyol, M. (2012). *Actualizaciones sobre el trastorno límite de la personalidad, modelo evolutivo y diagnóstico en la adolescencia*. Stada.
- Trias, T. (2022). El concepto de trastorno límite de la personalidad en la infancia. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 40.
- Yeomans, F., Clarkin, J. y Kernberg, O. (2015). *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. A clinical guide*. American Psychiatric Publishing.
- Yeomans, F., Clarkin, J. y Kernberg, O. (2016). *Psicoterapia focalizada en la transferencia. Su aplicación al Trastorno Límite de la Personalidad*. Desclée de Brouwer.
- Zeanah, C. (2000). *Handbook of infant mental health 2nd Ed*. The Guildford Press.

Abordaje psicoterapéutico familiar sobre las funciones parentales en un caso de trastorno de la conducta alimentaria

SANDRA SILVIA BORRO RULOFF^{1A}, ALFONS ICART I PUJOL^{2A} E ISRAEL ANTONIO BOBADILLA GONZÁLEZ^{3A}

RESUMEN

Abordaje psicoterapéutico familiar sobre las funciones parentales en un caso de trastorno de la conducta alimentaria. En este trabajo queremos exponer un modelo terapéutico para tratar a aquellos adolescentes que se resisten a cambiar con los abordajes terapéuticos normales. Son adolescentes que no tienen resuelta su autonomía personal, su diferenciación self-objeto. Para ayudar al adolescente primero tenemos que resolver su indiferenciación, su dependencia con los padres. Cuando se haya diferenciado de ellos, podrá hacerse cargo de sus problemas personales. **Palabras clave:** primeras relaciones, bloqueo emocional, indiferenciación, identidad, organizaciones familiares narcisistas, intervención terapéutica familia, funciones parentales.

ABSTRACT

Family psychotherapeutic approach on parental functions in a case of eating disorder. In this paper we want to expose a therapeutic model to treat those adolescents who resist to change with the normal therapeutic approaches. They are adolescents who have not resolved their personal autonomy, their self-object differentiation. To help the adolescent we must first resolve their indifferenciation, their dependence on their parents. When they have differentiated themselves from their parents, they will be able to take charge of their personal problems. **Key words:** first relationships, emotional blockage, indifferenciation, identity, narcissistic family organizations, family therapeutic intervention, parental functions.

RESUM

Abordatge psicoterapèutic familiar sobre les funcions parentals en un cas de trastorn de la conducta alimentària. En aquest treball volem presentar un model terapèutic per tractar aquells adolescents que es resisteixen a canviar amb els abordatges terapèutics normals. Són adolescents que no tenen resolta la seva autonomia personal, la seva diferenciació self-objecte. Per ajudar l'adolescent, primer hem de resoldre la indiferenciació i la dependència amb els pares. Quan se n'hagi diferenciat, es podrà fer càrrec dels seus problemes personals. **Paraules clau:** primeres relacions, bloqueig emocional, indiferenciació, identitat, organitzacions familiars narcisistes, intervenció terapèutica família, funcions parentals.

Introducción

Durante los últimos años, han aumentado significativamente en los adolescentes los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), las autolesiones, las depresiones y las crisis de ansiedad que han requerido atención en los centros de

salud mental. Sobre todo, se ha observado un incremento de las consultas desde el inicio de la pandemia por COVID 19. Los datos apuntan a que la demanda de este tipo de servicios se ha incrementado más de un 130 % desde marzo 2020 (Icart y Freixas, 2021; Portolés Costa et al., 2021).

¹Psicóloga clínica. Psicoterapeuta de orientación psicoanalítica (ACPP, FEAP). ²Psicólogo y psicoanalista (SEP, IPA). Director de la Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente. Profesor y supervisor acreditado en Transference-Focused Psychotherapy (ISTFP). ³Psiquiatra infantil y juvenil. Psicoterapeuta Sistémico y Terapia basada en la mentalización. ⁴Fundació Orienta (Barcelona).

Contacto: sborro@fundacioorienta.com

Recibido: 23/1/23 - Aceptado: 14/2/23

En cuanto a los TCA, si bien se les clasifica inicialmente como trastornos del comportamiento, hemos podido comprobar que nunca se dan aislados. Normalmente van relacionados con el proceso de separación-diferenciación de las principales figuras de apego. Cuando se llega a la adolescencia, es necesario resolver ese proceso de indiferenciación *self-objeto* para poder dejar atrás la dependencia con respecto a los padres y entrar en esa nueva etapa que es la adolescencia.

Si no se logra la diferenciación, el adolescente tiene más posibilidades de sufrir trastornos alimentarios, crisis de ansiedad, dificultades emocionales y relacionales. En ocasiones, pueden “confundirse” con los problemas que sufren sus propios padres, tal y como podremos observar en el caso que presentaremos a continuación.

Sabemos que los trastornos que aparecen en el inicio de la adolescencia son modificables con cierta facilidad, ya que la personalidad todavía no está cristalizada. El adolescente se encuentra en un momento evolutivo en el que debe estructurar su personalidad y por eso tiene más posibilidades de modificar las bases estructurantes de forma más flexible y hay mayor probabilidad de producir cambios.

En cambio, en el adulto, estas estructuras de la personalidad o las formas de vincularse con la familia son más difíciles de resolver, ya que forman parte de la identidad de la persona y son difícilmente reversibles. Los síntomas que existían durante la adolescencia pueden instaurarse y pasan a integrarse como parte de la personalidad del individuo.

Pero, como ya hemos comentado anteriormente, para el adolescente esto es distinto. Se encuentra en un momento de su evolución en el que su personalidad todavía no se ha estructurado. Está en un estado de fragilidad, de grandes contradicciones, en el que se ve como un adolescente y se siente como un niño. Y todo esto hace que evidencie más su malestar interno y que lo exprese a través de los síntomas. En estos casos, según nuestra experiencia, no sólo la persona sufre, sino que todo el grupo familiar se siente atrapado hasta que, de una forma u otra, ayudados por la intervención familiar, el adolescente se independiza en más o menos grado y adquiere cierta autonomía personal.

Cuando esto se consigue, los síntomas disminuyen y el adolescente toma más conciencia de sus problemas. Es entonces cuando el conflicto en la familia se reduce ostensiblemente.

Por este motivo, para poder resolver esta indiferenciación *self-objeto* (Icart y Freixas, 2021) que sufren algunos adolescentes, se debe trabajar sobre el bloqueo de su desarrollo psíquico, que está presente en ellos desde la etapa infantil. Una vez resuelto este bloqueo, el adolescente adquirirá conciencia de qué es lo que le ocurre y normalmente será él quien sea capaz de pedir ayuda.

He aquí un caso que ilustra estas afirmaciones y la forma de entender a estos adolescentes. En el caso que explicaremos a continuación, se observa cómo los problemas alimentarios eran consecuencia de los vínculos y las relaciones familiares patológicas. En la familia, la chica mantenía una relación indiferenciada con la madre, y el padre no funcionaba como un tercero, sino que, por el contrario, con su actitud paternalista estimulaba esta regresión y dependencia mutuas. Las conductas indiferenciadas en la familia no permitían que la adolescente pudiera ir estructurando su autonomía ni su propia identidad, diferenciándose del objeto.

Después de ocho meses de trabajo en el Hospital de Día (HD) para adolescentes se vio que no se conseguían los resultados esperados, por lo que se decidió hacer una consulta al Departamento de Familia de la misma Institución con el fin de conocer su parecer sobre este caso. Fue en esta consulta donde se evidenciaron los aspectos indiferenciados madre-hija. La chica había hecho pequeñas mejoras, pero continuaba sin alcanzar su autonomía, y se encontraba confundida con la depresión que sufría la madre a la vez que sumisa a ella.

Por eso vimos claro que, para ayudar a esta chica a alcanzar su autonomía, era necesario realizar una intervención familiar centrada en ayudar a resolver el bloqueo emocional que sufría ella y, al mismo tiempo, ayudar a la madre a resolver su depresión, y las manifestaciones psicósomáticas de esta.

Así pues, después de observar que la evolución de la paciente en el HD no era la esperable, propusimos a la familia una atención terapéutica familiar sobre las funciones parentales,

dirigida a resolver las distorsiones patológicas que bloqueaban el proceso de desarrollo de la adolescente. También nos dimos cuenta de que debíamos prestar una atención especial a la depresión de la madre, la cual, a su vez, afectaba a la chica. Asimismo, se seguiría tratando a la chica en el HD, donde recibiría una atención individualizada.

Presentación de caso

Laia es una paciente de 16 años que había sido derivada al HD con un diagnóstico de anorexia nerviosa. A pesar del seguimiento por el centro de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) referente, había estado perdiendo peso de forma constante durante los últimos seis meses, estaba triste y apática y se autolesionaba (se hacía cortes en los antebrazos). Apparentemente, había comenzado con un cuadro depresivo, el cual durante la pandemia y el confinamiento se transformó en anorexia nerviosa. En una ocasión se dirigieron a urgencias por presentar bradicardia.

Laia estudiaba enseñanza secundaria y hacía ballet en una academia cinco días por semana y competía. Estaba muy unida a sus compañeras hasta el inicio del estado de alarma y el confinamiento. Siempre había hecho mucho deporte y su padre dice que estaba “fuerte”.

Al volver a incorporarse al instituto y a las clases de baile, Laia ya no disfrutaba de estas ni pasaba tiempo con las amigas. Se había ido alejando de ellas durante el confinamiento por COVID19.

Durante el confinamiento, se fue aficionando a la cocina, especialmente a la cocina saludable: preparaba platos con pocos carbohidratos y muchas verduras. Al principio, sus padres lo valoraban positivamente, pero pronto empezó a haber discusiones a la hora de las comidas, ya que Laia estaba cada vez más preocupada por su peso y las calorías que consumía. Los padres reconocen que no se dieron cuenta de la aparición del trastorno alimentario y que la situación se les fue de las manos.

Debido a las dificultades del manejo ambulatorio, el empeoramiento sintomatológico y la pérdida de su funcionalidad, se decide su ingreso en HD para ofrecer una mayor intensidad y

especificidad para el cuadro que presentaba.

En el HD, se realiza una evaluación global e interdisciplinar y se decide en equipo su incorporación dentro del *Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria* en horario completo, con diagnóstico de anorexia nerviosa y trastorno depresivo mayor según criterios de DSM-V (APA, 2014).

Programa para los Trastornos de la Conducta Alimentaria del HD de Gavà

Esta intervención incluía intervenciones psicoterapéuticas y psicoeducativas individuales, familiares y grupales por psicología, soporte médico-farmacológico por psiquiatría, talleres psicoeducativos y ocupacionales junto a otros pacientes con otras patologías, intervenciones por trabajadora social, coordinación directa con centro educativo y, especialmente, un seguimiento de peso y gestión del cuidado alimentario por parte de enfermería.

Sin embargo, por la gravedad y dificultades en el manejo del caso, se decide incluir en el protocolo de TCA, de cara a estructurar y aumentar la supervisión de los aspectos alimentarios. Dicha intervención se caracteriza por una alta vigilancia de las conductas disruptivas alimentarias, debiendo permanecer en horario completo dentro de las instalaciones del HD, realizando tres comidas completas y supervisadas por enfermería (desayuno, almuerzo y comida), cuantificándose las ingestas y, si no son suficientes, se sustituyen por batidos (suplemento alimenticio líquido de alto nivel calórico), realizar reposo tras alimentación, supervisión en aseo, evitar actividades de alto gasto energético dentro del servicio y proscribir lo mismo fuera de casa, y no inclusión en aula escolar hasta incremento de peso.

En el caso de Laia, pese a llevarse a cabo todas las intervenciones descritas previamente (talleres psicoeducativos [salud, ocupacionales, relacionales, gestión emocional, habilidades sociales], tutorías individualizadas y motivacionales con el educador y enfermera, sesiones de seguimiento familiar por parte de la psicóloga y también sesiones grupales de padres de hijos con TCA), no conseguía mejorar su estado físico ni su motivación al cambio. Así también, si bien su ingreso en HD dentro

del dicho protocolo permitía una mejor supervisión de su estado nutricional, al prolongarse en el tiempo, pudo haber influido en la pérdida del contacto con su mundo adolescente previo (compañeros de clase o de baile).

El tratamiento psicoterapéutico en HD

En las primeras entrevistas con la familia, observamos que la madre también es muy delgada y se la ve frágil, triste y angustiada. Refiere estar muy preocupada por su hija, pero en seguida se pone a hablar de ella misma. Explica que todo empezó en el 2017: estaba muy estresada, comenzó a tener “ataques de tos” (asma y bronquitis crónicas) y tuvo que dejar el trabajo por problemas con su jefe, que era muy exigente y controlador. Al mismo tiempo, su padre, al que estaba muy unida, enfermó de una enfermedad terminal y murió al año siguiente. Ella no podía ir a verle al hospital a causa de la tos, pero los hermanos no lo entendían y la hacían sentir muy culpable. Durante el confinamiento (2020), la abuela y bisabuela maternas fueron ingresadas en el hospital por COVID. La abuela salió bien, pero la bisabuela murió. Esto fue un golpe muy fuerte, y a la vez tuvo problemas con sus hermanos por la herencia de la bisabuela. Coincidiendo con estos hechos, comienzan los problemas de Laia: no quiere salir, se queda encerrada en casa, se autolesiona y comienza a perder peso. No quería hablar con la familia ni amigos, ni terapeutas.

En una sesión familiar, recuerdan unas vacaciones con las abuelas antes de la pandemia. La madre y Laia tienen un recuerdo muy bueno de aquellos días, de compartir, sobre todo con la bisabuela, en esos momentos. A la madre de Laia le sabe mal no haber tenido más relación con su abuela, haberla conocido más antes: “su muerte nos afectó mucho, tanto a mí como a Laia”. Todos estos hechos también afectaron a las relaciones de pareja (Pérez Testor, 2006): “nos encerramos mucho”.

Todo este cúmulo de circunstancias y conflictos desencadenaron en una severa depresión de la madre de Laia. Justifica su delgadez por el asma y las bronquitis “me consumen el peso”. Siente vergüenza porque tose de una manera muy sonora y, por eso, lleva más de un año evitando los contactos sociales. También explica que, desde

pequeña, ella tuvo muchas enfermedades, que era una niña muy frágil, tímida, como Laia.

La madre muestra bastante confusión e indiferenciación entre ella, su hija y su familia. Se le propone una derivación al centro de salud mental de adultos (CSMA) y la acepta. Inicia un tratamiento con antidepresivos y sesiones con la enfermera. Los episodios de tos disminuyen un poco, pero persiste la fragilidad y el aislamiento social tanto de la madre como de la hija.

El padre trabaja todo el día y, cuando está en casa, las protege. El hermano hace su vida universitaria y está muy en contra de esa sobreprotección que el padre hace tanto de su madre como de su hermana.

Evolución del caso en HD

Cuatro meses después del ingreso en el HD, Laia continúa perdiendo peso y el equipo sospecha que realiza conductas compensatorias. Se decide la derivación a un servicio de hospitalización total, donde realiza una buena evolución en poco tiempo. Laia reconoce haber estado haciendo ejercicio compensatorio y los padres reconocen que le daban cosas *light*. Se lo ponían fácil para que comiera y, así, evitar el conflicto.

Al volver al HD, se observa una mejoría en su estado de ánimo, por lo que se propone un nuevo plan con objetivos terapéuticos concretos como volver al instituto y quedar con amigas. Se les propone que Laia vaya al *Casal de Joves* a mirar actividades para el verano o que haga algún voluntariado para relacionarse con gente de su edad. Pero pasa el tiempo y Laia no queda con nadie, se pasa el día encerrada en casa, leyendo o colaborando en las tareas del hogar. Desde el colegio, nos informan que allí no se relaciona con sus compañeros y que, a pesar de tener una mente brillante, no quiere estudiar bachillerato.

En las visitas familiares, permiten comprender la dinámica familiar: la madre se identifica con Laia y dice: “es como yo” y adopta el papel que hacía su abuela de protegerla, sin darse cuenta de que perpetúa la dependencia e impide la diferenciación y el desarrollo emocional de su hija. El padre se mantiene pasivo porque no quiere contradecir y hacer enfadar a su mujer. El hermano de Laia es quien señala que ella no come

como todos: se separa la comida del plato y deja la mitad. Sin embargo, los padres se ponen del lado de Laia y el hermano opta por desentenderse de la situación y a participar poco en las entrevistas, lo que ya les va bien a la familia.

Cuando los terapeutas les muestran esta dinámica de encerramiento familiar, el padre parece estar de acuerdo y, sin embargo, lo banaliza diciendo: “somos así”. No cambia nada.

A pesar de los señalamientos de los terapeutas, podemos observar que la familia se mantiene muy bloqueada y sus miembros indiferenciados entre ellos. El padre y el hermano de Laia señalan que esta y la madre no quieren salir de casa y les cuesta mucho hacer planes en familia.

A pesar de las múltiples intervenciones terapéuticas, se mantenía este encerramiento en casa y, sobre todo, la indiferenciación madre-hija.

Con el fin de desbloquear la situación, el equipo decide realizar sesiones conjuntas mediante la técnica del espejo invertido (Ceberio, 2011). Estas sesiones conjuntas se hacen con todo el equipo del HD (educador referente, enfermera, jefe de servicio, terapeuta referente del caso) y la familia (Laia, madre y hermano), donde esta presencia la discusión del equipo sobre el caso.

En la primera sesión, el equipo habla de cómo observa los deseos de mejorar y recibir el alta, pero tiene dudas porque la alimentación de Laia ha empeorado y esto es un riesgo para su salud física.

Laia se niega rotundamente a aumentar la cantidad de comida como condición para poder ir a bailar. Prefiere dejar de ir a baile que comer un poco más. El hermano señala que la madre sigue poniéndole poca comida a Laia en el plato y que este es realmente el problema. La madre responde identificándose con la chica y se enfada diciendo que ellas dos “no se pueden alimentar como todos en casa (...) Laia es como yo, cuando más nos obligan, menos hacemos”. En esta sesión podemos observar la fusión e indiferenciación madre-hija, en la que no dejan entrar a nadie más.

En la siguiente sesión, la madre trae un audio con la voz del padre (que hoy no ha venido) en el que agradece el trabajo realizado por el HD y, sobre todo, valora los esfuerzos de Laia y de

su mujer, a las que da todo el apoyo. Queda claro que en la sesión anterior la madre se sintió cuestionada y acusada por su hijo ante el equipo del HD y pidió a su marido que se pusiera de su parte. De este modo, el padre desacreditó al hermano y evitó el conflicto con su mujer y se mantiene el statu-quo.

Durante estas sesiones, resulta evidente el enganchamiento madre-hija y que la madre no deja entrar a nadie que pueda desestabilizar el statu-quo.

Ante esta situación de inmovilidad (resistencia al cambio), el HD pidió una interconsulta con el equipo de Familia de la Fundació Orienta.

Reflexión y revisión del caso

Durante los ocho meses en el HD, se le han aplicado distintos programas terapéuticos. Estos programas están bien pensados y estructurados, como lo demuestra el hecho de que ayudan a otros adolescentes a resolver sus problemas.

Pero hay adolescentes, como en este caso Laia, que con estos programas no acaban de resolver sus problemas, pese a las mejoras que hacen. Estos adolescentes son los que no han resuelto la indiferenciación *self-objeto* y que llegan a la adolescencia sin poder alcanzar una autonomía emocional. El *self* de la paciente sigue indiferenciado del objeto; por tanto, el proceso evolutivo de la chica está bloqueado y tiene dificultades para entrar en la adolescencia y adquirir su autonomía. En este caso, la indiferenciación *self-objeto*, o en otras palabras, la simbiosis madre-chica (Mahler et al., 1975) la mantiene en una relación de dependencia infantil con la madre (Winnicott, 1951).

En estos casos vemos necesario resolver esta indiferenciación o bloqueo con una intervención terapéutica familiar sobre las funciones parentales dirigida a resolver las distorsiones patológicas que bloquean el proceso evolutivo del adolescente (Trias e Icart, 2022).

El padre se siente responsable del bienestar de su familia, pero no ha podido desarrollar su función parental de resolver la indiferenciación entre la madre y la hija por temor a generar un conflicto.

También debemos tener en cuenta la depresión que sufre la madre y que repercute en la

hija; una depresión desencadenada por la pérdida del padre y el conflicto familiar sobre las herencias. Este conflicto emocional en la madre se manifiesta también en forma de somatización.

Una vez discutido el caso en una sesión clínica, con las informaciones dadas por los profesionales del HD, vimos que era necesario un trabajo terapéutico enfocado a resolver el bloqueo emocional de la chica y, a la vez, intentar resolver la depresión de la madre. Desde el departamento de familia de Fundació Orienta, se propone una intervención terapéutica familiar sobre las funciones parentales (Icart y Freixas, 2013). Esta técnica se inspira en la técnica de la psicoterapia focalizada en la transferencia (Yeomans et al. 2015).

Se acuerda que el tratamiento se llevaría a cabo en el propio HD. Por eso, el terapeuta familiar se desplazaría hasta allí, para que la paciente continuara con sus programas y que, al mismo tiempo, la terapeuta de la chica pudiera asistir a las sesiones con la familia.

Intervención terapéutica familiar sobre las funciones parentales

En las primeras sesiones el padre muestra mucho agradecimiento por el interés que les estamos demostrando por ayudar a toda la familia. En cambio, Laia no muestra ningún interés y está en silencio todo el rato. El terapeuta hace notar ese pensamiento familiar como disociado: el padre representa el deseo de cambio y la chica, las resistencias. Pero todos miran a Laia, como si fuera la única que no quiere cambiar y esta se mantiene en silencio. Esta actitud de la chica, de oposición y de no querer participar, se mantendrá durante bastantes sesiones hasta que se vaya integrando el yo familiar y todos representen a la vez la parte colaboradora y la parte resistente al cambio. Como ya hemos indicado en algún que otro trabajo (Icart y Freixas, 2021; Trias e Icart, 2022), al principio de estos tratamientos los adolescentes son los que más se oponen, porque ven peligrar la seguridad de ellos puesta en los padres. Resolver la indiferenciación comporta desarrollar confianza en ellos y esto no es fácil, requiere tiempo.

Una parte de la familia parece ilusionada, ve que el equipo se interesa por ellos. Al mismo tiempo, elogia al terapeuta y el tratamiento,

como una forma de intentar apaciguarles. Ven el cambio en el tratamiento; es diferente, se señalan más las intromisiones de unos en otros, las indiferenciaciones y, si bien el cambio les da esperanza, seguramente también lo ven como potencialmente peligroso. Empiezan a ver el problema que tienen en su familia. El silencio de Laia contradice lo que dice la familia, expresa más el miedo y la angustia ante el cambio. La madre hace un buen vínculo con el terapeuta de familia, se siente entendida por él, a diferencia de cómo se sentía en el HD.

Ahora aparece claramente el yo familiar disociado: unos representan el deseo de cambio y otros, la resistencia. En la medida en que cada uno se haga cargo simultáneamente de los aspectos colaboradores y de las resistencias, el yo familiar se irá integrando y se irán clarificando las distintas identidades de cada uno.

La madre teme decir según qué cosas para no ofender. El yo familiar es frágil, está poco integrado y no tolera las diferencias, el desacuerdo. La madre, de pequeña, era introvertida, callada, seria, enfadada... dice que como Laia. Constantemente nos va mostrando la indiferenciación que existe entre ella y su hija. Tiene miedo de hacer daño, de hacerlo mal, no quiere molestar. Y habla de cómo se entendían muy bien con su abuela, que murió durante la pandemia.

El terapeuta señala que la madre todavía está de luto por su abuela y su padre, que el dolor de su pérdida todavía no le permite recordar los momentos buenos con su abuela (cosía, hablaba, cocinaba, era muy cariñosa con ella y con Laia), no pudo despedirse... Todavía están atrapados en el duelo por las pérdidas de la abuela y el padre, sobre todo la madre.

La madre presenta la identificación de Laia con ella como una forma de “no ofender” (al terapeuta, que es vivido como peligroso). Sin embargo, puede presentar el duelo que comparten Laia y ella. Y esto le permite al terapeuta interpretar el duelo como una forma de retener al objeto perdido.

En sesiones posteriores, la madre empieza diciendo que todo ha ido muy bien esta semana, pero el hijo dice que nada ha cambiado. La madre, entonces, se queja de que él no hace nada en casa, que pasa de todo, a diferencia de Laia. El hermano, entonces, se defiende señalando

que no es normal que Laia esté siempre en casa haciendo tareas y explica que él estudia, trabaja, tiene amigos, se va de viaje con ellos. En ese momento, Laia expresa que a ella también le gustaría ir de viaje, pero que no tiene con quién. La madre se ofrece a ir con ella pero Laia dice que con mamá, no, que le gustaría poder ir con amigas.

La madre sigue queriendo apaciguar a los terapeutas diciendo que “todo ha ido muy bien”. El hijo denuncia la ausencia de cambios. Entonces la madre trata de invalidar al hijo como “pasota”. El hijo reclama que él es el más sano e independiente. Laia expresa que ella también querría ser independiente y la madre le propone que se pegue más a ellos como forma de ser aparentemente “independiente”, pero Laia denuncia que esto no es una verdadera independencia.

Ahora Laia participa más, pero desde el desacuerdo, y dice: “yo no quiero que me protejan y me traten como una niña pequeña”. Son pequeños pasos que da para diferenciarse de la madre.

Luego, el padre explica que estuvieron hablando después de la sesión y que son conscientes de que están demasiado “atados” a las necesidades de Laia y que toda la familia gira a su alrededor. La madre explica que hablaron de irse fuera un fin de semana, pero a Laia no le apetece y el padre no quiere ir. Laia les dice que se vayan. El padre expresa que se siente culpable cuando piensa en hacer cosas para él o con la madre y dejar a Laia sola en casa. Cuando se les dice que les es muy difícil hacer cambios, que a los tres les va bien así, estables, pero sin avanzar y sin correr riesgos, lo reconocen.

En cambio, la madre dice que se está planteando volver a trabajar. Hay días que se arregla y se siente bien, se encuentra mejor de salud y con ganas de hacer cosas. Y dice muy contenta, sonriendo: “Ya no tengo esos ataques de tos, han disminuido mucho”.

La culpa del padre es una manifestación de cómo a la familia le viene bien estar así, en una “balsa de aceite”. El temor de que alguien haga olas es más fuerte que la idea de que cualquier cambio pueda ser beneficioso.

Asimismo, los padres se han convertido en más conscientes de cómo están atrapados en una dinámica de estar enganchados. Sin embargo, la

madre piensa en una forma de modificar esta situación: volviendo a trabajar. Se siente mejor, menos deprimida y esa mejora también se refleja en Laia. Quiere sacarse el carné de conducir moto.

En la siguiente sesión, están preocupados por la salud de la madre, que vuelve a tener algún episodio de asma y problemas bronquiales. El terapeuta le invita a recordar cuándo empezaron los problemas respiratorios, cuándo empezó a encontrarse mal. Aquí, al recordar, llora y se emociona y dice: “es tan doloroso que cuesta respirar”. El terapeuta señala que la madre no puede desprenderse de su padre, de su abuela, que el dolor y el sufrimiento les mantienen vivos y que, a su vez, a Laia parece que también le afecta. La madre llega ella misma a la conclusión de que tiene que tomar las riendas de su vida. El padre y el hijo le animan a volver a trabajar. Ahora, la madre, más relajada, sonríe y dice: “son demasiadas cosas y nos ha afectado sobre todo a mí y a Laia”.

Tras la sesión en la que han tomado conciencia de que están enganchadas y la madre ha pensado en una iniciativa para cambiarlo, se ha producido una regresión y la madre ha vuelto a tener síntomas somáticos que hacen imposible el cambio. El terapeuta lo interpreta como una forma de mantener vivo el duelo: como una forma de mantener vivo el objeto perdido para la madre y para Laia. Toda la familia vuelve a querer “tomar las riendas de su vida”.

Poco a poco la sesión se transforma en un espacio de recuerdo y de conexión emocional con el dolor intenso que provocó la muerte de la bisabuela y el abuelo. La madre se siente culpable por no haber visitado lo bastante a su padre mientras se estaba muriendo. Laia también pasaba mucho tiempo con el abuelo, solos (recuerdan un dibujo de ella y su abuelo bañándose en el río...); su muerte también fue muy dolorosa para Laia.

En esta sesión, intentan conectarse con el objeto perdido de una forma distinta del duelo patológico, mediante el recuerdo del buen objeto y la relación que tuvieron con él. Cuando se puede hacer el duelo, se puede reencontrar el buen objeto perdido.

Poco a poco, la madre se va encontrando mejor y Laia mejora en cuanto a su masa corporal y

en los estudios. Ya no hay autolesiones. La madre está pendiente de que le confirmen si empieza a trabajar. El hermano habla de lo cansado que está de tener que acudir a las sesiones y de que los cambios en casa son muy lentos, que Laia come lo que le da la gana (sobre todo verdura) y que los padres, todavía la siguen protegiendo y evitando que se enfade o se ponga triste. La madre llora, se siente culpable (Klein, 1935). Es consciente de que ella y el padre perpetúan el problema, pero no pueden hacer cambios, necesitan tiempo. El padre se presenta más optimista y se fija más en las mejoras que se van manifestando.

El terapeuta señala cómo el hermano puede expresar lo que siente. Seguramente, hay más capacidad en la familia de tolerar formas distintas de pensar, lo cual confirma al padre. Laia permanece callada, sin decir nada y la madre es la que parece que sufre por ella. Pero también hay pequeños cambios en Laia. Ha mejorado su masa corporal, los estudios van bien, ahora quiere sacarse el carné de conducir, siente *ganas de conducirse*, de tener una identidad propia, de diferenciarse de la madre. Cuando se habla de esto, a Laia se la ve más expresiva y atenta, y confirma las palabras del terapeuta.

La madre ha hecho un intento de lograr una mayor autonomía, se ha presentado a una propuesta de trabajo. El hermano está más expresivo y denuncia los pocos cambios que existen en la familia. Los padres verbalizan su dificultad en cambiar y hacen notar los pequeños cambios de su hija. El terapeuta recoge los cambios que se están produciendo y muestra las resistencias a seguir cambiando, sobre todo por parte de los padres. Laia ha verbalizado cómo quisiera alcanzar más autonomía y que a veces los padres no la dejan. Esto provoca unos momentos de tensión entre ellos y la chica.

Reflexiones finales

La intervención familiar fue llevada a cabo por dos terapeutas, semanalmente, durante tres meses. El objetivo era intervenir directamente en las relaciones intrafamiliares que perpetuaban el síntoma alimentario y el aislamiento de la adolescente. Este tipo de abordaje permitió que la madre superara su depresión y los síntomas

somáticos que la acompañaban y que se resolviera simultáneamente la confusión madre-hija.

Creemos que la depresión que sufrió la madre fue el detonante de los trastornos alimentarios de Laia, reactivando la indiferenciación madre-hija al compartir un duelo y hacerle frente de forma patológica. El hecho de que la madre dejara de trabajar y se quedara en casa, sumado al advenimiento de la pandemia y el confinamiento, funcionaron como un caldo de cultivo para la relación simbiótica.

El duelo se manifestó en la madre con la aparición de la depresión y los síntomas somáticos y la hija reaccionó enganchándose aún más a su madre.

El tratamiento ha sido, pues, un trabajo de elaboración simultáneo de la depresión de la madre y de la confusión madre-hija.

Los aspectos más sanos de la familia aparecen encarnados primero en el hermano, que denuncia la ausencia de cambios; después, en la propia Laia, que denuncia un intento de la madre de cultivar la simbiosis disfrazada de falsa “independencia”; en la madre, con la iniciativa de diferenciarse volviendo a trabajar; en el padre, antes autoexcluido, que toma conciencia de su incapacidad de salir del círculo vicioso del enganche padres-hija. En la medida en que la madre fue resolviendo sus síntomas respiratorios y habló de la pérdida de su padre y de la abuela, y de los enfrentamientos con sus hermanos, hubo un cambio en la familia y la madre se sintió preparada para volver a buscar trabajo. Laia mostro cierta mejoría anímica, empezó a salir con las amigas, dejó de autolesionarse, y mejoró en su relación con la comida. Los padres apoyaron este funcionamiento, expresando que tenían ganas de que la hija tuviera vida social y se comportara como una adolescente normal.

Hasta entonces, los padres nunca habían salido sin Laia. Ahora, los padres piensan en empezar a salir solos con otros matrimonios amigos. Hijo y padre pudieron volver a hacer deporte juntos: en la medida en que había disminuido la relación simbiótica madre-hija, el hijo no debía denunciarla tanto y el padre podía acercarse más a su hijo.

La madre también fue capaz de hablar con sus hermanos y de reivindicar sus derechos como hija y hermana. Recuperó una buena relación con sus hermanos.

En la entrevista familiar post-alta, pasados unos meses, perduran las mejoras familiares. Ahora bien, al dejar las sesiones familiares, a la madre le pareció que Laia estaba deprimida y le dijo que se tomara media pastilla de las que tomaba ella.

Al administrarle esta medicación, la madre quiere ocupar el lugar de los médicos, al igual que quería ocupar el lugar de los amigos acompañando a su hija en un viaje. Propone perpetuar el enganche madre-hija y evitar que alguien remueva las cosas. El enganche no está del todo resuelto por parte de la madre, en cambio la hija está intentado diferenciarse. Aunque la madre tiene claro que debe renunciar a este enganche, todavía tiene tendencia a hacer de psiquiatra, de amigo, etc. A menudo, como en este caso, los adolescentes pueden cambiar más deprisa que los adultos, pero al aceptar tomar pastillas, acepta también el rol de enferma que necesita cuidados y atención.

Por otro lado, la madre está mejor, han desaparecido sus problemas somáticos y los padres han recuperado su relación como pareja. Al hijo le van bien los estudios, Laia se ha sacado el carné de conducir y empezará a trabajar en verano. Laia está estudiando cocina, lo cual podría interpretarse como una manera de querer aprender a alimentarse adecuadamente y cuidar de los demás. Continúa su seguimiento en el CSMIJ, donde una enfermera controla su peso.

Según la madre, Laia es como ella cuando era joven, inhibida, callada y reservada, pero el hecho de que ella se haya buscado el trabajo y se haya sacado el carné de conducir y trabaje es una garantía de salud. Creemos que Laia ha resuelto el proceso de diferenciación y ahora se comporta como una adolescente. Estos cambios en Laia nos hacen confiar en que la situación tiene buen pronóstico.

Se le ofreció tratamiento individual y se le asignó un terapeuta en el CSMIJ. Dijo que en ese momento no lo creía necesario, pero que, si veía la necesidad, lo pediría. De común acuerdo, se la da de alta del HD.

Conclusiones

En el caso de los adolescentes problemáticos como el que presentamos en este texto es

importante hacer un buen diagnóstico de las relaciones familiares y de la manera en cómo los padres tratan al hijo. Un buen diagnóstico permitirá proponer una terapia adecuada para estos casos en los que el problema radica en el bloqueo emocional del adolescente.

El caso que presentamos es un ejemplo de este tipo de situaciones: en vista de que el adolescente no mejoraba suficientemente con los programas que se le aplicaron en el HD, se consultó al departamento de familia para revisar el caso.

En este departamento, se analizó la relación madre-hija, *self-objeto*, y pudimos observar el bloqueo emocional del adolescente y la existencia de una indiferenciación madre-hija, que impedía el su desarrollo.

La intervención familiar sobre las funciones parentales permitió abordar la indiferenciación madre-hija, y ayudar al adolescente a conseguir su autonomía personal.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (APA) (2014). *DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Panamericana.
- Ceberio, M. R. (2011). El equipo invisible. Uso del espejo unidireccional en terapia sistémica. *Revista Asisco*, 2(6), 55-76.
- Icart Pujol, A. y Freixas Dargallo, J. (2021). *A mí no me pasa nada*. Ediciones Octaedro.
- Icart Pujol, A. y Freixas Dargallo, J. (2013). *La familia: Comprensión dinámica e intervenciones terapéuticas*. Herder Editorial.
- Klein, M. (1935). A Contribution to the Psycho-genesis of Manic-Depressive States. *The international journal of psychoanalysis*, 16, 145-174.
- Mahler, M., Pine, S. y Bergman, F. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant, Symbiosis and Individuation*. Routledge.
- Pérez Testor, C. (2006). *Parejas en Conflicto*. Paidós Ibérica.
- Portolés Costa, L., Aledo – Serrano, A., Trejo de la Rosa, A., Dougherty de Miguel, L., d'Errico, F. y Marí Cardona, N. (2021). Evaluación del impacto del confinamiento en jóvenes atendidos en centros comunitarios de salud mental. *Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 38.
- Trias, T. e Icart Pujol, A. (2022). "¡No me taladres

la cabeza!" Cómo tratar al adolescente que rechaza ser tratado. *Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 39.

Winnicott, D. W. (1951). Transitional Objects and Transitional Phenomena. *The international*

journal of psychoanalysis, 34.

Yeomans, F., Clarkin, J. y Kernberg, O. (2015). *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. American Psychiatric Publ.

Cultura de la depresión: la transformación psicocultural del imaginario adolescente

RICARDO FANDIÑO PASCUAL¹ Y ORIOL ROSELL COSTA²

RESUMEN

Cultura de la depresión: la transformación psicocultural del imaginario adolescente. Este artículo se plantea como un diálogo entre la psicología de la adolescencia y la crítica cultural. La comprensión clínica del adolescente contemporáneo implica necesariamente una contextualización. Para acercarnos a la adolescencia, no debemos hacerlo como si fuera un sujeto universal, ya que se trata de una conceptualización ligada a procesos socio-históricos y determinada culturalmente. Desde esta perspectiva constatamos cómo el continuo normalidad-psicopatología en los adolescentes ha evolucionado en las últimas décadas, cambios de los que hoy tenemos evidencia clínica pero que se pueden ir observando también a través de la representación cultural del imaginario adolescente. **Palabras clave:** salud mental, adolescencia, cultura, depresión.

ABSTRACT

Culture of depression: the psychocultural transformation of the imaginary adolescent. This article is posed as a dialogue between adolescent psychology and cultural criticism. The clinical understanding of the contemporary adolescent necessarily implies a contextualization. In order to approach adolescence, we must not do so as if it were a universal subject, since it is a conceptualization linked to sociohistorical processes and culturally determined. From this perspective we note how the normality-psychopathology continuum in adolescents has evolved in recent decades, changes of which we now have clinical evidence but which can also be observed through the cultural representation of the imaginary adolescent. **Key words:** mental health, adolescence, culture, depression.

RESUM

Cultura de la depressió: la transformació psicocultural de l'imaginari adolescent. Aquest article es planteja com a un diàleg entre la psicologia de l'adolescència i la crítica cultural. La comprensió clínica de l'adolescent contemporani implica necessàriament una contextualització. Per apropar-nos a l'adolescència, no ho hem de fer com si fos un subjecte universal, ja que es tracta d'una conceptualització lligada a processos sociohistòrics i determinada culturalment. Des d'aquesta perspectiva, constatem com la continuïtat normalitat-psicopatologia en els adolescents ha evolucionat en les darreres dècades, canvis dels quals avui tenim evidència clínica però que es poden anar observant també a través de la representació cultural de l'imaginari adolescent. **Paraules clau:** salut mental, adolescència, cultura, depressió.

La comprensión de la salud mental como un padecimiento ligado a condicionantes sociales, económicos, culturales o relacionales ha estado desplazada durante años por una perspectiva biologicista que pretende reducir el malestar psíquico a disfunciones orgánicas, muy centradas además en una supuesta etiología genética. Esta mirada reducida tuvo especial predominancia en tiempos de un especial optimismo sistémico, en los que nuestra civilización era entendida como el

culmen del bienestar. En 1992, Fukuyama (2020) proclamaba el fin de la historia de las ideologías, en un sentido hegeliano, considerando que la democracia liberal occidental se había convertido en la forma definitiva de organización social humana, fuente de igualdad y prosperidad. La enfermedad, física o psíquica, en ese contexto, era entendida como una disfunción particular del sujeto. El propio sistema nos proveería de los medios para corregir dichas disfunciones.

¹Doctor en Psicología y Psicólogo Clínico. ²Crítico cultural.
Contacto: aseia.ricardofandino@gmail.com

Recibido: 15/10/22 - Aceptado: 9/1/23

En el caso de las psicopatologías, este tratamiento se producía a través de psicofármacos y psicoterapias entendidas como procesos de condicionamiento de adaptación del sujeto al sistema tal y como describió Althusser (1965).

Este marco biologicista se ha visto superado por el importante incremento de problemáticas de salud mental que se han ido dando en este siglo y que han sido particularmente significativas a partir de la pandemia por la Covid-19 y, de forma particular, en población infanto-juvenil. En este incremento, se han observado no solo mayores tasas de psicopatología en la población general, sino también un progresivo desplazamiento en las problemáticas de salud mental que, con mayor frecuencia, se observan en las consultas públicas y privadas. Esta evolución no puede en ningún caso explicarse desde la disfunción individual y está evidentemente en relación con factores socioculturales y económicos.

Dentro de lo mucho que escribió Freud a lo largo de cinco décadas, no suele ser muy referenciado el artículo “La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna” (1908) de 1908, texto en el que establece cómo el antagonismo entre la vida pulsional y los elementos culturales definitorios de una época serán determinantes para el desarrollo del sufrimiento psíquico predominante en esta. Este texto serviría como punto de partida para que pensadores freudomarxistas del ámbito del psicoanálisis, la sociología y la filosofía pusieran en relación la salud mental con el sistema de creencias y valores propios de nuestra civilización caracterizada por el capitalismo en sus diferentes formas a lo largo de la historia.

Los pensadores freudomarxistas establecen una relación directa entre el esfuerzo del sujeto por desarrollar una forma de ser adaptativa a un sistema sociocultural y el desarrollo de la psicopatología. Reich (2019) situaba el origen de la enfermedad mental en la represión y el control de las pulsiones sexuales entendidas estas en un sentido amplio como la base afectiva de todo sujeto. Estos mecanismos de represión y control serían las exigencias del sistema para convertirse en un buen ciudadano. Siguiendo esta misma línea conceptual, Marcuse (2010) desarrolló la idea de la *desublimación represiva* como una

evolución en las formas de control del capitalismo en la que progresivamente se desplaza la pulsión sexual hacia el consumo. En este sentido, la expresión artística que funcionaba como una forma de sublimación o *expresión civilizada* de los impulsos instintivos pasaría a ser progresivamente una mercancía que sustenta el propio sistema cultural. También Guattari (2004) continua esta línea de pensamiento cuando establece que la producción capitalista se expresa a través de fuerzas materiales, trabajo humano y relaciones sociales, que funcionan como desplazamientos del deseo.

Esta relación entre sistema social y enfermedad mental ha sido estudiada profusamente por Michel Foucault (2015) en “Historia de la locura” y extiende su tradición también a estudios sociológicos como el de Durkheim (2007) sobre las bases sociales del suicidio. El movimiento antipsiquiátrico operativizó estas ideas a través del rechazo a las prácticas que medicalizaban problemáticas de base psicosocial. Autores contemporáneos como Mark Fisher (2018) y Franco Bifo Berardi (2022) profundizan en la relación entre el sufrimiento psíquico de la población y las últimas evoluciones del capitalismo y, en particular, en las expresiones que la enfermedad mental está teniendo en la población más joven.

Una característica de la evolución de nuestras sociedades ha sido la invención y evolución de la adolescencia como edad. Según Le Bretón (2014), la adolescencia surge en las familias burguesas del siglo XVIII como una etapa de transición entre la infancia y la adultez a través de la que dar respuesta a la necesidad creciente de instrucción y preparación afectiva a través de la que integrarse en la vida de las sociedades industriales. Se podría decir que la adolescencia nace como respuesta a la creciente dificultad para constituirse en un ciudadano plenamente integrado en un entramado social complejo. En el transcurso de su historia, la adolescencia es subsidiaria de los grupos etarios entre los que se encuentra (infancia y adultez). De forma progresiva, se constituye en un mundo cultural, social y psicológico propio para, a partir de la década de los 50 del siglo pasado, ocupar progresivamente la centralidad social (Savage, 2018). Se podría decir que la adultez ha sido desplazada como edad deseable del humano por la adolescencia

o, en todo caso, por una juventud inicial y plena. Así, habríamos pasado del *síndrome de la adolescencia normal* de Aberasturi y Knobel (1971) entendido como la anormalidad del adolescente en tránsito de ser adulto, a la adolescencia como destino que señala una nueva normalidad social (Fandiño y Rodríguez, 2021).

Todo este cambio en las características y configuración de las adolescencias está en relación con la evolución de nuestro sistema sociocultural y económico y tiene repercusiones en las características específicas del sufrimiento psíquico propio de esta época. Esta realidad mutante se puede rastrear en la producción de las culturas juveniles de los últimos años, como iremos viendo a continuación.

El asentamiento de la juventud en tanto grupo social, cultural y económicamente constituido y dotado de su propia idiosincrasia, ya se ha mencionado, cristalizó después de la Segunda Guerra Mundial. En la década de los cincuenta, la prosperidad económica en Estados Unidos y los cambios que comportó —aumento de la natalidad y acceso generalizado de la población blanca urbana a los estudios medios y superiores, entre otros— estimularon la aparición de *the luckiest generation* (1), la generación más afortunada: dieciocho millones de consumidores potenciales de entre doce y veinte años de edad con un capital estimado de diez mil millones de dólares. Para satisfacer las querencias y los afectos de aquel nuevo segmento demográfico, se desplegó la batería de mercancías —moda, alimentación, entretenimiento— que acotarían el imaginario de *lo juvenil* a modo de extensión de la cultura de masas; un espacio simbólico que no sería tanto una superficie reflectante del *trieb* adolescente como un patrón de conducta concebido para modularlo en el seno de un sistema aún entonces adultocéntrico. El rock'n'roll y su iconografía definieron los límites estéticos y comportamentales de una fantasía emancipatoria, actuando como agentes reguladores de las pulsiones de sus participantes. Los jóvenes descubrieron simultáneamente su unicidad y el modo en que esta podía —debía— expresarse. No tardarían en descubrir también los límites de ese nuevo vocabulario.

Si en los cincuenta el colectivo juvenil se reconoció a sí mismo en tanto entidad singular,

en los sesenta quiso devenir sujeto histórico. La convergencia del *baby boom* y movimientos emergentes como el antimilitarismo, el feminismo de la segunda ola o la lucha por los derechos civiles redundó en la cristalización del deseo de los jóvenes de modificar el presente y su futuro. Ya no se conformaban con habitar en el mundo; también querían cambiarlo. Así nació la contracultura, un conjunto de ideas y prácticas que abría una brecha en lo *real*, a través de la cual podía atisbarse una realidad *otra*, distinta a la regida por la autoridad adulta. El frenesí contracultural fue el combustible que propulsó al movimiento hippy, abanderado de la posibilidad de un modo de vida alternativo construido sobre los pilares de la paz, el amor y la comprensión. Pero el pensamiento utópico quedó herido de muerte a finales de la década. Los centenares de manifestaciones y actos organizados en todo el mundo no lograron detener la Guerra de Vietnam. El consumo de drogas duras se cobró miles de vidas, incluyendo las de iconos como Jimi Hendrix, Janis Joplin o Jim Morrison. La búsqueda de nuevas perspectivas espirituales degeneró en el entramado mercadotécnico de la *new age*, cuando no en la creación de sectas destructivas y grupos como la Familia Manson. Además, la primera gran crisis de posguerra estaba a la vuelta de la esquina. El aumento del precio del petróleo de 1973 marcaría el ocaso de los treinta años de prosperidad capitalista que dieron pie al estado del bienestar. En buena medida, la conjunción de desilusión y recesión fue el disparador que iniciaría la colonización progresiva de lo depresivo en el imaginario pop que se desarrollaría en los años venideros.

Nick Land y Sadie Plant (1994), fundadores de la Unidad de Investigación de Cultura Cibernética (CCRU por sus siglas en inglés) de la Universidad de Warwick, definieron la catástrofe como “el pasado haciéndose pedazos”. En este sentido, el derrumbe de la utopía contracultural fue catastrófico porque acarreó la rotura irreparable de una época de candidez, de fe en las capacidades factuales del deseo de transformación. El trauma fue doble, pues se articuló en la revelación de dos certezas: los jóvenes no podían cambiar las cosas, y ni siquiera el mundo que creían suyo, aquel que les permitía significarse, les pertenecía. No solo por la participación directa de

las industrias culturales y del entretenimiento —adultocéntricas ambas— en su perfilado original; también por el creciente desdibujamiento de sus lindes identitarios.

Land y Plant (1994) se refirieron igualmente a la anástrofe desde una perspectiva filosófica como “el futuro formándose”. En el ámbito de la retórica, la anástrofe es la figura consistente en la inversión de la posición de los elementos de una oración en contra de su orden lógico, sin alterar por ello su significado. Pero la transposición de factores socioculturales, políticos y económicos que aconteció a mediados de los años setenta en el Occidente capitalista sí alteró el significado de la realidad y su percepción. Coincidiendo con la crisis del petróleo, la primera generación que vivió plenamente el rock’n’roll se hizo adulta en una coyuntura muy distinta a la de sus padres. El súbito parón económico, la subsiguiente zozobra psicológica y el inicio de la etapa neoliberal del capitalismo, con los mandatos de Margaret Thatcher en Gran Bretaña y Ronald Reagan en Estados Unidos, sentaron las bases de un nuevo futuro formándose, recurriendo al aforismo de Land y Plant. Un escenario, aún vigente hoy, caracterizado por la provisionalidad y la incertidumbre. La solidez de unas perspectivas vitales hasta entonces indiscutidas comenzó a descomponerse, dando paso al estadio líquido de la modernidad tardía teorizado por el sociólogo y filósofo polaco Zygmunt Bauman (1999). En ese nuevo marco, la concepción de la adultez fue sometida a un proceso, todavía inacabado, de reescritura radical. La mayoría de edad dejó de ser garantía de seguridad laboral y estabilidad financiera y emocional. Sujeto a la amenaza perenne de una precarización inminente, al continuo vaivén de una sucesión inacabable de crisis —no menos de seis recesiones globales desde 1973 hasta el presente— y a la necesidad de lo inmediato como principal recurso para la satisfacción personal, el nuevo adulto acabaría renunciando a los valores y símbolos tradicionalmente asociados a su condición, convirtiéndose en una suerte de adolescente tardío: biológicamente templado pero psicológicamente marcado por la inquietud y la indecisión.

Difuminados los límites que distinguían a la adolescencia de la adultez, los nuevos adultos

reclamaron su derecho a la música pop, sintiéndola propia en tanto adolescentes tardíos —o *adullescentes*, en palabras de Ricardo Fandiño y Vanessa Rodríguez (2021)— y diluyendo, por ende, la connotación netamente juvenil de aquella. El rock progresivo, el pop para grandes estadios, el soft-rock y el muy significativamente denominado Adult Oriented Rock (AOR), rock dirigido a adultos, gozaron de gran éxito comercial en la segunda mitad de la década de los setenta. Fueron los principales frutos del desplazamiento intergeneracional de un sonido y una cultura en principio pensada en exclusiva para los jóvenes. En semejante tesitura, la aparición del punk significó un intento de reordenación del espacio simbólico adolescente adaptado al cambio de paradigma.

El relato hegemónico ha insistido en relacionar al punk con el nihilismo, fundamentándose principalmente en el celeberrimo eslogan “no future”, no hay futuro, entresacado, por si hace falta recordarlo, del estribillo de *God save the queen*. Sin embargo, es necesario recordar que el mensaje de los Sex Pistols coexistió con otros de carácter bien distinto: del “cámbialo, es cosa tuya” (*Alternative Ulster*, de Stiff Little Fingers) y el “no me digas qué tengo que hacer” (*Don’t dictate*, de Penetration) al “control total, incluso sobre esta canción” (*Complete control*, de The Clash) y el “si los chavales están unidos, jamás serán vencidos” (*If the kids are united*, de Sham 69). Esta diversidad ha sido omitida de manera reiterada por la voluntad, algo artificiosa, del análisis académico, empeñado en conectar el punk con vanguardias artísticas (dadá) y políticas (el situacionismo) y desvincularlo hasta cierto punto del subtexto pulsional que desde los rockers seminales ha atravesado a todas las subculturas pop. Un esencialismo actitudinal fácilmente identificable en el punk —rebeldía, narcisismo, inestabilidad emocional, deseo de emancipación, adhesión al grupo de iguales—, aunque esta vez se conjugaría, por vez primera, con un entendimiento del Yo juvenil recontextualizado en el marco post-crisis del 73. Lo que muchos quisieron interpretar como nihilismo fue la irrupción brusca, violenta incluso, de una consciencia hiperrealista que entraba en conflicto con el carácter fantasioso del hábitat cultural de los jóvenes. Volviendo a los eslóganes y

a los Sex Pistols, quizá el más certero de todos fue “el gran tимо del rock’n’roll”, que dio título a su película póstuma.

El punk volvió a modular las tensiones relacionales del campo simbólico juvenil con el adulto deconstruyéndolo y reformulándolo. Ante el saqueo gradual de los atributos adolescentes, los punks respondieron apropiándose de rasgos históricamente asignados a la edad adulta. Principalmente, el imaginario psicopatológico. Nunca antes el pop había hecho referencia a la esquizofrenia, la depresión, la ansiedad y la pulsión suicida. La locura y la muerte ya no eran las espectacularizaciones erotizadas plasmadas en los cancioneros de las dos décadas anteriores. En el punk nadie enloquecía ni moría de amor: moría de sobredosis, de una paliza, de un navajazo o por su propia voluntad, presa de un hastío vital inconsolable.

Los jóvenes punks renunciaron a su propia juventud, o a cómo se suponía que debía ser. Sus preocupaciones se entremezclaron hasta confundirse con las de los adultos, sometidos a su vez a un proceso de des- y re-identificación análogo, si bien en el sentido opuesto. No obstante, no puede magnificarse el impacto del punk en el inconsciente juvenil global. La proyección mediática del fenómeno fue fugaz, su rentabilidad comercial, escasa, y su alcance cultural, limitado. Habría que esperar tres lustros para que el arquetipo del adolescente prematuramente “adultizado” se incorporara al *mainstream* encarnado en el grunge, con sus aristas —la violencia, el feísmo y la hipoerotización de los cuerpos típicas del punk— convenientemente pulidas. Fruto de este vaciado de contenidos conflictivos, la estética grunge enfatizó la vertiente depresiva en tanto signo de “madurez” y “profundidad”. Paradójicamente, el nuevo ídolo pop renunciaba a la superficialidad y la liviandad del pop. A su propia condición de adolescente. Era un inadaptable sensible y atormentado, suerte de antihéroe existencialista cuya desazón metafísica se canalizaba a través de unas letras teñidas de pesimismo y oscuridad. El icono de aquella generación, Kurt Cobain, líder de Nirvana, tituló una de las últimas canciones que compuso antes de dispararse en la cabeza con una escopeta *I hate myself and I want to die*. Me odio a mí mismo y quiero morir.

En *La distinción* (2012), Pierre Bourdieu explicó las relaciones de poder entre sujetos culturales mediante la acumulación de distintos tipos de capital simbólico dentro de los campos donde la acumulación y el uso de esos capitales tiene lugar. Después del grunge, el imaginario juvenil quedó jerarquizado en base a la depresión como capital simbólico. Quien más sufría, quien peor lo pasaba, mayor prestigio adquiría dentro del orden cultural adolescente. Un estudio de la Lawrence Technical University de Southfield, Michigan (Kresovich et al. 2021), demostró este giro depresivo alimentando una inteligencia artificial con las letras de más de seis mil canciones que habían formado parte de las listas de éxitos entre 1951 y 2016. Los resultados no dejaron lugar a dudas: el pop del siglo XXI estaba dominado por la tristeza y el decaimiento emocional. Estrellas de cuño reciente como Billie Eilish, Lana del Rey o el grueso de artistas *emo-trap*, con el malogrado Lil Peep a la cabeza, lo dejaban claro.

Las resonancias sociopolíticas de este viraje hacia lo depresivo no pueden ser pasadas por alto. Si, como sostiene el pensador italiano Franco Bifo Berardi (2017), la depresión es la muerte del deseo, una juventud deprimida es una juventud huérfana de deseo y, sobre todo, incapaz de constituir un “nosotros” deseante capaz de impulsar cualquier tipo de cambio.

Aceptando que la psicopatología refleja, tal y como postulaban los freudomarxistas, la tensión existente entre el deseo del sujeto y su proceso de adaptación a un estándar sociocultural que va evolucionando en el tiempo histórico, es pertinente interrogarnos acerca de la transformación de la psicopatología del adolescente en estos últimos años y su relación con los cambios que se han venido dando en nuestro entorno.

Tradicionalmente, la mirada que desde la psicopatología se ha tenido de la adolescencia ha puesto el acento en su funcionamiento transgresor. Los adolescentes con problemas de salud mental eran mayoritariamente aquellos que por su conducta o actitud transgredían los límites socialmente aceptables. Así, etiquetas diagnósticas como el trastorno de conducta (TC), el trastorno negativista desafiante (TND) o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) han sido predominantes en

las consultas de salud mental infanto-juvenil. Se trataba, en todo caso, de jóvenes rebeldes, incómodos para el sostenimiento de un orden social determinado, ya sea en el aula, en la calle o en las casas, y a los que se trata principalmente con medicaciones que les ayudan a controlar sus impulsos y centrar su atención para, de este modo, adaptarse a la normativa social, acompañando este trabajo, de forma subsidiaria, con terapias cognitivo-conductuales que los dotan de estrategias para estar en el mundo “como hay que estar”.

En estos últimos años nos encontramos con un desplazamiento en el malestar adolescente. Según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (WHO) en 2014, titulado *Health for the world's adolescents*, la depresión ya era la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de edades entre los 10 y los 19 años. El suicidio se ha convertido en la primera causa de muerte entre los varones de 15 a 29 años y las hospitalizaciones por autolesiones entre los 10 y los 24 años casi se han cuadruplicado en las últimas décadas: de 1.270 en el año 2000 a 4.048 en 2020.

A principios del siglo pasado, Durkheim (2007) estableció las bases sociales del suicidio distinguiendo entre suicidios egoístas, altruistas, anómicos y fatalistas. El suicidio anómico sería el que se da en sociedades cuyas instituciones y cuyos lazos de convivencia se hallan en situación de desintegración. También es interesante la lectura que Merton (2002) realiza de la anomia como disociación entre los objetivos culturales y el acceso a los medios necesarios para llegar a esos objetivos. En el contexto sociocultural en el que nos encontramos, la relación entre medios y fines está evidentemente debilitada. El mandato social es de conquista del éxito y la felicidad a través de un reconocimiento público generalizado que se debe traducir en una gran capacidad de consumo. La frustración derivada del fracaso de estas expectativas y una vivencia generalizada de deterioro del futuro terminan produciendo formaciones reactivas en las que predominan las perspectivas retrotópicas (Bauman, 2017) dentro de los discursos sociales adultos. La insistencia en unos “buenos viejos tiempos” que responden a un recuerdo idealizado generan en el adolescente una suerte de “nostalgia

del futuro” que favorece diferentes problemáticas de salud mental de base melancólica.

Desde esta perspectiva, la rebeldía adolescente que quiere apropiarse del mundo, reformularlo a partir de sus propios ideales, enfrentarse a la ley como limitadora del deseo, va dando progresivamente paso a la depresión del adolescente atrapado en un mundo sin futuro, donde el adulto no le plantea ya un conflicto intergeneracional sino un juego de espejos de resonancias claustroagorafóbicas.

No deja de ser significativa la creciente demanda de atención clínica en los centros de menores, tradicionalmente dedicados a la atención de los adolescentes en los márgenes y caracterizados por la desestructuración social que se sintomatizaba a través de la conducta disruptiva y, en ocasiones, el delito. La demanda terapéutica en contextos institucionales que se han estructurado alrededor de lo que Foucault (2022) denominaba “vigilar y castigar” intenta dar respuesta a las problemáticas de salud mental que parecen pasar a un primer plano en el imaginario del adolescente contemporáneo. Esta misma realidad se ve reflejada en los centros escolares donde se ponen en marcha protocolos para la prevención del suicidio o en el tratamiento que se da a la adolescencia en los medios de comunicación, donde predominan *tags* como tardía, precoz, salud mental, psicología, depresión, ansiedad...

Esta nueva normalidad depresiva que caracteriza al adolescente contemporáneo ha cambiado la esencia misma de dicha etapa, arrinconando su función transformadora para dar paso a un duelo sin fin, una vivencia circular. Ya no se trata de una edad de transición entre la infancia y la adultez, entre el viejo y el nuevo mundo, sino un bucle que se inicia antes de la pubertad y se extiende *ad aeternum* en una búsqueda continuada de lo que la vida debía haber sido y nunca será. Franco Bifo Berardi (2022) extrapola esta visión a una sociedad donde lo conjuntivo ha dado paso a lo conectivo, compuesta de sujetos que se caracterizan por rasgos autistas, desvinculados y con graves dificultades para el desarrollo de la empatía emocional.

Las políticas de salud mental características del neoliberalismo, individualizadas e individualizantes, resultan con frecuencia yatrogénicas al

estar atravesadas por la misma lógica sistémica que genera el padecimiento que intentan tratar. Las manifestaciones psicopatológicas de este nuevo *zeitgeist* adolescente necesitan de un marco comprensivo que supere la mirada adultocéntrica y la respuesta asistencialista para pasar a construir espacios comunitarios en los que lo social debe ser recuperado e incluso reinventado como lugares donde *lo nuevo* es posible. Se trata de potenciar la oportunidad de transformar la condición presente en un futuro que será primero idealizado, después desidealizado y, finalmente, superado por un nuevo futuro.

Notas

(1) El término *the luckiest generation* es acuñado en el fotorreportaje *Teen-agers going steady*, publicado en la revista *Life* en su número del 14 de Junio de 1954.

Bibliografía

- Aberasturi, A. y Knobel, M. (1971). La adolescencia normal. *Paidós*.
- Althusser, L. (1965). *Lire Le Capital*. Maspero.
- Bauman, Z. (1999). *La modernidad líquida*. Fondo de cultura económica.
- Bauman, Z. (2017). *Retrotopía*. Paidós.
- Berardi, B. (2017). *How do we explain depression to ourselves?* [en línea] Recuperado de <https://novaramedia.com/2017/02/04/how-do-we-explain-depression-to-ourselves-bifo-remembers-mark-fisher/>
- Berardi, B. (2022). *El tercer inconsciente*. Caja Negra.
- Bourdieu, P. 2012. *La distinción: Criterio y bases sociales del gusto*. Taurus.
- Durkheim, E. (2007). *El suicidio*. Miño y Dávila Editores.
- Fandiño, R. y Rodríguez, V. (2021). *Ser adolescente. ¿Transición o destino?*. UOC Editorial.
- Fisher, M. (2018). *Los fantasmas de mi vida*. Caja Negra.
- Foucault, M. (2015). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (2022). *Vigilar y castigar*. Clave intelectual.
- Fukuyama, F. (2020). *The end of history and the last man*. Penguin.
- Freud, S. (1980). La moral sexual “cultural” y la nerviosidad moderna (1908). En J. Strachey (Ed.), *Obras completas*, vol. 9, 159-181. Amorrortu.
- Guattari, F. (2004). *Plan sobre el planeta. Capitalismo mundial integrado y revoluciones moleculares*. Traficantes de Sueños.
- Kresovich, A., Collins, M. K. R., Riffe, D. y Carpentier, F. R. D. (2021). A content analysis of mental health discourse in popular rap music. *JAMA pediatrics*, 175(3), 286-292.
- Land, N. y Plant, S. (1994). “Cyberpositive”. En Matthew Fuller (Ed.), *Unnatural: Technology for a contaminated culture*. Underground.
- Le Bretón, D. (2014). *Una breve historia de la adolescencia*. Nueva Visión.
- Marcuse, H. (2010). *Eros y civilización*. Ariel.
- Merton, R. K. (2002). *Teoría y estructura sociales*. Fondo de Cultura Económica de España.
- Reich, W. (2019). *La revolución sexual*. Traficantes de sueños.
- Savage, J. (2018). *Teenage: La invención de la juventud, 1875 - 1945*. Desperta Ferro Ediciones.
- World Health Organization (2014). *Health for de world’s adolescents*. WHO Document Production Services. Recuperado de: https://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf

Psicoterapia, arte y reparación en una unidad hospitalaria de trastornos de la conducta alimentaria

MARTA AGUASCA OLIVERAS¹ Y RAQUEL VIDAL ARANDES²

RESUMEN

Psicoterapia, arte y reparación en una unidad hospitalaria de trastornos de la conducta alimentaria. En el presente artículo compartimos algunas reflexiones sobre Simone, una chica de 18 años diagnosticada de trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Hemos trabajado en equipo y juntamente con otros profesionales en el marco de una Unidad Hospitalaria de Día de Atención Monográfica (UTCA) donde atendemos a pacientes de entre 12 y 25 años de edad con este trastorno. Estas consideraciones son útiles a la hora de validar cómo un vínculo seguro y el trabajo psicoterapéutico vehiculado por la creación artística pueden facilitar la superación del trastorno en personas diagnosticadas de TCA. **Palabras clave:** TCA, vínculo seguro, creación artística, UTCA, psicoterapia.

ABSTRACT

Psychotherapy, art and reparation in an inpatient eating disorders unit. In this article we share some reflections on Simone, an 18 year old girl diagnosed with Eating Behavior Disorder (ED). We have worked as a team and together with other professionals in the framework of a Monographic Day Care Hospital. These considerations are useful when it comes to validate as a safe link and the psychotherapeutic work conveyed by artistic creation to facilitate the overcoming of the disorder in people diagnosed with ED. **Key words:** ED, secure attachment, artistic creation, UTCA, psychotherapy.

RESUM

Psicoteràpia, art i reparació en una unitat hospitalària de trastorns de la conducta alimentària. En aquest article compartim algunes reflexions sobre Simone, una noia de 18 anys diagnosticada de trastorn de la conducta alimentària (TCA). Hem treballat en equip i conjuntament amb altres professionals en el marc d'una Unitat Hospitalària de Dia d'Atenció Monogràfica (UTCA) on atenem pacients entre 12 i 25 anys amb aquest trastorn. Aquestes consideracions són útils a l'hora de validar com un vincle segur i el treball psicoterapèutic vehiculat per la creació artística poden facilitar la superació del trastorn en persones diagnosticades de TCA. **Paraules clau:** TCA, enllaç segur, creació artística, UTCA, psicoteràpia.

“[...] He aprendido qué es confiar en uno mismo, qué es escucharse y en qué consiste enfrentarse al cambio. No soy una persona nueva, pues sigo caracterizándome por las mismas cosas que antes vivía como si fueran mi enemigo. Soy mi mejor versión. Y estoy predispuesta a serlo hasta que mi corazón no pueda más. Es verdad que he sido una observadora de mis objetivos frente a una ventana, y justamente por

eso aprecio la empatía que has tenido a la hora de ponerte en mi piel, observando el horizonte desde donde lo hacía yo. [...]”

Este fragmento forma parte de un escrito que me hace llegar Simone después de haber sido dada de alta por un trastorno de conducta alimentaria (TCA) del que fue tratada a lo largo de once meses aproximadamente. Simone, una chica de 18 años, más allá del agradecimiento

¹Psicóloga y Arteterapeuta. ²Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta Psicoanalítica. Graduada Superior en Bellas Artes y Artista Plástica. Contacto: info@raquelvidalpsicologa.com

Recibido: 8/8/22 - Aceptado: 18/1/23

que manifiesta, condensa en su escrito de forma magistral la importancia de la fuerza del vínculo terapéutico y la potencia rehabilitadora del arte y el acto creativo.

Si en las últimas décadas los TCA se habían convertido en una de las enfermedades cada vez más extendidas en las sociedades occidentales, la pandemia provocada por el COVID-19 ha aumentado de forma alarmante esta tendencia.

Comer es algo más que satisfacer una necesidad biológica; por tanto, dejar de comer es un acto multideterminado que requiere varias puertas de entrada para su comprensión, así como respuestas múltiples en su tratamiento (Kirszman y Salgueiro, 2002, pág. 5).

Como comenta Glòria Trafach, en el libro *Adolescencias, nuevos retos, nuevas transiciones* (2021, pág. 290), en estos trastornos se considera que detrás de los síntomas hay algo más que problemas de ingestión, algo que proviene del interior de la personalidad, algo que le está pasando al sujeto desde hace mucho tiempo, desde su infancia o su adolescencia, algún conflicto innombrable que ha quedado reprimido y desconocido para él y ahora irrumpe a través de la conducta trastornada: “aparece escrito en el cuerpo aquello que no puede decirse”.

Debido a la multiplicidad de factores implicados en estos trastornos biológicos, psicológicos y contextuales, se requiere un abordaje interdisciplinario que nos permita entender la realidad del sufrimiento del sujeto. En la Unidad Hospitalaria de Día de Atención Monográfica (UTCA), aparte de la psicoterapia individual intensa, grupal y familiar, se ha incorporado el proceso creativo y expresivo como elemento clave para facilitar la emergencia y encauzamiento del malestar y de los aspectos intrapsíquicos latentes en estos trastornos, lo cual favorece la creación de espacios transicionales.

En el presente trabajo, y tal y como indica el título, nos hemos centrado en profundizar en la importancia que ha tenido la consolidación de un vínculo seguro con la terapeuta de referencia de Simone. Este hecho se trasladará tanto al rendimiento del trabajo en la unidad como dentro del contexto familiar, retroalimentándose mutuamente.

Hemos incidido también en el significado del arte para la paciente, con el cual ha vehiculado

precisamente el fortalecimiento del vínculo con la psicoterapeuta y también con la arteterapeuta.

Ejes vertebradores del tratamiento psicoterapéutico investigado

Un vínculo seguro desde el que explorar el mundo interno

La teoría del vínculo, inicialmente postulada por Bowlby (1989), nos habla de la importancia que supone para un bebé establecer vínculos seguros con sus figuras de referencia desde su nacimiento. Únicamente si estos primeros vínculos establecidos son vividos como seguros, protectores y permanentes, constituirán una base firme para explorar aquellas numerosas situaciones que resultan inseguras al recién nacido a medida que se va desplegando física y psíquicamente después de nacer. La relación de apego con las figuras de referencia modela la organización estructural y neuronal del cerebro y, con ello, se permite la creación de una identidad desde la que explorar el mundo y ser conscientes tanto de nuestras experiencias internas como externas. En un trastorno psicopatológico como es el TCA, será de vital importancia el trabajo basado en una relación de vínculo seguro con el psicoterapeuta. Esto proporcionará al paciente un encuadre también seguro desde el que profundizar en los aspectos más problemáticos que presenta, sorteando juntos ansiedades a menudo catastróficas que son vividas como amenazas de destrucción. Desde la confianza que ofrece el vínculo, el paciente aprenderá a desarrollar la capacidad de utilizar estrategias distintas más adaptativas que las que tenía previamente y generar una regulación emocional adecuada a su circunstancia. Así lo veremos en el caso de Simone.

En los TCA, los primeros vínculos se han constituido a partir de mecanismos defensivos de tipo evitativo o ambivalente, que dan paso al desarrollo de las alteraciones psicopatológicas nucleares del trastorno. Trabajar desde la seguridad del vínculo resulta indispensable.

Arte y creatividad dentro del proceso de rehabilitación

Desde el psicoanálisis, entendemos la acción

creativa como un proceso de generación espontánea de imágenes y/o acciones que provienen del inconsciente y entendemos que la expresión artística y la creatividad son formas de comunicación simbólica que se evaden más fácilmente que la palabra de los mecanismos de defensa represivos, permitiendo hacer frente al sufrimiento psíquico sin que el paciente se sienta en riesgo. La producción creativa deviene una metáfora del sufrimiento del paciente, sustituyendo las defensas de tipo más disociativo (como la escisión o la negación). El hecho creativo, la pintura, la escultura, la danza y también nuevas concepciones artísticas constituyen herramientas psicoterapéuticas útiles. A menudo, el paciente encuentra problemas para expresar verbalmente sus conflictos; en cambio, pintar o dibujar son acciones más inconscientes y ocultas, y se cede con mayor facilidad a la represión y a la censura, con lo que se expresa de forma más sencilla lo que no puede decirse con palabras. Mediante este intermediario que es la creación/obra, se explican cosas que nunca se dirían directamente. Esto nos hace pensar en lo que Winnicott (1971) mencionaba como *objeto transicional*. La arteterapia se basa en el proceso de creación como forma de introspección, aprendizaje y descubrimiento de sí mismo.

El arteterapeuta facilita las condiciones necesarias para que la persona pueda volver a conectar con su potencial creador y transformador de sí mismo y de la realidad que le rodea. Incluir un programa de arteterapia dentro del tratamiento hospitalario permite que, a través de la experiencia artística, las personas con TCA puedan explorar sus emociones y sus conductas. La creatividad es una herramienta para ir más allá de lo conocido.

Simone

Simone fue derivada a nuestra Unidad por su psicóloga referente de Salud Mental cuando la sintomatología del TCA empeoró. Presentaba un diagnóstico de anorexia nerviosa de tipo restrictivo que incluía conductas purgativas y compensatorias como vómitos y ejercicio físico excesivo; también presentaba alexitimia y trastorno del estado de ánimo de tipo depresivo. De forma intermitente, se autolesionaba haciéndose

cortes en las extremidades. Es la pequeña de una familia de tres hermanas: Anna, una chica homosexual de 37 años que vive en pareja desde hace cinco años y que tiene un cargo directivo en una empresa de vinos y cavas y Joana, de 24 años, que trabaja en la empresa familiar (donde trabajan también el padre y la madre, de 58 y 57 años respectivamente). Decidió comer sano para perder peso y dejó de comer dulces, pasta, carne y fritos; también dejó de comer carne y pescado y se hizo vegetariana. Pronto bajó de peso y se aficionó a contar calorías; se saltaba comidas, hasta que adelgazó 16 kg en menos de seis meses y la familia decidió recurrir a la institución pública. Ha sido ingresada en la UTCA durante casi un año, asistiendo tres veces por semana.

Evolución del proceso de psicoterapia de Simone

Las sesiones individuales de psicoterapia, de una duración de 60 minutos, tienen lugar una vez por semana. Las sesiones familiares son cada 15 días y duran 90 minutos. Simone también es miembro de un grupo de psicoterapia semanal conducido por otra psicoterapeuta.

Exploración de la sintomatología y de los vínculos familiares

Simone es una chica sensible de apariencia equilibrada. Presenta una sonrisa tímida y silenciosa, con buen gusto a la hora de vestir: a pesar de que la ropa que utiliza es muy ancha y deportiva, combina colores suaves y se vislumbran unos tirantes que ciñen pecho y cintura.

La chica perdió la motivación por ir adelante con los estudios a pesar de su grado de autoexigencia (que lleva al extremo de tortura, según expresa literalmente).

A medida que transcurren las sesiones iniciales se hace evidente que desde muy joven Simone se ha convertido en la confidente de la madre de los problemas en general y en los problemas conyugales en particular, construyéndose una relación privilegiada madre/hija que puede observarse en el plano verbal y no-verbal. La hija acaba descubriendo que esta relación no es de privilegio, ya que hay una tercera persona que tiene esta función: el padre. La dificultad en la

separación de la figura de referencia vinculada al privilegio (la madre) le generará un estado de gran ansiedad. Una familia como la de Simone, según Selvini (1990), se trata de un grupo que tiene un funcionamiento patológico caracterizado porque su hija se ha implicado precozmente en el rol familiar. El TCA que presenta Simone tiene, entre sus funciones, la expresión sintomática reparadora mediante la búsqueda de una excesiva proximidad con la madre. Intuyo inicialmente aspectos de dependencia que la paciente irá desplegando en su proceso de psicoterapia, como iremos viendo.

Se siente mucho más cercana a la madre, a pesar de que entiende que se “sacrifica” demasiado por el bienestar de todos, descuidándose ella misma. Elaboramos el significado del *sacrificio* y del *castigo*. Con el tiempo, la chica verbaliza que se aproxima *internamente* a quién es ella realmente y espera que este hecho le ayude a acercarse a la Simone *exterior*: a su cuerpo. El acercamiento a un nivel simbólico es desde dentro hacia fuera.

Muchacha en la ventana de Salvador Dalí. Arte y consolidación del vínculo terapéutico

En el contexto de una sesión individual celebrada a principios de junio, Simone manifiesta una gran inseguridad como consecuencia de haberse sentido excluida de un encuentro que celebramos con los padres sin estar ella presente. *Lo conecta con la sensación que tuvo hace unos meses cuando empezó a sentirse perdida.*

Exploramos con detalle lo que siente en *aquí y ahora* en la sesión y la chica lo relaciona con el sentimiento de *no saber dónde estaba ella* cuando inició segundo de bachillerato. A un nivel emocional, lo enlaza con los momentos en que iba sola en el puerto a mirar el mar. Describe vívidamente cómo, día tras día, después de haber decidido no asistir a clase, se dirigía al puerto. Sentada apoyando su cuerpo en uno de los amarres de los veleros, pasaba horas contemplando el horizonte, observando los barcos entrar y salir del puerto, fumando algún cigarrillo que otro... y dejándose absorber de una manera complaciente por una sensación de melancolía y abandono. Nada de lo que estaba haciendo en su vida la motivaba y ella misma se percibía como un barco a la deriva. Nada le interesaba lo suficiente. El

azul del cielo y del mar la ayudaba a mitigar la angustia que sentía, perdida como estaba.

Después de un largo silencio, Simone habla de una pintura que está reproduciendo en su casa: *Muchacha en la ventana* de Salvador Dalí -ella conoce mi formación artística y mi trabajo en esta área-. Cuenta con un tono de complicidad, ralentizando y endulzando la voz, que esta obra es especial. Le gusta tanto, que la ha ido reproduciendo varias veces a lo largo de los años. Lo dice con *pudor*.

Visualizamos la imagen del cuadro desde el ordenador y ella despliega la emoción que la pintura le despierta. Habla de la suavidad cromática que desprende y de la belleza de esta imagen femenina que da la espalda al espectador contemplando un mar intensamente azul, apoyada en el alféizar de una ventana, entre cortinas también azules. Repite, absorta en la visión de la pintura, que a lo largo del tiempo ha reproducido el cuadro en varias ocasiones. Elaboramos lo que surge en torno a este punto y nos centramos en la necesidad de repetir como búsqueda y expresión de uno *no sabe muy bien qué* (dice literalmente). Simone refiere que regaló a la abuela materna la primera reproducción que pintó. Con lágrimas en los ojos y conmovida, dice: “Veo a la abuela en esta pintura”. Profundizamos en la nostalgia y la ternura que le genera la imagen.

Cuando, más adelante, Simone lleva las otras reproducciones de la *Muchacha en la ventana*, antes de mostrarlas explica que siente vergüenza. Lo relaciono con el pudor que hay implícito al mostrarme su mundo interno. Finalmente, opta por enseñar su trabajo y explica que la mejor reproducción es la que le regaló a la abuela (ver figura 1 del anexo).

La pintó cuando tenía unos 10 años; “es la mejor”, verbaliza con tono cariñoso. Lo conecta con cómo la abuela siempre ha considerado que “la belleza de una mujer radica en su conjunto... no hace falta que sea delgada, como la *Muchacha en la ventana*, que es voluptuosa”, dice literalmente cambiando el tono de voz... “como ella misma, mi abuela es una mujer preciosa, aunque no es delgada ni joven. Es atemporal, tiene mucho que ver con esa mujer. Es también muy culta, le gusta mucho leer y es elegante, sensible”, añade Simone.

Contemplamos la imagen de su primera reproducción en medio de un largo silencio. Le pregunto si la imagen le recuerda a alguien más, en esta acción contemplativa de mirar al mar. Asintiendo con la cabeza lentamente, entre pensativa, sorprendida y sonriente, mientras se señala ella misma con el dedo índice de la mano derecha, exclama “¿También soy yo?!”.

“Parecería que así es”, respondo, vinculando su discurso narrativo actual con la escena que llevó a sesión hace unos días en la que ella era la mujer protagonista que, dejando las clases -dándole la espalda-, iba a contemplar la mar apoyada en un amarre del puerto.

“Sí... soy yo misma” asiente.

Este momento supuso un punto de inflexión en el tratamiento de Simone, ya que fortaleció la alianza psicoterapéutica que habíamos establecido en un inicio. El hecho de que pudiera reconocerse a sí misma a través de mis ojos en una imagen tan cargada de simbolismo permitió que se acercara a su mundo interno y pudiera explorarlo sin inquietud. Surgieron sus estrategias más adaptativas y fue regulándose emocionalmente de manera progresiva.

En sesiones posteriores, nos centramos en la necesidad de repetir la imagen como búsqueda simbólica de sí misma: la expresión de la necesidad de encontrarse espejándose en la chica de la ventana; surge una Simone más auténtica, voluptuosa y con una belleza atemporal, sensible y culta. Más allá de estereotipos establecidos por los cánones de la moda actual, tal y como la abuela puso de manifiesto. Esto le llevó un día a una evocación de carácter traumático que tiene que ver con su hermana y con los comentarios despectivos que esta le hacía, hiriéndola intensamente, cuando se burlaba de ella porque era *gorda*. La familia actuaba de forma similar en este punto, aunque de manera intermitente. Se muestra crítica. La valido y la conecto con su *yo escindido* del que habla Natalia Seijo (2016): una parte de sí misma que ha tenido que ignorar dado el dolor que implica reconocerse. Ahora tiene la oportunidad de integrarse como unidad, también de poder diferenciarse de los otros y ser ella misma. Verbaliza que desde hace una semana se puede ver cómo es, sin distorsiones. Tenía una autopercepción distorsionada de sí misma

hasta entonces. “También he mirado fotos de hace un tiempo y puedo ver que estaba demasiado delgada. No me gustó nada. Antes no lo veía”, dice literalmente. Le destaco que, en una de las reproducciones de *Muchacha en la ventana*, curiosamente, la mujer no está representada; el contexto es el mismo, pero sin la mujer (ver figura 2 del anexo).

Pregunto si la reproducción representa este *no gustarse* nada que Simone verbaliza: “como no me gusto, no me pinto...” (?). Se muestra reflexiva al respecto. Afirma que está yendo hacia adelante. Acabamos la sesión profundizando en el concepto de la belleza y la forma redonda y visionando pinturas de Botero.

La insatisfacción y rechazo corporal produce malestar y una obsesión extrema en que la persona se preocupa exageradamente por su físico. La distorsión de la imagen corporal la entiendo como una defensa disociativa en el TCA, en la que el yo rechazado provoca mucha angustia a la persona (de eso es de lo que habla Simone cuando verbaliza que la familia se burlaba de ella). Cuando Simone se percibe fuertemente vinculada dentro del contexto de psicoterapia, es cuando las defensas pueden neutralizarse y canalizar los juicios más críticos hacia comentarios y críticas más sanas y constructivas (cuando puede identificarse con la muchacha de la ventana y, de forma vicaria, con la abuela). El yo rechazado hace surgir emociones como la vergüenza o la preocupación y, a un nivel psicoterapéutico, ayudamos a la paciente a elaborar su percepción del cuerpo a un nivel inconsciente. Recuerdo que rechazo y vergüenza es lo que muestra Simone cuando lleva a la sesión sus reproducciones de la mujer mirando por la ventana (ver figura 3 del anexo). A un nivel verbal/declarativo empezará a poner palabras a lo que nunca se ha podido hablar (el trauma que revive Simone cuando puede percibirse ahora a través de los ojos de la terapeuta, identificándose con la imagen de la mujer que reproduce reiteradamente). El cuerpo mostraba, mediante el TCA, la somatización de su traumática experiencia interna. ¿Cuál es el significado de la imagen que proyectamos y que los demás perciben? ¿Cómo nos han transmitido lo que somos? ¿Qué vinculamos a nuestra imagen?

Vacío. Autolesiones. Individualidad y diferenciación

Gracias al vínculo psicoterapéutico seguro establecido con firmeza, Simone va conectando con su realidad interna progresivamente y puede reflexionar implicándose en su proceso de rehabilitación con profundidad. Destina sesiones a valorar de forma crítica y constructiva a la vez la relación familiar con los padres y con Joana, la hermana, quien, a menudo, con agresividad, provoca malestar dentro del grupo familiar. Habla del rol que ella había adoptado de *mediadora* entre ella y sus padres y concluye que está aprendiendo a *no implicarse* excesivamente en ese sentido. Está aprendiendo a diferenciarse. Expresa también sentimientos de *vacío y desmotivación* y lo verbaliza en pasado, lo que es en sí interesante: *No se reconoce en la Simone exigente de antes. Está surgiendo una nueva Simone.*

En una sesión familiar que tenemos, el padre se queda fijado en los brazos de la chica. Le pregunta qué le ha pasado. Después de un largo silencio, la hija habla de las autolesiones que se infringía cortándose y destinamos el encuentro a elaborar el dolor y ambivalencia que surge en torno a este hecho. Valido la sinceridad de la chica: poner palabras al sufrimiento frente al contexto familiar es un progreso. Habla amplia y largamente de su sufrimiento mental. El padre puede expresar su desconcierto; inicialmente se muestra contrariado, pero progresivamente se muestra cercano a un nivel afectivo y consigue empezar a hacerse un espacio *restaurando de esta forma su vínculo dentro del mundo interno* de la chica. La madre habla de su impotencia; se siente limitada viendo que no ha podido acompañarla en el sufrimiento. Surgen de nuevo la *individualidad y la diferenciación*.

Dependencia emocional. Bloqueo y vergüenza. Madre y distanciamiento

Dado que la chica está poniendo de manifiesto una evolución positiva de su sintomatología inicial y un acercamiento a su *yo diferenciado*, el próximo paso será generar un espacio y un distanciamiento sano en la relación familiar. Básicamente, madre e hija se comprometen a mantener una distancia emocional que fomente la emergencia de las capacidades de la chica.

La madre dejará de ser omnipresente y el padre velará por que se mantenga esta nueva situación. Iremos valorando desde su espacio terapéutico la evolución.

En una de las sesiones que tenemos con los padres sin la paciente (confinada), curiosamente surge el episodio que sufrió la chica cuando aún no tenía un año y estuvo a punto de morir por un problema pulmonar. La madre lo contextualiza en el marco de la excesiva protección que ha recibido la hija por parte de ella; *encuentra el significado de su excesiva necesidad de protección y elaboramos todo lo que va surgiendo en torno a este punto*. Posteriormente, Simone hablará en el contexto de una sesión individual de cómo la actitud de los padres ha cambiado y les siente más distantes. Esto le genera una *sensación de extrañeza*, aunque fue algo pactado entre todos. El cambio no resulta fácil. Simone hace una valoración positiva de lo que se está produciendo y que *se resume en la creación de un nuevo espacio propio con mayor independencia. Siente también que deposita en la pareja todos los aspectos de dependencia que antes proyectaba en la madre. Simone autopercebe la facilidad que tiene de gestionar su vida en función de la necesidad de la otra, dejando de lado su propia necesidad*. Este hecho provoca que se empiece a cuestionar si la relación de pareja que está manteniendo es suficientemente buena.

Decide también que es hora de renovar la ropa de su armario, puesto que no es adecuada para su cuerpo. Se plantea cómo debe hacerlo para elaborar el duelo que supone este cambio. A nivel metafórico, el cambio de ropa nos explica que Simone está en proceso de *reconstrucción de su identidad*. Avanzamos. Acepta firmemente su aspecto físico.

La mejora. Proceso de alta

En una de las sesiones de octubre, Simone explica que realizó la prueba de acceso a la Escuela de Arte. Le ha ido bastante bien y pronto tendrá los resultados. Considerando todo lo que ha ido ocurriendo en los últimos meses con la pareja, ha tomado también la decisión de dejar la relación. Se ha sentido con mucha ansiedad y malestar, pero entiende que es la decisión correcta. Se siente también apoyada por la familia -especialmente por el padre-, con quien ha

podido compartir el malestar. Profundiza en sus aspectos de dependencia y le destaco que, en esta ocasión, la confianza la ha depositado en el padre y no en la madre: el cambio es real. Pese a las dificultades, se percibe equilibrada y sin la sintomatología inicial del TCA.

Iniciamos entonces un proceso de alta de la Unidad. La chica aporta, en estas últimas sesiones, algunos de los trabajos realizados en el taller de arteterapia y profundizamos en el significado que les dio mientras los confeccionaba. Habla de cómo ha vivido su evolución dentro de la UTCA y expresa los cambios que ha visto en sí misma y que, sobre todo, tienen que ver con un *autoconocimiento y saber gestionar el malestar* cuando este se produce. Esto repercute en su nivel de autoestima, que ha aumentado considerablemente. La relación con la comida se ha normalizado totalmente: siente placer cuando come, le gusta; se siente libre de condicionamientos relacionados con el TCA. Está contenta y motivada. Su psicóloga del centro de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) le dará hora para restablecer un seguimiento y siente una cierta inquietud e inseguridad por este reencuentro con ella, pero prevalece la alegría de ser dada de alta de la Unidad y proseguir su camino con los proyectos que ha empezado y la independencia que ha ganado. La Simone actual (tal y como expresa en el escrito con que iniciamos este artículo) ha aprendido “qué es confiar en uno mismo, qué es escucharse y en qué consiste enfrentarse al cambio”.

Evolución del proceso de Simone dentro del contexto del taller de arteterapia

Las observaciones aportadas parten de las sesiones de arteterapia que se han desarrollado en la UTCA. Las sesiones, en dispositivo grupal y con una duración de 90 minutos, se realizan una vez por semana.

En el caso que nos ocupa, hemos llevado a cabo 20 sesiones de arteterapia. Son talleres vivenciales, activos y participativos, que buscan promover dinámicas artísticas en la persona. Las diversas actividades planteadas en las sesiones tienen los siguientes objetivos:

- Conectar con las propias emociones y sentimientos, a fin de fomentar su reconocimiento,

identificación y expresión.

- Mejorar los niveles de asertividad, autoestima y autoconcepto, con el propósito de favorecer una percepción positiva de sí mismo y de la realidad.
- Fomentar la flexibilidad, la capacidad de asumir riesgos y la tolerancia a la ambigüedad y a la incertidumbre.

Reseñamos, a continuación, algunas de las sesiones que han favorecido de forma más relevante los citados objetivos.

La caja

La primera actividad consiste en la creación de una caja para guardar las producciones que se irán elaborando a lo largo del desarrollo de las sesiones de arteterapia. Simone dedica dos sesiones.

La propuesta para personalizar la caja parte de la pregunta “¿Cómo siento mi yo interno y mi yo externo en ese momento de mi vida?” Como arteterapeuta le explico cómo la parte exterior de la caja puede expresar todo lo que hay de piel hacia fuera: lo que es objetivo, observable y que el resto de las personas pueden ver, en definitiva, lo que mostramos; y cómo la parte interior puede expresar todo lo que me pasa de piel hacia adentro: sensaciones, emociones... que sólo ella puede percibir.

La producción de Simone ocupa sólo la parte exterior de la tapa de la caja (ver Figura 4 del anexo). Trabaja con acuarelas (me sorprende el uso de este material en una primera sesión, dada su impredecibilidad). Su aproximación a la producción es pausada, como si cada vez que desplegara un trazo sobre el cartón de la caja estuviera tomando un bocado de comida. Hace una figura con la que se identifica: lleva su mismo tatuaje y esto lo verbaliza a la hora del cierre. Simone nos ofrece su primer autorretrato, se muestra desnuda (transparencia del material utilizado). De su cabeza, brota un jardín denso con diferentes flores. En el lateral, añade la palabra “crecer” (quizás así quiere evitar cualquier tipo de interpretación sobre el mensaje que pretende transmitir su obra). El interior de la caja permanece vacío.

Fantasía del rosal

En la cuarta sesión, trabajamos la *Fantasía del rosal*. Se trata de una técnica gestáltica de fantasía guiada (Lizeretti, 2012, pág. 141) que facilita

el afloramiento de material no consciente y que ayuda al arteterapeutizante a poder identificar aspectos relevantes de su personalidad. Esta técnica ha sido adaptada atendiendo a las características del grupo. El procedimiento consiste en un ejercicio de fantasía en el que el sujeto, mediante las indicaciones del arteterapeuta, se identifica imaginariamente con un rosal.

El dibujo de Simone me remite al libro *El principito* de Antoine de Saint-Exupéry (2003) y a sus ilustraciones. La producción transpira la soledad de aquel principito que vivía en un planeta muy pequeño (ver figura 5 del anexo). A diferencia de la flor del principito (“mi flor es efímera [...], y sólo tiene cuatro espinas para defenderse contra el mundo!”), la de Simone no tiene ninguna. La palabra “fuerza” envuelve la parte exterior del planeta y a mí me parece un clamor hacia aquella causa capaz de modificar su estado... “lo esencial es invisible a los ojos” (Saint-Exupéry, 2003).

Identificación con tres objetos

Al inicio de la sexta sesión, he depositado sobre la mesa del taller varios objetos, invitando a cada participante a escoger tres. A partir de lo que le sugieran estos tres objetos, deben escribir un cuento o un relato. La propuesta está totalmente abierta: cualquier formato, con posibilidad de ilustración y textos de diversa longitud y estilo. Simone toma una baraja de cartas, una postal antigua de una pareja de enamorados y un blíster vacío de medicación. Por primera vez, parece que le cuesta entrar en el hacer: hace tentativas, pero nada le gusta y todas las posibilidades iniciadas terminan en la papelera. Expresa que tiene un mal día. En el cierre, la invito a compartir cómo ha vivido esta experiencia.

En todo proceso creativo se da una etapa de incubación: es el período en el que, con mayor facilidad, pueden surgir la angustia y la sensación de que no conseguimos lo que nos hemos propuesto. Para poder hacer frente, es necesario darnos un tiempo interno. Cuando el arteterapeutizante no está acostumbrado a gestionar este impasse, es necesario que el arteterapeuta pueda acompañarlo sin juzgarlo.

Trabajo con barro, escultura con temática libre

Hemos iniciado la novena sesión con diversas

dinámicas corporales. El grupo es numeroso y este trabajo previo ha sido útil para que pudieran conectar consigo mismas y desarrollar la sesión en silencio y un clima de introspección.

Hoy he introducido el barro por primera vez, es un material agradecido. Su tacto, su textura, similar a la propia piel, facilita la auto-investigación y nos invita a la regresión.

Simone acaricia el barro una y otra vez. Poco a poco, va surgiendo el torso de una mujer. Me sorprende esta imagen del torso, un cuerpo sin piernas, sin brazos, sin cabeza. Más tarde, aparecen dos piernas (ver figura 6 del anexo). Me recuerdan a las partes de un maniquí, una figura que alguien puede mover externamente y que colocar en diferentes actitudes. Me llega la imagen de una Simone débil, que se deja manejar por los demás.

El retrato, la mirada del otro

En la décima sesión, dejo sobre la mesa libros de diferentes artistas y estilos: Van Gogh, Gauguin, Matisse, Munch, L. Freud, Hopper... Animo a las chicas a tomar los libros, mirar los diferentes retratos, comentarlos... Los retratos no nos transmiten sólo formas físicas; cuando los miramos, también somos capaces de descubrir otros aspectos de la persona. Comento que, en la sesión, trabajaremos el retrato desde una vertiente emocional y simbólica.

Como ejercicio preliminar, les propongo que se agrupen por parejas, encuentren un espacio en la sala donde se sientan a gusto y se permitan observar al otro y, al mismo tiempo, ser observados, intentando ver quién es el otro, poder ir más allá de la piel.

Toda persona tiene una historia única y personal y los talleres de arteterapia son un espacio en el que emprender una exploración sobre la propia identidad. Nos construimos en base a la mirada de los demás: primero, a través de la mirada de padres o cuidadores; después, de todas aquellas personas que van formando parte de nuestras vidas.

Simone ha trabajado con Shanna, han hecho un retrato mutuo. En este taller, he introducido el uso del carboncillo, técnica que permite una alta controlabilidad a pesar del miedo que puede surgir de tener que ofrecer imágenes académicas.

Simone, que dispone de una buena habilidad artística, se muestra contenta con el resultado del trabajo de hoy. Ha hecho un retrato figurativo que presenta una Shanna real: ha escogido sus rasgos más bellos y, al mismo tiempo, ha sabido mostrar sus emociones, ideas y fantasías.

El autorretrato

La siguiente sesión, el autorretrato, es un ejercicio de análisis profundo y a menudo puede suponer una confrontación importante para el arteterapeutizante. Por este motivo, presento esta propuesta después del trabajo previo del retrato de la semana anterior.

Como el taller se enfoca en la expresión desde el autoconocimiento, no utilizamos espejos ni fotografías. La idea es utilizar el autorretrato como espejo interior.

Iniciamos la sesión con una meditación para facilitar la autoobservación, después hacemos una rueda con preguntas que fomentan la autorreflexión. Ellas también incorporan sus propias preguntas, las invito a responder lo más honestamente posible.

Siguiendo la línea de trabajo de la semana anterior, la técnica también es la del carboncillo y la propuesta, hacer un autorretrato reflejando cómo me veo a mí misma. Dejo la propuesta así, abierta, sin matizar demasiado, que cada una pueda realizarla desde donde le resuene esta indicación.

Simone inicia diferentes producciones, que va troceando sistemáticamente. Le sugiero recuperar alguna y poder trabajar desde la deconstrucción. Es un ejercicio difícil para ella, no se trata de un bloqueo creativo, porque sí existe la capacidad de producir. Sencillamente, lo que surge la paraliza: “trabajar en torno a las dificultades de la creación es trabajar en torno a las propias dificultades” (Winnicott, 1971).

Al final de la sesión, no presenta ninguna producción; sin embargo, el trabajo ha sido intenso.

Al cabo de unos días, entrega a su psicoterapeuta un autorretrato en el que se permite mostrarse tal y como ella se ve en aquellos momentos. La producción me remite a la obra de Dalí *Muchacha en la ventana*. Hay pocos cuadros en los que sus personajes nos den la espalda. A pesar de no poder ver el semblante de la muchacha, el acto de mirar por la ventana me evoca

un momento de pausa, una pausa reflexiva. La chica en la ventana no mira a ninguna parte, se mira a sí misma, de la misma manera que lo hace Simone en esta creación. La producción se convierte en un objeto transicional a través del cual se comunica la acción inconsciente.

Este acto permite a Simone colocar su “caos” dentro de los límites del papel, de una manera segura, separándolo de sí misma. El objeto transicional facilita que el arteterapeutizante pueda independizarse y fortalecer su yo.

El mar y sus olas

Estamos a finales de agosto. Para realizar la sesión de hoy, sitúo en medio de la sala un gran papel continuo que imita el mar. He traído también muchos elementos que evoquen una escena de playa: maderas pulidas por las olas, piedras, arena, conchas, algas, etc. Ya que no podemos salir de la unidad, recreamos escenas que nos acerquen a la naturaleza.

Hemos realizado una pequeña visualización que permitiera sentir en los propios cuerpos el movimiento imaginario de las olas. Después, la propuesta ha sido realizar una producción que incluyera alguno de los materiales de la escena.

Simone ha cogido unas conchas. Estaba muy llorosa y ha iniciado la actividad con pasta de moldear. Estirar, plegar y replegar... en un movimiento delicado y cíclico... Al cabo de un rato, abandona la tarea aprisionando con fuerza la masa entre sus manos. El resultado es una masa amorfa. Estoy allí, he contemplado su hacer y deshacer, sosteniendo su dificultad. El arte materializa en formas concretas lo intangible.

Cierre de las producciones hechas hasta el momento

Las estancias en la UTCA son largas, así que creo conveniente realizar un cierre antes de iniciar el siguiente curso escolar, para no ir acumulando demasiadas producciones y poder hacer una lectura de lo que hemos ido trabajando en los talleres.

Es una sesión en la que básicamente hemos sacado el material de las cajas y hemos realizado un recorrido por las diferentes producciones. *¿De qué me doy cuenta ahora que me reencuentro de nuevo con mis producciones? ¿Con qué me identifico?* Las producciones deben poder

facilitar el contacto con lo propio.

Más tarde, hago la propuesta de una pequeña producción grupal de cierre. En unas tarjetas de cartulina, debían de plasmar una síntesis del sentimiento surgido en ese reencuentro. Simone ha dibujado un brote verde y tierno, con un pequeño tronco con espinas, preparado para convertirse en una nueva planta. La producción me remite a ese rosal sin espinas de las primeras sesiones y a la flor del Principito. Cuando creamos, nos creamos: las espinas de Simone la han transformado.

Feria del libro

En la penúltima sesión, distribuyo varios libros por la sala y las invito a pasear y mirarlos, sopesarlos, olerlos, hojearlos, conocer al autor, el argumento. Es necesario que cada persona elija un libro y busque un párrafo que le sugiera alguna cosa.

Simone escoge a Benedetti y su título *Vivir adrede*. Se fija en el texto 65, *El acabose* (Benedetti, 2008).

Después del acabose, ¿qué venderá? [...] ¿Será un sótano, una nube oscura, un jardín con flores marchitas? [...] Tras el acabóse, ¿habrá memoria o todo será un hueco sin sentido? ¿Qué quedará del vitalicio amor, de las penas que no cicatrizaron. En el cierre, Simone muestra su producción (ver figuras 7 y 8 del anexo), una puerta que se abre y, al girar la página, ¿un “mar de dudas”? Nos habla de la incertidumbre que le provocan los cambios que está llevando a cabo, tanto en su relación con la comida como en su mundo psíquico y emocional. Verbaliza: “no sé si todos estos cambios me traerán calma o tormentas”.

La producción artística facilita la transmisión de significados psicológicos al encarnar conflictos, miedos, deseos y anhelos. Superar la enfermedad supone perder una parte importante de la identidad y encontrarse con lo desconocido.

Dar y recibir

Es la última sesión de arteterapia de Simone. En el taller de hoy propongo una reflexión sobre el acto de dar y recibir. Para cultivar relaciones de correspondencia y reciprocidad es importante mantener un equilibrio entre dar y recibir.

Iniciamos la sesión con una breve meditación,

seguida de un masaje por parejas. *¿Cómo es dar? ¿Cómo es recibir?* De manera libre, invito al grupo a trabajar sobre esta experiencia. Formulo también algunas preguntas que les permitan reflexionar sobre el tema: *¿Cuál es el patrón predominante en mis relaciones? ¿Qué motiva mi dar? ¿Qué motiva mi recibir?*

Simone ha dibujado una caja vacía. Voy indicando el tiempo que queda para finalizar el taller y ella sigue sentada delante de su producción: quieta, seria, callada, presente. Cuando quedan pocos minutos decide dibujar un corazón en la caja (ver Figura 9 del anexo).

En el cierre muestra la producción y manifiesta no recibir nada. Lo simboliza a través de la caja vacía. Cuando se trata de dar, en la caja aparece el corazón. Me sorprende la imagen de un corazón orgánico, con esa representación parece como si Simone entregara no sólo sus emociones sino toda su identidad (la sesión coincide con la ruptura con su pareja).

Observo su trabajo y pienso con las cajas vacías de Oteiza. “Toda práctica artística surge de un vacío que es la nada, que a su vez acaba alcanzando un nada que lo es todo” (Grupo enciclopedia, 2020).

Conclusiones

Nuestro cuerpo desnuda nuestra alma, la anuncia y la va llamando por el mundo. Nuestra carne es un medio transparente donde da sobre refracciones la intimidad que lo habita
J. Ortega y Gasset

A lo largo de su estancia en la UTCA, hemos ido viendo cómo Simone va logrando un equilibrio tanto en su mundo psíquico y emocional como en su relación con la comida. Su autopercepción es actualmente satisfactoria y, cuando termina su proceso, se muestra contenta con su cuerpo y con la evolución realizada en la Unidad. Los vínculos familiares han mejorado y la chica goza actualmente de una autonomía que le permite cursar unos estudios de Arte -decididos por ella- en la Escola Massana. Vive en Barcelona con una compañera de estudios. Su estado de ánimo es estable y, a pesar de mantener una personalidad reservada, se muestra comunicativa y capaz de expresar lo que siente

y desea. Tanto sus conductas restrictivas como compensatorias y autopunitivas fueron desapareciendo a medida que avanzaba en su proceso de recuperación en la Unidad.

La vivencia de un vínculo psicoterapéutico seguro fue de vital importancia para lograr una recuperación de la patología que presentaba Simone. Entendemos que tanto el arte como el acto creativo se convirtieron en factores indispensables en el proceso de curación del trastorno de la conducta alimentaria que presentaba. Como hemos visto a lo largo del artículo, entre Simone y la psicoterapeuta, se generó un vínculo seguro que se fortaleció a partir de la alianza promovida por la *Muchacha en la ventana*. Las producciones dentro del contexto del Taller de Arteterapia facilitan su evolución hacia la salud.

Ambas terapeutas coincidimos en que el modo en que Simone despliega su hacer en los talleres de arteterapia es similar a la forma en que ella procesa y actúa en las diferentes áreas de su vida. Todas sus producciones están impregnadas por su forma de ser. Este trabajo, junto con el de psicoterapia y el trabajo llevado a cabo por el resto del equipo, permite a Simone tomar conciencia de sus propios recursos, explorarlos y reconocerlos.

Bibliografía

- Benedetti, M. (2008). *Vivir adrede*. Alfaguara.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós.
- Grup enciclopèdia. (19 de novembre de 2020). *¿Qué significan las cajas metafísicas de Oteiza?* [en línea] Recuperado de: <https://grupenciclopedia.cat/blog/es/cajas-metafisicas-oteiza/>
- Kirszman, D. y Salgueiro, M. C. (2002). *El enemigo en el espejo*. TEA ediciones.
- Lizeretti, N. P. (2012). *Terapia basada en inteligencia emocional: Manual de tratamiento*. Editorial Milenio.
- Saint-Exupéry, A. d. (1978). *El Principito*. Alianza Editorial.
- Seijo, N. (2016). El yo rechazado: cómo trabajar con la distorsión de la imagen corporal en los trastornos alimentarios. *ESTD Newsletter*, 5 (4).
- Selvini, M. (1990). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Paidós Ibérica.
- Trafach, G. (2021). Confinamiento y trastornos de conducta alimentaria. En D. Cruz, E. Mollé y F. González (Coords.), *Adolescencias. Nuevos retos, nuevas transiciones*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Gedisa.

Anexos

Figura 1. Primera reproducción de *Muchacha en la ventana*.



Figura 2. Reproducción 2 de *Muchacha en la ventana* de Simone (sin figura).

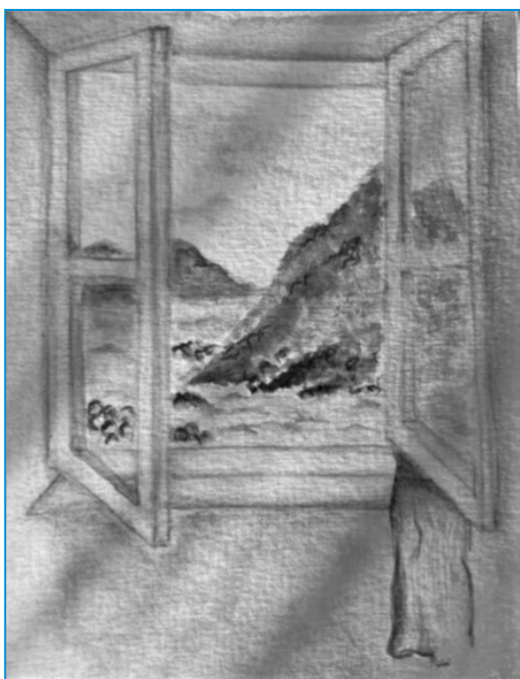


Figura 3. Reproducción 3 de *Muchacha en la ventana* de Simone



Figura 4. La caja



Figura 5. Fantasía del rosal

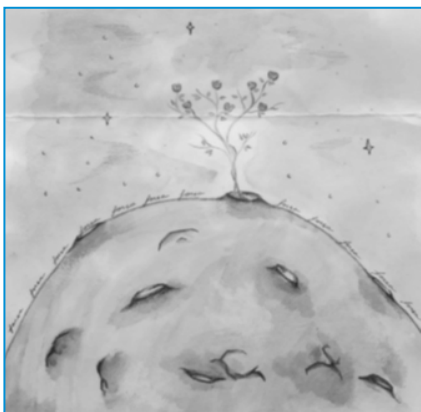


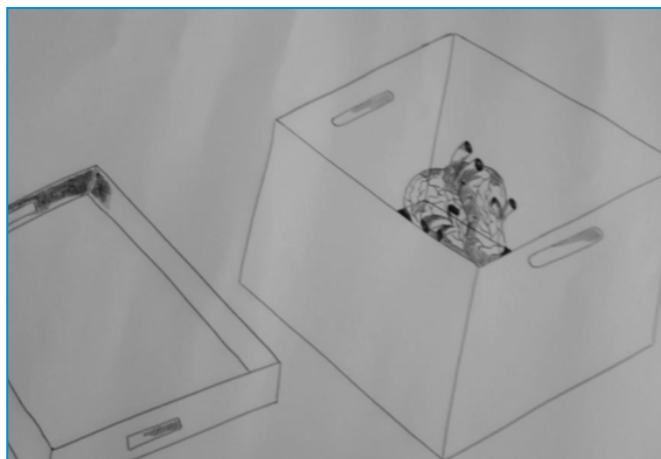
Figura 6. Trabajo con barro



Figuras 7 y 8. Feria del libro



Figuras 9. Dar y recibir



El doble desafío de la adolescencia migrante

BEATRIZ RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ^{1A} Y EVA GIL RODRÍGUEZ^{2A}

RESUMEN

El doble desafío de la adolescencia migrante. Las adolescencias migrantes se encuentran ante el doble desafío de elaboración de cuestiones propias de su desarrollo junto a las relacionadas con el proceso migratorio particular o de su entorno adulto. En el presente artículo se reflexiona sobre la conceptualización de la adolescencia migrante, los procesos migratorios y los duelos asociados a partir de relatos en primera persona, superando el adultocentrismo y etnocentrismo para la buena praxis profesional. **Palabras clave:** *adolescencia, migración, duelo migratorio, acompañamiento.*

ABSTRACT

The double challenge of migrant adolescence. Adolescent migrants are faced with the double challenge of dealing with issues of their own development together with those related to the particular migratory process or to their adult environment. This article reflects on the conceptualization of migrant adolescence, the migratory processes and the associated mourning based on first-person accounts, overcoming adultcentrism and ethnocentrism for good professional praxis. **Key words:** *adolescence, migration, migratory mourning, accompaniment.*

RESUM

El doble repte de l'adolescència emigrant. Les adolescències emigrants es troben davant del doble desafiament d'elaboració de qüestions pròpies del seu desenvolupament juntament amb les relacionades amb el procés migratori particular o del seu entorn adult. En aquest article, es reflexiona sobre la conceptualització de l'adolescència emigrant, els processos migratoris i els dols associats a partir de relats en primera persona, superant l'adultcentrisme i l'etnocentrisme per a la bona praxi professional. **Paraules clau:** *adolescència, migració, dol migratori, acompanyament.*

Una mirada hacia las migraciones

A pesar de que vamos a hablar de las adolescencias actuales, comenzamos con un tema mítico del extinto grupo Mano Negra, que se titula *El Señor Matanza* (1994). La letra dice: “Él decide lo que va, dice lo que no será, decide quién la paga, dice quién sufrirá. Esa y esa tierra y ese bar son propiedad del Señor Matanza”. Esa es la realidad en la que viven niños, niñas y adolescentes (en adelante NNA) de distintos países, realidad que obliga a sus familias a huir en busca de vida. Una situación mucho más frecuente de lo que puede parecer es que el motivo de migración subyacente al de buscar una vida mejor sea alejar a los hijos de situaciones de extrema violencia y así intentar

preservar una posibilidad de futuro para ellos y ellas.

Pero ¿cómo se le explica a un hijo que se abandona el país para que “no se lo lleven”? Es muy habitual que los adolescentes, pero también los niños, vivan el proceso migratorio con un gran enfado hacia su familia por no entender lo que está pasando y no poder soportar la frustración que supone el hecho de alejarse de todo aquello que conocen: amigos, escuela, calles, olores. Según los datos de la Organización Internacional de las Migraciones (OIM, 2019), el 14,6 % de las personas migrantes son NNA, representando un 1,6 % del total de los niños del mundo. De estos, el grupo etario más numeroso está entre los 15 y los 19 años, es decir, en la adolescencia. Sin embargo, si buscamos datos

¹Psicóloga general sanitaria. Centro terapéutico juvenil Ita Berducido. ²Educadora social, Coordinadora CM Casa da Quintán.

^AAsociación para a Saúde Emocional na Infancia e Adolescência (ASEIA).

Contacto: aseia.evagil@gmail.com

Recibido: 7/6/22 - Aceptado: 28/9/22

sobre los factores que empujan a la migración, nos encontramos con que el 65 % están motivados por la búsqueda de un empleo, según recoge el Parlamento Europeo (2020).

Ante esto, nos preguntamos; ¿están recogidos los factores que afectan a NNA en estos datos? ¿Tenemos en cuenta a las personas, en su globalidad, al realizar estos estudios o nos quedamos solo en la superficie?

Según Goździak (2021), los primeros movimientos de seres humanos sucedieron hace entre 80.000 y 60.000 años. Moverse, buscar otros lugares, caminar, es algo intrínseco al ser humano. Es, además, un proceso colectivo: aunque la decisión última proviene de lo individual, los motivos suelen tener un componente común, ya sea la búsqueda de una vida mejor que la que nos ofrece nuestro lugar de origen, la violencia, el cambio climático o un proceso adoptivo.

Nos gusta pensar en las migraciones como un proceso de ida y vuelta. Si, como decíamos, hace 80.000 años los primeros migrantes llegaron a Asia procedentes de África, durante los inicios del siglo XX toda América recibía barcos llenos de europeos que buscaban un lugar más seguro o un trabajo con el que poder mantenerse y mantener a sus familias. Pero migrar también es lo que sucedió entre los siglos XVI y XIX, cuando millones de personas africanas fueron llevadas a América para ser esclavizadas. Esta, como otro tipo de migraciones, se producen de manera forzada, aunque, en el caso de la esclavitud o la trata de seres humanos, la violencia ejercida sea extrema. Cuando se reivindica el derecho a migrar también se debe hacer lo propio con el derecho a no migrar, con el derecho a poder tener una vida digna en el lugar de procedencia. En los medios y en el debate público, se hacen referencias continuas al efecto llamada, mencionando la atracción de los flujos migratorios hacia determinados países por las potencialidades de vida que presenta ese destino frente a otros. En cambio, se obvia lo verdaderamente fundamental en la dinámica estructural de la migración: el efecto expulsión (los efectos) desde los países de origen, es decir, aquellos motivos por los que es muy difícil o inviable desarrollarse con garantías y seguridad. La vivencia subjetiva de expulsión o de sentirse expulsado del país de origen suele estar presente, en gran

medida, sobre las personas que migran; especialmente, aquellas que lo hacen en búsqueda de protección.

Como todo lo que atañe a los seres humanos, la migración es compleja, heterogénea y diversa. Para comprenderla, necesitamos ir más allá de lo puramente demográfico. Los éxodos masivos por conflictos, los riesgos en el cruce de fronteras o el grado de integración/asimilación de la cultura, son los tópicos principales sobre los que gira el discurso social y político en torno a la migración. Si aplicamos la clásica metáfora del iceberg, estas ideas serían la superficie, lo visible. Bajo el agua, el grueso del fenómeno, lo no-visible o invisibilizado, esto es: las relaciones familiares transnacionales, los desplazamientos internos, el etnocentrismo en las políticas, la xenofobia, el retorno al país de origen y un largo etcétera, entre el que se encuentra la infancia y adolescencia migrante. Como ciudadanas y profesionales, debemos bucear, adentrarnos a lo invisible y hacerlo visible. Lo que no se ve, no puede pensarse. Si no es de este modo, difícilmente podríamos conocer las consecuencias psicosociales que atraviesan a quienes migran.

Un aspecto clave es diferenciar también entre proceso migratorio y viaje migratorio. El proceso migratorio se relaciona con lo psicosocial en juego; es decir, con todo lo que supone emprender un nuevo proyecto de vida, que iría desde los primeros momentos en los que se plantea la salida del país de origen, la toma de decisión, el viaje, la llegada a destino o destinos, desarrollarse en ese nuevo entorno, los duelos, los afectos, etc. (Melero y Díe, 2010). El viaje migratorio, en cambio, es el desplazamiento en sí; una parte de ese proceso y que, con más o menos facilidad, podremos determinar su final. A pesar de ello, es muy habitual que durante años las personas que están inmersas en un proceso migratorio se muevan a distintos lugares; es decir, realicen diferentes viajes migratorios, a veces a ciudades, a veces a países, ya que el objetivo no siempre se consigue en el primer lugar de destino, o las expectativas se diluyen. A eso hace referencia el término *transmigrante*.

Al respecto del proceso migratorio, podríamos entenderlo como una carrera de fondo o, incluso, una carrera sin meta; abocando a un estado

de tránsito continuo y cuyo impacto sobrepasa a la persona; afectando a lo social e, incluso, a las generaciones sucesivas, que heredan el proceso migratorio. Esa herencia o legado invisible constituye en muchas ocasiones las marcas intergeneracionales del trauma migratorio.

¿Qué entendemos por adolescencia migrante?

Primeramente, debemos detenernos en qué entendemos por adolescencia migrante, porque a partir de esta idea podemos analizar cómo los vemos, cómo los pensamos y cómo nos relacionamos con esta en nuestro papel como ciudadanas y/o profesionales.

Los fenómenos migratorios de la infancia y la adolescencia están impregnados por el *adultocentrismo*. Se ata su experiencia a la de las adultas. Como muestra, los mediáticos términos *menores no acompañados*, *menores separados* o *segunda generación*, que conforman el grueso del imaginario social sobre lo infanto-juvenil. A partir de estas nomenclaturas, los NNA se categorizan y definen por: la presencia/ausencia de una persona adulta cuidadora y, en caso de contar con ella, por su grado de relación con el país de destino; minusvalorando la interacción infanto-juvenil con el entorno, su historia psicosocial y procesos particulares.

El impacto de cualquier manifestación adultocentrista es destacado en lo particular de las relaciones, como en las dinámicas familiares y, en lo general, de las políticas sociales, educativas y sanitarias, como de la producción científica (Abaunza, 2021). La invisibilización de este colectivo los coloca en una postura de mayor vulnerabilidad y vulnerabilización, fruto de la negligencia social por no ser vistos ni reconocidos.

El lugar de nacimiento, el desplazamiento geográfico o la nacionalidad no son variables suficientes para entender quiénes componen la categoría social de infancia-adolescencia migrante (Pávez, 2017). La sociedad “lee” como migrantes también a aquellos que son hijos de migrantes, aunque ellos mismos hayan nacido en el país de destino de sus padres y no hayan vivenciado un viaje migratorio. Y estos son leídos como migrantes, especialmente, cuando se encuentran en condiciones socioeconómicas vulnerables, proceden de países empobrecidos,

están racializados o cuentan como documento para identificarse, un pasaporte o un NIE. Por todo ello, comprobamos que el reconocimiento como migrantes es mucho más una cuestión de clase y estatus que una cuestión demográfica. En definitiva: de contar o no con una serie de privilegios valorados desde el país de destino.

Como resumen, Ceriani, García y Gómez (2014) entienden por adolescencia migrante a todas aquellas personas cuyas experiencias vitales y derechos se ven directamente afectados por el hecho migratorio y las políticas que las regulan, a la vez que sufren la crisis evolutiva propia de esta edad.

La doble crisis: desafío adolescente y desafío migrante

Por lo tanto, ¿qué sucede cuando tu adolescencia está marcada por tu proceso migratorio o el de tus referentes adultos?

Las etapas vitales están demarcadas por procesos biológicos y socioculturales. Estos últimos son especialmente valiosos en la adolescencia, por sus propias características constitutivas, en torno a la búsqueda de la independencia, la identidad y la sexualidad (Lingiardi y McWilliams, 2020).

Que lo sociocultural sea protagonista en la etapa adolescente hace pensar que existe gran variabilidad cultural al respecto de lo que se entiende por adolescencia en diferentes latitudes, tanto por las edades que comprende, su representación o las tareas demarcadas para esta etapa. Para algunas culturas, es el momento de la formación. Para otras, de la incorporación laboral, las primeras relaciones amorosas o el momento de casarse; incluso, para muchos, el momento en el que migrar para la búsqueda de la autonomía propia y reafirmación de la identidad. Pese a la gran variabilidad, en términos generales, existe cierto consenso transcultural en determinar que existe una etapa posterior a la infancia y previa a la adultez, de transición hacia esta (Luzuriaga, 2013).

Si, en esta etapa de transición hacia la vida adulta y la búsqueda de una identidad propia, se suma una transición espacial con el cambio de lugar de vivienda, pero también de referentes

culturales y de códigos de relación, el proceso de adolescencia se ve dificultado por tener que dejar espacio a elaborar otras crisis, las propias y de sus cuidadores primarios, en caso de haberlos. En referencia a Carolina del Olmo (2013), también podemos pensar en todas aquellas adolescentes que ven mermada su tribu de cuidados y deben realizar sus procesos de evolución personal con falta de referentes, a la vez que las responsables de su crianza se encuentran en apuros por no tener apoyos suficientes en el cuidado. Aparecen también los cambios corporales propios de la adolescencia que se ven aumentados por ser estos en ocasiones cuerpos no hegemónicos en el entorno que habitan y sometidos a la presión estética del canon del lugar y momento. Así mismo, se presenta la exigencia familiar y del propio contexto, que a menudo chocan y posicionan al adolescente en una situación de sobreexigencia, llevándolas a asumir roles y cuidados más propios de las adultas que de su momento evolutivo. Esto es, los deseos familiares proyectados sobre las nuevas generaciones. La sobreexigencia, a su vez, para algunas se alimenta también del deseo de sobreponerse a los prejuicios y estereotipos, que, en términos generales, ubican a las adolescentes en una posición inferior respecto de sus iguales nacionales. En cambio, otras, hacen profecía autocumplida. ¿Dónde mirarte cuando no hay referentes adultos valorados socialmente?

Aquí radica el doble desafío de las adolescencias atravesadas por los procesos migratorios. Citando a nuestros compañeros Ricardo Fandiño y Vanessa Rodríguez Pousada (2021), sabemos de la importancia del entorno para contener la crisis adolescente, un contexto que se muestre lo suficientemente seguro para que ellos puedan ir construyendo su propia identidad. En este punto, radicaría el desafío particular social y profesional de la mirada hacia la adolescencia migrante.

Duelo(s) migratorio(s)

Volviendo al inicio, cuando hablábamos del enfado de las adolescentes, queremos pararnos a pensar en lo que significa migrar para muchos NNA. Qué es lo que pueden entender de los motivos, pero también qué capacidad tienen para

proyectar a futuro y comprender las consecuencias de ese viaje que están realizando. A veces, no saben si volverán a ver su calle; otras piensan que son unas vacaciones y, en todos los casos, la separación atraviesa su sentir. Porque algo que siempre está presente en la vida de una persona migrante es la separación y, con ella, deben aprender a vivir. Shahram Khosravi (2021) nos habla de ese primer momento de separación en su libro *Yo soy frontera, autoetnografía de un viajero ilegal*, y nos dice: “No me volví, no miré atrás. No podía. Pero en el coche ya no pude mantener la vista alejada de mi madre por más tiempo. Se quedó en la puerta, sin llorar para no entristecerme. Pero estaba temblando. Yo sabía que una tormenta sacudía cada célula de su corazón, como le sucedía al mío. Cuando mi hermano puso el coche en marcha, no pude contener más la respiración y las lágrimas empezaron a brotar. Desde entonces no han dejado de correr” (pág. 67). Shahram tenía 21 años y huía del reclutamiento del ejército iraní durante la guerra con Irak.

Para aprender a vivir con esa separación son diferentes los subterfugios que la mente usa y uno de ellos lo explica de forma brillante Yeison García (2021a) en su poema *Llegada*. Yeison nos habla de la memoria del cuerpo y como en ella guardan todo lo que hace referencia a ese otro lugar de sus vidas, al igual que lo hacemos todos si reconocemos un olor de nuestra infancia y, al instante, tenemos una sensación concreta. Yeison lo ejemplifica con la música y lo que ella supone, tanto para afirmarse identitariamente como para conectar con su origen, su familia y sus recuerdos.

Yeison nos dice: “lo único palpable de aquellos días es que éramos niños” (García, 2021b, 3:07). Eso es lo que parecemos olvidar cuando ponemos el adjetivo migrante detrás de sus nombres. La migración no es un hecho neutral, sino que afecta profundamente a la persona, la familia, el entorno, las sociedades de origen y las de destino. Sin embargo, no constituye por sí mismo un factor de riesgo. Los factores de riesgo psicosociales tienen que ver con las condiciones de salida, tránsito y vida en el país de destino, como lo son la baja renta, la situación administrativa irregular, distancia cultural, desconocimiento del idioma, no contar con red de apoyo,

etc. Según *el Informe Crecer Saludable(mente)* de Save the Children (Aumaitre et al., 2021), las personas adolescentes de origen migrante sufren, en proporción a las nacionales, un mayor número de trastornos mentales y/o de conducta, asociado a los factores de riesgo expuestos anteriormente.

Y en todo este proceso que estamos describiendo, los NNA también se deben enfrentar a un fuerte duelo. El duelo migratorio, definido por Achotegui (2018) como la elaboración de las pérdidas asociadas al hecho migratorio, diferenciándose siete duelos en relación con la familia y los seres queridos: la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo de pertenencia y los riesgos por la integridad física. La intensidad de cada uno de estos duelos viene determinada por las condiciones de vulnerabilidad y los estresores psicosociales. En definitiva, de contar o no con recursos y sostén para superar la crisis.

El uso del término *duelo* denota el matiz natural y evolutivo del propio proceso, al entenderse que todo cambio supone una pérdida y que su elaboración satisfactoria implica una progresión fundamental en el desarrollo de la persona.

El duelo por la familia y seres queridos, duelo por la cultura y duelo por el grupo de pertenencia suponen una muestra de que la migración puede implicar una crisis en la identidad, dado que los referentes individuales y sociales, así como sus significados, cambian en un marco cultural diferente (Mata et al., 2010).

En castellano, la palabra *duelo* tiene la acepción relativa al proceso de adaptación ante la pérdida y, también, de hacer frente a una situación de desafío.

La etapa adolescente y los procesos migratorios comparten la vivencia de ambivalencia, los procesos de duelo, la redefinición de la identidad y el valor de lo social (Sayed-Ahmad, 2008). De esta manera, las personas adolescentes atravesadas de algún modo por los procesos migratorios se encuentran en una doble crisis. A pesar de la diversidad de las historias y narrativas personales, existe cierto consenso en determinar que la vivencia de procesos migratorios en la etapa adolescente puede dificultar la construcción de la propia identidad y las relaciones sociales, tanto con la familia como con

los grupos externos a esta (Gimeno y Lafuente, 2010).

El papel de los profesionales: validación y acompañamiento a las realidades migrantes

Tomando de nuevo a Yeisson García como guía en este análisis, mostramos otro de sus poemas del poemario *Derecho de Admisión* (2021a), en este caso titulado *Crece sin tierra*: “A los que migramos en la niñez / nos toca gravitar en el aire, / ser puente entre varios universos, / reclamar nuestra libertad de pertenencia / a las cosas de las que nos hablan en casa / y otras, que nos han rodeado con la mirada.”

Para que esa gravitación de la que habla Yeisson no se convierta en un hecho traumático, el acompañamiento que se le pueda brindar a las adolescentes puede suponer un apoyo que ayude a elaborar esos duelos y pérdidas de los que hablamos. Y es necesario desde sus necesidades reales. Safia El Aaddam (2022) nos/les dice: “No sois lo que os han dicho que sois. No sois los límites que os han puesto en el instituto. No era nuestra responsabilidad hacer de traductoras, mediadoras, gestoras... Tampoco era nuestra responsabilidad la situación económica que había en casa. Ni el choque cultural de nuestros padres, ni sus miedos, ni sus traumas, ni su duelo migratorio. Ni su nostalgia, ni el ansia insatisfecha de su no retorno” (pág. 235).

Safia nos recuerda que para que las adolescentes tengan un sostén también debemos acompañar a los adultos que las rodean. Tal y como hemos comentado, y como Safia describe, las situaciones de las familias son, en muchos casos, de fuerte precariedad y dolor, por lo que precisan de apoyo, a veces económico, pero muchas veces también emocional. Es necesario acompañar a quienes acompañan día a día a las adolescentes para que sus potencialidades se vean impulsadas y servir así de apoyo a quienes están en proceso de desarrollo.

El acompañamiento debe tener como base la escucha integral. Más allá de las palabras, que se encuentran impregnadas por la cultura de cada cual, la escucha debe incluir una comunicación sensorial, a través de la cual los adolescentes puedan hacernos llegar sus inquietudes, frustraciones y deseos. Las diferencias idiomáticas,

pero también las diferentes formas de comprender un suceso determinado, pueden suponer una limitación en la relación a establecer como profesionales; por eso debemos tener los oídos, los ojos y la piel abiertas a aquello que nos quieren transmitir.

Aunque nos guste pensarnos con un alto grado de objetividad en el desempeño de nuestra profesión, la realidad es que todas llevamos mochilas cargadas de opiniones y prejuicios. No negar la existencia de esta mochila y hacernos cargo de ella es necesario para lograr esta escucha integral de la que estamos hablando. También para lograr establecer un vínculo que les proporcione referentes confiables y abiertos a sus propuestas en la búsqueda de su identidad personal.

Por otro lado, nos hablan Vázquez y Llibrer, en el libro *Adolescencia y Transgresión* (2014), de la importancia de que el entorno sirva de sostén durante el proceso de crecimiento de los NNA. También ha de estar presente en la etapa adolescente, ya que es el momento en el que se pone distancia con las figuras parentales y se necesita, por tanto, de otros referentes que puedan realizar esta labor de sostén. Como sociedad, tenemos una responsabilidad con los adolescentes en esta labor de sostén y, específicamente, con las adolescentes migrantes, para que sientan que sus historias de vida, sus referencias culturales y personales tienen un lugar y son respetadas tal y como son. Se trata, por tanto, de reconocer la valía del colectivo de personas adolescentes. En este caso, de aquellas vinculadas de una u otra forma a procesos migratorios, de reconocer también sus aspiraciones y derechos en el lugar en el que residen actualmente.

Reflexiones finales para llevarse en el día a día profesional y personal

En un acto de honestidad y respeto, explicitamos que nosotras no estamos atravesadas por los procesos migratorios y reconocemos nuestros privilegios. Uno de ellos, el poder contar con un espacio como este para poder hablar sobre estos temas. Por ello, hablamos tomando como referencia el testimonio de las personas que hemos acompañado durante nuestra trayectoria

profesional y compartiendo los potentes discursos creativos de personas como Safia, Shahram y Yeisson, quienes hablan a las adolescencias migrantes.

Ya, por último, queremos retomar el inicio y preguntarnos, ¿quién es *El Señor Matanza*? No olvidemos que la guerra y la pobreza tiene nombre y apellidos, que vive entre nosotras y que las vidas de muchas personas se ven sometidas a sus deseos. No olvidemos que hay una deuda con los países empobrecidos que sigue en aumento y que cada una de nosotras tenemos la posibilidad de restituir con nuestras acciones profesionales y personales.

Bibliografía

- Abaunza, H. (2022). *El adultocentrismo* (en línea). Recuperado de: https://www.academia.edu/50365632/El_Adultocentrismo_Abaunza_2021
- Achotegui, J. (2018). *La inteligencia migratoria. Manual para inmigrantes en dificultades*. Ned Ediciones.
- Aumaitre, A., Costas, E., Sánchez, M., Taberner, P. y Vall, J. (2021). *Informe crecer saludable(mente). Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia*. Ed. Save The Children. Recuperado de: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe_Crecer_saludablemente_DIC_2021.pdf
- Ceriani, P., García, L. y Gómez, A. (2014). Niñez y adolescencia en el contexto de la migración: principios, avances y desafíos en la protección de sus derechos en América Latina y El Caribe. *Revista Interdisciplinaria de Movilidad Humana*, 9-28.
- Del Olmo, C. (2013). *¿Dónde está mi tribu? Maternidad y crianza en una sociedad individualizada*. Clave Intelectual.
- El Aaddam, S. (2022). *Hija de inmigrantes*. Nube de tinta.
- Fandiño, R. y Rodríguez, V. (2021). *Ser adolescente. ¿Transición o destino?*. Editorial UOC.
- García, Y. (2021a). *Derecho de admisión*. La Imprenta.
- García, Y. (2021b). *Llegada (Derecho de Admisión)* [Video]. YouTube. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?>

v=NbkrZBqJqkA&ab_channel=Lalmprensa

- Gimeno, A. y Lafuente, M. J. (2010). Relaciones familiares en origen y destino e impacto del proyecto migratorio sobre ellas. En L. Melero (coord.), *La persona más allá de la migración* (pp. 149-196). Fundación Celmigra.
- Goździak, E. (2021). *Migración internacional. Una inmersión rápida*. Tibidabo Ediciones.
- Khosravi, S. (2021). *Yo soy frontera. Autoetnografía de un viajero ilegal*. Virus.
- Lingiardi, V y McWilliams, N. (2020). Introducción. Manual de diagnóstico psicoanalítico 2. *Aperturas Psicoanalíticas*, 65. Recuperado de: <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001131>
- Luzuriaga, M. (2013). La invención de la adolescencia: una visión histórica y transcultural. En J. A. Barrionuevo (Ed.), *Adolescencia: clínica psicológica y psicoanalítica institucional* (pp. 15-43). Delhospital Ediciones.
- Mano Negra (1994). Señor Matanza. En *Señor Matanza*. Virgin France.
- Mata, M., García, M., Santamaría, A. y Garrido, R. (2010). La integración de las personas migrantes. El enfoque de la psicología cultural y de la liberación. En L. Melero (coord.), *La persona más allá de la migración* (pp.116-146).

- Fundación Celmigra.
- Melero, L. y Díe, L. (2010). El enfoque psicosocial en las migraciones. En L. Melero (coord.), *La persona más allá de la migración* (pp. 71-113). Fundación Celmigra.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2019). *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2020*.
- Parlamento Europeo (2020). *Explorar las causas de la migración: ¿por qué migran las personas?* (en línea). Recuperado de: <https://www.europarl.europa.eu/news/es/headlines/world/20200624STO81906/explorar-las-causas-de-la-migracion-por-que-migran-las-personas>
- Pávez, I. (2017). La niñez en las migraciones globales: perspectivas teóricas para analizar su participación. *Revista Tla-melaua*, 10(41), 96-113.
- Sayed-Ahmad, N. (2008). La inmigración en la encrucijada de la adaptación. *Norte de Salud mental*, 7(32), 61-70.
- Vázquez, B. y Llibrer, V. (2014). Adolescencia, conducta transgresora y migraciones. En Tió, J, Mauri, L. y Raventós, P. (coords.), *Adolescencia y transgresión. La experiencia del equipo de atención en salud mental al menor* (227-248). Octaedro.

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^{1A} Y PILAR MUNDO-CID^{1B}

RESUMEN

Dos décadas de evidencia: hacia un enfoque integrador sobre los efectos de la adversidad y el maltrato infantil en la salud mental. El objetivo de este artículo es recopilar la evidencia actual sobre el impacto del maltrato y la adversidad en la infancia sobre la salud mental, priorizando aquellos trastornos que no han ocupado tradicionalmente un lugar nuclear en la etiología. Se revisan las publicaciones aparecidas en las principales bases de datos en los últimos veinte años. Concluimos con la gran importancia de detectar de forma precoz los antecedentes traumáticos en la atención clínica y la necesidad de implementar intervenciones preventivas efectivas. Primamos la aproximación a los trastornos desde una óptica transdiagnóstica, como un acercamiento más eficiente a la realidad del neurodesarrollo y a la naturaleza, génesis y curso de la psicopatología. **Palabras clave:** *estrés precoz, maltrato infantil, salud mental, adversidad en la infancia, transdiagnóstico.*

ABSTRACT

Two decades of evidence: towards an integrative approach to the effects of childhood adversity and maltreatment on mental health. The aim of this article is to compile the current evidence on the impact of childhood adversity and maltreatment on mental health, prioritizing those disorders that have not traditionally occupied a central place in the etiology. We review the publications that have appeared in the main databases in the last twenty years. We conclude with the great importance of early detection of traumatic antecedents in clinical care and the need to implement effective preventive interventions. We prioritize the approach to disorders from a transdiagnostic perspective, as a more efficient approach to the reality of neurodevelopment and to the nature, genesis and course of psychopathology. **Key words:** *early stress, child maltreatment, mental health, childhood adversity, transdiagnosis.*

RESUM

Dues dècades d'evidència: cap a un enfocament integrador sobre els efectes de l'adversitat i del maltractament infantil a la salut mental. L'objectiu d'aquest article és recopilar l'evidència actual sobre l'impacte del maltractament i l'adversitat a la infància sobre la salut mental, prioritzant aquells trastorns que no han ocupat tradicionalment un lloc nuclear a l'etiologia. Es revisen les publicacions aparegudes a les principals bases de dades en els darrers vint anys. Concloem amb la gran importància de detectar de manera precoç els antecedents traumàtics a l'atenció clínica i la necessitat d'implementar intervencions preventives efectives. Prioritzem l'aproximació als trastorns des d'una òptica transdiagnòstica, com un apropament més eficient a la realitat del neurodesenvolupament i a la natura, gènesi i curs de la psicopatologia. **Paraules clau:** *estrès precoç, maltractament infantil, salut mental, adversitat a la infància, transdiagnòstic.*

Introducción

La investigación y la práctica clínica en salud mental viven una dicotomía mal resuelta, en la que, aún con demasiada frecuencia, todavía

se contrapone el énfasis en factores genéticos frente a los ambientales (o viceversa) en el estudio de la etiología y curso de los trastornos mentales, desoyendo las perspectivas más integradoras.

¹Psicólogo/a Clínico/a. ^ACentro de Salud Mental Infantojuvenil (CSMIJ) Eixample. Hospital Clínic. Barcelona ^BHospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). Contacto: jaguado@clinic.cat

Recibido: 7/6/22 - Aceptado: 26/9/22

Tras unas décadas dominadas por las teorías etiológicas centradas en los mecanismos biológicos de los trastornos mentales y, particularmente, en sus bases genéticas, dentro de un enfoque biologicista, en consonancia con la llamada *década del cerebro*, en los últimos años ha renacido el interés por integrar el papel de los factores ambientales en su etiología.

En este sentido, el análisis de cómo el maltrato y las experiencias adversas tempranas forman parte de los mecanismos etiológicos, de gravedad y curso de los *trastornos mentales* ha recuperado un primer plano, del que no debió ser excluido a la vista de la evidencia científica. Este renovado interés se debe, por una parte, a la pujanza de los modelos explicativos basados en los actuales teóricos del apego, caracterizados por su multidisciplinariedad, perspectiva evolutiva y del neurodesarrollo, y la transversalidad en la explicación de los fenómenos (Pearce et al., 2017). Y, por otra, al avance en el conocimiento del sustrato neurobiológico de la psicopatología del maltrato y el trauma (Teicher y Samson, 2013; Shonkoff et al., 2012).

Es un dato sobradamente conocido la sobrerepresentación en muchos trastornos mentales de antecedentes de experiencias traumáticas y adversidad en la infancia (Aguado et al., 2001), evidenciándose en algunos casos como mecanismo etiológico directo, como en el trastorno límite de la personalidad, trastorno por estrés postraumático o trastornos vinculares. En otros, en cambio, se ha plantado un menor peso reconocido en la etiología, aunque sí en la gravedad y el curso del trastorno (p. ej., los trastornos de conducta, los trastornos depresivos o de tipo ansioso) (Mayo et al., 2017). En el presente escrito, nos ocuparemos de este segundo grupo de trastornos.

El proceso que parece ligar la adversidad y trauma con el desarrollo de los trastornos mentales es la hiperactivación del eje hipotalámico, pituitario y adrenal (HPA). El estrés en etapas tempranas del desarrollo produce efectos persistentes y generalizados sobre las conexiones entre la amígdala, el córtex prefrontal, el hipotálamo y los circuitos dopaminérgicos, que están, al menos parcialmente, mediados por alteraciones en la función del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (Smith y Pollack, 2020; Peverill et

al., 2019). Existe un acúmulo importante de evidencia sobre cómo afecta la presencia de estrés continuado en etapas precoces, alterando de forma significativa el neurodesarrollo y la susceptibilidad al estrés y, particularmente, afectando con más intensidad las áreas fronto-diencefálicas, con importante papel en la regulación socioemocional (Shonkoff y Garner, 2012). Quedan por determinar las diferencias individuales y factores moduladores de este proceso. Algunos autores plantean la regulación emocional como un mecanismo esencial que vincula de manera inespecífica el maltrato infantil y las múltiples formas de psicopatología, analizando cómo los distintos tipos de maltrato impactan de manera diferente en el procesamiento emocional de las víctimas (Bonet et al., 2020). Otros analizan la naturaleza del estresor, elicitador de amenaza o de privación, como elemento diferenciador, relacionando la presencia de psicopatología más específicamente con la amenaza (Smith y Pollack, 2020).

Así pues, las experiencias de victimización se consideran, en general, un importante factor de riesgo para la psicopatología (Miller-Graff et al., 2015), impactando de manera diferencial según las características del maltrato y de las víctimas. En la niñez se han relacionado tanto con los trastornos externalizantes, como los trastornos de conducta, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDHA) y trastorno negativista desafiante, y con los internalizantes, como los trastornos de ansiedad o los depresivos (Read y Bentall, 2012). La presencia de experiencias traumáticas durante la infancia también se ha asociado con una edad de comienzo más temprana, una mayor gravedad de los síntomas, más comorbilidad, mayor riesgo de suicidio y peor respuesta al tratamiento, al menos, en algunos trastornos como los depresivos, de ansiedad y por uso de sustancias (Teicher y Samson, 2013).

En el paso a la edad adulta se ha encontrado un riesgo aumentado para la depresión, trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios, trastornos de la personalidad, trastorno disociativo y abuso de sustancias. Específicamente, diferentes estudios han encontrado fuertes asociaciones entre este tipo de experiencias y los síntomas depresivos, el comportamiento antisocial, y el uso de drogas durante el período de

transición temprana a la edad adulta, que tienden a persistir en el tiempo (Kessler et al., 2010; Aguado-Gracia et al., 2021).

También destacables son los hallazgos significativos sobre el impacto de la adversidad y el trauma durante la infancia sobre el desarrollo cognitivo y los trastornos del neurodesarrollo. A diferencia de lo que sucede en otros trastornos, la investigación sobre el maltrato y la adversidad en los trastornos del espectro autista (TEA) no han adquirido suficiente impulso hasta los últimos años. Sobre lo que parece haber acuerdo entre la comunidad científica es sobre el mayor riesgo y frecuencia de abusos y adversidad durante la infancia en esta población (Brenner et al., 2017; Kerns et al., 2015), aunque no todos los autores se muestran de acuerdo en que se dé en mayor magnitud que en otras poblaciones psiquiátricas (Hoover y Kaufman, 2018).

Por último, no debemos olvidar otro impacto ampliamente documentado sobre la salud física de las personas que han sufrido niveles elevados de estrés en etapas precoces del desarrollo, asociado a alteraciones en el sueño, crecimiento físico y densidad ósea, alergia/asma, enfermedades infecciosas y mayor vulnerabilidad a patologías orgánicas como el cáncer o las enfermedades autoinmunes (Pollak, 2015).

Metodología

Se ha realizado una revisión narrativa que pretende sintetizar y aportar un enfoque reflexivo, desde una perspectiva evolutiva, sobre los hallazgos de investigación, particularmente de la última década, sobre un campo de intenso crecimiento como es el del impacto de la adversidad y el trauma en el neurodesarrollo.

Se han elaborado varias búsquedas bibliográficas en diferentes bases de datos de Ciencias de la salud: PsycINFO, PsicoDoc, PubMed, Scielo, ScienceDirect, Scopus, Dialnet, Google Scholar y Cochrane. Los términos de lenguaje controlado empleados (términos MeSH) han sido “early life stress”, “negative life events”, “childhood trauma”, “child maltreatment”, “child abuse”, “bullying”, “vulnerability to abuse”, “violence exposure”, y su traducción directa al castellano (términos DeCS), utilizando los operadores

booleanos (AND, OR y NOT) para su asociación posterior con los trastornos objeto de estudio, en franja de edad infantojuvenil. Como limitadores de la búsqueda, se seleccionaron artículos escritos en inglés y español, publicados en los últimos 10 años (2012-2022). Se han incluido artículos anteriores cuando se han considerado especialmente relevantes, ya sea en relación con el tópico tratado, ya sea por la influencia del autor en el campo o por ser citados como fuente primaria de forma recurrente.

Para seleccionar los estudios empíricos que revisamos, utilizamos los siguientes criterios de exclusión:

- Artículos publicados antes de enero de 2012.
- Comunicaciones, ponencias a congresos o capítulos de libro.
- Trabajos que hicieran referencia a otros trabajos diferentes (fuentes secundarias).
- Trabajos con interés principal en variables neurobiológicas, o los trastornos que no son objeto de estudio (p.e.: trastorno por estrés agudo o trastornos por estrés postraumático).
- Artículos no revisados por pares.

De los artículos revisados, se han seleccionado 48 artículos. Hemos utilizado como criterios de inclusión los artículos indexados escritos en inglés y castellano, que se centraban específicamente en el impacto del maltrato y la adversidad en la infancia y adolescencia, en los trastornos enfocados en la revisión (psicosis, esquizofrenia, trastornos externalizantes e internalizantes y trastornos del desarrollo) que incluyan una perspectiva evolutiva, primando, así mismo, aquellos con mejores garantías científicas, muestras poblacionales amplias y metodología longitudinal. Se han incluido también revisiones sistemáticas y metaanálisis de referencia.

Resultados

Trastornos externalizantes

La presencia de estrés precoz durante la infancia se ha asociado de forma sistemática con el incremento del riesgo para desarrollar trastornos de conducta. Kessler y sus colaboradores (2010) concluyen que aumenta en un 40 % a lo largo de la vida. También se ha asociado con la gravedad de los síntomas de hiperactividad,

impulsividad, agresividad y trastornos de conducta, y en el TDHA, se han evidenciado más comorbilidades, como la ansiedad y la depresión en niños y adolescentes (Aguado-Gracia et al., 2021) y una mayor cronicidad y persistencia en edad adulta (Lara et al., 2009; Teicher y Samson, 2013).

Estos hallazgos han promovido el estudio de los mecanismos que subyacen a estas asociaciones, aunque queda por dilucidar la contribución diferencial (Schilling et al., 2007; Finkelhor et al., 2009; Shonkoff y Garner, 2012; Teicher y Samson, 2013). En el caso de los trastornos de conducta, se han encontrado asociaciones significativas con el maltrato físico en la infancia, que conduce a una regulación inadecuada tanto de afecto negativo como de agresividad, lo que incrementará el riesgo para el desarrollo y mantenimiento estos trastornos (Shackman y Pollak, 2014).

Trastornos internalizantes

La presencia de adversidad durante la infancia también se ha relacionado de forma consistente con los síntomas depresivos en la adolescencia y en la edad adulta, incrementando el riesgo de padecerla un 20 % (Kessler et al., 2010), que es mayor con el acúmulo de experiencias adversas (Björkenstam et al., 2017), al igual que la severidad (Rhebergen et al., 2012) y la cronicidad (Klein y Kotov, 2016), y tiene una relación especialmente sólida con el maltrato emocional (Humphreys et al., 2020) y el abuso sexual (Keyes et al., 2012).

Para los trastornos por ansiedad, la presencia de estos antecedentes incrementa el riesgo para padecerlos en torno al 30 % (Kessler et al., 2010), y su persistencia en edad adulta. También con su agravamiento, tendencia a la cronicidad y resistencia a los tratamientos (Teicher y Samson, 2013). El acúmulo de experiencias adversas durante la infancia también incrementa el riesgo en adolescencia tanto para la depresión (OR: 2,2; 95 % CI 1,7 - 2,9) como para la ansiedad (OR: 1,7; 95 % CI 1,4-2,1), siendo fundamental delimitar cómo operan los diferentes tipos de adversidad sobre los trastornos por separado. El antecedente con mayor efecto diferencial es la exposición a la violencia, más probable en niños con depresión (aIRe = 0,6) (Elmore y Crouch, 2020).

También la victimización por parte de iguales se relaciona con síntomas internalizantes, depresivos, ansiosos y psicosomáticos, que tienden a persistir e intensificarse en la etapa adulta (Copeland et al., 2013; Leadbeater et al., 2014).

Trastornos del neurodesarrollo

Son ampliamente conocidos los efectos sobre el funcionamiento cognitivo del estrés precoz (Read et al., 2014), lo que a su vez favorece la vulnerabilidad para nuevas victimizaciones, dando lugar a una interacción compleja entre factores ambientales, genéticos y epigenéticos, con afectación diferencial según el momento del desarrollo. Un ejemplo de este fenómeno sucede con los niños con trastorno por déficit de atención (TDA), que por sus características, serían más vulnerables a la victimización por parte de iguales, y producto de ello, más susceptibles a los síntomas internalizantes frente a los niños con TDAH, en que se daría un efecto contrario, pese a estar ambos trastornos integrados en la misma categoría diagnóstica (Aguado-Gracia et al., 2021).

Habitualmente, las investigaciones sobre el impacto a nivel cognitivo tienen presentes la edad de inicio, la severidad y la duración del trauma. Hay un acúmulo de evidencia que avala la presencia de retraso en el desarrollo cognitivo (Oh et al., 2018), afectación sobre las capacidades globales y funciones específicas, especialmente en el caso de la atención y las funciones ejecutivas, como el control inhibitorio y la memoria de trabajo (Cowell et al., 2015), en niños con antecedentes traumáticos (Gur et al., 2019). Además del impacto sobre el funcionamiento global del niño, supone un factor de riesgo sobrevenido para desarrollar psicopatología y para la revictimización.

Un creciente cuerpo de investigación sugiere que los niños con TEA son más propensos a experimentar maltrato y ser testigo de la violencia en múltiples contextos. El diagnóstico de TEA en la infancia se ha relacionado, además, con problemas de salud mental de los padres, abuso de sustancias y, en menor medida, con la violencia de pareja y el divorcio (Berg et al., 2016). Son acosados con más frecuencia que sus compañeros con otras discapacidades, sus propios hermanos sin discapacidad y que los niños que solo padecen discapacidad intelectual

(Hoover y Kaufman, 2018). Tienen un riesgo tres veces superior de sufrir acoso por parte de sus compañeros frente a los niños con un desarrollo normal, estimándose una prevalencia de victimización física, verbal y relacional del 33 %, 50 % y 31 %, respectivamente (Mañano et al., 2016). Sterzing et al. (2012) encuentran tasas de prevalencia para adolescentes con TEA del 46,3 % (victimización), 14,8 % (perpetración) y 8,9 % (victimización/perpetración). Además, aquellos adolescentes que tenían un diagnóstico comórbido de TDAH tenían probabilidades ajustadas significativamente más altas de perpetración (OR = 2,1) (Sterzing et al., 2012).

En lo que hace referencia a otros tipos de maltrato, algunos autores consideran que no existe un riesgo incrementado de padecerlos (Hoover y Kaufman, 2018). Si bien la discapacidad infantil se ha asociado sólidamente con mayores tasas de maltrato (Maclean et al., 2017), se sabe menos sobre la prevalencia y las características del maltrato en el TEA. Sí se ha encontrado evidencia de un riesgo aumentado de maltrato en muestras provenientes de los servicios sanitarios, educativos y de protección, que no se han podido refrendar con claridad en estudios poblacionales, posiblemente por problemas metodológicos en la identificación y valoración del maltrato en el TEA (McDonnell et al., 2019).

En relación con las consecuencias traumáticas de la adversidad, se han propuesto visiones contrapuestas. Por una parte, algunos autores plantean que las personas con este diagnóstico podrían ser más susceptibles al estrés y a las secuelas traumáticas, y lo relacionan con los déficits nucleares del trastorno (Brenner et al., 2018; Kerns et al., 2015) y a una respuesta incrementada del sistema HPA, como condición neurobiológica asociada al TEA y que les haría más susceptible al estrés (Peterson et al., 2019). Otros autores señalan que serían menos susceptibles a los síntomas de estrés postraumático, dados sus déficits en la percepción social, para tomar conciencia y describir experiencias emocionales, que merman la capacidad de interpretar y percibir un evento como traumático (Brenner et al. 2018; Kerns et al., 2015; Mehtar y Mukaddes, 2011). Sólo un 7 % cumplían criterios para el trastorno por estrés postraumático (TEPT), aunque presentaban mayor severidad

y más síntomas externalizantes (Brenner et al., 2018). Un tercer acercamiento considera que las reacciones emocionales al trauma y a la adversidad son semejantes a las personas que no sufren este trastorno (Brenner et al., 2018).

Hay mayor acuerdo en que el trauma empeora la funcionalidad en TEA y otros trastornos del neurodesarrollo, incrementando la severidad de los síntomas (Peterson et al., 2019) y la comorbilidad. Específicamente, la presencia de antecedentes de maltrato en personas con TEA se ha asociado con más dificultades conductuales (agresión, autolesiones, agitación), aumento de estereotipias, empeoramiento de las deficiencias en la comunicación social, aumento de distraibilidad/hiperactividad, alteraciones del sueño y el apetito, y disminución de las habilidades de autoayuda (Mehtar y Mukaddes, 2011). La historia de abuso (físico, sexual y/o emocional) en estas personas también se ha asociado a más pensamientos intrusivos, recuerdos angustiosos, apatía, irritabilidad, letargo, afecto depresivo (Brenner et al., 2018), berrinches y miedos (Howlin y Clements, 1995). También se asocia la gravedad de los síntomas de abuso y la intensidad de los de depresión, específicamente en las personas con TEA (Bleil Walters et al. 2013).

Trastornos del espectro de la esquizofrenia

La mayoría de las publicaciones en este ámbito se han centrado específicamente en la esquizofrenia, particularmente en los trastornos sensorio-perceptivos y, en menor medida, en los trastornos del contenido del pensamiento.

En las últimas dos décadas existe una evidencia cada vez más consolidada sobre la influencia del maltrato y la adversidad como factor etiológico, y no únicamente precipitante, de los trastornos psicóticos. Además de ser muy frecuente en la psicosis (Bendall et al., 2008), la adversidad durante la infancia aumenta el riesgo para desarrollarla (OR = 2.8) (Varese et al., 2012), asociándose asimismo a una mayor precocidad, peor funcionamiento premórbido, mayor gravedad, más comorbilidades, peor funcionamiento cognitivo e intelectual, y una respuesta menos favorable al tratamiento (Read et al., 2014). El aumento del riesgo, además, es dosis-respuesta (Read et al., 2005).

El proceso mediante el cual el trauma y la adversidad infantil producen una mayor vulnerabilidad a desarrollar esquizofrenia y otros trastornos mentales se inicia con una condición de elevado estrés, producto de la adversidad y/o experiencias traumatizantes, más o menos intensas y sostenidas en el tiempo. Este elevado estrés opera en momentos críticos del neurodesarrollo, durante la gestación y/o los primeros años de vida, y en combinación con otros factores genéticos y epigenéticos, genera una elevada susceptibilidad al estrés, cambios estructurales en el cerebro (lóbulos frontales, hipocampo y amígdala, especialmente), en la neurotransmisión (dopamina y serotonina), hiperreactividad del eje hipotalámico-pituitario-adrenal, y disfunciones cognitivas que constituyen las condiciones de vulnerabilidad (Read et al., 2014) que allanan el terreno para la psicosis.

También es objeto de gran interés el impacto diferencial a nivel sintomatológico de las distintas experiencias traumáticas (Berry et al., 2017). Particularmente, los malos tratos han sido más consistentemente asociados con los síntomas positivos (especialmente con las alucinaciones auditivas) que con la sintomatología defectual o desorganizada (Bentall et al., 2014), y además a una mayor frecuencia e intensidad (Arseneault et al., 2011). También el abuso sexual se relaciona de manera específica con el mayor riesgo de presentar alucinaciones, posiblemente al afectar a los procesos que subyacen a la monitorización que permite diferenciar el locus, interno o externo, de los estímulos. Los mismos investigadores relacionan específicamente las alteraciones de apego y la victimización crónica con el aumento del riesgo de delirios paranoides, al condicionar la evaluación que la persona realiza de las experiencias displacenteras. (Bentall y Fernyhough, 2008). La relación entre apego y paranoia está muy bien establecida, de manera que un apego inseguro probablemente genera creencias negativas sobre uno mismo y sobre los demás, fusión cognitiva y un uso de estrategias de regulación emocional desadaptativas que están a la base de la paranoia (Sood et al., 2022). Encuentran también una relación consistente entre la comunicación desviada de los padres, con el desarrollo de trastornos del pensamiento (Bentall et al., 2014).

Todos estos hallazgos han contribuido al desarrollo de modelos socio psicológicos, en un campo previamente vetado a las explicaciones que acentuaban los factores ambientales en las explicaciones etiológicas de la psicosis. El modelo del neurodesarrollo traumatogénico de la psicosis, basado en la evidencia de que las anormalidades bioquímicas y estructurales que encontramos en la esquizofrenia a menudo se encuentran también en niños traumatizados (Read y Bentall, 2012), es un modelo pionero y muy influyente en esta tendencia. Otros acercamientos, en esta dirección, describen de manera más específica los mecanismos asociados al desarrollo de síntomas concretos, como es el modelo cognitivo de apego de las voces (CAV, Cognitive Attachment Model of Voices), que asocia las alteraciones de apego y los procesos disociativos provocados por el trauma, con la presencia de alucinaciones auditivas (Berry et al., 2017). Debbané y colaboradores (2016) plantean en su modelo cinco vías neurobiológicas por las que la adversidad en el apego puede aumentar el riesgo para la psicosis (vulnerabilidad a la neuroinflamación, estrés crónico/disfunción HPA, disregulación dopaminérgica, reducción de oxitocina, y daño por estrés oxidativo) que afectan al desarrollo de los procesos sensorio-afectivos y cognitivos de alto nivel. Incluyen la mentalización en el cuerpo como factor de protección mediador en ese proceso.

Conclusiones

Afianzar una comprensión de la adversidad en la infancia y, sobre todo, del maltrato como un factor de riesgo que opera a nivel etiológico es crucial para el desarrollo de intervenciones terapéuticas efectivas y para la definición de una nosología más precisa en el marco de una ciencia de salud mental preventiva. Además, cada vez cobra más peso la perspectiva, defendida por destacados autores como Teicher y Samson (2013, p. 1115), de que las personas que han sufrido este tipo de experiencias difieren de manera crítica de otras personas con los mismos diagnósticos psiquiátricos.

El principal reto es aclarar los mecanismos epigenéticos que permiten conocer cómo se fragua y evoluciona un trastorno psicológico, una vez

evidenciado, parafraseando a Shonkoff y Garner (2012, p. 232) que “las experiencias tempranas y las influencias ambientales van a dejar una firma duradera en las predisposiciones genéticas que afectan la arquitectura cerebral emergente y la salud a largo plazo...”.

Es significativa la dificultad para integrar a nivel clínico, y también a nivel teórico, el decisivo rol de la adversidad y el maltrato en la psicopatología y los procesos asociados, especialmente en aquellos trastornos tradicionalmente considerados de etiología principalmente orgánica, como sucede en la psicosis. Es, por ejemplo, el caso del estilo de apego, que es un importante predictor de procesos cognitivos, afectivos y conductuales a evaluar e incorporar en las formulaciones y objetivos terapéuticos, además de predecir la adherencia y búsqueda de ayuda en las personas con psicosis (Sood et al., 2022).

Limitaciones de los estudios

Un importante hándicap de la mayoría de los estudios de trauma y adversidad en la infancia es su naturaleza retrospectiva, lo que favorece los sesgos, limitando las garantías científicas de las investigaciones. Además, muchos de los estudios se realizan sobre muestras clínicas o sobre registros de agencias gubernamentales. Sin desvirtuar su valor, es necesario realizar estudios sobre población general e, idealmente, de naturaleza prospectiva, lo que enriquecería notablemente la calidad de las conclusiones y su capacidad de generalización. Para ello, se precisa mejorar las herramientas de exploración, los niveles de detección y los recursos de investigación.

También es imprescindible, de cara a desenmarañar los procesos íntimos por los que el estrés deviene en sintomatología, delimitar con mayor claridad el objeto de estudio. A menudo se habla indistintamente en los estudios de trauma, de eventos adversos, de estrés precoz, o de acontecimientos vitales negativos, por citar alguna de la nomenclatura empleada, lo que puede estar enmascarando fenómenos heterogéneos que dificulta la solidez y claridad de los hallazgos. Otro aspecto para dilucidar es el debate establecido entre los “modelos acumulativos”, que trabajan desde la óptica de la polivictimización, y los “modelos específicos” (Smith

y Pollack, 2020). Los partidarios de los modelos específicos consideran que aislar un tipo de trauma facilita el estudio del fenómeno, tanto en el conocimiento de los mecanismos neurobiológicos como de la sintomatología asociada. Por contra, desde los modelos “acumulativos”, advierten de que lo más frecuente es la coocurrencia natural de diferentes categorías de adversidad (mayor a más gravedad). A nuestro entender, los diseños de investigación, pues, deberían versar sobre la polivictimización y/o la combinación de acontecimientos adversos, y su influencia diferencial en la sintomatología mostrada en la infancia, incluyendo en el análisis el momento en que tuvieron lugar y valorando su impacto en diferentes momentos del ciclo vital. Sin embargo, cuando el interés se focaliza en los mecanismos y sustratos biológicos implicados y en la sintomatología principalmente asociada a tipos concretos de maltrato o adversidad, son muy valiosos los hallazgos logrados desde los modelos específicos (ver Smith y Pollack, 2021). Desde nuestro punto de vista, estaríamos frente a una dialéctica entre dos visiones complementarias, más que frente a un debate excluyente.

Es llamativo, asimismo, los pocos estudios que hemos encontrado que en sus análisis estadísticos segreguen los datos por sexo, especialmente importante en este ámbito. En esta misma dirección, se deberían indicar las franjas de edad evaluadas en las que tienen lugar los acontecimientos traumáticos y en las que se están expresando los síntomas.

Futuras direcciones

Una cuestión que entendemos como prioritaria sería identificar qué factores protectores, o de riesgo, interaccionan para finalmente desarrollar, o no, patología mental, esclareciendo las diferencias individuales en la respuesta a los eventos traumáticos y a la adversidad.

Consideramos, por otra parte, que uno de los aspectos que ayudaría a superar algunos de los dualismos que venimos señalando sería enfocarse en los procesos que favorecen la aparición de un desarrollo y estado alterado, en sentido amplio, trascendiendo los diagnósticos categoriales. Esta visión favorece una

mayor interdisciplinariedad, comprensión y visión global del desarrollo alterado.

Es llamativa, pese al acúmulo de evidencias, sobre todo en los últimos 15 años, la escasa repercusión que tiene en las guías de práctica clínica y en la praxis cotidiana de los profesionales, el alto impacto que produce el estrés precoz en la génesis y mantenimiento de los trastornos. De modo que sigue sin generalizarse la valoración rutinaria y específica de los antecedentes traumáticos para cualquier tipo de patología mental. Tampoco, y consecuentemente, se consolida la elaboración de protocolos e intervenciones específicas dirigidas a ellos. Estas intervenciones deberían ser multinivel (socio comunitarias, familiares e individuales), primando la prevención, con una vocación multidisciplinar y con enfoques no excluyentes. Este es un primer paso para tratar de involucrar a las administraciones en intervenciones destinadas a la prevención primaria y los buenos tratos a la infancia, acompasando las políticas públicas a las evidencias de la investigación, de modo que se destinen los recursos necesarios para revertir las condiciones que conducen a un desarrollo alterado.

El estado actual de la cuestión, previamente perfilado, nos hace pensar en la necesidad de considerar la presencia de antecedentes de maltrato, y los procesos asociados, como un fenómeno con *valor transdiagnóstico* que requerirá, muy probablemente, de abordajes más intensivos y diferenciados, además de una valoración rutinaria previa protocolizada.

Conflictos de intereses

Los autores del artículo declaramos la ausencia de conflictos de intereses en la elaboración de este artículo.

Bibliografía

- Aguado, J., Ruiz, M. y Más, B. (2001). Abusos sexuales a menores. Variables mediadoras y psicopatología asociada. *Psicologemas*, 15(29), 5-42, 56.
- Aguado-Gracia, J., Mundo-Cit, P., Lopez-Seco, F., Acosta-García, S., Cortes-Ruiz, M. J., Vilella, E.

- y Masana-Marín, A. (2021). Lifetime Victimization in Children and adolescents with ADHD. *Journal of interpersonal violence*, 36(5-6), NP3241-NP3262.

<https://doi.org/10.1177/0886260518771680>

- Arseneault, L., Cannon, M., Fisher, H. L., Polanczyk, G., Moffitt, T. E. y Caspi, A. (2011). Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 168(1), 65-72.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040567>

- Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. A. y McGorry, P. D. (2008). Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of the evidence. *Schizophrenia bulletin*, 34(3), 568-579.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbm121>

- Bentall, R. P. y Fernyhough, C. (2008). Social predictors of psychotic experiences: specificity and psychological mechanisms. *Schizophrenia bulletin*, 34(6), 1012-1020.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbn103>

- Bentall, R. P., de Sousa, P., Varese, F., Wickham, S., Sitko, K., Haarmans, M. y Read, J. (2014). From adversity to psychosis: pathways and mechanisms from specific adversities to specific symptoms. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(7), 1011-1022.

<https://doi.org/10.1007/s00127-014-0914-0>

- Berg, K. L., Shiu, C. S., Acharya, K., Stolbach, B. C. y Msall, M. E. (2016). Disparities in adversity among children with autism spectrum disorder: a population-based study. *Developmental medicine and child neurology*, 58(11), 1124-1131.

<https://doi.org/10.1111/dmcn.13161>

- Berry, K., Varese, F. y Bucci, S. (2017). Cognitive attachment model of voices: evidence base and future implications. *Frontiers in psychiatry*, 8, 111.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00111>

- Björkenstam, E., Pebley, A. R., Burström, B. y Kosidou, K. (2017). Childhood social adversity and risk of depressive symptoms in adolescence in a US national sample. *Journal of affective disorders*, 212, 56-63.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.035>

- Bleil Walters, J., Hughes, T. L., Sutton, L. R., Marshall, S. N., Crothers, L. M., Lehman, C., Paserba, D., Talkington, V., Taormina, R. y Huang, A. (2013). Maltreatment and depression in

- adolescent sexual offenders with an autism spectrum disorder. *Journal of child sexual abuse*, 22(1), 72-89.
<https://doi.org/10.1080/10538712.2013.735357>
- Bonet, C., Palma, C. y Gimeno-Santos, M (2020). Relación entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional en adolescentes: una revisión sistemática. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(2), 63-76.
<https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.2.8>
- Brenner, J., Pan, Z., Mazefsky, C., Smith, K. A., Gabriels, R. y Autism and Developmental Disorders Inpatient Research Collaborative (ADDIRC) (2018). Behavioral symptoms of reported abuse in children and adolescents with autism spectrum disorder in inpatient settings. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(11), 3727-3735.
<https://doi.org/10.1007/s10803-017-3183-4>
- Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A. y Costello, E. J. (2013). Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry*, 70, 419-426.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.504>
- Cowell, R. A., Cicchetti, D., Rogosch, F. A. y Toth, S. L. (2015). Childhood maltreatment and its effect on neurocognitive functioning: timing and chronicity matter. *Development and psychopathology*, 27(2), 521-533.
<https://doi.org/10.1017/S0954579415000139>
- Debbané, M., Salaminios, G., Luyten, P., Badoud, D., Armando, M., Solida Tozzi, A., Fonagy, P. y Brent, B. K. (2016). Attachment, neurobiology, and mentalizing along the psychosis continuum. *Frontiers in human neuroscience*, 10, 406.
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00406>
- Elmore, A. L. y Crouch, E. (2020). The Association of Adverse Childhood Experiences with Anxiety and Depression for Children and Youth, 8 to 17 Years of Age. *Academic pediatrics*, 20(5), 600-608.
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.02.012f>
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H. y Holt, M. (2009). Pathways to poly-victimization. *Child maltreatment*, 14(4), 316-329.
<https://doi.org/10.1177/1077559509347012>
- Gur, R. E., Moore, T. M., Rosen, A., Barzilay, R., Roalf, D. R., Calkins, M. E., Ruparel, K., Scott, J. C., Almas, L., Satterthwaite, T. D., Shinohara, R. T. y Gur, R. C. (2019). Burden of environmental adversity associated with psychopathology, maturation, and brain behavior parameters in youths. *JAMA psychiatry*, 76(9), 966-975.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0943>
- Hoover, D. W. y Kaufman, J. (2018). Adverse childhood experiences in children with autism spectrum disorder. *Current opinion in psychiatry*, 31(2), 128-132.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000390>
- Howlin, P. y Clements, J. (1995). Is it possible to assess the impact of abuse on children with pervasive developmental disorders? *Journal of autism and developmental disorders*, 25(4), 337-354.
<https://doi.org/10.1007/BF02179372>
- Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Pierciak, H. A., Lee, A. y Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 102, 104361.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104361>
- Kerns, C. M., Newschaffer, C. J. y Berkowitz, S. J. (2015). Traumatic Childhood Events and Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(11), 3475-3486.
<https://doi.org/10.1007/s10803-015-2392-y>
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., Haro, J. M. y Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 197(5), 378-385.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Keyes, K. M., Eaton, N. R., Krueger, R. F., McLaughlin, K. A., Wall, M. M., Grant, B. F. y Hasin, D. S. (2012). Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 200(2), 107-115.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.093062>
- Klein, D. N. y Kotov, R. (2016). Course of depression in a 10-year prospective study: Evidence

- for qualitatively distinct subgroups. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(3), 337.
<https://doi.org/10.1037/abn0000147>
- Lara, C., Fayyad, J., de Graaf, R., Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M. y Sampson, N. (2009). Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from the world health organization world mental health survey initiative. *Biological Psychiatry*, 65, 46-54.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.10.005>
- Leadbeater, B. J., Thompson, K. y Sukhawathanakul, P. (2014). Does it get better or does it? Peer victimization and internalizing problems in the transition to young adulthood. *Development and Psychopathology*, 26, 675-688.
<https://doi.org/10.1017/S0954579414000315>
- Maïano, C., Normand, C. L., Salvas, M. C., Moullec, G. y Aimé, A. (2016). Prevalence of School Bullying Among Youth with Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Autism research: official journal of the International Society for Autism Research*, 9(6), 601-615.
<https://doi.org/10.1002/aur.1568>
- Mayo, D., Corey, S., Kelly, L. H., Yohannes, S., Youngquist, A. L., Stuart, B. K., Niendam, T. A. y Loewy, R. L. (2017). The role of trauma and stressful life events among individuals at clinical high risk for psychosis: a review. *Frontiers in psychiatry*, 8, 55.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00055>
- Macleane, M. J., Sims, S., Bower, C., Leonard, H., Stanley, F. J. y O'Donnell, M. (2017). Maltreatment risk among children with disabilities. *Pediatrics*, 139(4), e20161817.
<https://doi.org/10.1542/peds.2016-1817>
- McDonnell, C. G., Boan, A. D., Bradley, C. C., Seay, K. D., Charles, J. M. y Carpenter, L. A. (2019). Child maltreatment in autism spectrum disorder and intellectual disability: results from a population-based sample. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 60(5), 576-584.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12993>
- Mehtar, M. y N. M. Mukaddes (2011). Posttraumatic stress disorder in individuals with diagnosis of autistic spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1):539-546.
doi:10.1016/j.rasd.2010.06.020.
- Miller-Graff, L. E., Howell, K. H., Martinez-Torteya, C. y Hunter, E. C. (2015). typologies of childhood exposure to violence: associations with college student mental health. *Journal of American college health*, 63(8), 539-549.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2015.1057145>
- Oh, D. L., Jerman, P., Silvério Marques, S., Koita, K., Purewal Boparai, S. K., Burke Harris, N. y Bucci, M. (2018). Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. *BMC pediatrics*, 18(1), 83.
<https://doi.org/10.1186/s12887-018-1037-7>
- Pearce, J., Simpson, J., Berry, K., Bucci, S., Moskowitz, A. y Varese, F. (2017). Attachment and dissociation as mediators of the link between childhood trauma and psychotic experiences. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6), 1304-1312.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2100>
- Peterson, J. L., Earl, R., Fox, E. A., Ma, R., Haidar, G., Pepper, M., Berliner, L., Wallace, A. y Bernier, R. (2019). Trauma and autism spectrum disorder: review, proposed treatment adaptations and future directions. *Journal of child & adolescent trauma*, 12(4), 529-547.
<https://doi.org/10.1007/s40653-019-00253-5>
- Peverill, M., Sheridan, M. A., Busso, D. S. y McLaughlin, K. A. (2019). Atypical Prefrontal-Amygdala Circuitry Following Childhood Exposure to Abuse: Links with Adolescent Psychopathology. *Child Maltreatment*, 24(4), 411-423.
<https://doi.org/10.1177/1077559519852676>
- Pollak, S. D. (2015). Developmental psychopathology: recent advances and future challenges. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(3), 262-269.
<https://doi.org/10.1002/wps.20237>
- Read, J. y Bentall, R. P. (2012). Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 200(2), 89-91.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096727>
- Read, J., Fosse, R., Moskowitz, A. y Perry, B. (2014). The traumagenic neurodevelopmental model of psychosis revisited. *Psychiatry. Neuropsychiatry*, 4(1), 65-79.
<https://doi.org/10.2217/np.13.89>
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P. y Ross, C.

- A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-350.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x>
- Rhebergen, D., Lamers, F., Spijker, J., De Graaf, R., Beekman, A. T. F. y Penninx, B. (2012). Course trajectories of unipolar depressive disorders identified by latent class growth analysis. *Psychological Medicine*, 42(7), 1383-1396.
<https://doi.org/10.1017/S0033291711002509>
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., Jr y Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC public health*, 7, 30.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-30>
- Shackman, J. E. y Pollak, S. D. (2014). Impact of physical maltreatment on the regulation of negative affect and aggression. *Development and psychopathology*, 26(4 Pt 1), 1021-1033.
<https://doi.org/10.1017/S0954579414000546>
- Shonkoff, J. P., Garner A. S., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1): e232-46.
<https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Smith, K. E. y Pollak, S. D. (2020). Early life stress and development: potential mechanisms for adverse outcomes. *Journal of neurodevelopmental disorders*, 12(1), 34.
<https://doi.org/10.1186/s11689-020-09337-y>
- Sood, M., Carnelley, K. B. y Newman-Taylor, K. (2022). How does insecure attachment lead to paranoia? A systematic critical review of cognitive, affective, and behavioral mechanisms. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(3).
<https://doi.org/10.1111/bjc.12361>
- Sterzing, P. R., Shattuck, P. T., Narendorf, S. C., Wagner, M. y Cooper, B. P. (2012). Bullying involvement and autism spectrum disorders: prevalence and correlates of bullying involvement among adolescents with an autism spectrum disorder. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 166(11), 1058-1064.
<https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2012.790>
- Teicher, M. H. y Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 170, 1114-33.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070957>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J. y Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 661-671.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>

Abuso sexual infantil y su retorno en la adultez: reflexiones desde un caso clínico

MARÍA PAULA MORETTI¹ Y ALEJANDRA TABORDA²

RESUMEN

Abuso sexual infantil y su retorno en la adultez: reflexiones desde un caso clínico. La clínica con adultos abusados sexualmente en la infancia es una línea de investigación muy abordada en estudios sobre el abuso sexual infantil. El presente trabajo es un estudio descriptivo de caso único con el objetivo de analizar el material clínico de una paciente de veinticinco años que sufrió abuso intrafamiliar en la infancia. Este material se extrae de entrevistas de un proceso psicoterapéutico. En primer lugar, se realiza la descripción del caso clínico y luego se articula con análisis teórico psicoanalítico. Se profundiza en: desubjetivación, traumatismo, mecanismos defensivos y desamparo, acomodación, síntomas, elaboración terapéutica y contexto patriarcal. Por último, se reflexiona sobre el ideal de familia como dadora incondicional de cuidado y se plantea al abuso sexual infantil como síntoma social, siendo una compleja problemática que requiere de abordajes interdisciplinarios. **Palabras clave:** *abuso sexual infantil, adultez, trauma infantil, caso clínico.*

ABSTRACT

Childhood sexual abuse and its return in adulthood: reflections from a clinical case. The clinic with sexually abused adults in childhood is a line of research that has been widely addressed in studies on child sexual abuse. The present work is a descriptive single case study with the aim of analyzing the clinical material of a twenty-five year old patient who suffered intrafamilial abuse in childhood. This material is extracted from interviews of a psychotherapeutic process. First, a description of the clinical case is made and then it is articulated with psychoanalytic theoretical analysis. It is deepened in: desubjectivation, traumatism, defensive mechanisms and helplessness, accommodation, symptoms, therapeutic elaboration and patriarchal context. Finally, we reflect on the ideal of the family as an unconditional giver of care and consider child sexual abuse as a social symptom, a complex problem that requires interdisciplinary approaches. **Key words:** *child sexual abuse, adulthood, child trauma, clinical case.*

RESUM

Abús sexual infantil i el retorn a l'adulthood: reflexions des d'un cas clínic. La clínica amb adults abusats sexualment a la infància és una línia de recerca molt abordada en estudis sobre l'abús sexual infantil. Aquest treball és un estudi descriptiu de cas únic amb l'objectiu d'analitzar el material clínic d'una pacient de vint-i-cinc anys que va patir abús intrafamiliar a la infància. Aquest material s'extreu d'entrevistes d'un procés psicoterapèutic. En primer lloc, es fa la descripció del cas clínic i després s'articula amb anàlisi teòrica psicoanalítica. S'aprofundeix en: desubjectivació, traumatisme, mecanismes defensius i desamparament, acomodació, símptomes, elaboració terapèutica i context patriarcal. Finalment, es reflexiona sobre l'ideal de família com a donadora incondicional de cura i es planteja l'abús sexual infantil com a símptoma social, cosa que és una problemàtica complexa que requereix abordatges interdisciplinaris. **Paraules clau:** *abús sexual infantil, adultesa, trauma infantil, cas clínic.*

Introducción

El abuso sexual infantil (en adelante, ASI) es entendido como una de las formas más terribles de maltrato infantil (Cohen Imach, 2017).

Ocurre cuando un niño, niña o adolescente (en adelante, NNA) es utilizado para la estimulación sexual de su agresor (un adulto conocido o desconocido) o la gratificación de un observador. Implica toda interacción sexual en

¹Licenciada en Psicología. Becaria Doctoral. Facultad de Humanidades y Ciencias Económicas, Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA). Instituto de Medicina y Biología Experimental de Cuyo (IMBECU) del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Mendoza, Argentina. ²Doctora en Psicología. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, Argentina. Contacto: morettimariapaula@gmail.com

Recibido: 2/6/22 - Aceptado: 19/12/22

la que el consentimiento no existe o no puede ser dado, independientemente de si el NNA entiende la naturaleza sexual de la actividad e incluso cuando no muestre signos de rechazo (UNICEF, 2018). La interacción abusiva incluye: manoseos, frotamientos, contactos y besos sexuales; coito interfemoral (entre los muslos); penetración sexual o su intento, por vía vaginal, anal y bucal aun cuando se introduzcan objetos; exhibicionismo y el voyerismo; actitudes intrusivas sexualizadas, como efectuar comentarios lascivos e indagaciones inapropiadas acerca de la intimidad sexual de los NNA; exhibición de pornografía; instar a que los NNA tengan sexo entre sí o fotografiarlos en poses sexuales; contactar a un NNA vía internet con propósitos sexuales (*grooming*) (UNICEF, 2018).

Si se lo piensa desde el marco legal, se dañan derechos protegidos a nivel internacional por la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y a nivel nacional en Argentina, por la Ley Nacional N° 26.061, Ley de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes (2005), entre los que pueden mencionarse: derecho a la integridad, la intimidad, la privacidad y, principalmente, se vulnera el derecho a no ser expuesto a ningún tipo de violencia, abuso, explotación o malos tratos.

Asimismo, continuando en Argentina, el ASI es una forma de violencia prevista en el Código Civil y Comercial de la Nación (2014), que en su artículo 647 prohíbe específicamente cualquier tipo de malos tratos o hechos que lesionen o menoscaben física o psíquicamente a los NNA por parte de quien tenga a su cargo la responsabilidad parental. Además, el abuso sexual es un delito sancionado penalmente por el Código Penal de la Nación (1921) en su Título III “Delitos contra la integridad sexual” (artículos 118 a 133) y Ley Nacional N° 25.087, Ley de Delitos Contra la Integridad Sexual (1999).

La clínica con adultos abusados sexualmente en la infancia es una línea de investigación profundizada en los estudios sobre ASI. Es por ello por lo que el presente trabajo tiene como objetivo principal analizar el material clínico de una paciente adulta que sufrió abuso sexual intrafamiliar en la niñez. De manera más específica, se busca realizar una lectura de los síntomas por los que consulta trece años después de haber

concluido la experiencia corporal abusiva. La primera parte del trabajo refiere una descripción del material clínico correspondiente. En segunda instancia, se presenta su análisis teórico basado en herramientas conceptuales y orientación psicoanalítica.

Método

Se trabajó con un estudio de caso de tipo intrínseco. Es decir, este no fue seleccionado a priori sino que la decisión de considerar que debía ser comunicado se tomó después de que se iniciara y llevara a cabo parte del trabajo analítico con la paciente en la clínica (León y Montero, 2015).

En cuanto a los participantes, se trata de una paciente de nacionalidad argentina de sexo femenino de veinticinco años que sufrió abuso sexual intrafamiliar a lo largo de varios años durante su infancia.

Con respecto a los instrumentos, se analizó material clínico extraído de entrevistas individuales semidirigidas llevadas a cabo dentro de un proceso psicoterapéutico con enfoque psicoanalítico.

Por último, es importante mencionar los aspectos éticos del estudio. Se contempló lo pactado en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de UNESCO (2005) y lo planteado por Pugliese (2021) en su libro “Guía para la redacción de documentos producidos en la práctica psicológica”. Se obtuvo el consentimiento libre, voluntario e informado de la paciente. Para preservar su identidad y anonimizar sus datos personales, se modificó el nombre propio. En esta ocasión, se optó por llamarla “Sofía”. Asimismo, se acordó confidencialidad de todas aquellas referencias que pudieran conducir a la identificación tales como provincia de residencia, institución educativa a la que asiste, entre otras.

Caso clínico

Sofía asiste al consultorio con dos motivos de consulta manifiestos. En primer lugar, expresa que tuvo su primera relación sexual con su actual pareja (hombre de su misma edad) y refiere que los encuentros sexuales no los disfruta,

suele evitarlos y siente falta de deseo. Desde los 23 años está con él, es decir, hace dos años, con quien se frecuenta aproximadamente dos veces por semana y los fines de semana. Menciona que se trata de su primera relación formal, ya que refiere haber tenido algunos enamoramientos previos pero pasajeros e informales.

En segundo lugar, menciona sentimientos de inseguridad e inferioridad en lo que respecta a su imagen corporal. Desde la mirada profesional se advierte un posible cuadro de anorexia nerviosa. La paciente pasa largas horas sin comer y saltea comidas, sintiendo culpa cuando ingiere alimentos. Le desagrada y evita mirarse al espejo, ya que se percibe con sobrepeso, arribando a una evaluación de su imagen corporal más bien negativa. Se deriva a nutricionista. La Licenciada en Nutrición denota bajo peso corporal moderadamente severo e indica continuar tratamiento psicológico.

En sesiones posteriores, paulatinamente, describe otras dificultades que la disgustan, que serán mencionadas y descritas a continuación. La paciente asigna una data de dos años al inicio del conjunto sintomatológico y lo asocia con los primeros meses de su relación de noviazgo.

Al momento de consulta, Sofía vive con su madre, quien es empleada pública y trabaja durante las mañanas, mientras que por la tarde realiza tareas propias del hogar. Refiere que existe entre ambas una “mala relación”, lo cual se pone de manifiesto en discusiones cotidianas que la preocupan y expresa, además, que no puede confiar o acudir a ella para la resolución de conflictos personales. Su padre falleció antes de que ella naciera.

Sofía es estudiante universitaria de la Licenciatura en Fonoaudiología y Terapia del Lenguaje. Si bien al momento de la consulta se dedica exclusivamente a lo académico, menciona que, con anterioridad, entre los 20 y 24 años ha trabajado en bares y boliches durante las temporadas de verano. Se denotan dificultades para sostener las exigencias académicas, le cuesta mucho estudiar y llevar la carrera al día. Los exámenes le generan altos niveles de ansiedad y verbaliza que la persigue un gran temor a quedar en falta ante los docentes por no saber lo suficiente. Expresa que esta ansiedad la lleva a desaprobar e incluso recurrir varias materias.

Por tales motivos, hace cuatro años que inició la carrera y, al momento de la consulta, se encuentra en segundo año. Desde este lugar, se autopercibe como “una buena para nada”.

A su vez, la paciente describe presencia de angustia sin motivo aparente que la invade en varios momentos del día, siendo más intensa en horarios nocturnos. Siente que es acompañada por un malestar físico, con un nudo en la garganta, dolores de barriga, sudoración de manos y mareos.

Por último, menciona que tiene pesadillas que la atormentan muy frecuentemente. Dichos sueños comparten tres patrones en común: alguien la persigue, la atrapa (agarrándola con sus brazos) y, al ser invadida por un gran temor a ser lastimada, se despierta repentinamente.

En la novena sesión relata dificultades en sus relaciones sexuales con su pareja actual. Aquí una gran angustia la invade y promueve un intenso llanto. Refiere que ha recordado algunas imágenes sobre algo que le pasó cuando era una niña. Es allí cuando logra poner en palabras, por primera vez en las sesiones, el abuso sexual que vivenció por mucho tiempo en su infancia. Recuerda que algunos fines de semana se hospedaba junto a su prima en la casa de su tío materno, quien estaba divorciado y tenía aproximadamente 30 años de edad. Por las noches, una vez que se acostaban en la habitación de la prima y se dormían, su tío la despertaba y le pedía que lo acompañara a su habitación y a su cama, fundamentando que era más grande y cómoda y que incluso allí podría ver los dibujitos animados que ella quisiera. Una vez que se recostaba el adulto empezaba a tocarle el cuerpo y genitales y hacía que ella tocara sus genitales. Finalmente, él eyaculaba. Muchas veces lo hacía sobre alguna parte del cuerpo de Sofía, diciéndole que era como un pegamento mientras él mismo la limpiaba con papel higiénico.

Durante el transcurso de las sesiones, Sofía recuerda que esto sucedió por primera vez cuando tenía seis años y que duró hasta sus 12 años, edad en la cual ella empieza a pasar más tiempo con sus amigas de la escuela que con su prima. Menciona que se le hace difícil recordar. Incluso expresa que cuando era niña le costaba distinguir si eso que había pasado en la cama del tío había sido real o un sueño.

También verbaliza que, de alguna manera, cuando tenía nueve años (tres años después de que el hecho violento iniciara), se lo contó a su madre en dos ocasiones. En la primera, recuerda haberle dicho que había sentido un poco de “vergüenza” porque su tío le hacía cosas “graciosas”. En otra oportunidad, menciona que le dijo que iría a lo de su tío, pero que no se quedaría a dormir porque este le hacía dar “vergüenza”. Ante esto, Sofía refiere que su madre se mostró un poco confundida sin preguntar nada. Asimismo, expresa que le era muy difícil contarle en detalle lo sucedido debido a que su tío le pedía que debían mantenerlo bajo secreto, un secreto seguro entre ambos. Después de estas dos conversaciones, ninguna de las dos volvió a hablar del tema en ningún otro momento. Si bien durante algunas semanas Sofía se negó a quedarse a dormir en la casa de su tío, con el paso del tiempo, menciona que volvió a dormir en su casa, varias veces más, siendo sometida una y otra vez a episodios de ASI.

Describe que su tío mantuvo y sigue manteniendo una relación muy significativa y afectuosa con su madre, compartiendo el día a día de manera frecuente. Asimismo, expresa que hasta el día de la fecha continúan reuniéndose los fines de semana, compartiendo la mesa familiar con su madre, abuela materna, su prima y su tío. Manifiesta que este adulto las visita de forma seguida y que siempre se muestra predispuesto a colaborar cuando su madre lo requiere, sobre todo en arreglos y tareas de mantenimiento de la vivienda.

Discusión

Definición y desubjetivación

Las experiencias sexuales infantiles de Sofía son un claro ejemplo de ASI. Pasqualini y Llorens (2010) nos explican que se trata de una convocatoria de un adulto (en este caso el tío materno) a una niña (Sofía) a participar en actividades sexuales (aparentemente sin acceso carnal) que no puede comprender, para las que no está preparado su psiquismo por su nivel de constitución y a las cuales no puede otorgar su consentimiento desde una posición de sujeto.

Se da una clara relación asimétrica en donde la niña no tiene la misma capacidad de decisión,

pensamiento, defensa, ni evacuación de las excitaciones sexuales y en donde el adulto utiliza el cuerpo de una niña para su propio goce y placer sexual. Por ende, involucra la categoría de perversión, es decir, de apropiación del cuerpo del otro para la obtención del placer (Calvi, 2019, 2020).

De la mano de Intebi (2018), reconocida referente en este campo de la violencia en toda América Latina, podríamos afirmar que se trata de un comportamiento con contacto sexual que se da en un contexto diádico (tío y sobrina) y que cumple con los tres criterios para ser abusivo. En primer lugar, existe una *diferencia de poder*: el tío controla emocionalmente a su sobrina. Su posición de jerarquía y su diferencia física le permiten manipularla fácilmente, no hay planificación conjunta ni consenso para el acto sexual. En segundo lugar, existe una *diferencia de conocimientos*: el agresor conoce el significado del comportamiento sexual y de sus consecuencias, aspectos que la víctima no puede comprender cabalmente. En tercer y último lugar, existe una *diferencia en las necesidades satisfechas*: la conducta no busca la gratificación sexual mutua, sino que el agresor busca satisfacer sus propios impulsos y necesidades sexuales.

Asimismo, se podría pensar que el ASI descrito es, además, incestuoso, perpetrado por un miembro de la familia (Intebi, 2018), incurriendo en una doble transgresión, al transgredir también la prohibición de intercambios sexuales intergeneracionales.

Aquí posiblemente se agrega una cuota de incompreensión en Sofía generada por un vínculo ambiguo. De quien espera protección, aparece lo contrario (Pugliese, 2021). Se da un traspaso interno en ella, con mucha ansiedad confusional, desde la figura familiar de protección, sostén y cuidador a la figura del dictador. Un dictador que toma el cuerpo de ella como si fuese de su propiedad para hacer lo que él desea, con transgresión de lo íntimo. En este régimen dictador no hay un tercero, no hay ley que ampare y proteja, y la víctima se siente encerrada, dependiendo de un otro por quien es cosificada, y siendo rechazada totalmente en su condición de sujeto. En definitiva, Sofía no poseía alternativas en el vínculo más que someter su voluntad

a la de su dictador (Calvi, 2019).

Tomando los aportes de Giberti (2016), se trata de un incesto filial, persistente en el tiempo (aproximadamente, seis años), en el que se le exige a la niña guardar silencio y que produce una desinversión del Yo en la víctima. El incesto deviene *desubjetivación*, es decir, una pérdida de libidinización del Yo, descrita como un “dar de baja al yo”, producido por efecto del daño psíquico en la víctima. Esto puede verse al momento de la consulta de la paciente con su yo debilitado y empobrecido con sus sentimientos de inseguridad, inferioridad y pensamientos irracionales de “ser una buena para nada”.

En este sentido, Bleichmar (2018) sostiene que la apropiación del cuerpo de la niña por parte del adulto la posiciona en lugar de objeto, de goce, siendo esto desubjetivante. En relación con lo que propone Calvi (2019, 2020) se podría pensar que Sofía vive modos de destitución de subjetividad, siendo reducida violentamente a condición de objeto. Ello implica un proceso de cosificación de la abusada. Por su parte, Pereira França (2010) sostiene que el ASI debe ser considerado dentro de la especificidad de los traumatismos desarticuladores de los trazos identitarios básicos constituyentes del psiquismo.

Trauma y traumatismo en sus distintos tiempos

Resulta importante destacar el estrecho vínculo existente entre abuso sexual y trauma psíquico, siendo que la violencia sexual sufrida durante la infancia en esta paciente revistió un impacto traumático con efecto arrasador sobre su subjetividad. Se trata de un traumatismo temprano o precoz siendo que se produce cuando el aparato psíquico aún no está constituido (Calvi, 2017, 2019; Pugliese, 2021).

En el diccionario de psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (2013), se define de modo diferencial al trauma y traumatismo psíquico. Se explica que son términos utilizados en la medicina, muchas veces como sinónimos. “Trauma” deviene del griego y significa “herida”, lo cual deriva del término “perforar”. En cambio, “traumatismo” se reservaría para designar las consecuencias sobre el conjunto de organismo de una lesión resultante de una violencia externa. El psicoanálisis ha recogido estos términos trasponiendo al plano psíquico las tres significaciones inherentes a ellos:

la de un choque violento, la de una efracción (fractura) y la de consecuencias sobre un conjunto de la organización. Más específicamente, Freud (1920) define a “trauma psíquico” como un acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su gran intensidad que conlleva una incapacidad de este de responder adecuadamente, provocando efectos patógenos duraderos en la organización psíquica. Concretamente, explica cómo estas excitaciones poseen fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulo del psiquismo. En términos económicos, el traumatismo psíquico se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones. Con relación a esto último, Pereira França (2010) sostiene que, en la situación traumática, lo que ocurre es la imposibilidad de establecer ligazones y de representar.

Correlativamente, Bleichmar (2008) define a lo traumático como aquello que excede las significaciones inscriptas. Así, lo traumático opera como intromisión en el psiquismo a partir de los excesos que el acontecimiento produce sin que pueda ser capturado por la representación.

Calvi (2017, 2019) afirma que lo traumático alude a una cantidad *inmetabolizable* que no puede ser procesada bajo los modos habituales, siendo que lo que llega es exceso de energía sexual a un cuerpo donde aún no hay representaciones de la sexualidad adulta. Las vivencias sexuales en la infancia son experimentadas como intrusión con una fuerte sensación de *inermidad*. Es así como la violencia sexual contra Sofía funcionó como un suceso que impactó y perforó la membrana protectora del psiquismo, dejándola inerte y con imposibilidades de elaborar el estímulo. Desde Pugliese (2021), se podría afirmar que estas vivencias implosionaron al psiquismo de Sofía interfiriendo en su desarrollo evolutivo normal.

Ferenczi (1984a) plantea la confusión de lenguas que se origina entre el infante y el adulto cuando este último confunde la ternura infantil con la pasión sexual. En este caso, la niña en desarrollo se encuentra en una etapa de amor objetal pasivo o estadio de ternura, que es una primera etapa que puede adoptar un aspecto erotizado pero que solo busca la ternura del

adulto. Si este, por su condición patológica, la confunde con pasión amorosa, se produce el abuso sexual, que perturbará el desarrollo infantil. El tío, con sus predisposiciones psicopatológicas, genera esta confusión, desbordando el aparato psíquico de la niña. Es así como Toporosi (2018) plantea que el abuso no se puede comprender, sino que excede totalmente porque es parte del lenguaje y sexualidad de un adulto.

En lo descripto hasta el momento en esta sección está implícito una distinción que para Benyakar es fundamental: las diferencias que se extienden entre el hecho fáctico externo y hecho psíquico interno. Por un lado, describe al evento fáctico disruptivo, donde la cualidad de disruptivo corresponde exclusivamente al evento o a la situación capaz de provocar una discontinuidad, una distorsión y una desorganización en un proceso psíquico. Es una situación que puede actuar sobre alguien o algo. Dicha discontinuidad y lo que ocurra con ella no pertenecen ya al evento en sí, sino que dependen del sujeto que lo vive. Aquí pasamos a hablar de vivencia y vivenciar. Vivencia es un concepto metapsicológico que alude a la actividad psíquica. Es el producto de un modo de procesar que tiene el psiquismo. Es la vivencia la que puede ser traumática (no el evento) (Benyakar, 2016; Benyakar y Lezica, 2016). Calvi (2019) también hace referencia a ello recordando que lo traumático no es lo acontecional sino que es el efecto producido en un psiquismo.

Partiendo de esta base, diríamos que los episodios de abuso sexual protagonizados por el tío materno en contra de Sofía constituyen un evento fáctico disruptivo. En él se observan dos cualidades que potencian la capacidad disruptiva: minar el sentimiento de confianza en los otros y ser repetitivo (existencia a lo largo del tiempo) (Benyakar, 2016). Con esta gran potencia, el evento se presenta y conserva en el psiquismo de Sofía como hecho no elaborado, dando lugar a una vivencia traumática. Se denota un vivenciar traumático donde el afecto y la representación fallan en su articulación. Calvi (2020) sostiene que el abuso sexual en la infancia siempre tiene efectos traumáticos, siendo que funciona como una catástrofe individual que puede incluirse en las llamadas situaciones

extremas en tanto que pone en peligro la vida del sujeto, produciendo un desmantelamiento psíquico y destruyendo los referentes que orientaban la vida cotidiana.

Lecannelier et al. (2021) construyen el término de trauma complejo. Refieren que, históricamente, se han considerado las experiencias y eventos de vulneración en la infancia como una problemática asociada a vulneraciones específicas como, por ejemplo, un abuso sexual. Sin embargo, esta aproximación presenta la dificultad de dividir en eventos específicos lo que, en la mayoría de los casos de alta vulnerabilidad, suele ser un trauma complejo, crónico y/o múltiple. Ello nos invita a pensar que Sofía no ha estado expuesta a eventos traumáticos puros de abuso sexual y aislados entre sí, sino que estos se integran en una experiencia de vulnerabilidad múltiple y crónica en su infancia. Es así como la victimización en ella es una condición más que un evento.

Se puede observar, también, el traumatismo en sus dos tiempos. El primer tiempo es llamado por Freud (1920) “el espanto” (*Shreck*) y es aquel que enfrenta al sujeto no preparado con el acto sexual altamente significativo perpetrado por su tío, y cuya significación no puede ser asimilada. Serían aquellas escenas que vivencia durante seis años en su infancia. Esto se relaciona con el concepto de interrupción de la historia. El tío como referente que hasta ese momento funcionaba como tal se derrumba, no hay ley que ordene el caos que los arrasa. Ello conlleva a un efecto de cataclismo en la vida psíquica de la paciente que pudo haber sido percibida como sensación de vacío (Calvi, 2017, 2019). En un segundo tiempo o escena, este recuerdo devendrá patógeno. En Sofía, la segunda escena, asociada a la primera, podría ser la iniciación y las experiencias sexuales con su pareja en la edad adulta. Es allí recién cuando deviene el trauma. El recuerdo mismo funcionará como fuente de energía traumatizante (Calvi, 2019).

Se podría considerar aquí las reflexiones de Canesin Dal Molin (2016), quien, influenciado por Ferenczi, considera que el trauma puede llegar a tener tres tiempos. Su originalidad radica en la inclusión de una fase intermedia entre el primer y el segundo tiempo: específicamente, cuando la niña, al tercer año de las vivencias repetitivas

de abuso, busca ayuda en los objetos externos en la tentativa de ligar la experiencia abusiva. Es decir, cuando logra expresar a su madre “la vergüenza y lo gracioso”. En este caso, la madre recurre al mecanismo de la *desmentida* (“no fue nada”, “no pasó nada”), sin dar lugar al procesamiento del hecho traumático. Esto se profundiza en el apartado siguiente.

Mecanismos defensivos y desamparo materno

En el presente caso clínico, pueden identificarse mecanismos defensivos que operan con el objetivo de mantener apartada la experiencia traumática y los sentimientos asociados a ella. Estos pueden visualizarse en dos actores de la escena: en la víctima, Sofía, y en su madre como cuidadora principal.

Un mecanismo de defensa que parece caracterizar a ambas y, por ende, a la estructura familiar, es el mecanismo *Verleugnung*, traducido al castellano como *renegación* o *desmentida*. Da cuenta de un proceso de escisión y de un rechazo singular que impiden reconocer la realidad de la percepción traumatizante, siendo que el contenido traumático permanece encapsulado, al no poder transformarse en una experiencia metabolizante y subjetiva (Calvi, 2017, 2019, 2020; Laplanche y Pontalis, 2013; Pereira França, 2010). Es un mecanismo al que suele recurrir tanto la víctima como posibles testigos del acontecimiento o incluso también el mismo abusador (Herrero, 2009).

Desde la vivencia de la paciente siendo una niña, podemos pensar que no hay un claro registro de lo que ocurre. No tiene nombre lo sucedido, es imposible de simbolizar y poner en palabras. Podría decirse que hay un estado de percepción sin conciencia, sin registro representacional (Calvi, 2019). Hay intentos claros de no reconocimiento de la realidad traumatizante. Monzón (1999) plantea que el propio Yo queda dañado aquí, en tanto es atacada su capacidad de reconocer una percepción, de aceptar algo como existente, de discriminar como propia una sensación corporal. Desde esta autora también podría pensarse en cómo la desmentida actúa en Sofía como una especie de amnesia. Ello puede ejemplificarse de manera concreta cuando la paciente expresa que, al día siguiente del abuso, no podía recordar mucho lo que había

pasado y, muchas veces, pensaba (se autoconvencía) de que en realidad nunca pasó y había sido solo un sueño.

En cuanto a la madre, parece no comprender y creer lo mencionado por su hija, como así tampoco intenta indagar sobre lo acontecido. Tal como plantea Loureiro Malán (2005), el silencio respecto al abuso sexual, incluso el secreto familiar, se logra mediante el mecanismo de la renegación o desmentida. Aquí se observa un silencio que podría ser una construcción defensiva por parte de esta adulta. La paciente, siendo aún una niña, a tres años del inicio de los abusos, logra poner en sus propias palabras (palabras conocidas) algo del orden de lo abusivo desde lo que a ella la hace sentir como la “vergüenza” y lo “gracioso”. Pese a esto, la desmentida de la madre obturó la posibilidad de preguntas tales como “¿Qué te da vergüenza?”, “¿Qué es lo gracioso?”. Ello parece reforzar el mecanismo de desmentida propio de Sofía, quedando atrapada en un silencio de años (siendo que no volvió a mencionarlo hasta la terapia).

El sufrimiento de la paciente a causa de la violencia sexual provoca una destrucción de la memoria consistente en una renegación que afecta al psiquismo con efectos devastadores. Lo que ha “olvidado” durante años solo tiene lugar en el contexto terapéutico con posterioridad (Calvi, 2019, 2020). Hassoun (1996) sostiene que no se trata de una operación de borrado de la huella sino, por el contrario, de la desmentida que recae sobre un acontecimiento, un sepultamiento de la memoria a partir del cual lo que se puede hacer es reconstruir una historia desde el proceso terapéutico.

Volnovich (2008), por su parte, señala que, en las familias de víctimas de abuso sexual incestuoso, se presentan diversas características, siendo una de ellas los problemas de comunicación. Podría pensarse que el mecanismo defensivo materno descripto genera un complejo interjuego, afectando a dicha función. Perro-ne y Nannini (2007) plantean que, en todas las familias con transacción incestuosa, la interdicción del incesto parece desplazarse a la palabra: está prohibido hablar. En este caso, el silencio conlleva a un borrado de la figura materna de protección de Sofía. Ello aumenta la vulnerabilidad psíquica de la víctima, quien

queda atrapada en un estado de soledad, desprotección y desamparo absoluto, sin ningún tipo de apoyo o de socorro, potenciando aún más la violencia que implica el abuso. Se desarrolla, por ende, una impronta de desesperanza, sentimientos de desasosiego y fallas internas difíciles de reparar (Altamirano y Sosa, 2020; Calvi, 2017, 2019; Dunkin et al., 2015).

Lecannelier et al. (2021) han establecido relación entre trauma complejo en el desarrollo y el apego. Explican cómo los efectos más nocivos de lo traumático afectan gravemente la formación de apegos seguros y competencias socioemocionales. En este caso específico, el trauma complejo se caracteriza por la incapacidad de la madre en poder leer e identificar el sufrimiento de Sofía, con la consiguiente incompetencia para contener y disminuir emociones crónicas de miedo, peligro, confusión, terror y desorganización de la niña. Se podría pensar que esto genera en la paciente una crónica sensación de inseguridad emocional desorganizada que impregna, entre otras dimensiones intersubjetivas, la relación con su madre. Así, paulatinamente, se va desarrollando una desconfianza con la expectativa de que no acudirá ni la ayudará en momentos de estrés y trauma.

En relación con todo lo expuesto en este subapartado, podría realizarse una lectura propia de la orientación vocacional de la paciente, considerándola como un medio reparatorio del mundo psíquico. Bohoslavsky (1971) plantea que la elección vocacional puede ser reparadora de objetos internos dañados y elaboradora de conflictos. Propone que se parte de una vivencia de dolor hacia el encuentro de una acción adecuada para remediarla en la fantasía, así como también en la realidad. Tomando esto en consideración, la elección de Licenciatura en Fonoaudiología y Terapia del Lenguaje puede estar inconscientemente ligada al deseo de reparar aquella desesperanza interna causada por una comunicación intrafamiliar interferida por la desmentida.

Acomodación al abuso sexual infantil

El síndrome de *acomodación al abuso sexual infantil* (SAASI) de Summit (1983) aporta una valiosa descripción de comportamientos frecuentes en el proceso que atraviesan NNA

victimizados, a pesar de que hoy no sea con un síndrome en el sentido médico de la expresión. Summit describe cinco elementos, que pueden denotarse en este caso.

(1) *El secreto*. Sofía mantuvo bajo secreto, a pedido del adulto agresor, todo lo que ocurría durante muchos años. Solo en dos oportunidades intentó expresarlo a la madre, pero siempre manteniendo la mayor parte en secreto. Summit (1983) plantea que la mayoría de las víctimas no lo han contado a nadie en su infancia, por temor a ser culpados o no lo suficientemente protegidos como para impedir la venganza del agresor. Podría pensarse que el secreto se mantuvo por vergüenza, culpa (sintiendo que quizás ella pudo haberlo provocado) o miedo (por lo que podría suceder a nivel familiar si ella lo contaba).

(2) *La desprotección*. El agresor, en este caso, forma parte de un vínculo de confianza y se encuentra en una posición aparentemente afectuosa con Sofía y su madre. El agresor es alguien que debía cuidarla, protegerla y ser referente de amparo. Es este mismo sujeto el que expone a la violencia, dejando a Sofía en situación total de desamparo y desprotección, no teniendo otra alternativa que la de someterse sumisamente y mantener el secreto. Esta situación es agravada por el hecho de que Sofía se encuentra con el mecanismo de la desmentida cuando acude en busca de apoyo materno. Calvi (2017, 2019) sostiene que esto podría equipararse a la caída del estado de derecho en una sociedad. Así como esta caída representa una catástrofe social, el abuso sexual en la infancia representa una catástrofe privada que acontece en la intimidad, caracterizada por un potente desamparo, inermidad y sentimiento interno de terror, siendo que quien debía proteger está ausente y/o ataca. Bleichmar (2010) propone que el terror se produce cuando el sujeto sabe a qué le teme, pero no tiene posibilidad de instrumentar defensas ante lo temido. Se desarrolla un estado de hipervigilancia que lo consume, pero no lo protege de la repitencia del acontecimiento.

(3) *El atrapamiento y la adaptación*. El agresor la somete a años y años de abuso. No es una situación aislada, sino que se instala y tiende a perpetuarse. Al no ocurrir en ningún momento una interrupción o intervención, la única opción saludable que le queda a Sofía es aprender

a aceptar la situación y sobrevivir a ella, una y otra vez. Considerando lo planteado por Ferencki (1984a), en esta etapa Sofía no logra oponer resistencia, siendo el único recurso a su alcance aquello denominado *identificación con el agresor*. De este modo, aterrorizada por este adulto fuera de control e inundada por un miedo intenso, se ve obligada a someterse como autómatas a su voluntad. Se obliga a conocerlo desde adentro en un puesto de vigilancia tan cercano que permite predecirlo para anticipar los peligros que puedan sobrevenir e incluso adivinar sus deseos para gratificarlos y complacerlos. A lo largo de las sesiones, Sofía manifiesta verbalmente algo del orden de este mecanismo, convirtiéndose en lo que su atacante esperaba de ella: “Una vez me largué a llorar mientras él me hacía que yo lo tocara. Pero me di cuenta de que no le gustó y me limpió rápidamente la cara. También me dijo que no era algo triste, que era divertido. De ahí en más no volví a llorar y trataba de sonreírle mientras me distraía con los dibujitos animados de la televisión”.

(4) *La revelación tardía y poco convincente*. Este patrón puede observarse cuando, después de tres años de abuso, Sofía logra expresar que no quiere dormir con su tío porque le da “vergüenza” al hacerle cosas “graciosas”. Al ser una vivencia no ligada, no inscripta, no hay palabras para expresarla con exactitud, no tiene nombre. Esta dificultad para poner en palabras se conjuga con ausencia o escasa presencia de otros indicadores de desadaptación en el transcurrir de la niñez de Sofía tales como fracaso escolar o mal comportamiento, haciendo que su “denuncia” pierda valor. En esta dirección, Summit (1983) señala que los procesos de desadaptación y/o síntomas suelen ponerse de manifiesto en tiempos posteriores a la ocurrencia de las situaciones abusivas.

(5) *La retractación*. Si bien este patrón no se expresa de manera francamente manifiesta en este caso, puede pensarse que, después de la revelación tardía y poco convincente, Sofía opta por el silencio, frente al silencio e inacción de su madre. El silencio de Sofía podría, a su vez, estar relacionado con cierta retractación de desmentir lo revelado, ante la martirizante obligación de preservar la familia, su cohesión y el vínculo afectuoso de su mamá con su hermano.

(6) *Sufrimiento subjetivo y repetición: Síntomas*. El abuso sexual en Sofía puede leerse como un suceso que produce efectos sobre un psiquismo en constitución, efectos que tienen carácter singular y subjetivo. Tal como plantea Calvi (2019, 2020), cada sujeto arma, de acuerdo con sus posibilidades simbólicas, una respuesta singular frente a lo traumático. Pugliese (2021) plantea que las marcas en la subjetividad dependerán de diversos factores tales como: etapa del desarrollo, etapa del proceso abusivo, frecuencia con la que se sufrió, la cronicidad, si hubo seducción o coerción, si el agresor era un desconocido o un familiar, entre otros.

Vale aquí mencionar lo que Freud plantea en *Más allá del principio de placer* (1920), en torno a la compulsión a la repetición y lo traumático. Se vuelve a vivencias pasadas que no contienen posibilidad alguna de placer, que tampoco en aquel momento pudieron ser satisfactorias. Se regresa a aquello que el aparato psíquico no pudo inscribir, a una vivencia que pareciera que no le pertenece y por eso es el deseo de expulsarla y volver al aparato a una antigua posición, sin el hecho traumático; es decir, restaurarlo, lo cual es inlograble en la vida psíquica.

Freud (1920) plantea cómo el sujeto queda fijado al momento traumático. Laplanche y Pontalis (2013) aportan algo nuevo especificando que no se trata de una fijación al trauma sino fijación del trauma. No es el sujeto el que está fijado al trauma sino el trauma el que está enquistado en el sujeto y por eso se produce la compulsión a la repetición, como en los sueños. Esto marca la posición pasiva que tiene el sujeto frente a la repetición. Es el trauma el que lo mueve a actuar. Lo cual debe vincularse, a su vez, con la atemporalidad de los procesos anímicos inconscientes. Las categorías de tiempo y acontecimientos no están ligadas necesariamente. Esto significa que el tiempo no altera nada en ellos.

En Sofía, el hecho ocurrió en su infancia, durante seis años, pero continúa insistiendo porque el transcurrir del tiempo cronológico no trae alivio a su psiquismo, el cual continúa experimentando el traumatismo del abuso. El acontecimiento insiste por inscribirse (Freud, 1920).

A partir de lo descripto, un ejemplo muy concreto en la paciente serían las pesadillas que

sufre de manera recurrente ahora en su vida adulta en donde el contenido suele ser similar a la violencia de la infancia: ser perseguida, tomada y lastimada. Bleichmar (2010) retoma a Freud para explicar las repeticiones mediante los sueños. En ellos, el hecho traumático se repite de una forma peculiar, ya que toman solo algunos elementos de la realidad vivida. El sueño pretende simbolizar lo vivido, aquello para lo cual el psiquismo no estaba preparado, siendo esto un elemento fundamental de la repetición. Estos sueños repetitivos, similares en forma y contenido, atormentan a Sofía siendo la reaparición (una y otra vez) de la escena traumática. Se repite lo displacentero con el mismo afecto, el terror. Es a través de ellos que el psiquismo intenta inscribir lo que no pudo ser elaborado.

Los demás síntomas en Sofía también pueden ser interpretados como un claro sufrimiento psíquico asociado al abuso sexual. Más específicamente, podría decirse que aparecen tras el segundo momento del trauma, cuando la experiencia deviene traumática. Tal como ella manifiesta, la sintomatología comienza al tiempo de estar en una relación con su actual pareja. Es decir que, después de cierto tiempo de latencia, aparecen síntomas que se agrupan en dos grandes modalidades: el cuadro de neurosis traumática propiamente dicha y, en el otro extremo, un cuadro que es mucho más banalmente neurótico, como si el traumatismo no hiciera más que revelar una neurosis latente preexistente (Bleichmar, 2010).

Está aquí también en juego la repetición, ya que el síntoma repite, retornando aquello inconsciente que no se ha olvidado. Estos síntomas parecen ser un mensaje que se halla a la espera de ser leído y significado. En ellos se expresa lo silenciado por tantos años, lo que no se pudo hablar.

La sintomatología somática descrita por la paciente como nudo en la garganta, molestias en la barriga, sudoración de manos y mareos puede ser una angustia referida a aquel monto de afecto que, en un primer momento, no pudo ser ligado. Se refiere al afecto en forma pura que emerge en la conciencia descualificado (Bleichmar, 2010; Toporosi, 2018). La paciente solo puede definirla como un cúmulo de sensaciones displacenteras que experimenta cotidianamente

sin un estímulo aparente o concreto y que están a mitad de camino entre lo psíquico y lo somático.

En cuanto a la anorexia nerviosa, Hekier y Miller (1996) puntuaron la estrecha relación entre lo sexual y lo alimentario, planteando cómo en la anorexia se puede intuir un rechazo al intercambio sexual. Tal como plantean Abraham y Llewlyn-Jones (2005), mujeres que sufren anorexia temen a hacerse física y sexualmente maduras. De esta manera, al evitar comer, se niega su sexualidad, los contornos corporales se hacen como los de una niña y hasta incluso los periodos menstruales pueden desaparecer. Para Tubert (2000), el cuerpo en la anorexia es andrógino, no deseable por el otro, colocándose a salvo del abuso sexual. Es así como Galán Jiménez Jaime y De Ávila Ramírez (2015) mantienen la hipótesis de que adelgazar dentro de un cuadro de anorexia es dar menos cuerpo al otro. Desde este punto de vista es que Recalcati (2003) pronuncia que el ideal anoréxico es el de una separación absoluta, sin intercambio con el otro. Esto puede vincularse estrechamente con otra sintomatología presentada en Sofía, aquella que se manifiesta conscientemente como motivo de consulta: la falta de deseo de relaciones sexuales con su pareja.

Por otro lado, también puede pensarse a la anorexia como un intento de tener el control. Es así como podría decirse que Sofía, con su trastorno alimentario, busca sentir que tiene control, un control con el que no contaba al ser víctima de aquellos abusos sexuales. Desde la anorexia controla de manera rígida y no permite que nada que no esté en su deseo se introduzca en su cuerpo, construyendo una barrera impenetrable (Dio Bleichmar, 2000; Médico y Quintanilla, 1996).

En relación con sentimientos de inseguridad e inferioridad y baja autoestima, se podría vincular con el “síndrome de mercancía dañada” planteado por Sgroi como posible efecto desde el punto de vista emocional del abuso sexual (Intebi, 2017), siendo que la paciente se siente irreparablemente dañada para siempre y en desventajas de otros. Tal como se planteaba con anterioridad junto a Giberti (2016), el abuso produce desinvertidura del Yo en la víctima. El incesto deviene desubjetivación, una pérdida

de libidinización del Yo, descripta como un “dar de baja al yo”. Calvi (2020) describe cómo lo traumático no es una simple perturbación de la economía libidinal, sino que amenaza más radicalmente la integridad del sujeto, volviendo al yo indefenso e inferior.

En cuanto a los problemas de aprendizaje, hay una clara inhibición de las distintas funciones yoicas básicas que entorpecen los procesos de adquisición de conocimiento provenientes del mundo exterior, fracasando en su proyecto académico facultativo. Se trata de un yo empobrecido como parte de aquella mercancía dañada. Asimismo, es importante mencionar que existe cierta taxonomía en torno a los problemas de aprendizaje. Diversos autores (Fernández, 1997; Taborda y Labin, 2020) mencionan diversos grupos entre los que se destacan: los reactivos y los que se corresponden con un síntoma e inhibición. En Sofía, se percibe claramente este segundo grupo. Fernández (1997) nos invita a pensar que el síntoma en ella consistiría en un no conocer, atrapando a la inteligencia y, más precisamente, a la capacidad para aprender. Es así como los recursos de elaboración cognitiva quedan no disponibles, sin tener la posibilidad de revelar un saber o una verdad que a veces se la evita, ya que puede ser dolorosa (como aquella sobre la violencia sexual por parte de su tío materno). Parecería ser que el mecanismo defensivo de la desmentida interfiere en el funcionamiento yoico más consciente y en sus funciones cognitivas.

También podría mencionarse la hipótesis propuesta por Luzuriaga (1998) acerca de la inteligencia contra sí misma. En Sofía puede visualizarse, de manera clara, cómo la inteligencia se destruye a sí misma con el fin de no conocer contenidos que resultan dolorosos. No hay aquí una detención de la función intelectual o una carencia o ausencia de esta, sino una intensa existencia de una disfunción, de una fuerza constante y organizada que ataca al sí mismo denominada *contrainteligencia*. Su esencia es el ataque a la percepción y comprensión del mundo externo y mundo interno y contra las vivencias que ambos despiertan (vivencias traumáticas y dolorosas). Así, se arriba a la incompreensión de hechos de vital importancia para su psiquis, como mecanismo defensivo.

Por último, la “mala relación” con su madre puede ser relacionada con aquella consecuencia psíquica del abuso sexual planteada por Finkelhor (Intebi, 2017): la traición. Se trata de un sentimiento que representa una falla en la confianza depositada en las personas que deberían proteger. La ira y la desconfianza generalizada son consecuencias emocionales producidas por la “traición” de su madre por su desmentida ya descripta y sus resultantes fallas en la función materna. Esto también puede explicarse desde lo planteado anteriormente por Lecannelier et al. (2021) en torno a cómo un trauma complejo en el desarrollo afecta la formación de apegos seguros.

Cabe mencionar que todos estos síntomas aluden y eluden al conflicto inconsciente. Lo eluden para no contactarse de manera directa con él pero, al mismo tiempo, están mostrando una marca, señalando y aludiendo al conflicto. En todo síntoma hay un mensaje encapsulado. Sofía habla a través de sus síntomas, aludiendo y eludiendo, denunciando y renunciando. Como refiere Calvi (2020), el silencio impuesto en el abuso sexual siempre produce sonidos que las víctimas, en este caso Sofía, escucharán de manera enigmática.

Desde esta línea, Pugliese (2021) describe cómo los efectos de lo traumático permanecen como “cuerpo extraño” dentro del psiquismo hasta que se puede procesar, no solo recordando y repitiendo, sino también reelaborando la representación.

Si bien la sintomatología psíquica analizada aquí se refiere a efectos singulares y subjetivos, es importante destacar que gran parte de esta coincide con aquellos indicadores específicos que suelen surgir tras haber sufrido abuso sexual: ansiedad, trastornos del sueño, baja autoestima, trastornos alimentarios, fracaso académico, relaciones conflictivas a nivel familiar y sexualización no satisfactoria con inhibiciones a nivel sexual (Intebi, 2017, 2018).

Elaboración en espacio terapéutico

Desde el espacio terapéutico, se le ofreció a Sofía escucha activa, contención y sostén para que pudiese hablar, relatar y denunciar. Tal como plantea Mannoni (1992), nada puede ser escuchado sin lugar de acogida. Este trabajo

implica una situación transferencial mediante la que la paciente pone a prueba la posibilidad de contar con alguien.

Para que un traumatismo de esta índole pudiese ser procesado, elaborado y metabolizado por la paciente, fue importante la posibilidad de construir un relato y trabajar sobre la memoria porque, al hacerlo, podía reconstruirse a ella misma. En este sentido, Horstein (1993, en Calvi, 2019) plantea que recordar no es solo traer al presente y a la memoria sucesos aislados sino formar secuencias significativas, historizar, con el fin de construir y reconstruir la propia existencia.

El hecho de compartir lo acontecido con el profesional fue posibilitando un proceso de transformación en experiencia en la medida en que se pudo ir conectando el afecto y la angustia con las representaciones. Fue necesario que el psiquismo lograra dicha articulación para poder metabolizar las experiencias (Bleichmar, 2010; Franco et al., 2018).

Tomando a Bleichmar (2010), podríamos decir que la paciente pudo acceder al beneficio de oírse, logrando integrar en una nueva serie psíquica aquello que sentía ajeno (extraño) a sí misma. Así, aquella angustia no ligada logra ligarse a la representación mediante la palabra y el recuerdo, entrando al terreno del sentimiento y del afecto cualificado y es allí donde aparece el miedo. Esta es la diferencia entre angustia (descualificado y no ligado) y miedo (cualificado y ligado) (Bleichmar, 2010). Aparece el miedo, es decir, la simbolización, ya que la paciente logra comprender a qué le teme: a aquella vivencia traumática y a que esta se repita en la actualidad.

También aparece una segunda ligazón de una representación con otra: de una segunda escena del trauma con una primera, pudiendo de esta manera comprender en parte algunos de sus síntomas, como las dificultades en las relaciones sexuales con su pareja.

A partir de lo planteado por Ferenczi (1984b), podría afirmarse que la actitud del profesional fue aquí un punto clave. A veces, una situación analítica puede retrotraer a la situación traumática y repetirla, haciendo que el paciente sea también traumatizado en el presente por una actitud negativa del analista (por ejemplo, cuando hay antipatía en el profesional). En ese caso, no se podría elaborar el pasado porque el

presente se vive como semejante. Con Sofía, el profesional posibilitó el avance planteando una diferencia entre el presente y pasado por aspectos transferenciales positivos. No se llevó a cabo una repetición sino una reproducción de lo desagradable y traumático, que habilita entonces a la elaboración.

Dent (2021) describe la importancia de la conciencia dual en los procesos de análisis de lo traumático. Esto implica que la paciente tenga conciencia de que está en un presente a salvo con un profesional que lo sostiene con confianza para poder luego tomar conciencia y contacto con el recuerdo doloroso. Sofía pudo bucear en su pasado solo por el hecho de tener esta conciencia de estar sostenida en un presente.

Es fundamental, sostiene Calvi (2019), otorgar una mirada y un soporte que permita la historización, el alojamiento del padecimiento y el surgimiento de la palabra estableciendo nuevos lazos libidinales.

Es importante mencionar que, en el proceso, se acompañó, se orientó y se informó a la paciente, quien, tras un largo camino, denunció ante su madre lo sucedido durante tantos años, imponiendo distancia con su tío, no continuando con las reuniones familiares semanales que solían llevar a cabo. Tiempo después, también denunció penalmente a su tío, siendo acompañada aquí por su madre.

Podría considerarse que este espacio terapéutico construido implicó un ambiente sostenedor, dando lugar a una experiencia productora de subjetividad, a un nuevo sentido de continuidad y vivencia esperanzadora (Altamirano y Sosa, 2020).

Por último, el trabajo terapéutico post denuncia fue abriendo diversas líneas de nuevos análisis. Un gran camino construido, no mencionado ni descripto en el presente trabajo, es la pérdida temprana del padre, el cual merece ser estudiado de forma particular en otro artículo.

Denuncia en contexto patriarcal

En cuanto la denuncia en la fiscalía correspondiente, esta se efectuó en octubre del 2019, iniciando un proceso judicial que continúa vigente hasta la fecha actual. Este punto cobra relevancia, ya que, como sostiene Intebi (2017), pese a sus limitaciones y complicaciones, la intervención

legal puede tener beneficios para la víctima. Tal como plantea Toporosi (2018), la posibilidad de procesamiento del psiquismo individual depende de que desde las instituciones de la sociedad se registre y se condene a quien provocó el padecimiento y sus cómplices. Calvi (2020) expresa que si bien el castigo al culpable no va a borrar los hechos acontecidos va a dictaminar que hay alguien que cometió un delito y alguien que fue víctima.

Sin embargo, la paciente describe al proceso como “lento” y “tedioso”, en donde en innumerables momentos se ha encontrado bajo la obligación de relatar lo acontecido en su infancia. Parece que un solo relato no es prueba suficiente, no alcanza. En una de dichas oportunidades cuestionaron su demora para concretar la denuncia. Incluso lo más temido por ella sucedió: en una ocasión, debió testimoniar frente a su abusador, encontrándose en un mismo recinto con él, a pocos metros, frente a frente.

Sofía vivencia este proceso de manera dolorosa, siendo visualizada como sospechosa y poco confiable. A su vez, parece ser revictimizada por la intervención judicial, que la posiciona nuevamente como objeto, desubjetivándola. Como plantea Calvi (2020), toda intervención que no le otorgue al traumatismo el estatus que le corresponde revictimiza a quienes han debido soportar los hechos disruptivos.

Hay una notoria ideología patriarcal regulando los pensamientos de numerosos jueces y profesionales dedicados a esta temática, que pretende mantener incólume la figura del hombre, en las cuales se desdichan las aberraciones incestuosas y abusivas (Calvi, 2020).

A ello, debe sumársele que el agresor de Sofía mantiene también un discurso patriarcal, sin responsabilizarse, descalificando a la víctima insistiendo que tales hechos nunca ocurrieron, dejándolos bajo un manto de fantasía propia de una niña “muy imaginativa” para que su relato pierda credibilidad. Estas reacciones son aquellas típicas en la defensa de un agresor sexual (Calvi, 2020; Intebi, 2017).

Conclusiones

La familia es reconocida como núcleo central de protección de la infancia y la adolescencia,

debiendo asegurar a NNA el pleno disfrute y ejercicio de sus derechos. En Argentina, La Ley Nacional N° 26.061 (2005), basada en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), identifica a la familia como la principal responsable del cuidado de NNA (Art. 7º) y plantea, como derecho básico, el desarrollo en el ámbito familiar de origen (Art. 11º). Sin embargo, los casos clínicos de abuso sexual intrafamiliar nos hacen reflexionar acerca del ideal de familia como dadora privilegiada e incondicional de protección y cuidado; siendo que la familia puede ser tan peligrosa como el temido mundo exterior e incluso ser un privilegiado ámbito privado donde los más débiles pueden estar impunemente sometidos a todo tipo de violencia.

Los mecanismos defensivos, como la renegación o la desmentida, funcionan en el imaginario social, silenciando funcionamientos sociales de producción y reproducción de violencias cotidianas, tales como el ASI. Este ha sido ocultado históricamente bajo el manto protector de la vida privada. A su vez, a los abusos contra niñas se les agrega la dificultad de reconocimiento propia de una sociedad con cierta ideología misógina y patriarcal, donde el lugar otorgado a las mujeres no es el de los privilegios (Calvi, 2017, 2019, 2020; Cohen Imach, 2017). Es así como Cohen Imach (2017) destaca que el ASI se inscribe como un síntoma social en nuestra actualidad.

De manera más esperanzadora, la autora describe cómo movimientos feministas que buscan desenmascarar la hegemonía del poder masculino en la mayor parte de los escenarios sociales, como así también los aportes propios del psicoanálisis a la comprensión del abuso, permiten actualmente una mayor visibilización de la problemática, aunque aún queda mucho camino por recorrer.

Más allá de la dificultad o posibilidad de visibilización, no se puede negar que el abuso sexual contra NNA es real y existe. Se trata de una situación extrema de violenta intromisión que irrumpe sobre la subjetividad con efectos psíquicos que refieren a lo traumático (Calvi, 2017, 2019, 2020). Es una problemática de salud pública que requiere de políticas del Estado para su prevención, detección y asistencia o tratamiento (Sosa et al., 2020).

Considerando que el abuso sexual en la infancia es una situación compleja donde se conjugan diversos factores bio- psico- sociales-legales que influye tanto en dinámicas intrapsíquica y familiares como en la comunidad en su conjunto, es de fundamental importancia que dichas políticas públicas reúnan enfoques transdisciplinarios. Estos deberían incluir aportes de la medicina, psicología, derecho y trabajo social, entre otras disciplinas, en pos de trascender las sumatorias de aportes individuales para construir el trabajo en equipo, en el marco del paradigma de complejidad (Sosa et al, 2020).

Bibliografía

- Abraham, S. y Llewelyn-Jones, D. (2005). *Anorexia y bulimia*. Alianza editorial.
- Altamirano, C. y Sosa, S. (2020). La importancia del vínculo terapéutico en el tratamiento de una niña víctima de abuso sexual. En S. Sosa (Eds), *Complejidad del abuso sexual en la infancia y en la adolescencia. Mirada e intervenciones en el ámbito público* (págs. 37-52). Nueva Editorial Universitaria.
- Benyakar, M. (2016). *Lo disruptivo y lo traumático. Vicisitudes de un abordaje clínico*. Nueva Editorial Universitaria.
- Benyakar, M. y Lezica, A. (2016). El complejo traumático a la luz del modelo de los tres espacios. *Mentalización: Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 6, 1-14. Recuperado de: https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/abril2016/benyakar_lezica.pdf
- Bleichmar, S (2008). *Clínica Psicoanalítica y Neogénesis*. Amorrortu
- Bleichmar, S. (2010). *Psicoanálisis extramuros. Puesta a prueba frente a lo traumático*. Editorial Entre Ideas.
- Bleichmar, S. (2018). *Vergüenza, culpa, pudor. Relaciones entre la psicopatología, la ética y la sexualidad*. Paidós.
- Bohoslavsky, R. (1971). *Orientación vocacional: La estrategia clínica*. Nueva Visión.
- Calvi, B. (2020). *Los sonidos del silencio en el abuso. Lecturas clínicas con niñas y niños*. Lugar editorial.
- Calvi, B. (2019). *Abuso sexual en la infancia. Efectos Psíquicos*. Lugar Editorial.
- Calvi, B. (2017). Capítulo VI: El abuso sexual en la infancia. Lo imposible de representar. En A. Taborda y E. Toranzo, *Psicoanálisis Relacional. Espacios Intersubjetivos e Interdisciplinarios de creación de significados para la salud mental* (págs. 105-122). Nueva Editorial Universitaria.
- Canesin Dal Molin, E. (2016). *O terceiro tempo do trauma. Freud, Ferenczi e o desenho de um conceito*. Perspectiva.
- Código Civil y Comercial de la Nación (2014). Buenos Aires, Argentina, 7 de octubre de 2014.
- Código Penal de la Nación (1921). Buenos Aires, Argentina, 21 de octubre de 1921. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-11179-16546/texto>
- Cohen Imach, S. (2017). *Abusos sexuales y traumas en la infancia*. Notas de la clínica y la evaluación. Paidós.
- Convención sobre los Derechos del Niño. Organización de las Naciones Unidas (ONU), 20 de Noviembre del 1989. <https://www.refworld.org/es/docid/50ac92492.html>
- Dent, V. (2021). Cuando el cuerpo lleva la cuenta: algunas implicaciones de la teoría y la práctica del trauma para el trabajo psicoanalítico. *Aperturas Psicoanalíticas*, 67. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2021%7Dn067a13.pdf>
- Dio Bleichmar, E. (2000). Anorexia/bulimia. Un intento de ordenamiento desde el enfoque modular transformacional. *Aperturas psicoanalíticas*, 4. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000103>
- Dunkin, A., Mrahad, C., Mendez, C., Camalli, G. y Schejtman, C. R. (2015). Intervenciones subjetivantes en niños y adolescents en riesgo social. *Intersecciones Psi: Revista Digital Facultad de Psicología, UBA*, 5 (17). Recuperado de: http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=380:intervenciones-subjetivantes-en-ninos-y-adolescentes-en-riesgo-social&catid=26:extension&Itemid=1
- Ferenczi, S. (1984a). Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y de la pasión. En *Psicoanálisis* (Tomo IV). Espasa-Calpe.

- Ferenczi, S. (1984b). Psicoanálisis y pedagogía. En *Psicoanálisis* (Tomo I). Espasa Calpe.
- Fernández, A. (1997). *La inteligencia atrapada: abordaje psicopedagógico clínico del niño y su familia*. Nueva Visión.
- Franco, A. N., Poverene, L., Toporosi, S. M., Eiberman, F., Woloski, E. G., Tomei, F., Louro, L., Lastra, S. A., Germade, A. y Esquivel, J. (2018). Condiciones subjetivas y familiares en la utilización de diferentes mecanismos defensivos ante lo traumático del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes. *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio de placer*. Amorrortu.
- Galán Jiménez Jaime, S. y De Ávila Ramírez, X. Y. (2015). Dar menos cuerpo al otro: Anorexia y Abuso sexual. *International Journal of Good Conscience*, 10(2), 220-245.
- Giberti, E. (2016). *Abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes*. Noveduc.
- Hassoun, J. (1996). *Los contrabandistas de la memoria*. Ediciones de la flor.
- Hekier, M. y Miller, C. (1996). *Anorexia - bulimia: deseo de nada*. Paidós.
- Herrero, A. (2009). Abuso sexual infantil. *Revista de Epistemología y Ciencias Humanas*, 1, 69-77.
- Intebi, I. (2017). *Abuso sexual infantil en las mejores familias*. Granica
- Intebi, I. (2018). *Proteger, reparar, penalizar: Evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil*. Granica
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (2013). *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós.
- Lecannelier, F., Guajardo, H., Kushner, D., Barrientos, C. y Monje, G. (2021). La complejidad del trauma complejo del desarrollo: Una propuesta del modelo de apego y complejidad (MAC). *Revista de Psicoterapia*, 32 (120), 105-124.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.463>
- León, O. G. y Montero, I. (2015). *Métodos de investigación en Psicología y Educación. Las tradiciones cuantitativa y cualitativa*. Mc Graw Hill.
- Ley Nacional N° 25.087. Ley de Delitos Contra la Integridad Sexual (1999). Buenos Aires, Argentina, 7 de mayo de 1999.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/55000-59999/57556/norma.htm>
- Ley Nacional N° 26.061. Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Buenos Aires, Argentina, 21 de octubre del 2005.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26061-110778/texto>
- Loureiro Malán, R. Z. (2005). *Lo que pasa en casa: De la violencia que no se habla*. Psicolibros.
- Luzuriaga, I. (1998). *La inteligencia contra sí misma: El niño que no aprende*. Biblioteca Nueva.
- Mannoni, M. (1992). *Lo que le falta a la verdad para ser dicha*. Nueva Edición.
- Médico, M. y Quintanilla, I. (1996). *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria*. Atuel.
- Monzón, I. (1999). Abuso sexual contra menores: Violencia de la desmentida. *Revista del Ateneo Psicoanalítico*, 2.
- Toporosi, S. (2018). En carne viva. *Abuso sexual infante juvenil*. Topía.
- Pasqualini, D. y Llorens, A. (2010). *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: Una mirada integral*. Organización Panamericana de la Salud.
- Pereira França, C. (2010). Restos da inundação pulsional. En C. Pereira França (Ed.) *Perversão. As Engrenagens da violência sexual infantojuvenil*. Imago.
- Perrone, R. y Nannini, M. (2007). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Paidós.
- Pugliese, S. V. (2021). Abuso sexual infantil: una implosión al psiquismo. En M. R. Edinete y S. V. Pugliese (Eds.), *Múltiples facetas de la violencia en Latinoamérica* (págs. 115-139). Edufes Editora.
- Pugliese, S. V. (2021). *Guía para la redacción de documentos producidos en la práctica psicológica*. Glova.
- Recalcati, M. (2003). *Clínica del Vacío*. Paidós.
- Sosa, S., Altamirano, C., Hourquebie, G. y Rey Flocco, D. (2020). Abordaje del abuso sexual en la niñez y adolescencia en instituciones públicas. Un modelo interdisciplinario. En S. Sosa (Eds.), *Complejidad del abuso sexual en la infancia y en la adolescencia. Mirada e*

- intervenciones en el ámbito público* (págs. 127-163). Nueva Editorial Universitaria.
- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accomodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7(2), 177-193.
[https://doi.org/10.1016/0145-2134\(83\)90070-4](https://doi.org/10.1016/0145-2134(83)90070-4)
- Taborda, A. y Labin, A. (2020). Diagnóstico de constelaciones intrapsíquicas e intersubjetivas en la niñez. Trabajo en red con instituciones educativas. En A. Taborda, G. Leoz y B. Piola (Eds), *Inter-versiones. Lecturas interseccionales de la relacionalidad* (págs. 11-64). Nueva Editorial Universitaria.
- Tubert, S. (2000). Anorexia. Una perspectiva Psicoanalítica. *Debate feminista*, 22, 257-290.
<https://www.jstor.org/stable/42624612>
- UNESCO. Organización de Naciones Unidas por la educación, la ciencia y la cultura. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.
http://portal.unesco.org/es/ev.phpURL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- UNICEF (2018). *Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes. Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos* [en línea]. Recuperado de:
<https://www.unicef.org/argentina/informes/abuso-sexual-contra-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-adolescentes>
- Volnovich, J. (2008). *Abuso sexual en la infancia 3: La revictimización*. Lumen-hvmanitas.

Pérdida gestacional y el proceso de su duelo. Lo que comparten las mujeres y sus parejas*

MERCEDES BECERRA GORDO¹

RESUMEN

Pérdida gestacional y el proceso de su duelo. Lo que comparten las mujeres y sus parejas. La interrupción del embarazo, ya sea espontánea como voluntaria, supone un impacto emocional intenso tanto en la mujer como en su pareja que altera su mundo emocional. El elevado porcentaje de mujeres que sufren una pérdida perinatal y las repercusiones emocionales que conlleva a corto y largo plazo hace necesario replantear el trabajo de las especialidades que atienden a población perinatal (psicología, pediatría, ginecología, obstetricia, psiquiatría, etc.) para conceder la importancia que tiene un proceso de duelo frecuente y especialmente silenciado. Nos centraremos en las pérdidas perinatales que ocurren a lo largo de la gestación, un proceso de duelo con idas y vueltas, con sintomatología propia y que requiere una atención, formación y escucha terapéutica también propia. Desde la reflexión y la práctica clínica abordaremos aspectos relevantes que ocurren durante este proceso terapéutico. Este acompañamiento profesional, necesario y escaso, tiene como objetivo que la mujer y su pareja, en caso de tenerla, puedan elaborar suficientemente el duelo, aliviar la sintomatología actual y, caso de una siguiente gestación, disminuir el riesgo de desajuste emocional tanto en la madre, como en su pareja y en el futuro bebé, que puede desembocar en una depresión perinatal en los padres o en problemas de desarrollo emocional en el bebé. **Palabras clave:** duelo gestacional, muerte perinatal, depresión perinatal, embarazo, aborto.

ABSTRACT

Pregnancy loss and the grieving process. What women and their partners share. The termination of pregnancy, whether spontaneous or voluntary, involves an intense emotional impact on both the woman and her partner which alters their emotional world. The high percentage of women who suffer a perinatal loss, and the emotional repercussions it entails in both the short and long term, make it necessary to rethink the work of the specialties which attend the perinatal population (psychology, pediatrics, gynecology, obstetrics, psychiatry ...) to acknowledge the importance of a frequent yet particularly silenced grieving process. In this article focus will be placed on the perinatal losses which occur during gestation, a mourning process which ebbs and flows, which has its own symptomatology and one which also requires its own bespoke attention, training, and therapeutic listening. From reflection and clinical practice, relevant aspects which occur during this therapeutic process will be addressed. This professional accompaniment, which is necessary yet scarce, aims to enable the woman and her partner to sufficiently work through their grief, alleviate the current symptomatology and, in the case of a subsequent pregnancy, reduce the risk of emotional imbalance in the mother, her partner and the future baby, which can lead to perinatal depression in the parents or emotional development problems in the baby. **Keywords:** gestational grief, perinatal death, perinatal depression, pregnancy, abortion.

RESUM

Pèrdua gestacional i el procés del dol. El que comparteixen les dones i les seves parelles. La interrupció de l'embaràs ja sigui espontània o voluntària suposa un impacte emocional intens tant en la dona com en la parella que altera el seu món emocional. L'elevat percentatge de dones que pateixen una pèrdua perinatal i les repercussions emocionals que comporta a curt i llarg termini fan necessari replantejar el treball de les especialitats que atenen la població perinatal (psicologia, pediatria, ginecologia, obstetricia, psiquiatria, etc.) per concedir la importància que té a un procés de dol freqüent i especialment silenciats. Ens centrarem en les pèrdues perinatals que esdevenen al llarg de la gestació, un procés de dol amb anades i tornades, amb simptomatologia pròpia i que requereix una atenció, formació i escolta terapèutica també pròpia. Des de la reflexió i la pràctica clínica abordarem aspectes rellevants que tenen lloc durant aquest procés terapèutic. Aquest acompanyament professional, necessari i escàs, té com a objectiu que la dona i la seva parella, en cas de tenir-la, puguin elaborar prou el dol, alleujar la simptomatologia actual i, en cas d'una següent gestació, disminuir el risc de desajust emocional tant en la mare, com en la seva parella i en el futur nadó, que pot desembocar en una depressió perinatal als pares o en problemes de desenvolupament emocional al nadó. **Paraules clau:** dol gestacional, mort perinatal, depressió perinatal, embaràs, avortament.

*Este artículo ha sido adaptado de la versión en inglés, publicada originalmente en *Journal of Child, Infant and Adolescent Psychotherapy*, editada por Taylor y Francis: Becerra Gordo, M. (2022), *Pregnancy Loss and the Grieving Process. What Women and Their Partners Share*, *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 21(3), 252-261, DOI: 10.1080/15289168.2022.2090213.

¹Psicóloga y Psicoterapeuta especializada en psicología perinatal. Consulta de psicología perinatal y primera infancia, Valencia, España. Contacto: atelier@cop.es

Mi gratitud a todas las mujeres, y a sus parejas, que me van enseñando a leer entre sus palabras, que me han dejado mirar dentro de su dolor, que me han dejado acompañarlas en sus procesos terapéuticos. Toda esta enseñanza sirve –y servirá– para acompañar a otras mujeres, y a sus parejas, si las hay, que pasan por el duro momento de perder a su bebé.

Son muchas las veces que el aprendizaje terapéutico va acompañado de las vivencias que comparten los pacientes. Podemos estudiar y teorizar, pero no es hasta que se escucha la vivencia del paciente narrada desde su subjetividad, con sus saltos en el discurso y su emocionalidad, cuando se puede llegar a comprender todo aquello que se ha aprendido; y, aun así, es posible que, si no se ha tenido la experiencia, no lleguemos a comprender su magnitud.

Hay aprendizajes que están impregnados de la experiencia. Las mujeres que han perdido a sus bebés durante la gestación me han enseñado que se puede estar cerca de entenderlas, pero sólo el impacto emocional que producen sus vivencias y el dolor que expresan se puede acercar al sentimiento vivido por ellas.

En una sesión, una mujer, psicóloga de profesión, que había perdido a su bebé durante la gestación, me dijo: “Y yo que pensaba que era capaz de empatizar con el dolor de los demás, que era capaz de ponerme en su lugar y de acompañarlos en sus pérdidas... ahora veo lo lejos que estaba de entenderlos”.

El presente artículo se centrará en el duelo gestacional y posterior gestación dentro del abanico de una pérdida perinatal. La CIE-11 (OMS, 2019) considera el periodo que abarca desde la semana 22 de gestación hasta siete días completos después del nacimiento, mientras que el periodo neonatal es el que comienza en el nacimiento y finaliza 28 días después. Sin embargo, desde la psicología, el concepto de perinatalidad abarca el periodo de desarrollo desde la concepción, gestación, nacimiento y los dos primeros años de vida (Golse y Stern, 1998).

Según elabora el Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad Infantil de las Naciones Unidas (The World Bank, 2022), en 2019, un 28,38 % de los embarazos no llegaron a término. La variabilidad entre los países es

grande y hay que añadir, además, que, según este grupo, la tasa de mortalidad fetal se recoge a partir de la semana 22.

En España, según recoge Cassidy (2021), la muerte fetal a partir de la semana 22 es un 6,58 % cada 1000 embarazos, pero se estima que, antes de esta semana, entre un 20 y un 30 % de estos se habrán interrumpido por pérdidas espontáneas o no espontáneas. De este porcentaje, del 20 al 30 %, un 2,5 % de estas pérdidas se darán entre la semana 13-21 y un 97 % de estas muertes intrauterinas se darán antes de la semana 13. Vemos, por tanto, el porcentaje tan elevado de mujeres que han perdido a su bebé en el transcurso de la gestación si contamos desde la concepción y, sin embargo, este 20-30 % está significativamente silenciado.

Hay mujeres que este proceso de pérdida lo abordan de manera bastante saludable, solas, junto con su pareja, o su red extensa. Con buena capacidad de afrontamiento de esta situación, conseguirán aceptar la pérdida y hacer un lugar a un futuro bebé. En cambio, otras, por razones diversas, no podrán hacerlo y necesitarán de profesionales que las escuchen, entiendan y acompañen a realizar este proceso. Este artículo se centrará en estas últimas.

¿Duelo o duelo gestacional?

El duelo es, como sabemos, una reacción normal ante una pérdida. Su afrontamiento variará según la individualidad, las estrategias, la estructura psíquica y la red de apoyo, entre otras variables. Durante el duelo, la persona tiende a aislarse para elaborar y aceptar esta pérdida, aunque en ocasiones se produce un efecto justamente contrario: al no poder soportar el dolor emocional, se inicia un funcionamiento de hacer, de estar activo, con la finalidad, muchas veces inconsciente, de no parar y, de esta manera, no contactar con el dolor. En el proceso de duelo, se experimentarán reacciones negativas; internamente, se irá aceptando la pérdida y, finalmente, si todo va bien, se continuará con la vida incorporando el recuerdo de lo perdido. Si este proceso de duelo llamado *normal* no se cierra, aparece el llamado *duelo complejo* o *complicado*, que afectará no sólo a la persona, sino también a su vida familiar, social y laboral. En la

práctica clínica, nos encontramos con mujeres que arrastran, durante años, duelos gestacionales no resueltos (Mota, 2018).

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) describe el *trastorno por duelo complejo persistente*, donde expone como primer criterio que “el individuo ha experimentado la muerte de alguien cercano con quien mantenía una relación cercana”. ¿Cómo se interpreta esto? ¿Quién más cercano que alguien que muere estando dentro del propio cuerpo? Además, el DSM-5 también requiere que hayan pasado más de 12 meses. Pero, como hemos aprendido en nuestra práctica clínica, la intensidad emocional vivida tras una pérdida gestacional es tan alta y el dolor es tan profundo que determina que se detenga un área de la vida de las personas que lo han sufrido.

El duelo gestacional, un duelo desautorizado

Hay duelos que no se pueden pensar, duelos que no se pueden entender y duelos que no se pueden compartir. Son los llamados “duelos desautorizados”. Doka (2009) nos habla de este tipo de duelos de los que no se puede hablar: el duelo por la pérdida de un amante, el de la pérdida por enfermedad de transmisión sexual (el SIDA durante mucho tiempo) y el duelo por la pérdida gestacional.

Históricamente, familiares y profesionales de la salud han evitado afrontar, acompañar y escuchar estos últimos duelos. Bourne (1968) abordó los efectos psicológicos que sucedían en las mujeres cuando fallecía su bebé en el periodo de gestación y nombraba la existencia de un “ángulo ciego” en los profesionales, quienes pasaban por el trance como si nada hubiera ocurrido, sin dar la oportunidad de despedir al hijo fallecido y recurriendo, con una intención protectora, al “no te preocupes, en breve estarás nuevamente embarazada y olvidarás todo esto”, otorgando este suceso como no-ocurrido, para el que la mejor salida era el olvido. Por desgracia, 60 años después y a pesar de la existencia de abundante investigación al respecto, así como de guías de buenas prácticas (Asociación Umamanita y Asociación El Parto es nuestro, 2009), muy necesarias y acertadas, todavía escuchamos a algunos profesionales de la salud recurrir a aquel

discurso pseudoprotector que ubica la pérdida gestacional en una posición de no-suceso.

“Ya ha pasado -me dijeron- y lo mejor es que lo olvides y, en breve, lo volváis a intentar. No es posible que olvide lo sucedido, ya que olvidar me parecería una falta de respeto a mi bebé”, me decía una madre con un sentimiento entre rabia y pena.

Callahan y McCluskey (1983) plantearon que “la pérdida perinatal es distinta a las otras por la reticencia del sistema de apoyo a hablar de ello”. Y, efectivamente, se trata de un duelo diferente, pues comporta una complejidad mayor que requiere un abordaje que no es lineal, sino repleto de numerosas idas y vueltas. Es un duelo de duelos, y es precisamente eso lo que le dota de un carácter diferente.

Calderer et al. (2018) realizaron una revisión bibliográfica de los últimos 10 años sobre las intervenciones empleadas para mejorar la atención a parejas que han perdido un hijo y concluyen, entre otras, que es necesario mejorar la formación y recursos de los profesionales para ofrecer una atención de calidad. En este sentido, Leon (1992) comenta que “los padres nunca olvidan la comprensión, el respeto, el calor genuino que recibieron de los cuidadores, que llega a ser tan duradero e importante como los recuerdos materiales del embarazo perdido y de la corta vida de su bebé”. Y advierte de un aspecto que es importante resaltar: el riesgo de instrumentalización de esas buenas prácticas, necesarias y valiosísimas por otra parte, pero que mal utilizadas, es decir, aplicadas de manera estandarizada, corren el riesgo de no ver la individualidad de cada caso, la estructura psíquica que apuntala a cada miembro de la pareja y los aspectos de su historia familiar previa, elementos que van a determinar que este duelo se realice de una manera u otra. Individualidad, escucha, respeto y formación serán el hilo conductor de todo acompañamiento que, necesariamente, tendrá que estar dotado de una flexibilidad a las idas y vueltas terapéuticas que necesita cada caso.

Acompañamiento terapéutico. Las idas y venidas del proceso

Como la práctica clínica nos enseña, cada

caso es individual y en los casos de duelos gestacionales se ve muy bien. Hay tantos aspectos para tener en cuenta que es esta complejidad la que los hace únicos. En qué condiciones emocionales llegan al embarazo -deseado, peleado, natural, reproducción asistida, etc.-. Qué fantasías, proyecciones, renunciaciones, decisiones han acompañado los primeros tiempos del embarazo. Qué relación de pareja tienen estos futuros padres, de dónde parten y cómo están ahora. Si fue una decisión sola, como futura madre monoparental, por poner unos ejemplos. Una serie de piezas que se irán colocando y recolocando en un puzzle que podemos llamar proceso terapéutico en este duelo gestacional. No obstante, existen dos escenarios terapéuticos con sus características propias.

Carmen llega a la consulta embarazada de nueve semanas y cuenta que hace dos años estuvo embarazada de su primer hijo. “En la ecografía de la semana 12 me dicen que algo no iba bien. Yo me encontraba físicamente mal, tenía náuseas, estaba incómoda y, sobre todo, tenía la intuición de que algo no iba bien”.

Este pensamiento lo he escuchado en muchos casos de pérdida gestacional donde, aparentemente, es un pensamiento irracional que luego se confirma a modo de profecía autocumplida y que recuerda a la explicación freudiana del fenómeno de los sueños premonitores (Freud, 2004).

“En esa visita, me confirmaron que el bebé tenía malformaciones y agenesia del cuerpo calloso. Era un varón. En la semana 15 me hicieron otra ecografía y me informaron de que faltaban algunos órganos. Me derivaron al hospital, donde tardaron una semana más en darme cita. Nos dijeron que el bebé no sería viable una vez naciera y los dos teníamos clara la decisión de interrumpir el embarazo. Eso fue dos días después. Estaba de 17 semanas (cinco semanas después del primer anuncio de que algo no iba bien). Cuando llegó el momento de la interrupción, me pusieron oxitocina, creo, pero nadie me dijo que sería un parto. Fue una experiencia terrible. Cuando nació, yo no lo quería ver, mi marido sí que lo hizo y me animó a despedirme. Tengo que agradecer a la matrona o ginecóloga, no sé, que estaba conmigo, que esperó hasta que estuve preparada para verlo y fue lo mejor que hice, despedirme de él. Era tan pequeño”.

Rota de dolor, va haciendo este relato. Poco a poco intenta reponerse para que le salgan las palabras. Y así empieza el trabajo terapéutico con una mujer que ha perdido a su bebé anterior y que no tiene ninguna ilusión por el bebé que está gestando. Dos años después, continúa como si todo lo que cuenta hubiese pasado hace una semana, con una intensidad emocional intacta, sin elaborar, anclada en lo que pasó, sin poder incorporar lo que está pasando, su nuevo embarazo. Cuando el trabajo psicoterapéutico comienza una vez ya iniciada una siguiente gestación, requiere de un trabajo en paralelo, de despedida del bebé perdido y de creación de un espacio nuevo, diferenciado, para este nuevo bebé, no solo físico sino psíquico.

En otras ocasiones, el tratamiento se inicia cuando la mujer ha perdido a su bebé y todavía no se ha quedado embarazada nuevamente. Alicia acude a la consulta 10 días después de interrumpir su embarazo. Ella, junto con su compañero, también tomaron la decisión de no seguir adelante ante el anuncio de la cromosomopatía grave que portaba el bebé. Ella tampoco sabía que pariría a su bebé y también tuvo que esperar tres semanas de pruebas antes de que se produjera la interrupción. “¿Nos hemos equivocado?”, decía, “¿Y si finalmente había un error y no tenía esa enfermedad? ¡Fue tan duro!”. En estos casos, podemos abordar el duelo de la pérdida: elaborar que el bebé ya no está y reelaborar la construcción psíquica hecha hasta el momento. Un duelo exclusivo por y para el bebé que ya no está.

Matos (2019), en su artículo, cita el trabajo *La cuna vacía* de Soubieud (2010), donde habla de la pérdida durante la gestación como un seísmo en la familia y, en el caso concreto de la mujer, cita: “el bebé que muere no permite a la futura madre el acceso a la representación psíquica de lo femenino materno. La mujer se transformó en el cuerpo de madre, pero el bebé de la parte de fuera que debería llenar el vacío dejado por el bebé de la parte de dentro desapareció.”

Aspectos del tratamiento que van a circular de forma común

Los primeros encuentros son fundamentales para que la mujer se sienta cómoda. Si lo desea,

puede venir acompañada de su pareja y, a mi modo de entender el trabajo, esa flexibilidad será uno de los elementos articuladores del tratamiento. La voz es para ella, ya que la experiencia traumática de dar a luz un bebé muerto es única, pero no podemos olvidar que la pareja, en caso de tenerla, también iba a tener un hijo, aunque no lo estuviera gestando y, por tanto, el dolor también necesita ser reconocido y compartido en la sesión. Pondremos en común la vivencia subjetiva de cada parte y, en el relato, valoraremos cómo se va dando el proceso individual de duelo. Un trabajo de la pareja en paralelo y en común a la vez, con ritmos y vivencias individuales, aunque compartan espacio terapéutico. Esta flexibilidad de la que hablaba antes es la que va a permitir que la mujer pueda tener, si así lo desea, un proceso terapéutico individual, aunque a lo largo del trabajo pueda compartirlo en diferentes sesiones con la pareja.

Con un “cuéntame, contadme” iniciamos el proceso terapéutico. El relato va a variar: en unas ocasiones empezarán con la descripción pormenorizada del momento del aborto, en otras entrarán a relatar el conjunto de fantasías maternas que giraban alrededor de ese embarazo y, en algunos otros casos, el “no sé cómo me encuentro” formará parte de las primeras sesiones. Todos son válidos, no hay prisa... ni juicio. Cada mujer se irá adentrando en el dolor a su manera y ritmo, cómo esté preparada y, en la medida en que se sienta acompañada, se atreverá a penetrar en su interior.

En muchas de ellas circula la fantasía de si es posible que hayan enloquecido. No se reconocen y la sintomatología que presentan les desborda. Sin pretender ser exhaustiva ni generalizar síntomas, algunos de los que recoge Moscarello (1989) nos serán de utilidad para iniciar el trabajo. Así, en la mayoría de los casos, aparece un porcentaje significativo de síntomas físicos, como vacío en el estómago, opresión en el pecho y garganta, dificultad para respirar, debilidad, fatiga, sudoración; sentimientos como shock, culpa, vacío, rabia, ansiedad, tristeza, reproche, confusión, soledad; pensamientos como reexperimentación del trauma con ideas intensivas y fantasías sobre el feto, oscilaciones en el nivel de conciencia, dificultades de concentración y para la toma de decisiones; y síntomas

conductuales como dificultad para dormir, pesadillas, aislamiento social, uso y abuso de sustancias, funcionamiento social y laboral limitado.

“Siempre quise ser mamá. ¿Sabes la ilusión que tenía? Fue como sentirme plena, mi barriga iba creciendo y, con ella, mis ganas de ver a mi bebé. Ahora no puedo dormir y, cuando lo consigo, me despierto sobresaltada, la cabeza se me acelera y me entra una presión en el pecho que me asusta. ¿Por qué me ha pasado esto?”.

Quando el duelo gestacional interrumpe el duelo de la parentalidad

Con el anuncio de la futura llegada de un bebé, se pone en marcha en los futuros padres unos cambios no solo físicos, sino también psicológicos. Durante el tiempo de embarazo, tales cambios psíquicos, necesarios, continuarán para que, cuando llegue el bebé, los nuevos padres estén preparados. ¿Preparados para qué? Para la difícil tarea de criar: renuncias de “su vida anterior” donde ocupaban un lugar más parecido a la adolescencia; afrontamiento de las dudas, los miedos y la preocupación acerca de cómo ser buenos padres “sin libro de instrucciones”; reajuste en la organización de la logística familiar; y, lo más importante, aceptación de que ya nunca más serán sólo hijos, pues ahora hay alguien en su línea generacional: aparece su descendencia. Ya no volverán a existir como lo que fueron, ya que ahora serán también padres. A esta crisis, que supone la emergencia de la parentalidad, Manzano, Palacio-Espasa y Zilkha (1999) le llamaron *duelo del desarrollo*. Este duelo de la parentalidad conllevaría, parafraseando a Blos (1967, 2018) a propósito de Mahler (1990), un tercer proceso de *separación-individuación* (Dualde Beltrán, 2022).

La pérdida del bebé durante la gestación interrumpe de manera drástica este proceso. Este duelo del desarrollo que se hace cargado de ilusión se detiene para iniciar otro duelo cargado de dolor. Son los momentos de shock, de despersonalización, de incredulidad de lo que está sucediendo.

“En ese momento no era yo, parecía un robot, mi cuerpo no me pertenecía. Y luego viene el parto y sé que ya no hay vuelta atrás, mi bebé se va y, con él, mi maternidad. Yo no quería verla, no

recuerdo qué sentí, pero no quería verla... Supongo que tenía miedo de no poder soportar más sufrimiento, pero le vi, me despedí de ella y pensé que la había dejado marchar. Pero no es así, todavía soy la mamá de esa niña que no llegó a nacer. Estuvo peleando por la vida hasta el final, pero desde el inicio del embarazo las cosas no fueron bien y yo no pude hacerlo mejor.”.

Parte del proceso de duelo va a circular en este doble movimiento: iniciaron el trabajo para ser padres y ahora hay que desandar el camino.

Una pérdida en la gestación no solo interrumpe el nacimiento de un bebé sino también el nacimiento de unos nuevos padres. El proceso de embarazo produce unos cambios emocionales no solo en el cuerpo de la mujer sino en la psique de los futuros papás. La mujer va percibiendo poco a poco una sensibilidad que le deja más expuesta a lo emocional. Caprichosa, irritable, exigente, temerosa, infantil, popularmente se dice que está más antojadiza. La mujer, si todo va bien, hace una apertura emocional mediante la cual adquiere una alta sensibilidad que, con sus defensas psíquicas más atenuadas, le va a permitir vincularse y entender a su futuro bebé. Es lo que Bydlowski (2007) denominó “transparencia psíquica”. Dicha transparencia contribuye, además, a que la embarazada pueda pasar mucho tiempo fantaseando con el niño que va a nacer y recordando su propia niñez (Becerra Gordo, 2020).

Todo ese proceso de desarrollo emocional queda, por tanto, interrumpido en una fase en que la mujer está abierta, vulnerable y sensible, en una fase más regresiva, que le hubiera permitido en un futuro conectar emocionalmente con su bebé. Su aparato psíquico, que estaba trabajando para leer a su bebé cuando hubiera nacido, queda a merced de una intensidad emocional que la invade. Esta es una de las razones por la que nos encontramos mujeres que, tras la pérdida, están infantilizadas, muy necesitadas de sus madres, dejando de lado a sus parejas y centradas en ser cuidadas por ellas. Una de mis pacientes me pidió que viniera a consulta su madre. Al preguntarle por qué no prefería venir con su pareja me dijo que “ella la necesitaba y quería que supiera por lo que estaba pasando y que él estaba mejor trabajando”.

Una vez más, vemos cómo esta flexibilidad en

el abordaje nos facilita el acceso a una riqueza de contenidos psíquicos que, con encuadres rígidos y sobredeterminados, nos perderíamos y no tendríamos ocasión de trabajar.

En la siguiente visita, esta paciente llega con su madre, quien me comenta, preocupada, que no reconoce a su hija: “Parece una niña pequeña pegada a mi falda, necesita que le acompañe a todo. Entiendo que ha perdido a su bebé, y entiendo su tristeza, pero ¿y esto? Le digo que es adulta y me preocupa su dependencia. Nunca ha sido así”.

He visto esta dependencia más de una vez, y se trata de otra de las funciones de esta apertura emocional: a parte del futuro encuentro con su bebé, permite a la mujer reencontrarse con la propia infancia y recolocarse con la propia madre ahora como futura nueva madre de su criatura, ocupando así un lugar definitivamente adulto donde la línea generacional continúa después de ella. Pero en la medida en que este proceso -la resignificación de su infancia y la relación con su propia madre- también queda interrumpido en una primera fase, parte del trabajo de duelo será acompañar en la elaboración de que este proceso, por el momento, no va a tener lugar y, por tanto, habrá que ayudarle a salir de esta posición infantil, en caso de que se haya quedado instalada, para recuperar su lugar de adulta y de pareja.

Duelos que se abren y duelos que se cierran. La importancia de las fechas

Se dice que un duelo necesita un año para empezar a cerrarse: un año donde la persona que se ha ido no celebrará su siguiente cumpleaños, no pasará las navidades entre nosotros y las vacaciones de verano tendrán que ser sin ella. Las fechas son un elemento simbólico que nos permite encontrar una estructura en una relación. Cuántas parejas celebran el aniversario de cuando se conocieron.

En el proceso terapéutico de una pérdida gestacional, las fechas van a ocupar un lugar relevante: la fecha del aborto, sin importar que este haya sido espontáneo o programado; las fechas de los anuncios previos; la fecha prevista del parto que nunca llegó. Con cada rememoración de lo que aconteció estaremos más

cerca de dejar ir al bebé.

“Hoy hace un año que perdí a mi hijo, tal día como hoy me inducían el parto y... ya está, se fue. Estas dos semanas he estado muy triste. En mi cabeza llegaban recuerdos de nuestra decisión, de la última ecografía en que le vi... se movía, ¿sabes? Lo intentó hasta el último momento, pero no pudo ser, su corazón se paró. Te agradezco que hoy hablemos de él, es nuestro pequeño homenaje.”

Hay parejas que guardan sus escasos recuerdos, otras hacen pequeños altares, algunas otras buscan un lugar bonito donde enterrar todo aquello que formó parte de su corta vida y, de esta manera, tener un lugar al que visitar. Son muchas las diferentes fórmulas para iniciar la despedida, que no el olvido. Nuestro objetivo no es olvidar sino incorporar dentro de sí su existencia como recuerdo para ser evocado cuando se necesite, pero dejando ir el dolor y, sobre todo, permitirse que la vida siga. Tal y como Fraiberg reflexiona en su artículo *Ghost in the Nursery* (Fraiberg et al., 1975), situaciones duras o traumáticas vividas por los padres podrán influir en las relaciones con los hijos. Por tanto, estamos en una situación de alto riesgo emocional para futuras gestaciones y, como sabemos, incorporar al fallecido no es tarea fácil. Conservamos esa pulsera que pertenecía a nuestra madre, ese jersey de la pareja fallecida, o esas cenizas que en su urna ocupan un lugar privilegiado en la casa. Sabemos cuánto cuesta dejar estos objetos, ya que su presencia nos recuerda que nuestro ser querido ya no está. También sabemos cuánto trabajo se requiere para no necesitar dichos objetos y que la persona que ya no está forme parte de nuestro recuerdo y no de nuestro dolor. Cuando esto no se consigue, corremos el riesgo de que la pena colme nuestra existencia. Este proceso también podemos verlo en estos duelos, aferrándose a objetos que formaban parte de la existencia del bebé - “¿Y si lo olvido?” -. Qué difícil es encontrar el equilibrio entre dejarlo marchar y no olvidar.

A partir de recorrer las fechas significativas, soltamos un poco más de lastre de ese duelo que se reactivará en la siguiente gestación. Hay fases de este duelo que sólo podrán ser trabajadas entonces. No se puede transitar un dolor que sólo aparecerá cuando se espera un nuevo

bebé, un bebé que quizás no habría existido de no haber fallecido el anterior. Un nuevo bebé que representa que el bebé anterior ya no está. Un difícil inicio para esta nueva gestación.

Revisitando la sexualidad. ¿Cómo puede entrar placer si de ahí salió muerte?

El momento de retomar la sexualidad y, más concretamente, la relación genital se suele postergar. Son muchas las causas: falta de deseo, dolor físico, apatía, culpa por volver a sentir placer como si fuera una falta de respeto, no guardar el luto, o no “estar para eso”.

Sin intención de generalizar, me he encontrado con numerosas mujeres para quienes el primer encuentro sexual tras la pérdida ha terminado con un llanto profundo, inconsolable. Una mezcla de placer y dolor. Si la mujer tiene un espacio terapéutico con suficiente confianza lo podrá compartir, lo que, a su vez, le permitirá abordar la dificultad de restablecer el valor y la función de una zona, la genital, tan significada y, al mismo tiempo, tan traumatizada. Una zona que casi es mejor olvidar.

“Fuimos despacio, estaba totalmente cerrada y con reservas, pero finalmente pudimos tener un encuentro sexual. No fue bien del todo, pero pude empezar a reencontrarme con mi cuerpo. Después lloré con tristeza, un llanto inconsolable. Él me preguntaba que qué podía hacer y yo le dije: estar ahí”.

Reencontrarse sexualmente también forma parte del proceso de duelo. Podemos hipotetizar que algunas de las dificultades sexuales posteriores que pueden aparecer en la pareja puedan tener un origen en duelos gestacionales no resueltos. Es importante poner especial atención a la existencia de abortos en la historia personal, aunque estos hayan ocurrido años atrás. Si abordamos este aspecto como parte del duelo gestacional, si le cedemos un espacio para hablar, podremos ayudar a que no se cierre el deseo y el placer. En ocasiones, como he comentado antes, las dificultades van a persistir, dejando las próximas relaciones sexuales sólo para nuevas gestaciones. La pareja, expuesta al riesgo de no poder reencontrarse, queda sólo como pareja de padres en caso de que venga un nuevo bebé.

Un espacio propio para un nuevo bebé. Riesgo psíquico en la siguiente gestación

El anuncio social del nuevo embarazo suele ser tardío. Los futuros padres de nuevo tuvieron que anunciar que su bebé ya no estaba apenas poco tiempo después de anunciar con alegría que esperaban un hijo. Por eso, en la siguiente gestación, este nuevo bebé no va a ser anunciado con la ilusión deseada, ya que una sombra de miedo va a acompañar todo el proceso. Vamos a convivir con esto todo el embarazo y es algo que, como terapeutas, tenemos que aceptar. Aprender a respetar esos tiempos y entender que quizás la ilusión plena no se va a dar en este nuevo embarazo es un trabajo que tenemos que hacer los propios terapeutas. Parte de este consistirá en estar muy atentos a cómo van apareciendo las nuevas fantasías fetales y las representaciones maternas propias de este embarazo (Grimalt y Heresi, 2012), aunque, como digo, no podemos olvidar que este nuevo embarazo será de alto riesgo emocional. Es, sobre todo, al inicio de este cuando podrán aparecer más fantasías de muerte, pensamientos, sueños y miedo a que este bebé también muera o a no poderlo cuidar.

“Soñé que me dejaban un bebé y, cuando me di cuenta, no respiraba. La angustia me hizo despertar. ¿No voy a ser capaz de cuidar de mi bebé?”. “Mi bebé nacía sin cabeza, lo tenía en mis brazos y oía su llanto, pero no tenía cabeza.”. “Me desangraba, pasaban por mi lado y nadie me ayudaba y, poco a poco, moría.”.

El bebé fallecido suele ocupar todo el espacio terapéutico en el inicio del siguiente embarazo. Como terapeutas, podemos alarmarnos del poco espacio mental que tiene el nuevo bebé en la mente de la madre, pero sólo podremos pensar en este nuevo bebé si hemos dejado ir al fallecido. En numerosas ocasiones, el trabajo va en paralelo. Conforme se va trabajando este duelo, se va haciendo sitio a este nuevo bebé, pero cada ecografía, cada visita médica, cada prueba, cada semana que avance este nuevo embarazo va a caminar en paralelo con las semanas en que sí se estuvo embarazada con anterioridad. Se podrán comparar los embarazos, o reactivar la pena cuando la visita médica confirma que todo va bien. Paradójico, pero real.

Hasta llegar a la que coincide con la semana de gestación donde se perdió al anterior bebé. Es a partir de entonces cuando el nuevo bebé camina solo, sin recuerdos, con fechas propias, con ecografías propias y es a partir de ahí donde la futura madre empieza a ilusionarse, con miedo, pero con mayor capacidad de ver a este bebé como diferente, con entidad propia y, en la mayoría de los casos, puede empezar a pensar un nombre para él. Un nuevo nombre. No es un bebé de remplazo, es un bebé con una identidad propia y debemos ayudar a que esto suceda. Si todo va bien, el dolor se irá marchando para dejar entrar la ilusión; el miedo dejará paso a la esperanza, pero la sombra de que algo pueda ir mal, aunque de manera tenue, no llegará a desaparecer del todo.

El proceso de duelo en una pérdida gestacional no concluye aquí. Cuando todo parece que ha pasado, llega el del nacimiento. Y este nuevo bebé, por fin, da el lugar de padres a esta pareja. Sabemos que para las parejas que ya son padres de un hijo fallecido, este no desaparece en la línea de hijos y, en caso de primeros, la siguiente gestación será su segundo hijo. Pero en el momento de tener en brazos a este nuevo hijo y, sobre todo, en los días posteriores al parto, muchas de las mujeres colapsan: este bebé es la prueba clara de que el otro bebé no existe. Este bebé representa que, aunque sintió que ya era madre, no amamantó como ahora, no meció ni tuvo la ocasión de oírlo entre sus brazos, y entonces se reactiva de nuevo el duelo. Idas y venidas que sólo se podrán transitar en este momento concreto y no antes. Tendremos que estar atentos a cómo se siente esta madre, qué necesita y, sobre todo, permitirle que pueda integrar que aquel bebé que perdió ya no estará con ella, y que este nuevo bebé es el hijo al que cuidar y el que va a formar parte de su nueva biografía familiar.

Carmen llega a la consulta una semana después de haber nacido su bebé. Hemos trabajado un duelo intenso para darle a este bebé un lugar propio, pero Carmen está desenchajada.

“Estoy fatal, tengo miedo de no reconocer a mi hijo. Lo miro y tengo miedo de ver al otro, de confundir su nombre. Estoy en una montaña rusa. ¿Cuándo va a terminar esto?”.

Con la llegada del bebé se inicia la última fase

de la despedida: la de ilusionarse con este nuevo bebé sin la culpa por el que no llegó a nacer. Formará parte del recuerdo sin ocupar el espacio creado para el siguiente hijo. Veo recomendable acompañar a estos nuevos bebés un poco más en este proceso terapéutico y velar por que su desarrollo tenga lugar de manera saludable. No podemos olvidar que los bebés nacidos tras duelos perinatales están expuestos a un riesgo mayor de presentar sintomatología desde el inicio de la vida y, si no se resuelve a tiempo, serán susceptibles de presentar diversos grados de desajuste en su desarrollo futuro (Becerra Gordo, 2018; Dualde Beltrán, 2018; Dualde Beltrán y Becerra Gordo, 2018; Nanzer et al., 2017).

Conclusiones

Es necesario un acompañamiento tras una pérdida gestacional. A pesar del esfuerzo de numerosos profesionales de la salud por dar visibilidad al duelo perinatal, no es suficiente para dar voz al sufrimiento de estas familias. Las repercusiones que su no elaboración conlleva a corto plazo, con una sintomatología propia, como a largo plazo, con posible afectación a la salud mental de la mujer y su familia así como en futuras gestaciones, parece que todavía no ha llegado a generar una conciencia profesional y social. Mientras algunas tienen conciencia de ello, todavía son muchas las mujeres y sus parejas que, tras una pérdida, no son acompañadas e informadas de que pueden iniciar un proceso terapéutico en caso de necesitarlo. En ocasiones, son los propios profesionales de la salud quienes desconocen la trascendencia del proceso y refieren una falta de formación.

El duelo perinatal no es un proceso lineal, de forma que el profesional que acompaña debe ser flexible en su encuadre. Dicha flexibilidad no significa una falta de modelo, sino la posibilidad de adaptarlo a las necesidades que van surgiendo en los progenitores a lo largo de este. Parte de esa flexibilidad permitirá que la mujer pueda tener, si así lo desea, un proceso terapéutico individual, aunque a lo largo del trabajo pueda compartirlo en diferentes sesiones con la pareja.

El embarazo que tiene lugar tras una pérdida gestacional será de alto riesgo emocional, ya que hay una alta probabilidad de que se reactive

todo el proceso de pérdida. Encontramos parejas que inician el trabajo nada más perder a su bebé. Esta prontitud ayuda a prevenir el establecimiento de sintomatología asociada a este tipo de pérdidas. En otras ocasiones, el tratamiento tiene lugar una vez iniciada una siguiente gestación y el motivo de consulta es la falta de ilusión o los episodios de ansiedad (Nanzer, 2016). En tales casos, podemos ver cómo el duelo por la pérdida anterior no ha sido elaborado, ha quedado intacto. Realizar una escucha consciente de la historia pasada puede contribuir a detectar parte del origen y elaborar la sintomatología asociada a esa gestación. Otras mujeres, sin embargo, no llegarán a saber que necesitan ayuda y podrán disociar su sentimiento para volver rápidamente a la normalidad como defensa ante el dolor.

El trabajo psicoterapéutico que comienza una vez iniciada una siguiente gestación requiere, además, de un trabajo en paralelo de despedida del bebé perdido y de creación de un espacio nuevo, diferenciado, para este nuevo bebé, no sólo físico sino psíquico.

Parte de este trabajo de duelo gestacional tendrá que ver, además, con la interrupción del duelo propio de la parentalidad. El no nacimiento del bebé interrumpe de manera drástica también el nacimiento de los nuevos padres, por lo que una parte de nuestro trabajo circulará en paralelo con un duelo por la no parentalidad, así como por la no gestación.

Por último, hay que señalar que la sexualidad será otro de los aspectos a trabajar en muchos de los casos, ya que el cuerpo de la mujer queda resignificado, en ocasiones negativamente, tras la experiencia traumática.

Agradecimientos

A Norka Malberg, por darme el último impulso para enfrentarme al reto de escribir sobre algo tan complejo.

Al grupo de supervisión de Valencia, con quienes compartí, en una de nuestras citas mensuales, uno de los casos que me ha ayudado a pensar en este artículo.

Al Dr. Fernando Dualde, por sus aportaciones y correcciones, que han conseguido dar forma al texto definitivo.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ª edición)*. APA.
- Asociación Umamanita y Asociación El Parto es nuestro. (2009). *Guía Para La Atención a La Muerte Perinatal y Neonatal*.
- Becerra Gordo, M. (2018). Mecanismos autorregulatorios en el bebé y sus interacciones tempranas. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 65(1), 105-109. Recuperado de: <https://www.sepyrna.com/revista-sepyrna/articulos/mecanismos-autorregulatorios-bebe-interacciones-tempranas/>
- Becerra Gordo, M. (2020). Del embarazo a los 18 meses. Cuatro momentos claves en el desarrollo emocional del bebé. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 37, 25-34. Recuperado de: <https://www.fundacioorienta.com/es/producto/del-embarazo-a-los-18-meses-cuatro-momentos-clave-en-el-desarrollo-emocional-del-bebe/>
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 22(1), 162-186. <https://doi.org/10.1080/00797308.1967.11822595>
- Bourne, S. (1968). The psychological effects of stillbirths on women and their doctors. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 16(2), 103-112. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2236635/>
- Bydlowski, M. (2007). *La deuda de vida. Itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Biblioteca Nueva.
- Calderer, A., Obregón, N., Cobo, J. V. y Goberna, J. (2018). Muerte perinatal: Acompañamiento a mujeres y parejas *Matronas Prof*, 19(3), 41-47. Recuperado de: https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/10/RevBiblio_Muerte-perinatal.pdf
- Callahan, E. J. y McCluskey, K. A. (1983). *Life-span developmental psychology. Nonnormative life events*. Elsevier.
- Cassidy, P. R. (2021). *Estadísticas de mortalidad intrauterina, perinatal e infantil en España 1996-2020*. [en línea]. Recuperado de: <https://www.umamanita.es/estadisticas-de-mortalidad-perinatal-e-infantil-en-espana/>
- Cassidy, P. R. (2021). The Disenfranchisement of perinatal grief: How silence, silencing and selfcensorship complicate bereavement (a mixed methods study). *Omega - Journal of Death and Dying*, 0(0).
- Doka, K. J. (2009). Disenfranchised grief. *Bereavement Care*, 18(3), 37-39. <https://doi.org/10.1080/02682629908657467>
- Dualde Beltrán, F. y Becerra Gordo, M. (2018). *Una mirada diferente al niño en pediatría. Desarrollo y psicopatología*. Sociedad Valenciana de Pediatría.
- Dualde Beltrán, F. (2018). El niño que sufre emocionalmente. El aumento de la psicopatología en la infancia del siglo XXI. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 32, 43-55. Recuperado de: <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/12/Dualde-F-32.pdf>
- Dualde Beltrán, F. (2022). *Comunicación personal*. Valencia.
- Fraiberg, S., Adelson, E. y Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 387-421.
- Freud, S. (2004). *La interpretación de los sueños (primera parte) (1900)*. Obras Completas, volumen IV. Amorrortu editores.
- Golse, B. y Stern, D. (1998). Psicopatología en la Perinatalidad. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 26, 39-58. Recuperado de: <https://www.sepyrna.com/documentos/articulos/golse-psicopatologia-perinatalidad.pdf>
- Grimalt, O. L. y Heresi, M. E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(3), 239-246. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062012000300005>
- Leon, I. G. (1992). Perinatal loss: A critique of current hospital practices. *Clinical Pediatrics*, 31(6), 366-374.
- Mahler, M. S. (1979). *The selected papers of Margaret S. Mahler. Volume two. Separation-individuation*. Jason Aronson.
- Manzano, J., Palacio-Espasa, F. y Zilkha, N. (1999). *Los escenarios narcisistas de la*

personalidad. SEPYPNA

Matos, M. (2019). El nacimiento de la madre en el contexto de la perinatalidad. *Clínica e Investigación Relacional*, 13(1), 65-85.

<https://doi.org/10.21110/19882939.2019.130105>

Moscarello, R. (1989). Perinatal bereavement support service: three-year review. *Journal of Palliative Care*, 5(4), 12-18.

Mota, C. (2018). Morir antes de nacer: Una revisión del duelo perinatal. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 23(1), 37-44.

Nanzer, N. (2016). *La depresión postparto*.

Ediciones Octaedro.

Nanzer, N., Knauer, D., Palacio Espasa, F., Qayoom-boulvain, Z., Hentsch, F., Clinton, P., ... Scouezec, I. L. E. (2017). *Manual de psicoterapia centrada en la parentalidad*. Ediciones Octaedro.

Soubieux, M. J. (2010). *Le deuil périnatal*. Fabert.

The World Bank. (2022). *Mortality rate, neonatal (per 1,000 live births)*.

WHO (2019). *International classification of diseases, eleventh revision (ICD-11). Reference guide*.

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

Monográfico sobre perinatalidad

Es para nosotros motivo de orgullo anunciar que estamos preparando un número monográfico extraordinario sobre perinatalidad, que está previsto que vea la luz esta primavera. Debido a la creciente sensibilidad social y científica sobre los primeros cuidados del bebé y de la vida intrauterina, pensamos que era necesario poder dedicar nuestros esfuerzos a contribuir al conocimiento sobre los procesos perinatales, por lo que estamos convencidos de que será una publicación importante y necesaria.

El monográfico ha sido coordinado por la Dra. Marta Gomà, desde Barcelona, y la Sra. Hilda Botero, desde Colombia. Ambas son psicólogas referentes en el estudio y el cuidado de la perinatalidad tanto en la red pública como en la privada. Desde hace años, tenemos la suerte de contar con ellas como colaboradoras regulares de la Revista.

De entre los trabajos que publicaremos en este monográfico, podemos avanzar que contaremos con los de Vivette Glover, Catedrática de Psicobiología Perinatal del Colegio Imperial de Londres; Nathalie Nanzer, psiquiatra infantil y psicoanalista del Hospital Universitario de Ginebra; Mariângela Mendes de Almeida, de la red pública de salud mental de São Paulo; Graciela Ball, referente del método Bick de observación de bebés en Argentina; entre otros profesionales expertos en el tema.

XX Aniversario de la Revista: 6 de octubre de 2023

El próximo 6 de octubre de 2023, a partir de las 16:00 (hora española), tendrá lugar la celebración del XX aniversario de la Revista. Este acto se realizará tanto en directo, en la *Sala Auditori de la Blanquerna, Facultat de Comunicació* (Carrer Valldonzella, 12, Barcelona) como en *streaming*. Contará con la colaboración de prestigiosos profesionales internacionales, que discutirán en torno a tres ejes: la infancia, la adolescencia y el papel de las publicaciones. Habrá actuaciones musicales en directo y aprovecharemos para celebrar la entrega del X Premio de Investigación, cuyas bases se pueden consultar en este número. Muy pronto podrán consultar el programa definitivo.

Además, queremos dar a conocer aquellas iniciativas y experiencias que, desde cualquier ámbito de actuación (asistencial, preventivo, servicios sociales, justicia juvenil, inmigración, familia, etc.) y lugar, se están llevado a cabo en este momento. Además de divulgarlas en *streaming* el próximo 6 de octubre, también se publicarán periódicamente en una nueva sección de la revista.

Si están interesados en participar en esta convocatoria, necesitamos que antes del 30 de junio de 2023, nos retornen el siguiente el formulario debidamente cumplimentado:

<https://forms.office.com/e/QEf2XNj2zM>

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)

Charo Alonso (Sevilla)

Marina Altmann (Uruguay)

Delza María S. F. Araujo (Brasil)

Alejandro Ávila-Espada (Salamanca)

Josep Ballester (Barcelona)

Valentín Barenblit (Barcelona)

Jaume Baró (Lleida)

Lluís Barraquer Bordas (Barcelona)

Hilda Botero C (Colombia)

Teresa Brouard Aldamiz (Bilbao)

María Jesús Buxó (Barcelona)

Maria Jose Cordeiro (Portugal)

Júlia Corominas (Barcelona)

Bettina Cuevas (Paraguay)

Fernando Delgado Bermúdez (Sevilla)

M^a Dolores Domínguez (S. de Compostela)

Robert N. Emde (USA)

Leticia Escario (Barcelona)

Consuelo Escudero (Madrid)

María Edelmira Estrada (Argentina)

Anna Fornós (Barcelona)

Cayetano García-Castrillón (Sevilla)

Pablo García Túnez (Granada)

José García Ibáñez (Reus)

María Dolores Hierro (Tarragona)

Guillem Homet (Premià de Dalt)

Joaquín Ingelmo (Badajoz)

Ana Jiménez Pascual (Alcázar de San Juan)

Paulina F. Kernberg (USA)

Lluís Lalucat (Barcelona)

José María López Sánchez (Granada)

Montserrat Martínez (Barcelona)

Maite Miró (Barcelona)

Josep Moya (Sabadell)

Eulàlia Navarro (Sant Boi de Llobregat)

Montserrat Palau (Sant Boi del Llobregat)

Fàtima Pegenaute (Barcelona)

Fernando Pêgo (Portugal)

Alberto Péndola (Perú)

Esperanza Pérez de Plá (México)

Roser Pérez Simó (Barcelona)

Carles Pérez Testor (Barcelona)

María Angeles Quiroga (Madrid)

Ignasi Riera (Barcelona)

Giancarlo Rigon (Italia)

Jaume Sabrià (Sant Vicenç dels Horts)

Manuel Salamero (Barcelona)

Paloma San Román Villalón (Albacete)

Elena Toranzo (Argentina)

Josep Toro (Barcelona)

Marta Trepas (Lleida)

Maren Ulriksen de Viñar (Uruguay)

Mercedes Valcarce Avello (Madrid)

Mercedes Valle Trapero (Madrid)

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*) N°
☐ Ejemplar individual papel: 18 euros (Otros Países) N°
☐ Ejemplar individual **on line**: 10 euros N°
☐ Artículo individual **on line**: 5 euros Título y autor:

Nombre y Apellidos:.....

Dirección:..... núm..... piso.....

Población:..... Cód. postal:..... Provincia:..... País:.....

Tel:..... Fax:..... e-mail:.....

Forma de pago:

- [illegible]

Firma:

Ruego tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por Fundació Orienta

*Para América Latina, la Fundació Orienta colabora subvencionando los gastos de envío de la revista.

En Junio 2023, presentaremos

MONOGRÁFICO NÚMERO 6: SALUD MENTAL PERINATAL

Coordinado por Marta Gomà (Barcelona) e Hilda Botero (Colombia)

Y en el próximo número...

La Intencionalidad de los niños como Origen del Significado Compartido
L. Busquets, J. Delafield-Butt, M. Mestres, J. Miralbell y A. Morral (Barcelona)

Expectativas de salud y satisfacción de los usuarios en los servicios de
Neuropsiquiatría del Niño y del Adolescente
*Aldo Diavoletto, Franca Bottiglieri, Marianna Sessa y Anna Tortorella
(Salerno, Italia)*

Programas de hospital de día para niños y adolescentes con trastornos
de la conducta alimentaria
*Federico Cardelle-Pérez (Cartegena) y María Dolores Domínguez-Santos
(Santiago de Compostela)*

Mantener al niño en la mente de los padres:
tratamiento basado en mentalización en familias centrado en el niño
Tuulikki Trias (Barcelona)

NÚMERO 41 - ABRIL 2023

Consecuencias de la explotación de los niños y niñas mediante su uso como soldados
Noemí Pereda

Consecuencias psicológicas de la exposición a zonas de conflicto en niños, niñas y adolescentes
Alba Águila-Otero y Laura Andreu

**Organizaciones límite en la infancia. Estudio de caso desde la
psicoterapia focalizada en la transferencia**
Xavier Costa

**Abordaje psicoterapéutico familiar sobre las funciones parentales en un caso de
trastorno de la conducta alimentaria**
Sandra Silvia Borro Ruloff, Alfons Icart i Pujol e Israel Antonio Bobadilla González

Cultura de la depresión: la transformación psicocultural del imaginario adolescente
Ricardo Fandiño Pascual y Oriol Rosell Costa

Psicoterapia, arte y reparación en una unidad hospitalaria de trastornos de la conducta alimentaria
Marta Aguasca Oliveras y Raquel Vidal Arandes

El doble desafío de la adolescencia migrante
Beatriz Rodríguez Fernández y Eva Gil Rodríguez

**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

Abuso sexual infantil y su retorno en la adultez: reflexiones desde un caso clínico
María Paula Moretti y Alejandra Taborda

Pérdida gestacional y el proceso de su duelo. Lo que comparten las mujeres y sus parejas
Mercedes Becerra Gordo