

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

Noviembre 2024 • N° 44



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

Por una investigación sostenible en salud mental

Xavier Costa	Jefe de Redacción
Núria Planas y Aina Trepas	Secretaría
María José Muñoz	Maquetación
Irene Pascual	Técnica de comunicación
Míriam Berrio	Administración y Contabilidad

Traducción (l^{inglés}, f^{rancés}, i^{taliano}, p^{ortugués}, c^{atalán}):
Montserrat Balcells^{IT}, 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: Scheherezade Surià^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: Gráficas HERCU

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.

Como norma general, el estilo de la Revista procura que haya simetría en los tratamientos de hombres y mujeres y que los términos que se utilizan incluyan ambos géneros. No obstante, tal y como recomienda la Real Academia Española, la actual tendencia al desdoblamiento indiscriminado del sustantivo en su forma masculina y femenina va contra el principio de economía del lenguaje y se funda en razones extralingüísticas. Por tanto, el estilo de la Revista evita estas repeticiones, que generan dificultades sintácticas y de concordancia, y complican innecesariamente la redacción y lectura de los textos. El uso genérico del masculino, por tanto, se basa en su condición de término no marcado en la oposición masculino/femenino. La mención explícita del femenino solo se justifica cuando la oposición de sexos es relevante en el contexto.

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 (SEP-IPA), Psicoterapeuta de niños, adolescentes y familias. Presidente del Patronato de la Fundació Orienta.*

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.*

Marina Mestres *Psicóloga y fisioterapeuta. Coordinadora del Centre de Recerca i Formació Carrilet (Barcelona), Fundadora de Espai Essen. Lleida.*

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

Juan Pablo Rozén *Médico psiquiatra especialista en psiquiatría infanto-juvenil. Fundació Orienta. Barcelona.*

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

CONSEJO ASESOR Y LECTOR

Eulàlia Anglada (Barcelona)

Fernando Araos (Chile)

Eulàlia Arias-Pujol (Barcelona)

Jordi Artigue (Barcelona)

Graciela Ball (Argentina)

Hilda Botero (Colombia)

Lourdes Busquets (Barcelona)

Natalia Calvo Piñero (Barcelona)

Elena Castro (Chile)

Meritxell Centeno (Barcelona)

Elisabeth Cimenti (Brasil)

Marc Dangerfield (Barcelona)

Sergi de Diego (Barcelona)

M^a Dolores Domínguez (Santiago)

Fernando Dualde (Valencia)

Ricardo Fandiño (Ourense)

Laia Ferrer (Barcelona)

Marc Ferrer (Barcelona)

Jordi Freixas Dargallo (Barcelona)

Marta Gomà (Barcelona)

Fernando González Serrano (Bilbao)

Carmen Grifoll (Barcelona)

Laura Hernández (Barcelona)

Eduardo Jaar (Chile)

Clotilde Juárez (México)

Ana María Jiménez Pascual (Ciudad Real)

Lluís Lalucat (Barcelona)

Marta Lapacó (Argentina)

José Luís Lillo (Barcelona)

Norka Malberg (Barcelona)

Josep Mercadal (Barcelona)

Júlia Miralbell (Barcelona)

Maite Miró (Barcelona)

Àngels Morral (Barcelona)

Josep Moya (Barcelona)

María Inés Nieto (Colombia)

Diego Padilla (Madrid)

Fátima Pegenaute (Barcelona)

Ariadna Pérez-Domingo (Barcelona)

Carles Pérez-Testor (Barcelona)

Antonio de la Plata (Sevilla)

Núria Ribas (Barcelona)

Giancarlo Rigon (Italia)

Vanessa R. Pousada (Ourense)

Maria Jesús Rufat (Barcelona)

José Andrés Sánchez (Barcelona)

Jani Santamaría (México)

Monica Santolalla (Argentina)

Eulàlia Sayrach (Barcelona)

Assumpció Soriano (Barcelona)

Leandro Stitzman (Argentina)

Carlos Tamm Lessa de Sa (Londres)

Carme Tello (Barcelona)

Jorge Tió (Barcelona)

Elena Toranzo (Argentina)

Mariella Venturella (Barcelona)

Llúcia Viloca (Barcelona)

GRUPO PROMOTOR Y DE DIFUSIÓN

Marta Cabré

Sergi de Diego

Omar Díez

Maria de Querol

Jordi Freixas

Míriam Fuentes

Fernando Lacasa

Assumpció Soriano

Carme Tello

Jorge Tió

Tuulikki Trias

Juan Úbeda

REVISTA DE PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Noviembre / November 2024

44

Editorial.....7

Artículos / Articles

Estas manos que hablan: comunicación sin palabras
[These speaking hands: communication without words](#)

Jeanne Magagna.....9

Aumento del diagnóstico del trastorno del espectro autista en un centro de salud mental infanto-
juvenil: perspectiva de género
[Increase in the diagnosis of autism spectrum disorder in a child and adolescent mental health
center: gender perspective](#)

Helena Rivera Abelló, David Losada Brunet, Noelia Díaz González y Cristina Lombardía Fernández.....23

Factores de riesgo para el diagnóstico de trastorno mental en edad escolar
[Risk factors for the diagnosis of mental disorder at school age](#)

Carlamarina Rodríguez Pereira y Paloma Ortiz Soto.....33

¿A qué jugamos? El juego en el preadolescente como movilizador de estadios relacionales internos
[Shall we play? Play in the pre-adolescent as a mobilizer of internal relational stages](#)

Bernat Sala Novellas.....45

Victimización, síntomas de malestar y resiliencia en tiempos de covid-19 en adolescentes
[Victimization, distress symptoms, and resilience in times of COVID-19 in adolescents](#)

Alexis Bustos-Villarroel y Noemí Pereda.....59

Apertura en la comunicación familiar y ajuste psicológico como predictores de un apego seguro
en adolescentes adoptados
[Openness in family communication and psychological adjustment as predictors of secure
attachment in adopted adolescents](#)

Josep Mercadal, Inés Aramburu, Laia Coromina, Harold Grotevant, Manel Salamero y Carles Pérez-
Testor.....75

Transferencia e identificación: dos procesos básicos en la elaboración de las crisis de identidad en la adolescencia

[Transference and identification: two basic processes in the development of identity crises in adolescence](#)

Amalia Guadalupe Gómez Coteró, Fernando López Armenta, Viviana Rafaela Carmona Torres, María De Lourdes Solano Hernández, Darinka Yamile González Sánchez, Rosa Paola Figuerola Escoto y Angelica Maria Pablo Velazquez.....93

Implantación de la Atención Domiciliaria Intensiva en el Baix Llobregat Delta Litoral

[Implementation of Intensive Home Care in the Baix Llobregat Delta Litoral](#)

Lucía Rodríguez Sáenz de Buruaga, Lucía Pérez Golarons, Onia Jané Balsebre, Patricia Membrive Ruiz y Marta Coromina Sadurní.....109

En primera persona / [Personal experience](#).....117

Reseñas bibliográficas / [Books reviews](#).....119

Pòsters VIII Congrés Català de la Salut Mental de la Infància i l'Adolescència

[Posters of the 8th Catalan Congress on Child and Adolescent Mental Health](#).....121

En el próximo número / [In the next number](#).....133

Editorial

En este número, no podía faltar un recuerdo y momento para pensar en el impacto causado este pasado mes de octubre por el DANA de Valencia y sus repercusiones.

Como profesionales de la salud mental infanto-juvenil, nuestra labor es comprender y acompañar el malestar psíquico de niños, adolescentes y sus familias, afectados por traumas individuales o colectivos. Ferenczi incluso nos habla del trauma como la etiología básica de la psicopatología.

El DANA ha causado un trauma colectivo y una catástrofe social, afectando a toda la comunidad, incluidas las redes que sostienen a niños y adolescentes. Este fenómeno, repentino e inesperado, ha generado caos en la vida de personas de todas las edades y estratos sociales, impactando tanto a las familias, que deben ayudar a sus hijos a procesar estas experiencias, como a los profesionales y entidades dedicados a acompañar estos procesos.

Ante momentos de cambio, incertidumbre y ansiedades intensas, pacientes y psicoterapeutas enfrentan las situaciones con los recursos internos de los que disponen, que pueden ponerse en marcha desde el principio, y que pueden ir de más contacto con la realidad a posiciones más defensivas, o bien quedar paralizados y bloqueados (Ferret, 2021).

Muchas personas de Valencia y de todas partes han ayudado de manera inmediata, desde la empatía y la solidaridad y como han podido, psicólogos de emergencia y profesionales se trasladaron a la zona. “El pueblo salva al pueblo”, pero en estos primeros momentos, mucha gente de Valencia necesita motivar sus esfuerzos centrándose en objetivos propios de la base de la pirámide de Maslow. En modo supervivencia, limpian sus calles, sus casas, dejan a sus hijos con familiares lejos del epicentro e intentan pensar en cómo reconstruir su vida, conseguir un medio de transporte, volver al trabajo, sin poder en estas primeras fases elaborar el impacto emocional que el desastre ha causado. Por ahora, Valencia ocupa espacio en los medios, pero como ha sucedido con otras tragedias recientes (la guerra de Ucrania, el volcán de La Palma o la franja de Gaza), pronto una nueva noticia atraerá la atención pública, dejando esta crisis en el olvido.

El DANA habrá dejado secuelas permanentes en la sociedad, pobreza y precariedad, servicios públicos colapsados y poca gente ya disponible para la continuidad de la ayuda, cuando las víctimas podrán ya conectar con la parte emocional y empezar a elaborar duelos.

En la época covid se hablaba de la buena adaptación de los niños, sobre todo de los más pequeños, que parecían no mostrar demasiada sintomatología concreta observable al cambio en su entorno. Esta *hiper-adaptación* puede ser vivida por la sociedad como saludable, pero justo sabemos que los niños de 0 a 3 años están en el momento en que los sistemas de alerta que se activan en estas etapas y los mecanismos de defensa más primitivos para sobrevivir pueden entrar a formar parte de su personalidad, si no encontramos maneras de leer lo que nos expresan y de acompañarlos. Mucho se ha escrito sobre la afectación de la época del covid en el desarrollo, en el vínculo y en la adquisición del lenguaje en la primera infancia.

Algunos niños, por edad, aun no tienen lenguaje suficiente como para construir un relato o viven aun las cosas de manera mágica y poco conectada con la realidad, solo viendo el aquí y el ahora y pensando que todo volverá a ser igual en pocos días, sin entender que algunas pérdidas van a ser “para siempre”. Tendremos que estar pendientes del juego y de otras formas de expresar y externalizar su mundo interno para entenderlos. Tanto preocupará el niño con síntoma como aquel que aparentemente no sufre, no pregunta, no expresa, disocia.

En niños y adolescentes, igual que en los adultos, no tenemos que olvidar que el trauma *retraumatiza*. Todo proceso de duelo viene a nuestra vida a remover y sumar pérdidas que pueden mover procesos previos no bien elaborados. Particularmente, en los adolescentes, que están viviendo ya muchos duelos, este tipo de trauma viene a ocupar espacio de centrarse en uno mismo. Les afecta en un momento de grandes movimientos emocionales y puede saturar sus recursos.

La sociedad no para de traernos cambios que también han afectado a la mente y la manera de procesar y entender de los niños y adolescentes actuales. Muchos ya no juegan en espacios de calle o no estructurados. No construyen cabañas o juegan con amigos solos. Todos los espacios de ocio acaban siendo acompañados por adultos o son reglados y competitivos. Se juega menos en presencia del otro. Ya no se juega con materiales tridimensionales y que entran por todos los sentidos, ni los niños acostumbran a ayudar a las familias en el trabajo diario. Cada vez hay más pantallas planas y bidimensionales con textura de plástico y en las que hay imágenes y estímulos demasiado

intensos y difíciles de procesar y que desconectan del propio cuerpo.

En momentos de crisis sociales intensas, con adultos menos disponibles y escuelas cerradas, serán los niños con menos capacidad de simbolización, imaginación, de poner relato, de regulación emocional e integración sensorial, los que conectan con angustias más primitivas y recurren a mecanismos de defensa más rígidos, los que se van a resentir más de la situación. Para toda la población de niños y adolescentes con trastornos del neurodesarrollo o problemas de salud mental previa, la pérdida de la rutina, los lugares y cuidadores de referencia, el cambio en los colores, imágenes y olores y la falla en la estructura van a ser aterradores.

Los trastornos por estrés postraumático vienen de vivencias que no tienen nombre. Lo que no se teje, lo que no tiene continuidad, lo que queda en forma sensorial engramado en el cuerpo, como una huella mnémica, un recuerdo implícito, no nombrado e inconsciente, puede, de golpe, pasar a formar parte del consciente con una imagen, un olor, un recuerdo real del momento y que aparece entonces como algo intrusivo y que amenaza.

Nuestra función será la de ayudar a niños y adolescentes a hacer un relato adaptado a su edad y nivel de desarrollo que pueda ser lo suficientemente digerible, poder generar una narración para dar forma, símbolo y figura a este caos o terror. Será necesario experimentar, no negar, validar y elaborar todas las emociones vinculadas a la situación (rabia, tristeza, miedo), pero dar también lugar a que los niños rían y jueguen sin sentimiento de culpa, sin juzgar su conducta (Tizón, 2020).

Pero antes hay que dar espacio a regular todo lo que está pasando desde el cuerpo, sin pasar rápido a la mente, a través de un abrazo, una mirada, la recuperación de la rutina, las anticipaciones, el encontrar estructura delante del caos, gracias a adultos disponibles y con capacidad de contener, a espacios de seguridad, como son las escuelas y los espacios terapéuticos, que pueden ayudar a los adultos que en este momento están menos disponibles, con más trabajo, que necesitan de un respiro emocional. Y será importante que estos espacios, con un adulto disponible, favorezcan experiencias de grupo, debate y cuidado que vayan nombrando de forma sostenida en el tiempo.

El tabú y secreto, el notar una tristeza sin nombre en los adultos que cuidan, lleva a los niños y adolescentes a fantasear algo que puede ser peor que la realidad, por muy dura que esta sea. Hay que dejar espacios para que se hagan preguntas, para la curiosidad, para nombrar lo innombrable.

Después de las pérdidas, los niños necesitan cierto simbolismo, objetos, rituales y actos concretos que puedan ayudar a dar forma y concreción a hechos abstractos y que no entendemos. Por ejemplo, la posibilidad de ayudar en la reparación y reconstrucción desde donde estos niños puedan, sintiéndose capaces de lo bueno, puede contribuir a bajar el malestar.

Será importante también protegerles de las pantallas, las imágenes y el odio generado hacia los que se ocupan de nosotros y tienen la misión de protegernos, por la mala gestión de la situación.

Poder dar forma pasa también por simbolizar: pedir dibujos, relatos, historias, escribir un diario, hacer una obra de arte, crear una canción, leer un cuento, jugar. Los niños juegan a los traumas, a darse inyecciones después de ir al médico, a monstruos y persecuciones, a ladrones y policías. “Lo que el adulto expresa por la palabra, lo expresa el niño a través del juego”, decía Klein.

Los profesionales de la salud, por lo tanto, tendremos que ser cuidadosos, también con nuestra intervención, sin prisa, intentando dejar el tiempo necesario, entendiendo que los mecanismos defensivos pueden estar al servicio de la supervivencia y dando espacios de seguimientos sostenidos en el tiempo. Como psicoterapeutas enfrentamos la difícil tarea de sostener vivencias psíquicas intensas. Espacios de autoobservación, supervisión y trabajo grupal nos permiten metabolizar estas experiencias y ofrecer respuestas creativas. Solo desde este lugar podremos acompañar a niños y adolescentes en la elaboración del trauma y la reparación.

Ferret, T., Orobítz, C., Porredón, N., Salas, N. y Subirana, I. (2021). Tiempos de pandemia. La función de contención en la adolescencia en tiempos de pandemia. *Temas de Psicoanálisis*, 22.

Tizón, J. (2020). *Salud emocional en tiempos de crisis: reflexiones desde una pandemia*. Herder.

Marina Mestres, miembro del Consejo Directivo

Estas manos que hablan: comunicación sin palabras

JEANNE MAGAGNA¹

RESUMEN

Este artículo enfatiza la necesidad de que los cuidadores, incluidos padres y profesionales, comprendan la comunicación del bebé a través de los gestos de sus manos. Se aboga por una mayor atención a cómo la interacción táctil influye en el desarrollo de la personalidad del bebé y en la relación bidireccional entre el bebé y el cuidador. Las fantasías infantiles inconscientes, no representadas, no simbolizadas y no integradas, se manifiestan en los gestos de las manos de bebés, niños y adultos. Tanto los bebés como la parte infantil de los niños en terapia, que se comunican únicamente a través de gestos, requieren comprensión, incluso si no pueden verbalizar sus necesidades. Los bebés desarrollan la capacidad de sostener y dar significado a los sentimientos mediante el contacto físico con padres que nutren, junto con mensajes verbales de comprensión. El artículo subraya la importancia de ayudar a padres, enfermeras y terapeutas a entender el lenguaje de los gestos de las manos del bebé y vincularlo con sus propias experiencias de contratrtransferencia, facilitando una interacción vital y sintonizada con el niño. **Palabras clave:** *manos, comunicación, bebé, lenguaje interno, observación, psicoterapia.*

ABSTRACT

These speaking hands: communication without words. This article emphasizes the necessity for caregivers, including parents and professionals, to understand infant communication through hand gestures. It advocates greater attention to how tactile interaction influences the infant's personality development and the two-way relationship between infant and caregiver. Unconscious infant fantasies, unrepresented, unsymbolized, and unintegrated, are manifested in the hand gestures of infants, children, and adults. Both infants and the infant part of children in therapy, who communicate solely through gestures, require understanding even if they cannot verbalize their needs. Infants develop the capacity to hold and give meaning to feelings through physical contact with nurturing parents, along with verbal messages of understanding. This article highlights the importance of helping parents, nurses, and therapists understand the language of infant hand gestures and link it to their own countertransference experiences, facilitating a vital and attuned interaction with the infant. **Keywords:** *hands, communication, baby, inner language, observation, psychotherapy.*

RESUM

Aquestes mans que parlen: comunicació sense paraules. Aquest article emfatitza la necessitat que els cuidadors, inclosos pares i professionals, compreguin la comunicació del nadó a través dels gestos de les seves mans. Es defensa una major atenció a com la interacció tàctil influeix en el desenvolupament de la personalitat del nadó i en la relació bidireccional entre el nadó i el cuidador. Les fantasies infantils inconscients, no representades, no simbolitzades i no integrades, es manifesten en els gestos de les mans de nadons, nens i adults. Tant els nadons com la part infantil dels nens en teràpia, que es comuniquen únicament a través de gestos, requereixen comprensió, fins i tot si no poden verbalitzar les seves necessitats. Els nadons desenvolupen la capacitat de sostenir i donar significat als sentiments mitjançant el contacte físic amb els pares que els nodreixen, juntament amb missatges verbals de comprensió. L'article subratlla la importància d'ajudar pares, infermeres i terapeutes a entendre el llenguatge dels gestos de les mans del nadó i vincular-lo amb les seves pròpies experiències de contratrtransferència, per facilitar una interacció vital i sintonitzada amb el nen. **Paraules clau:** *mans, comunicació, nadó, llenguatge intern, observació, psicoteràpia.*

¹Psicoterapeuta de niños, adultos y familias.
Contacto: jm@magagna.co.uk

Recibido: 9/3/24 - Aceptado: 17/6/24

Introducción

En una ocasión, mientras estaba en el hospital, con muchas personas diferentes tomando mi sangre, me di cuenta de las muy diferentes maneras de insertar la aguja en mi vena: hubo duros empujones, arañazos, empujones ansiosos y esas penetraciones muy suaves que apenas se podían sentir. En un momento, me dije a mí misma: “algún día debo escribir sobre las manos. Pueden ser tales expresiones de sensibilidad amorosa y, otras veces, son indicaciones de una falta de cuidado desconsiderado y agresión”. Me impresionó cómo ese simple toque revela tanto sobre el estado mental del cuidador.

Hablamos más sobre el cuerpo en el psicoanálisis, pero siento firmemente que no hemos hablado lo suficiente sobre el bebé muy vulnerable y dependiente desde el nacimiento hasta el año de edad, que registra ser amado y sintonizado, en parte a través de cómo las manos del cuidador tocan el cuerpo. Igualmente, temo que no hemos prestado suficiente atención a la necesidad del cuidador, parental y profesional, de entender la comunicación del bebé a través de sus manos. Estoy escribiendo esto para involucrarles a estar más plenamente atentos a la personalidad en desarrollo del bebé, *afectada por el cuidador y afectando al cuidador*, a través de “las manos que hablan”.

El lenguaje del corazón está en las manos

No hay impulso, ninguna acción que no se experimente como fantasía inconsciente (Isaacs, 1948). Amor reflexivo y agresión desinteresada... cada uno podría estar presente en ese momento del toque del cuidador y los gestos del infante. Por supuesto, las fantasías del bebé, del cuidador y del propio observador infantil pueden haber distorsionado a veces la percepción de esas manos que hablan.

Sin embargo, antes de hablar sobre las manos del bebé y de la madre, lo que ahora surge en mi mente es escuchar el toque de las manos en el piano.

Las manos del niño

Un niño de tres años, Joseph, entró en mi casa con sus padres y comenzó a golpear mi piano.

Padecía de odio y agresión hacia sus padres. Al escuchar la música alta y experimentar las manos golpeadoras de Joseph, pensé en Marty, quien, como Joseph, había sufrido las agonías de la separación de su madre. Aquí está Marty a los ocho meses: *la madre entra en la habitación, saluda a Marty, que sonríe al verla mientras ella lo levanta y lo abraza. Luego, la madre se despide, ya que se va a trabajar, dejándolo con su abuela, que lo toma en brazos. Marty comienza a patear fuertemente y su cara se pone muy roja, como si estuviera gravemente asustado y enojado. La abuela le da una botella llena de agua que parece como un arma cuando él comienza a golpearla en el aire, en las piernas de la abuela y en su propia cara, que está arrugada de dolor y enojo. Marty está muy angustiado mientras tira la botella al suelo con dureza y comienza un llanto perturbador. La abuela le da a Marty algunos juguetes, que él también tira con fuerza al suelo.*

Al hablar con los padres de Joseph, les sugerí que le dieran un piano para que esos sentimientos presentes en sus manos golpeadoras pudieran encontrar expresión. Estaba muy herido y enojado por el nacimiento de su hermano, que lo privó del cuidado materno. De hecho, encontró muchas maneras de expresar sus sentimientos a través de lo que más tarde fue su éxito en el rugby y su maravilloso toque de piano, que acompañó su exitosa psicoterapia con un colega.

De manera similar, recuerdo haber bajado a nuestro sótano siendo adolescente y tocar con fuerza el Preludio de Rachmaninoff (1) cuando estaba infeliz y enojada por lo que estaba sucediendo en mí con relación a nuestra familia, compuesta por mis padres y tres hermanas menores.

Esta escena contrastaba mucho con la música en una película de Polanski (2002), *El pianista*, en la que un hombre con un niño pequeño tocaba el Nocturno en Mi bemol mayor de Chopin (2), una melodía dolorosamente triste, mientras las bombas destruían a la gente en Varsovia (Polonia).

Mientras medito en las manos, llega otro recuerdo: la delicada y repetitiva melodía de Erik Satie, *Trois Gymnopédies*, que compartí con mi supervisora psicoterapeuta infantil, la Sra. Frances Tustin, mientras hablábamos sobre los movimientos repetitivos que oscurecen la herida emocional dolorosa presente en la niña psicótica

de seis años de la que estábamos discutiendo.

La mano izquierda proporciona ese acorde base casi constante, mientras que la mano derecha baila valiente alrededor, con un inspirador pedazo de melodía apoyándose en la seguridad de los acordes base solo ligeramente variados.

Posteriormente, aprendí de la charla de Colwyn Trevarthen en YouTube (Connected Baby, 2015) que la mano izquierda de un bebé proporciona vías para la regulación emocional, mientras que la mano derecha comunica de manera imaginativa mensajes rítmicos más expresivos a alguien. Trevarthen continúa diciendo que hay una expresión escrita intensa de emoción utilizando gestos. Hay una musicalidad narrativa de proto-conversación presente mientras los gestos de la mano del bebé se levantan y caen con el ritmo musical que reside en el canto de la madre. Como en las danzas de los derviches, la mano derecha es a menudo la mano que baila mientras la mano izquierda permanece.

Las manos hablan

Las manos dicen algo que las palabras jamás pueden expresar.

Las manos hablan antes de que las palabras vocalizadas del niño lleguen en la terapia.

Las manos cuentan los secretos del corazón.

Las manos revelan el corazón roto del infante.

Las manos hablan el lenguaje interno del inconsciente antes de que se formen símbolos adecuados para que las palabras y los sueños sean revelados por niños que han renunciado a la vida. Estos son los niños en nuestro libro, *El niño en silencio: la comunicación más allá de las palabras* (Magagna et al., 2022). Las manos hablan lo que a los niños física, emocional y sexualmente abusados se les prohíbe decir. Señalan al cuerpo que está perturbado o se masturban excesivamente para lidiar con el terror de sentirse heridos, enojados, desatendidos y abandonados.

Como psicoterapeuta, animo al paciente a compartir la música a la que el niño ha escuchado, compuesto o tocado. Siento que a través de la escucha profunda obtengo comprensión física y emocional del alma infantil del niño. Las manos que hablan a través de la guitarra, el piano, la trompeta, la batería u otros instrumentos y que resuenan dentro del terapeuta facilitan una comprensión más profunda del yo infantil

preverbal, físico y psicológico no integrado y no simbolizado del niño.

Ahora describiré las comunicaciones de la madre y el infante entre sí a través de sus gestos con las manos.

Las manos del bebé en el útero

Aproximadamente, a los cuatro meses, el bebé puede comenzar a chuparse el pulgar para consolarse, con una preconcepción de encontrar y succionar el pezón de la madre para obtener su leche y mantenerse vivo. Además, el bebé puede abrazar una mano con la otra, uniéndolas como una forma de encontrar alguna seguridad física y emocional.

Las manos del recién nacido

Observar con mucho cuidado los detalles en la interacción bebé-madre-padre permite al observador formarse una comprensión de la personalidad en desarrollo del bebé. Una comprensión más profunda del estado mental del bebé se crea a través de la atención a sus manos. Por esta razón, la Sra. Esther Bick, psicoanalista infantil, que comenzó la observación de bebés en la Clínica Tavistock bajo los auspicios del Dr. John Bowlby, me preguntó repetidamente, al observador. Me pidió ilustrar a través de mis propios movimientos corporales y palabras descripciones más precisas y detalladas del uso de las manos por parte de la madre y el bebé. Hizo esta solicitud repetidamente hasta que los movimientos de las manos de la madre y el bebé descansaron visualmente en el escenario de nuestras mentes y crearon una experiencia de contratransferencia dentro de nuestros corazones.

La gente habla de los ojos del bebé, de las sonrisas del bebé, de los llantos del bebé, pero la Sra. Bick quería que nos diéramos cuenta de la potencia que el bebé sentía a través del uso de sus manos. Las manos le dan al bebé la posibilidad de asir algo para sentirse psicológicamente seguro. Apretar los puños le permite sentir que los aspectos fragmentados del yo corporal están físicamente unidos (Bick, 1968).

A medida que el infante dependiente y vulnerable se siente menos asustado, en lugar de retirarse de la madre, el bebé mueve las manos hacia la madre/padre tocando suavemente sus cuerpos. El gesto del bebé de unirse a ellos e

invitarlos sugiere el comienzo del amor dependiente y la gratitud hacia los padres. A medida que la madre le habla al bebé, este acompaña el ritmo, el contorno y la intensidad de sus vocalizaciones con movimientos de manos sincronizados (Trevarthen, 2002).

Por supuesto, no podemos olvidar las manos que se rinden. Estas son las manos del bebé descuidado descrito en la conmovedora descripción de Sue Reid (1990) de la experiencia estética entre la madre y el bebé. Reid demuestra que cuando la madre no satisface la necesidad primitiva del bebé dependiente de un cuidado sintonizado en el que se satisfagan las necesidades emocionales y físicas, el bebé deja de alcanzar, de asir y se retira. Este es el bebé descuidado que ha perdido la esperanza, que ha renunciado al deseo de vivir.

Durante los cursos de observación de infantes ahora haríamos observaciones terapéuticas aplicadas en lugar de mirar a un bebé sufrir tanto como para quedar emocionalmente lisiado.

Después, no debemos olvidar las manos de un infante que sufre el impacto perjudicial prolongado de la hospitalización. Estas son las manos de Matthieu, un bebé prematuro, separado de su madre y su hermana gemela al nacer y colocado en una incubadora durante ocho días. Luego, demasiado pronto para su desarrollo emocional inmaduro, fue puesto en una guardería diurna. Después de meses de sentirse un bebé abandonado, Matthieu se volvió apático, ansioso, desinteresado en alimentarse y dejó de llorar para que alguien viniera a él. A veces, sus manos mostraban su desesperación al no poder alcanzar a otros y al no poder agarrar los objetos que se le presentaban. El retiro pasivo de Matthieu sugiere signos extremos de desesperanza e indefensión infantil. Sin embargo, al observar cuidadosamente los movimientos de las manos del bebé Matthieu, noté que su vínculo emocional con su madre abandonadora y con muchos cuidadores de la guardería no había sido completamente obliterado. ¡Todavía había vida en él, porque a veces rascaba objetos! Sentí que sus manos estaban representando una sensación viva de hostilidad hacia su madre. El bebé Matthieu está descrito en el libro *Dreamlife* del Dr. Meltzer (1983).

Las manos que emanan hostilidad pueden

no ser tan obvias en las manos de bebés autistas más severamente afectados. Didier Houzel (1999), Geneviève Haag (1984) y Bernard Golse (Ouss et al., 2018) nos hacen conscientes de cómo podemos diferenciar las manos de un bebé autista de las de un bebé con desarrollo normal. En YouTube se pueden ver observaciones detalladas de los movimientos de las manos del infante autista, como movimientos descoordinados y bruscos, danza de dedos y movimientos de manos incesantes y repetitivos. Los movimientos de manos repetitivos e ininterrumpidos fueron diseñados originalmente para mantener unida la personalidad fragmentada del recién nacido. En ausencia de un cuidado atento, a veces junto con cierta hipersensibilidad neurológica, el bebé emocionalmente desamparado usa movimientos repetitivos de manos como impedimentos, como barricadas para el corazón sufriente del bebé, como barricadas para su corazón pensante. Los movimientos de manos incesantes del bebé autista retraído también impiden las relaciones íntimas con la madre y el padre y también presentan con frecuencia obstáculos para la relación de alimentación con la madre. Ahora se entiende que algunos bebés en riesgo de autismo extienden sus brazos y manos para rechazar al cuidador y a otros. Estos bebés también pueden estar sufriendo el dolor del cólico (Laznik, 2024). Sabemos por Bruce Perry (Perry et al., 1995) que los estados emocionales repetidos del bebé se desarrollan en rasgos de personalidad más permanentes. Los bebés son extremadamente vulnerables, dependientes y moldeables en este primer año de vida supremamente importante y es por esta razón que debemos prestar tanta atención a sus comunicaciones de angustia.

Un sentido de agencia es mejor que las manos apáticas y la disociación.

Cuando el bebé desarrolla cierta capacidad de control sobre sus acciones, su mano firme puede utilizarse para bloquear la mano de alimentación de la madre.

Las manos de la madre

“...manos que sostienen, manos que reconfortan, manos que mecen, manos para nutrir, manos que apoyan sensiblemente al bebé para alimentarse, para confiar, para calmarse” (Aylsbury, 2016).

Por supuesto, el amor y la hostilidad, la confianza y la ansiedad de la madre, padre o niñera se comunican al bebé a través del tacto de sus manos. Cuando la madre levanta al bebé, le lava el cuerpo, le pone el pezón, la tetina o la cuchara en la boca y lo sostiene, el cuerpo del bebé siente, a través del tacto de la madre, quién es ella. Experimentando el tacto de la madre, el bebé registra en su cuerpo y alma: “soy un bebé amado”, “soy un bebé sin interés”, “soy un bebé odiado”. Estas son experiencias tanto corporales como emocionales existentes en la psique infantil pre-representada, pre-simbólica y pre-verbal del infante. Lo más importante es que los estados primitivos incómodos o traumatizantes solo pueden ser revelados y sanados mediante una observación detallada y la comprensión de los gestos de las manos del bebé, y de la música que hace el niño, y de los gestos de las manos mostrados en su juego, sus actividades artísticas y sus sueños.

Al observar a un bebé ciego y leer la narración de Selma Fraiberg (1971) sobre su trabajo con bebés ciegos, me di cuenta de cuánta contención emocional y física del terror del bebé se experimenta a través de las manos de la madre tocando y sosteniendo su cuerpo. La contención física suave pero firme le da al bebé ciego una sensación de “soy amado”. Con la ausencia de la vista, el bebé ciego no puede usar el hecho de mirar a la madre como medio de sentirse apegado; no puede encontrar seguridad en estar adhesivamente apegado a la familiaridad de las formas y colores del entorno. Si la madre no llega lo suficientemente rápido, el bebé puede sentir el terror de caer en un espacio sin fin. Por lo tanto, simplemente el tacto de la mano de la madre y/o el sonido de su voz pueden crear una sensación de seguridad corporal y emocional.

En la pintura de Mary Cassatt (1891), *Baby's First Steps* (ver ilustración 1 del anexo), que se utilizó para la portada del libro *Interpersonal world of the infant* de Daniel Stern (1985), se puede ver que la madre también está acariciando el pie del bebé. El bebé responde a la atenta ternura de la madre sosteniendo amorosamente su barbilla. Los dedos de la mano derecha del bebé están completamente abiertos y relajados, sugiriendo que el bebé se siente emocional y físicamente sostenido por la madre.

Esto me recuerda al bebé Eric, a quien observé bajo la supervisión de la Sra. Bick. Durante el primer mes, el bebé ha introyectado algún tipo de madre interna que sostiene y luego es capaz de relajar su cuerpo y explorar el mundo. Por ejemplo, cuando tiene un mes, el brazo del bebé está envuelto cerca de su pecho con los dedos cerrados cerca de su hombro. Sus piernas ligeramente dobladas permanecen quietas, con los dedos de los pies apretados hacia abajo. Chupa energéticamente. Después de unos siete minutos en el pecho, el bebé extiende su brazo y poco a poco extiende sus dedos como pétalos que se abren. Con las yemas de los dedos, se desliza suavemente a lo largo de la blusa y a lo largo del pecho de la madre (Magagna, 2002).

El gesto relajante de la mano del bebé deslizándose a lo largo del pecho de la madre parece sugerir una fantasía similar a la mostrada por la mano del bebé acariciando la barbilla de su madre en el libro de Stern (1985).

Otras manos

Antes de comentar sobre observaciones más detalladas de la relación bebé-madre, debo contarles sobre este hermoso intercambio entre las manos de Helen Keller (1902) y su maestra, Anne Sullivan. Helen Keller había sido ciega, sorda y muda desde los 19 meses de edad. Helen escribe: “mi maestra colocó mi mano bajo el agua. La fresca corriente fluía sobre mi mano mientras ella deletreaba en la otra mano la palabra agua, primero lentamente, luego rápidamente. Me quedé quieta, toda mi atención fija en el movimiento de sus dedos. De repente sentí una conciencia nebulosa de algo olvidado, la emoción del pensamiento que retorna; de alguna manera, el misterio del lenguaje me fue revelado. Entonces sentí lo que significaba a-g-u-a, esa maravillosa y fresca sensación que se movía sobre mi mano. Esa palabra viva despertó mi alma, le dio luz, esperanza, alegría, la liberó... cada objeto que tocaba parecía vibrar con vida... eso era porque veía todo con la extraña nueva visión que había llegado a mí” (p. 23-24).

¡La visión llegó a Helen Keller a través del tacto del agua fluyendo junto con el símbolo de agua que Anne Sullivan presionaba en sus manos!

Vinculando la observación del infante con la observación del niño en psicoterapia

El infante

Ahora intentaré describir el lenguaje interno de una bebé, Andrea, mostrado a través de sus manos. Vincularé las observaciones de los gestos con las manos de Andrea (3) con el lenguaje interno revelado a través de las manos de algunos niños durante el transcurso de su psicoterapia. Con lenguaje interno, me refiero a las fantasías infantiles inconscientes no representadas, no simbolizadas, no integradas presentes en los gestos de las manos tanto de infantes como de adultos. Simplemente voy a describir las manos de la bebé Andrea y de los niños en psicoterapia.

Bebé a los 12 días fuera del útero

En primer lugar, vemos, en estas observaciones de infantes, a la bebé Andrea succionando el pecho de su madre deprimida. Sus ojos están completamente cerrados y su rostro es pacífico, pero sus manos están cerradas en puños. Las manos están emitiendo una historia diferente a la de la tranquilidad. Sugieren que la bebé está diciendo: “tengo que aferrarme a ese pezón con mi boca y mi mano. Mis manos tienen que estar apretadas para que yo pueda mantenerme unida. Tanto mi cuerpo como mi psique necesitan estar *juntos* en estos primeros días después de haber sido sacada del espacio físico cerrado del útero”.

Yo sugeriría que las manos están pegadas como la boca del bebé aprieta el pezón para prevenir y calmar el miedo a un derrame incontrolable de los sentimientos infantiles. Las manos apretadas del bebé sugieren adherirse adhesivamente a las superficies corporales en el contexto de sentirse inseguro en compañía de una madre que proyecta depresión en ella y transmite su estado emocional a través de sus manos sosteniendo al bebé. Las manos apretadas del bebé también sugieren que se necesita tiempo para que un diminuto infante de 12 días restablezca su equilibrio corporal y estabilidad psicológica en la abrumadora novedad de la vida fuera del útero. La mente no sintonizada de la madre, transmitida a través de la forma en que sus manos sostienen al bebé, arruina algo la posibilidad de que el bebé experimente

e introyecte una buena madre contenedora.

Nuevamente, esta es una experiencia corporal no representada, no simbolizada, preverbal y algo nociva que el bebé está soportando con sus dedos apretados mientras se alimenta del pecho de su madre deprimida. Esta experiencia sugiere que una *madre interna deprimida* está siendo introyectada por el bebé y potencialmente permaneciendo como parte de su personalidad a menos que su psique sea reparada a través de interacciones subsiguientes con la madre. También comienzo a preguntarme si tal repetido apretón de puños podría ser el precursor primitivo del control obsesivo que es utilizado por las emociones infantiles dispersas de un niño mayor no contenidas por una buena madre internalizada.

Bebé a los 14 días

Cuando la hermana de la madre, que la está ayudando, suelta la parte posterior del cuello del bebé mientras lo lava, este extiende desesperadamente sus brazos y piernas moviéndolos rápidamente de manera agitada. Esta escena me hace recordar el poema de Stevie Smith (1957) que termina con las líneas: “brazos que no saludan sino que se ahogan”. El bebé tiene el terror primitivo de morir. Después de 14 días, las manos agitadas del bebé encuentran una mejor solución, pues entonces agarra fuertemente la blusa de la madre. Las manos le dan al bebé una sensación de potencia. Le permiten tener la sensación de que puede luchar por su supervivencia. La bebé Andrea está señalizando a la madre que necesita su atención cuidadosa y amorosa.

Manos de niños en psicoterapia

Esto me recuerda las primeras etapas de la terapia, cuando una niña de nueve años comenzó a depender de mí, su terapeuta. Entre las sesiones, tiene un sueño que muestra la ansiedad primitiva de morir al caerse de un acantilado. En el último momento, encuentra una rama de árbol a la cual puede aferrarse para salvarse. Siento que la rama del árbol es como la madre a la que se aferra la ansiosa bebé Andrea.

Uno puede imaginar que las manos que agarran la blusa de la madre y las que agarran el árbol son similares a la boca que aprieta el pezón como si fuera cuestión de vida o muerte, para salvarse de caer, caer y ser aniquilado.

Si, por otro lado, el puño cerrado comienza a venir al rescate con demasiada frecuencia, ya que el bebé lo pone en la boca, entendemos que debemos preocuparnos. Esto es una señal de que con demasiada frecuencia el bebé está asustado y enojado sin la presencia emocional y física sintonizada de la madre. El puño entero se usa como un tapón para que el bebé aterrizado se aferre cuando le falta la sensación de una buena madre interna que le permitiría esperar a la madre externa. También me pregunto si la seguridad del puño apretado en la boca -el sustituto del pezón-tapón-, usado repetidamente por el bebé intensamente angustiado, es el precursor del camión duro o del objeto duro continuamente presente en la mano del niño autista descrito por la especialista en autismo, la psicoanalista infantil Francis Tustin (1981).

Bebé a las tres semanas

La madre está desvistiendo a la bebé, y esta se está volviendo cada vez más frenética y llora con un agudo “e-e-e”. Entonces, la bebé Andrea agarra su oreja con su mano izquierda, cubriéndola por completo, arrugándola dentro de su puño y apretándola por un rato.

Me pregunto si el fuerte apretón del bebé se produce simplemente por la necesidad de aferrarse a la vida con un agarre firme, o ¿podríamos también estar viendo evidencia de que la mano-boca está pellizcando ese pezón del padre que no permite al bebé, asustado de desintegrarse, acceso al pecho de la madre emocional y físicamente contenedor? Además, ¿podría ser que este agarrar fuertemente el lóbulo de la oreja sea el comienzo de que el bebé use las manos para un sentido de control omnipotente que ocurre hasta que la madre mitiga la ansiedad de no ser sostenido emocionalmente ni interna ni externamente por la madre-pecho?

Niño de cuatro años en nuestro libro (Magagna et al., 2022)

Por esta razón, con la abandonada, gravemente descuidada, Nina, de cuatro años, que no verbaliza, interpretaría el repetitivo encendido y apagado del interruptor de la luz, del botón del televisor, del botón del ordenador, no solo como su deseo de presionar el botón del padre/pezón para hacer que la mamá venga y haga

que la mamá se vaya. También interpretaría el deseo de sentirse segura, su deseo de tener alguna manera de sentir que podía aferrarse a mí interiormente y de esta manera sentirse segura y unida (Magagna et al., 2022).

Adolescente de 14 años en terapia

La bebé Andrea sosteniendo y apretando fuertemente el lóbulo de la oreja también me recuerda a Sarah, de 14 años, describiendo cómo, cuando el dentista no proporcionó suficiente anestesia mientras taladraba su diente, ella sostuvo su puño muy fuertemente hasta que pudo sentir el dolor en sus manos. Estaba sosteniendo el dolor en sus manos en lugar de estar emocional y físicamente en contacto con la terrible y dolorosa experiencia de tener al dentista taladrando dolor en sus encías. Sarah estaba sosteniendo el dolor para mantenerse unida. ¿Podría ser que, cuando el bebé, la niña de cuatro años y la adolescente están sosteniendo un objeto (lóbulo de la oreja, objetos y mano), no solo están aferrándose adhesivamente a objetos, sino que, a veces, dependiendo del ambiente emocional, también están demostrando agresión hacia las figuras frustrantes y desprotegidas de cuidado materno y provisión de normas paternas?

Niño de ocho años en terapia

Tal vez podamos mantener el contacto con la viñeta de la bebé Andrea sosteniendo su oreja cuando observamos a Jane, de seis años, venir a su sesión de psicoterapia.

Después de tres meses de sesiones en línea durante el confinamiento por covid, Jane entró a la sesión sosteniendo una bolsa de frutos secos. Procedió a amontonar algunos cojines y sentarse en la cima para comer los pequeños trozos de frutos secos. Es como si dijera, de una manera omnipotente: “tengo algo bueno, nadie puede quitarme este pecho, puedo cuidar de mí misma”.

Esto me recordó al bebé, sintiéndose desamparado y angustiado y tapando la boca como una forma de mantenerse unido. Tanto la mano como la comida son usados como tapón; como el puño del bebé para sostener la ansiedad del yo-bebé, porque se siente insuficientemente sostenido por el terapeuta previamente distante

físicamente en línea. Sugiero que hay una ansiedad infantil mucho más primitiva y una incomodidad debajo de este aferrarse a la bolsa de frutos secos más de lo que podemos imaginar. Durante los seis meses de terapia en línea, Jane se había sentido muy desamparada físicamente sin las sensaciones corporales que ocurren cuando su terapeuta puede estar físicamente presente en la habitación con ella en lugar de en línea.

El problema con la persona mayor en el diván

Cuando el paciente está acostado en el diván, también perdemos algunas de las marcas de puntuación de los gestos de las manos que señalan todo tipo de emociones infantiles conflictivas. Sin embargo, en el análisis infantil, notamos los momentos significativos cuando el niño está sosteniendo partes del cuerpo y usando sus manos para revelar estados inconscientes de la mente.

Sería útil si nos detuviéramos e intentáramos observar todas las proyecciones de emociones que emanan de las manos del paciente y de las nuestras. Merecen nuestra comprensión silenciosa o verbalizada de lo que revelan sobre lo que está sucediendo en nuestros intercambios con el yo infantil en nosotros mismos, el infante y los niños en terapia. La señora Bick (1968) dice que el bebé está construyendo sus propias defensas. El ego comienza al nacer. Se está construyendo tanto un ego corporal como un ego psíquico.

La señora Bick continúa diciendo que no es un miedo simple... “En la primera infancia, el bebé necesita integración y esto necesita estar basado en la contención materna: el pezón en la boca, la introyección y proyección del pezón”. Implica que es tanto la sintonización física como emocional entre madre e hijo lo que proporciona la contención psicológica del cuerpo y el yo psicológico del bebé. ¿Podría ser que sentirse capaz de bailar y coordinarse en los deportes no solo proviene de los genes sino también de la manera en que la persona ha sido sostenida física y emocionalmente de manera rítmicamente afinada por las manos de la madre, sus manos reflejando el estado mental de la madre?

Las manos del bebé sosteniendo el pulgar / como una boca sosteniendo un pezón

A las cuatro semanas, Andrea succiona el pecho

profundamente con sus dedos rodeando cada pulgar. Aquí se hace más evidente cómo los dedos se utilizan como una boca que sujeta un pezón. La bebé Andrea está succionando el pecho, pero simultáneamente usa los dedos como la boca que sostiene al pulgar representando al pezón. Ella aún no confía completamente en la madre que alimenta con el pezón-pecho para prevenir que se desmorone física y psíquicamente. La acción simultánea de sostener su pulgar mientras su boca está sujetando el pezón parece permitirle a la bebé sentirse más segura en sí misma y así más capaz de asimilar esta experiencia de estar integrada en torno al sentimiento de estar íntimamente conectada con la madre deprimida que amamanta.

Al igual que las manos, los orificios del bebé pueden representar la boca

La señora Bick (1968) también dice que cada orificio del cuerpo es como una boca. Cuando a las ocho semanas el bebé pone sus manos contra la vulva es como si la vulva fuera la boca y la mano el pezón. El roce de la mano sobre la vulva excita y estimula, y demuestra la confusión del bebé entre la satisfacción en la boca y la vagina, así como entre el pezón y la mano. Además, poner las manos en las orejas y sostener los puños en los ojos son también maneras de poner el pezón en la boca.

Manos en los ojos representando la conexión pezón - boca

Cuando la madre toma a la bebé Andrea, ahora de siete meses, mojada por el baño y comienza a envolverla en una toalla, la bebé está empujando ambos puños cerrados en sus ojos. Ahora vemos que las cuencas de los ojos representan la boca con los puños representando el pezón. Esta conexión puño-cuenca del ojo se utiliza en lugar de la conexión pezón-boca para mantenerse unida. Es interesante notar que esta acción de empujar sus dos puños en sus cuencas oculares en el momento del destete, de alguna manera, señala no solo la pérdida del pecho, sino también el deseo del bebé de conectarse con su madre. Las manos del bebé se utilizan para recuperar el pecho del cual está siendo destetado mientras pone los puños en sus cuencas oculares.

Luego, justo en ese momento, el lenguaje es utilizado por el bebé para conectarse con su madre en el proceso de destete, ya que emite el comienzo de las palabras “da-da, ta-ta, ca-ca”.

Como hemos visto, las manos son instrumentos potentes para comunicar el drama interno del bebé en relación con la madre. Si podemos ayudar a la madre a notar los movimientos de las manos del bebé, ella se interesará más en su bebé tratando de hablarle y acercarse a ella. La madre no necesita las palabras del bebé, pues el drama está significado por la acción de las manos; sin embargo, justo en este momento, la bebé Andrea, ahora de siete meses, también utiliza simultáneamente el lenguaje para significar su deseo de cercanía con la madre/padre mientras dice “da-da”. Sugiero que la comunicación con las manos es la primera comunicación. Es solo más tarde que la bebé Andrea muestra sus sentimientos hacia la madre, que la está destetando mediante la mordida del pecho.

Estoy planteando la hipótesis de que podemos enfocarnos mucho más en cómo las manos del bebé funcionan para comunicarse, para dramatizar estados de ánimo que proceden de la relación de la boca con el pezón. Por esta razón, creo que es extremadamente importante que ahora nos centremos más en los verbos y adjetivos que usamos para describir la posición de las manos, la intensidad del movimiento de las manos y la forma en que los dedos de las manos se mantienen y utilizan. Las manos del bebé crean toda una dramatización de estados de ánimo desde la parte no declarativa del cerebro que intenta tender un puente con la parte declarativa de la mente del bebé. Es la parte declarativa de la mente del bebé la que posteriormente pone algunas experiencias en palabras. Vemos que es solo después de la dramatización de la relación pezón-boca usando sus manos que la bebé de siete meses Andrea comenzó a hablar “da-da, ta-ta”. Sugiero que los gestos de las manos desde la parte no declarativa del cerebro están sosteniendo restos de los aspectos más primitivos del yo infantil a lo largo de la vida.

Una chica de 14 años en terapia

Un niño no verbalizador, que había regresado severamente, se mueve a un nivel infantil temprano en el que hay una extrema falta de

contención interna de la angustia. Hay una sensación de que lo que queda de un buen pecho internalizado al que uno podría aferrarse para la seguridad ha sido abrumado por emociones intensas y destruido. Hay una sensación de desintegración y fluir hacia afuera... muy parecido a la sensación del infante de derramarse, desmoronarse.

Pienso en la bebé Andrea, que, en el momento de perder el pecho, pone sus manos en sus cuencas oculares y luego vocalizando *da da da*, cuando experimento a Helena de catorce años.

Helena fue llevada a nuestra unidad de internación psiquiátrica desde una unidad pediátrica y no caminaba, no hablaba, no comía. Había renunciado a la vida y, en su mayor parte, se sentía muerta en vida. Había experimentado un trauma acumulativo y también un trauma severo que la dejó sintiéndose abrumada e incapaz de permanecer presente en su vida. Esta chica, como otros 19 jóvenes que he visto, carecía de un aparato psíquico para pensar en sus sentimientos y descubrir soluciones a los conflictos internos y externos que enfrentaba. Tal joven, abrumada y no verbalizadora, tiene experiencias emocionales que no pueden ser simbolizadas, verbalizadas o dominadas. Parecía noqueada por la vida mientras era alimentada pasivamente por sonda nasogástrica. La visitaba regularmente y hablaba con ella sobre su experiencia de tener demasiadas experiencias, demasiados sentimientos. Añadí que estaba allí para ella y para mí para entender sus sentimientos.

Inicialmente, no había señal de vida excepto su respiración. Su mano permanecía flácida y ocasionalmente abría los ojos como si despertara de un coma. Hablé de cómo su madre y su padre no estaban con ella y de cómo yo tampoco estaba con ella todo el tiempo, pero que vendrían a visitarla y yo también, y que trataríamos de entenderla.

Después de unos meses en el hospital, cuando su madre la dejaba, Helena finalmente se movió. Puso ambas manos en sus ojos, presionando fuerte contra ellos y murmuró un canto que sonaba como “no te vayas, no te vayas, no te vayas”. Era tan inaudible que me tomó mucho tiempo descifrar las palabras.

Ahora pienso en la bebé Andrea y su relación de apego con su madre, mostrada a través de

sus manos hacia sus ojos, cuando estaba siendo destetada. Después de meses de hablar con ella y de que las enfermeras la entendieran, Helena cobró vida psíquicamente y pudo experimentar su apego a su madre. Fue capaz de presionar contra las cuencas de sus ojos, representando los malos pechos que la habían abandonado. Completamente regresada de forma psicótica y retraída en pasividad, inicialmente sin memoria, ahora Helena estaba empezando a reconocer sus sentimientos de relación. Estaba absolutamente angustiada cuando su madre dejaba el hospital. Estaba trabajando con madre e hija cuando la madre la visitaba. Le dije “esas manos no quieren a esa madre que la deja. Quiere a su madre y no quiere quedarse conmigo y las enfermeras. Me siento como la mala madre, que la mantiene aquí en el hospital lejos”.

Quince meses después, Helena era una paciente ambulatoria que me contaba que había perdido previamente su memoria de su familia, el alfabeto, su querido perro. En ese momento, lo interesante era que no quería tocar los picaortes de latón utilizados para salir de la sala de consulta. Temía que fueran malos, sucios y llenos de gérmenes. Describí que eran como el mal pezón del papá, que bloqueaba el acceso a mí, que no le permitía tener mi comprensión todo el tiempo. Sin embargo, si no hubiera notado que Helena furtivamente puso un pañuelo en su mano antes de salir de la sala de consulta, ¡no podría haberla entendido!

La mayoría de sus fantasías destructivas estaban proyectadas en el pomo de la puerta y en un gran hombre dictador alucinado y desagradable. Mientras tanto, abiertamente, durante muchos años, Helena intentó ser una adolescente muy obediente, amable y generosa. Las manos de Helena en sus cuencas oculares habían revelado tanto su hostilidad infantil como, posteriormente, sus manos cerca del pomo de la puerta revelaron su resultante sensación infantil de persecución.

Problemas en el trabajo con el niño no verbalizador en terapia

Uno de los problemas para los padres, enfermeras y psicoterapeutas al trabajar con un niño que no habla es que uno puede sentirse mal, rechazado y perseguido. Siento que, si el terapeuta

intenta hacer hablar al niño, este se siente invadido, perseguido y no entendido en absoluto. Me digo a mí misma, a los padres, enfermeras y maestros: “El niño siempre está hablando. Tratemos de entender lo que se dice en la comunicación del niño sin palabras”.

El niño en silencio: la comunicación más allá de las palabras (Magagna et al., 2022) ofrece muchos ejemplos de cómo trabajamos con estos niños que no hablan, entendiendo sus gestos no verbales. Debido a que el sistema nacional de salud británico no proporciona dinero para la psicoterapia intensiva excepto en la Clínica Tavistock, he animado a estos niños muy enfermos que no hablan a mantenerse conectados a nuestra próxima sesión de terapia mediante el uso de dibujos y, más tarde, cuando se sientan más fuertes, mediante sus diarios, para compartir sueños y dibujos en la sesión venidera. Junto con la psicoterapia, hay un grupo creativo para los jóvenes en el que se utilizan todas las artes y al niño no móvil y no hablador se le da una voz por los demás, que imaginan lo que podría estar sintiendo y dibujando en un día particular del grupo creativo. Los dibujos espontáneos en el grupo creativo no se interpretan, sino que simplemente se comparten. Las manos que transmiten experiencias no metabolizadas desde la parte no declarativa del cerebro al papel iniciaron un proceso de simbolización. Cuando el niño que se sentía capaz de dibujar estaba lo suficientemente bien como para hablar en terapia, descubrí que el tema de los dibujos evolucionó y se retrató en sueños y en conversación en la terapia aproximadamente dos semanas después.

La mano dibuja una imagen que vale más que mil palabras

Los dibujos de los niños dan forma al habla interior, las fantasías inconscientes, la parte no declarativa de la personalidad infantil.

Las manos hablan lo que está prohibido decir por el cruel superego.

Hay dos tipos de no hablar verbalmente. Uno es a través de no vocalizar palabras y otro se da cuando el niño habla virtualmente sin parar para mantenerse cohesionado adhesivamente (el fenómeno de la segunda piel de la Sra. Bick

[1968]) mientras permanece mudo sobre conflictos y traumas importantes.

Dibujo de una joven de 15 años en terapia

Cuando Grazia, una chica anoréxica de 15 años que *habla pero no habla*, llevó este dibujo a una sesión (ver ilustración 2 del anexo), noté que las manos transmitían un mensaje en el papel y también cubrían la región genital. Le dije que pensaba que el periódico podría tener un mensaje que ella quería que yo entendiera, pero por alguna razón se vio obligada a no hablar del tema. Describí cómo a veces uno se siente amenazado si habla, ya sea por alguien externo a sí mismo o por una voz cruel interna. Agregué que el papel no sólo parecía tener un mensaje, tal vez para mí, sino que también parecía cubrir una parte muy privada de la región genital. También indiqué que, a veces, puede resultar muy difícil hablar conmigo de forma tan personal. Poco a poco, su historia surgió y está escrita en el libro *Complicaciones en el desarrollo de la sexualidad femenina* (Magagna y Pepper Goldsmith, 2009). Sí, fue abusada sexualmente repetidamente y la amenazaron con que si hablaba de ello matarían a su padre. Las manos de Grazia revelaron su historia secreta.

Conclusión

Quizás mis pensamientos presentados aquí fomentarán más apreciación por la desesperación, el amor, la esperanza presente en las manos que hablan. He llegado a respetar las manos que hablan desde el inconsciente como si fueran como un sueño narrando los sentimientos del alma. Comprender al infante aferrándose a mecanismos adhesivos a través de las manos de una manera que impide la intimidad con una madre, comprender las manos sin vida del desespero infantil, comprender las manos parpadeantes sin parar del infante proporciona señales importantes de que se requiere una intervención temprana entre los padres y su bebé. La dramatización del niño a través de las manos está llena de mensajes descriptivos que los padres y el terapeuta pueden vocalizar al joven infante o al niño que puede escuchar y entender, incluso si no abre su boca o aún no ha desarrollado el habla.

El infante y la parte infantil del niño que habla solo con gestos en psicoterapia están hambrientos de comprensión, incluso si están bloqueados por los labios sellados adhesivamente juntos. El bebé desarrolla una capacidad para sostener sentimientos y darles significado a través de la sujeción física de la madre y el padre nutricos junto con mensajes verbalizados de comprensión.

Ayudar a los padres, enfermeras y terapeutas a entender el lenguaje de las manos del infante y vincularlo con sus experiencias de contratransferencia fomenta un encuentro vivificante y sintonizado con un niño.

Notas

(1) @newFranzFerencLiszt (5 de enero de 2010). *Ashkenazy plays Rachmaninov Prelude Op.23 No.6 in E flat major*. [Archivo de video]. YouTube.

<https://www.youtube.com/watch?v=GOEBMHFsEwY>

(2) @newFranzFerencLiszt (2009, 15 de diciembre). *Ashkenazy plays Chopin Nocturne in C sharp Minor (No.20)* [Archivo de video]. YouTube.

<https://www.youtube.com/watch?v=m5qeuVOlbHk>

(3) Pueden leer una descripción más completa de la bebé Andrea en el libro de Marisa Pelella Mélega, Mariângela Mendes de Almeida y Mari-za Leite da Costa (editoras), *Looking and Listening: Work from the São Paulo Mother-Baby Relationship Study Centre*, en Karnak (2012).

Bibliografía

Aylsbury, V. (2016). *Hands in my world*. Australian Association of Infant Mental Health Inc. 29(3). Recuperado de:

<https://www.aaimh.org.au/resources/for-professionals/newsletter-archive/AAIMHI-v29-3-Aug-2016.pdf>

Bick, E. (1968). The experience of skin in early object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 558-566.

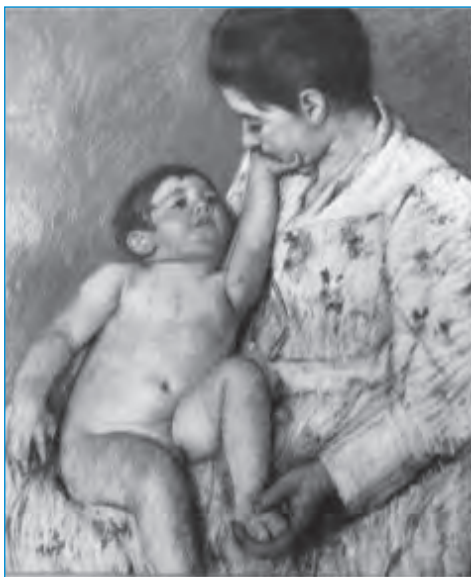
Cassatt, M. (1891). *Baby's First Steps*. Museo de Bellas Artes de Boston, Estados Unidos.

Connected Baby [@ConnectedbabyNet] (11 de julio de 2015). *Interview with Prof. Colwyn*

- Trevarthen: *Stories of Connection*. [Video]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=62S0g5Spbhk>: M
- Fraiberg, S. (1971). *Insights for the Blind: Comparative Studies of Blind and Sighted Infants*. Basic Books.
- Haag, G. (1984). Reflexions sur certain aspects du langage d'enfants autistes enc ours de Denumutisation. *Neuropsychiatre de l'enfance*, 32, 539-544.
- Houzel, D. (1999) A therapeutic application of infant observation in child psychiatry. *International Journal of infant observation*, 2, 42-53.
- Isaacs, S. (1948). The nature and function of phantasy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 29, 73-97.
- Keller, H. (1902). *The story of my life*. Penguin Publishing Group.
- Laznik, M. C. (2024). *De l'observation à l'action: Le champ de bataille du thérapeute confronté aux bébés à risque d'autisme*. XI Congrès International sur l'Observation du Bébé selon Esther Bick et ses Applications, AIDOOBB, Cuba, 19-20/2/24.
- Magagna, J. (2002). Three years of infant observation with Esther Bick. En: A. Briggs (Ed.) *Surviving Space. Papers on Infant Observation*. Karna.
- Magagna, J., Saba Veile, M. y Tizón, J. L. (Ed.) (2022). *El niño en silencio: la comunicación más allá de las palabras*. Herder.
- Magagna, J. y Pepper Goldsmith, T. (2009). Complications in the development of female sexuality. *Journal of Child Psychotherapy*, 35(1), 62-80.
- Melega, M. P., Mendes de Almeida, M. y Leite da Costa, M. (Eds.) (2012). *Looking and Listening*. Karnac.
- Meltzer, D. (1983). *Dreamlife*. Billings and Sons.
- Ouss, L., Le Normand, M-T., Bailly, K., Leitgel Gil-
le, M., Gosme, C., Simas, R., Wenke, J., Jeudon, X., Thepot, S., Da Silva, T., Clady, X., Thoueille, E., Afshar, M., Golse, B. y Guergova-Kuras, M. (2018). Developmental Trajectories of Hand Movements in Typical Infants and Those at Risk of Developmental Disorders: An Observational Study of Kinematics during the First Year of Life. *Frontiers in Psychology*, 19.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00083>
- Polanski, R. (director) (2002). *The pianist* [película]. Focus Features, Studio Babelsberg, Canal+ y StudioCanal +.
- Perry, B., Pollard, R., Blakley, T, Baker, W. y Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain: How "states" become "traits". *Infant Mental Health*, 16(4), 271-291.
- Reid, S. (1990). The importance of beauty in the psychoanalytic experience. *Journal of Child Psychotherapy*, 16(1), 29-52.
- Smith, S. (1957). *Not waving but Drowning*. Deutsch.
- Stern, D. (1985). *Interpersonal world of the infant*. Basic Books.
- Trevarthen, C. (2002). Making sense of infants making sense. *Intellectica*, 1(34), 161-188.
- Tustin, F. (1981). *Autistic States in Children*. Routledge.

Anexos

Ilustración 1. Mary Cassatt (1891), *Baby's First Steps*



Dominio público

Ilustración 2. “Dibujo de una joven de 15 años en terapia”



Aumento del diagnóstico del trastorno del espectro autista en un centro de salud mental infanto-juvenil: perspectiva de género

HELENA RIVERA ABELLÓ¹, DAVID LOSADA BRUNET¹,
NOELIA DÍAZ GONZÁLEZ¹ Y CRISTINA LOMBARDÍA FERNÁNDEZ¹

RESUMEN

La reciente literatura científica muestra una proporción cada vez mayor de diagnósticos de trastorno del espectro autista (TEA) en mujeres. En este estudio, mediante una muestra de un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) del 2020-21, se obtuvo una proporción hombres/mujeres con TEA de aproximadamente 2,50. Se describen algunas variables de la submuestra femenina del 2021, observándose retraso en su detección y la presencia de otros trastornos comórbidos, así como de acoso escolar. Sus mejores habilidades sociales, el enmascaramiento y la comorbilidad podrían ser responsables de su infradiagnóstico. **Palabras clave:** *trastorno espectro autista, TEA, autismo, infantojuvenil, diferencias de género, sesgo de género, mujeres.*

ABSTRACT

Increase in the diagnosis of autism spectrum disorder in a child and adolescent mental health center: gender perspective. Recent scientific literature shows an increasing proportion of autism spectrum disorder (ASD) diagnoses in females. In this study, using a sample from a Child and Adolescent Mental Health Center (CSMIJ, in Spanish) in 2020-21, a male/female ratio with ASD of approximately 2.50 was obtained. Some variables of the 2021 female subsample are described, with a delay in detection and the presence of other comorbid disorders, as well as bullying. Their better social skills, masking and comorbidity could be responsible for their underdiagnosis. **Keywords:** *autism spectrum disorder, ASD, autism, infantile-juvenile, gender differences, gender bias, females.*

RESUM

Augment del diagnòstic del trastorn de l'espectre autista en un centre de salut mental infantil i juvenil: perspectiva de gènere. La literatura científica recent mostra una proporció cada vegada més gran de diagnòstics de trastorn de l'espectre autista (TEA) en dones. En aquest estudi, mitjançant una mostra d'un centre de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) del 2020-21, s'ha obtingut una proporció homes/dones amb TEA d'aproximadament 2,50. S'han descrit algunes variables de la submostra femenina del 2021 i s'ha observat retard en la detecció i en la presència d'altres trastorns comòrbids, així com d'assetjament escolar. Les millors habilitats socials, l'emascarament i la comorbiditat podrien ser responsables d'aquest infradiagnòstic. **Paraules clau:** *trastorn espectre autista, TEA, autisme, infantil i juvenil, diferències de gènere, biaix de gènere, dones.*

Introducción

El trastorno del espectro autista (TEA) engloba un conjunto de trastornos del neurodesarrollo con distintas manifestaciones clínicas, que en las últimas clasificaciones se basa en la capacidad de comunicación y en los intereses restringidos o repetitivos (Sharma et al., 2018). Clásicamente, se relaciona, sobre todo, con el sexo

masculino. Aquí nos encontramos con un primer sesgo histórico. Las primeras descripciones clínicas del autismo datan de 1926, realizadas por la psiquiatra infantil rusa G. E. Sukhareva (Sher y Gibson, 2023; New y Kyuchukov, 2023; Sukhareva, 1930), con detalladas descripciones de perfiles clínicos tanto masculinos como femeninos. Su trabajo es prácticamente desconocido, ya que no sobrepasó las fronteras de su país

¹Parc Hospitalari Martí i Julià. Institut d'Assistència Sanitària, Salt (Girona), España.
Contacto: helena.rivera.ias@gencat.cat

Recibido: 4/3/24 - Aceptado: 26/8/24

hasta varias décadas después de los primeros trabajos realizados por los europeos L. Kanner y H. Asperger entre 1943 y 1944 (Sharma et al., 2018; Morris-Rosendahl y Crocq, 2020), a partir de los cuales se centran los estudios posteriores del autismo, dedicados mayoritariamente a poblaciones masculinas.

Por tanto, los criterios clínicos tenidos en cuenta en el TEA se produjeron con base en la presentación en el sexo masculino (Green et al., 2019; Beggiato et al., 2017).

Recientemente, muchos estudios están evaluando la presentación clínica de este trastorno en mujeres. Algunos estudios de cribado de TEA en población general infantil han hallado una proporción hombres/mujeres con TEA de aproximadamente un 2,5/1 – 3/1 (Green et al., 2019; Beggiato et al., 2017; Loomes et al., 2017) o incluso menor (Mattila et al., 2011; Tyler et al., 2023), si la comparamos con la proporción de 4/1 o 5/1 anteriormente conocida (Loomes et al., 2017; Tyler et al., 2023; Milner et al., 2019).

Estas ratios por género se elevan en la población clínica de TEA sin discapacidad intelectual, a una ratio de 9/1 (Brugha et al., 2011; Gillberg et al., 2006). Sin embargo, algunos estudios, en población general, han hallado diferencias mucho menores entre sexos en los casos de TEA de alto rendimiento, llegando hasta el 1,7/1 (Mattila et al., 2011).

En cambio, en los casos de TEA con discapacidad intelectual asociada, las proporciones de TEA por género disminuyen hasta un 2/1, con unas proporciones similares tanto en población general como clínica y un 6/1 para los casos de TEA sin discapacidad intelectual asociada (Ratto et al., 2018).

Todo esto hace pensar en un infradiagnóstico de TEA en población femenina (Green et al., 2019; Tyler et al., 2023) sobre todo en los casos de TEA sin discapacidad intelectual. Algunos estudios apuntan a que las ratios anteriores de TEA entre sexos eran debidas a un sesgo en el diagnóstico y en la comprensión del espectro autista, ya que los criterios estaban basados en síntomas predominantemente masculinos. Por esta razón, se postula que exista un fenotipo de presentación diferente del TEA femenino (Beggiato et al., 2017; Tyler et al., 2023; Milner et al., 2019; Ratto et al., 2018; Bargiela et al., 2016).

El fenotipo femenino del TEA se caracteriza por preservar la sociabilidad (Beggiato et al., 2017; Bargiela et al., 2016). Suelen tener mayor interés social y mayor deseo de ser aceptadas por el grupo de pares, más reciprocidad social y menos déficits comunicacionales (Young et al., 2018; Tyler et al., 2023). Otras diferencias destacables son que, en sexo femenino, se presenta mayor capacidad de juego imaginativo (Beggiato et al., 2017), mayor rango de expresiones faciales comunicativas, menores afectaciones sensoriales (Milner et al., 2019) y conductas repetitivas. En cuanto a los intereses circunscritos, estos son menores y suelen ser más aceptados socialmente (personas o mascotas) (Beggiato et al., 2017; Tyler et al., 2023). Las características de los intereses es uno de los principales ítems con buena capacidad de discriminación entre ambos sexos dentro del TEA (Beggiato et al., 2017).

El TEA femenino tendría menores puntuaciones que el masculino en los ítems del *Autism Diagnostic Observation Schedule - 2* (ADOS-2) y *Autism Interview Diagnostic - Revised* (ADI-R) (Beggiato et al., 2017), que describen la sintomatología externalizante: es decir, ellos presentan más alteraciones del comportamiento, hiperactividad y conductas repetitivas y estereotipadas; en cambio, ambos presentan puntuaciones similares en los ítems que describen la sintomatología internalizante del TEA, como ansiedad, clínica depresiva o problemas alimentarios (Cage et al., 2019). Esto explicaría que, en el TEA femenino, se pase más desapercibida en diferentes ámbitos, como en la escuela, y que se acuda menos a los servicios especializados. Además, si lo hacen, la sintomatología internalizante eclipsaría los síntomas TEA (Milner et al., 2019; Bargiela et al., 2016; Cage et al., 2018).

Estas diferencias en la sociabilidad del perfil TEA femenino se explican, en gran medida, por su gran capacidad de camuflaje o enmascaramiento (Young et al., 2018; Green et al., 2019; Milner et al., 2019; Cage et al., 2019; Parish-Morris et al., 2017; Lai et al., 2017): esto es, la capacidad de mimetizarse socialmente y adoptar actitudes y conductas superficiales más aceptadas a nivel social para parecer socialmente competentes. El enmascaramiento, producido consciente o inconscientemente (tono de voz, acentuación,

posturas, expresiones faciales), persigue su deseo de ser aceptadas (Milner et al., 2019; Cage et al., 2019) y encajar en un mundo neurotípico.

El enmascaramiento sostenido de forma consciente les produce un gran agotamiento, desgaste psicológico, así como pérdida y fragmentación de la propia identidad (Milner et al., 2019; Bargiela et al., 2016; Cage et al., 2019). Esto correlaciona con la presencia de niveles clínicos de ansiedad y de depresión (Bargiela et al., 2016; Cage et al., 2018; Lai et al., 2017), acompañados de sentimientos de soledad, dificultad para iniciar y mantener relaciones sociales y experiencias de victimización (Cage et al., 2019).

Las mujeres TEA se enfrentan a una doble discriminación, por ser mujeres y portadoras del diagnóstico TEA, por lo que se enfrentan a mayores exigencias sociales en relación a encajar con los convecionalismos. Esta necesidad de encajar hace que ellas presenten una proporción mayor de camuflaje con respecto a los hombres (Green et al., 2019; Cage et al., 2019). Debido a las situaciones descritas, la detección de TEA femenino puede verse dificultada, atrasada e infraestimada (Green et al., 2019; Beggiato et al., 2017; Tyler et al., 2023; Bargiela et al., 2016), lo que empeora su diagnóstico y la psicopatología concomitante (Bargiela et al., 2016; Cage et al., 2019).

Objetivos

En el 2021, se detectó que en el *Centro de Salud Mental del Gironès i Pla de l'Estany* (CSMIJ-Gi), el diagnóstico de TEA fue el más frecuente (18,4 %), seguido por el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.

El objetivo general del presente estudio es analizar la incidencia de los casos TEA diagnosticados durante 2020 y 2021 en el CSMIJ-Gi, teniendo en cuenta la variable sexo; así como describir las características clínicas y demográficas de la población TEA femenina diagnosticado en el CSMIJ-Gi durante 2021.

Los objetivos específicos son: 1) evaluar la incidencia (total y separada por sexos) de diagnósticos de TEA en nuestro CSMIJ en el 2020 y el 2021; 2) comparar la incidencia (total y separada por sexos) de diagnósticos de TEA en nuestro CSMIJ entre el 2020 y el 2021, teniendo

en cuenta los dos sexos asignados al nacer (femenino y masculino); 3) explorar la presencia de comorbilidad asociada en la muestra femenina del 2021; 4) observar edades más frecuentes de diagnóstico en el TEA femenino.

Material y métodos

El diseño corresponde a una serie de casos de dos años de duración (2020-2021) del registro de la incidencia de todos los casos diagnosticados de TEA del CSMIJ-Gi. Además, en la serie de casos incidentes del 2021, se realizó un registro de algunas variables clínicas y demográficas del TEA en el sexo femenino.

Los criterios de inclusión fueron: edades entre los cinco y los 17 años (ambos incluidos) y tener un diagnóstico de TEA realizado entre el 2020 y el 2021 en el CSMIJ-Gi. Los criterios de exclusión fueron tener unas edades fuera del rango establecido y tener un diagnóstico de TEA fuera de los años 2020 y 2021.

La recogida de datos la realizó cada referente clínico, rellenando una plantilla (ver *Tabla 1* del anexo) en la plataforma *Google Form*, como protocolo del estudio en el momento del diagnóstico para cada caso confirmado de TEA entre el 2020 y el 2021.

El diagnóstico de TEA se realizó mediante la valoración clínica de dos profesionales referentes del caso (un psiquiatra y un psicólogo clínico), utilizando los criterios diagnósticos del DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) y las pruebas de evaluación ADI-R y ADOS-2, para las cuales ambos referentes estaban formados.

A diferencia del periodo 2020, durante el 2021 se realizó una formación específica sobre el perfil TEA femenino a los profesionales del CSMIJ, con el objetivo de mejorar la precisión diagnóstica. Esta formación consistió en la transmisión de información actualizada y reciente tanto de los últimos estudios internacionales relacionados con el TEA, como del diagnóstico en el TEA femenino. Se desarrolló en un formato de ocho horas que se llevaron a cabo durante la jornada laboral de los mismos profesionales en diferentes días. Esta formación también la recibió el equipo de pediatras de la zona y los equipos de psicopedagogos de asesoramiento y orientación

del ámbito escolar.

Las variables de este estudio son independientes, clasificadas en dos tipos: variables cuantitativas discretas (*a, e, f*) y variables cualitativas (*b, c, d, g, h, i, j, k*).

Para el objetivo general, estas variables se estudiaron mediante estadística descriptiva, sin un contraste de hipótesis. En el caso de las variables cuantitativas se obtuvieron medias y para las variables cualitativas, proporciones y prevalencias.

Resultados

La incidencia total de TEA durante el año 2020 fue de 41, de los cuales 12 eran de sexo femenino y 29, masculino. La incidencia total de TEA del año 2021 fue de 86, 24 femenina y 62 masculina (ver *Tabla 2* del anexo).

En cuanto a la incidencia por sexos, en el femenino corresponde a $n = 12$ en el 2020, mientras que en 2021 es de $n = 24$, lo que supone un 100 % más de diagnósticos en 2021 respecto a 2020. En cuanto al sexo masculino, en 2020 se detectaron $n = 29$ y, en 2021, $n = 62$, lo que supone un aumento diagnóstico del 113,8 % (ver *Tabla 2* del anexo).

La proporción de casos TEA masculino/femenino es de 2,42 en el año 2020 y de 2,58 en el 2021.

En cuanto a las características clínicas y demográficas recogidas durante 2021 del diagnóstico de TEA femenino ($n = 24$), la media de edad fue de 11,7 años y la mediana, de 13,0 años. Agrupamos la edad de derivación al CSMIJ-Gi en dos franjas, de cinco a 11 años y de 12 a 18 años (ver *Tabla 3* del anexo). La primera franja de edad, que corresponde a la primera y segunda infancia ($n = 10$), es un 42 % del total. La segunda franja ($n = 14$) corresponde a la adolescencia y comprende un 58 % de los casos totales (ver *Tabla 3* del anexo).

En cuanto al origen de derivación, se puede observar en la *Tabla 4* del anexo.

Los distintos motivos de derivación son recogidos en la *Tabla 5* del anexo.

El 29 % ($n = 7$) de los casos había acudido anteriormente a centros de desarrollo infantil y atención precoz (CDIAP), que atienden a la población infantil de cero a cinco años con

sospecha o confirmación de alteraciones del neurodesarrollo. El resto, un 71 % ($n = 17$), no había acudido previamente a los CDIAP (ver *Tabla 6* del anexo).

De los 24 casos, un 42 % ($n = 10$) presentaba antecedentes personales de salud mental, mientras que el 58 % ($n = 14$), no, como se muestra en la *Tabla 7* del anexo. Además, solo un caso de los 24 (4 %) presentaba antecedentes de epilepsia. El 50 % ($n = 12$) de la muestra presentaba, al menos, otro trastorno psiquiátrico comórbido (ver *Tabla 8* del anexo).

En cuanto a la escolarización, un 88 % ($n = 21$) acudía a escolarización ordinaria. Un 8 % ($n = 2$) acudía al soporte intensivo de escolarización inclusiva (SIEI), mientras que el 4 % ($n = 1$) acudía exclusivamente a la escuela de educación especial (ver *Tabla 9* del anexo).

El 38 % ($n = 9$) refiere haber sufrido acoso escolar en alguna ocasión, mientras que el 62 % ($n = 15$) lo niega.

En cuanto a los cambios de escuela, un 33 % refiere haber realizado al menos un cambio, mientras que el resto, un 67 % ($n = 16$), no ha realizado cambios de escuela (ver *Tabla 10* del anexo).

Discusión

En la muestra se obtuvo un aumento muy significativo de la incidencia total de casos TEA entre el 2020 y el 2021 (más del doble de casos), con una proporción similar de nuevos casos en ambos sexos.

Este aumento del diagnóstico se relaciona con la introducción de una formación específica que recibieron los profesionales del CSMIJ-Gi sobre las características clínicas y la presentación típica del TEA femenino (especialmente en la adolescencia). Esto permitió tener un mayor conocimiento y sensibilidad de las características clínicas del TEA en población femenina y mejorar el diagnóstico.

En el estudio, se detecta una ratio TEA masculino/femenino mucho más cercana al de las últimas investigaciones (2,42 en el año 2020 y 2,58 en el 2021). La mayoría de literatura reciente, incluido este estudio, demuestran una mayor proporción de diagnósticos de TEA en población femenina respecto a la masculina de lo que

se pensaba anteriormente.

Existen varias circunstancias que podrían explicar este creciente aumento de diagnósticos de TEA en población femenina y su anterior infradiagnóstico, tales como la existencia de un sesgo masculino en la descripción y la identificación de los rasgos autísticos, la teoría del camuflaje o la teoría de la compensación en las niñas y mujeres con TEA (Montagut et al., 2018), un neurodesarrollo distinto en mujeres y en hombres, factores genéticos y neurobiológicos, etc.

En cuanto al momento de derivación de las niñas que se han diagnosticado de TEA durante 2021 en el CSMIJ-Gi, se observa un porcentaje mayor de pacientes que acuden a partir de los 12 años (58 %). Esto concuerda con lo que describen algunos autores (Mandy et al., 2018), que refieren distintas trayectorias para niños y niñas en el desarrollo del trastorno. A los siete años, los niños muestran más síntomas nucleares de TEA que las niñas (y estos son más concordantes con los síntomas clásicos descritos por Kanner y Asperger), mientras que en la adolescencia tienden a igualarse los dos géneros.

Tal como se observa en la muestra de este estudio, solo el 29 % de las pacientes diagnosticadas de TEA pasaron en algún momento por el CDIAP, lo que significa que solo esta minoría ha sido atendida y detectada de forma precoz y podría beneficiarse de una intervención intensiva y precoz de los síntomas, mientras que el resto recibiría un diagnóstico más tardío.

Estos resultados pueden evidenciar un infradiagnóstico en TEA en sexo femenino en la primera infancia, ya que ellas presentan mayores habilidades sociales y mejor desarrollo lingüístico y no es hasta la adolescencia cuando aumenta la complejidad de las relaciones, y las exigencias del ambiente, cada vez mayores, que requieren ayuda (Montagut et al., 2018).

Esto hace pensar en que la mayoría pudo utilizar de forma funcional las estrategias de camuflaje, asimilación e imitación durante todo su desarrollo, y esto puede haber contribuido a la detección tardía de su diagnóstico. Las niñas pasan más desapercibidas y presentan menores alteraciones funcionales al ser más sociales, con intereses más socialmente aceptados por su grupo de iguales (aunque con algunas variaciones en la intensidad y la calidad) (Ruggieri y

Arberas, 2016) y raramente con trastornos del lenguaje. Es por ello por lo que se deben tener en cuenta estas características clínicas asociadas al perfil TEA femenino, ya que las dificultades sociales y emocionales tienen un mayor valor predictivo para el diagnóstico en ellas que en ellos.

Las dificultades de adaptación al grupo social también se relacionan con las elevadas tasas de acoso escolar recibidas, quedando en nuestra muestra representada por un 38 %. El camuflaje es una de sus principales herramientas para encajar en un mundo neurotípico, pero muchas veces, al no ser suficiente, acaban siendo objeto de burla, repercutiendo esto en su estado de ánimo.

Además, las jóvenes con TEA, cuando llegan a la pubertad, son socialmente más inmaduras y pasivas que sus pares típicos. En un momento en el que se amplían los intereses sociales, ellas quedan en un mundo más infantil, limitado y con intereses más restringidos (Ruggieri y Arberas, 2016); en general, están en la periferia de las actividades sociales. En la escuela primaria pueden pasar desapercibidas, aunque en la secundaria suelen padecer hostigamiento, lo que incrementa su grado de aislamiento (Langmann et al., 2017). Las consecuencias inmediatas de haber vivido estas experiencias tan negativas se asocian a experimentar ansiedad, depresión y sensación de pérdida de identidad.

En cuanto al motivo de consulta, existe una diferencia, ya que el TEA femenino suele presentar más trastornos de carácter internalizante, contrariamente a lo que ocurre en el masculino, que suelen presentar más síntomas nucleares del TEA (Ruggieri y Arberas, 2016). Concretamente en nuestra muestra, el segundo motivo principal de derivación del TEA femenino fue por ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo (21 %) y el tercero, depresión (17 %), siendo el motivo principal por sospecha del diagnóstico TEA (25 %).

Además del motivo de derivación, se encuentra que las personas que padecen TEA presentan una alta comorbilidad. Según la literatura, el 70 % de los sujetos con TEA puede tener un trastorno mental comórbido y el 40 % puede presentar dos o más (aunque este número es significativamente menor que en los hombres)

(Montagut et al., 2018). En la muestra del presente estudio, se observa que el 50 % de TEA femenino presentaba, por lo menos, otro trastorno mental.

A pesar de estas dificultades sociales y clínicas descritas, se observa en esta muestra que la gran mayoría de las pacientes diagnosticadas con TEA acuden de forma ordinaria a la escuela (88 %), siendo en ellas menor la necesidad de una adaptación curricular o de un soporte continuado en el aula (SIEI) o de la atención de una escuela de educación especial. Esto puede relacionarse con el hecho que las pacientes con TEA suelen ser capaces de tener un buen funcionamiento académico y ajustarse a las exigencias ordinarias.

El 33 % de la muestra diagnosticada con TEA femenino ha realizado, como mínimo, un cambio de escuela, lo que podría explicarse por diferentes motivos, tales como intereses de la familia, mejores adaptaciones curriculares a las necesidades de la menor o acoso escolar.

La literatura apoya que los métodos e instrumentos de evaluación (tales como ADI-R y ADOS-2) discriminan correctamente el TEA con características típicamente masculinas, pero tienen una baja sensibilidad para detectar los casos de TEA femenino (como también sucede para personas mayores, trastornos de personalidad o alta capacidad intelectual) (Ruggieri y Arberas, 2016). Se valora que el sexo femenino, en general, tiene valores más bajos de gravedad en las pruebas de la escala de observación para el diagnóstico del autismo y mejor puntuación en las pruebas de motricidad fina (Montagut et al., 2018).

Sabemos que las niñas sin problemas intelectuales o de conducta pueden afrontar mejor sus dificultades porque presentan una mayor comprensión de los diferentes contextos sociales. Por eso, es importante realizar una evaluación del cociente intelectual para poder valorar el posible sesgo en las pruebas específicas para valorar TEA.

Conclusiones

La literatura previa describe que, cuando los síntomas de los pacientes corresponden a las características nucleares del TEA (hecho que

sucede especialmente en pacientes del sexo masculino), son detectados y diagnosticados con mayor facilidad y más tempranamente. Pero cuando sus características se corresponden con el fenotipo femenino, observamos tanto un retraso como una disminución del diagnóstico, lo que puede agravar el cuadro. A esto se le añade el impacto en su funcionamiento diario y en su participación social, en sus logros académicos, sociales y oportunidades laborales, con un elevado coste tanto emocional como económico en el seno familiar (Montagut et al., 2018).

Para favorecer una detección temprana del TEA femenino, con la subsiguiente de menor discriminación y rechazo social, disminución del autoestigma y promoción de una sensación de identidad positiva, se sugiere ampliar el conocimiento con relación a los diferentes perfiles del TEA (Bargiela et al., 2016).

Esto lleva a pensar en la necesidad de atender a la variabilidad de expresión, es decir, a la calidad de los intereses, a su intensidad y ver si afectan a otros aspectos sociales. También al uso de técnicas más específicas de evaluación con menos sesgos, así como en los criterios diagnósticos (APA, 2013). Esto permitirá una detección más temprana, un abordaje precoz y una mejor calidad de vida personal y familiar.

Para conseguir una intervención más apropiada, parece esencial poder dotar a las jóvenes con TEA de la comprensión de su condición y de los síntomas disfuncionales, trabajar el camuflaje, y prevenir las crisis ansiosas por agotamiento, con el fin de que estas puedan ser entendidas y recogidas por la familia y el sistema educativo.

Por todo ello, se considera primordial la formación continuada en el ámbito sanitario y en el educativo para mejorar la comprensión y detección del TEA, especialmente en mujeres.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Guía De Consulta De Los Criterios Diagnósticos Del DSM-5(R): Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5(R)*. American Psychiatric Publishing.
- Bargiela, S., Steward, R. y Mandy, W. (2016). *The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation*

- of the Female Autism Phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(10), 3281–3294. 10.1007/s10803-016-2872-8
- Beggiato, A., Peyre, H., Maruani, A., Scheid, I., Rastam, M., Amsellem, F., Gillberg, C. I., Leboyer, M., Bourgeron, T., Gillberg, C. y Delorme, R. (2017). Gender differences in autism spectrum disorders: Divergence among specific core symptoms. *Autism Research*, 10(4), 680–689. 10.1002/aur.1715
- Brugha, T. S., McManus, S., Bankart, J., Scott, F., Purdon, S., Smith, J., Bebbington, P., Jenkins, R. y Meltzer, H. (2011). Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. *Archives of General Psychiatry*, 68(5), 459–465. 10.1001/archgenpsychiatry.2011.38
- Cage, E., Di Monaco, J. y Newell, V. (2018). Experiences of Autism Acceptance and Mental Health in Autistic Adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(2), 473–484. 10.1007/s10803-017-3342-7
- Cage, E. y Troxell-Whitman, Z. (2019). Understanding the Reasons, Contexts and Costs of Camouflaging for Autistic Adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(5), 1899–1911. 10.1007/s10803-018-03878-x
- Gillberg, C., Cederlund, M., Lamberg, K. y Zeijl, L. (2006). Brief report: “the autism epidemic”. The registered prevalence of autism in a Swedish urban area. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(3), 429–435. 10.1007/s10803-006-0081-6
- Green, R. M., Travers, A. M., Howe, Y. y McDougle, C. J. (2019). Women and Autism Spectrum Disorder: Diagnosis and Implications for Treatment of Adolescents and Adults. *Current Psychiatry Reports*, 21(4), 22. 10.1007/s11920-019-1006-3
- Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y., Fombonne, E., Laska, E., Lim, E., Cheon, K., Kim, S., Kim, Y., Lee, H., Song, D. y Grinker, R. R. (2011). Prevalence of Autism Spectrum Disorders in a Total Population Sample. *American Journal of Psychiatry*, 168(9), 904–912. 10.1176/appi.ajp.2011.10101532
- Lai, M., Lombardo, M. V., Ruigrok, A. N., Chakrabarti, B., Auyeung, B., Szatmari, P., Happé, F. y Baron-Cohen, S. (2017). Quantifying and exploring camouflaging in men and women with autism. *Autism*, 21(6), 690–702. 10.1177/1362361316671012
- Langmann, A., Becker, J., Poustka, L., Becker, K. y Kamp-Becker, I. (2017). Diagnostic utility of the autism diagnostic observation schedule in a clinical sample of adolescents and adults. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 34, 34–43. 10.1016/j.rasd.2016.11.012
- Loomes, R., Hull, L. y Mandy, W. (2017). What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56 (6) pp. 466–474. <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1558343>
- Mandy, W., Pellicano, L., St Pourcain, B., Skuse, D. y Heron, J. (2018). The development of autistic social traits across childhood and adolescence in males and females. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(11), 1143–1151. 10.1111/jcpp.12913
- Mattila, M., Kielinen, M., Sirkka-Liisa, L., Jussila, K., Ebeling, H., Bloigu, R., Joseph, R. M. y Moilanen, I. (2011). Autism Spectrum Disorders According to DSM-IV-TR and Comparison With DSM-5 Draft Criteria: An Epidemiological Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(6), 583–592. 10.1016/j.jaac.2011.04.001
- McFayden, T. C., Putnam, O., Grzadzinski, R. y Harrop, C. (2023). Sex Differences in the Developmental Trajectories of Autism Spectrum Disorder. *Current Developmental Disorders Reports*, 10(1), 80–91. 10.1007/s40474-023-00270-y
- Milner, V., McIntosh, H., Colvert, E. y Happé, F. (2019). A Qualitative Exploration of the Female Experience of Autism Spectrum Disorder (ASD). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(6), 2389–2402. 10.1007/s10803-019-03906-4
- Montagut Asunción, M., Mas Romero, R. M., Fernández Andrés, M. I. y Pastor Cerezuela, G. (2018). Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión. *Escritos De Psicología*, 11(1), 42–54. 10.5231/psy.writ.2018.2804
- Morris-Rosendahl, D. J. y Crocq, M. (2020). Neurodevelopmental disorders-the history and future of a diagnostic concept. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22(1), 65–72. 10.31887/

DCNS.2020.22.1/macroccq

New, W. S. y Kyuchukov, H. (2023). Sukhareva's (1930) 'Toward the problem of the structure and dynamics of children's constitutional psychopathies (Schizoid forms)': a translation with commentary. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 32(8), 1453-1461. 10.1007/s00787-022-01948-1

Parish-Morris, J., Cieri, C., Herrington, J. D., Y., Bateman, B. E., Donaher, L., Ferguson, J., Pandey, E., Schultz, J. y Robert, T. (2017). Linguistic camouflage in girls with autism spectrum disorder. *Molecular Autism*, 8(1), 48. 10.1186/s13229-017-0164-6

Ratto, A. B., Kenworthy, L., Yerys, B. E., Bascom, J., Wieckowski, A. T., White, S. W., Wallace, G. L., Pugliese, C., Schultz, R. T., Ollendick, T. H., Scarpa, A., Seese, S., Register-Brown, K., Martin, A. y Anthony, L. G. (2018). What About the Girls? Sex-Based Differences in Autistic Traits and Adaptive Skills. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(5), 1698-1711. 10.1007/s10803-017-3413-9

Ruggieri, V. L. y Arberas, C. L. (2016). Autismo en las mujeres: aspectos clínicos, neurobiológicos y genéticos. *Revista de neurología*, 62(S01), 21. doi:10.33588/rn.62S01.2016009

Sharma, S. R., Gonda, X. y Tarazi, F. I. (2018). Autism Spectrum Disorder: Classification, diagnosis and therapy. *Pharmacology & Therapeutics*, 190, 91-104. 10.1016/j.pharmthera.2018.05.007

Sher, D. A. y Gibson, J. L. (2023). Pioneering, prodigious and perspicacious: Grunya Efmoyna Sukhareva's life and contribution to conceptualising autism and schizophrenia. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(3), 475-490. 10.1007/s00787-021-01875-7

Young, H., Oreve, M. y Speranza, M. (2018). Clinical characteristics and problems diagnosing autism spectrum disorder in girls. *Archives De Pédiatrie: Organe Officiel De La Société Française De Pédiatrie*, 25(6), 399-403. 10.1016/j.arcped.2018.06.008

Anexos

Tabla 1. Datos demográficos y clínicos

DATOS RECOGIDOS	
a) Fecha nacimiento	dd/mm/aaaa
b) Sexo al nacer	H/M
c) Origen de derivación	Neuropediatra Pediatra Médico familia Urgencias CDIAP (centro de desarrollo infantil y atención precoz) EAP (equipo de asesoramiento y orientación psicopedagógica) Centros privados de neuropsicología y pedagogía (SAGI, HEIA) Familia
d) Motivo de derivación	Sospecha trastorno del espectro autista (TEA) Diagnóstico trastorno del espectro autista (TEA) Sospecha trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), tics Dificultades académicas, de relación y comunicación Ansiedad Depresión Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) Trastorno de la conducta alimentaria (TCA) Alteraciones conductuales
e) Edad de derivación	años
f) Fecha del diagnóstico	dd/mm/aaaa

g) Antecedentes de haber acudido a centros de atención precoz (CDIAP)	SI/NO
h) Comorbilidades	SI/NO
i) Tipo de escolarización	Ordinaria Escuela educación especial Soporte Intensivo de Escolarización Inclusiva (SIEI)
j) Cambios de escolarización	SI/NO
k) Antecedentes de bullying	SI/NO

Tabla 2. Incidencia de casos TEA durante 2020 y 2021

Incidencia TEA	Hombres	Mujeres	Total
Año 2020	29 (71 %)	12 (29 %)	41
Año 2021	62 (72 %)	24 (28 %)	86

Tabla 3. Edades agrupadas en rangos

Edades agrupadas en rangos	N	%
5-11 años	10	42 %
12-18 años	14	58 %
Total	24	100 %

Tabla 4. Origen de derivación

Origen de derivación	N	%
Medicina comunitaria (Pediatría y Medicina de Atención Primaria)	11	46 %
Equipo de Asesoramiento y orientación Psicopedagógica (escuelas)	4	17 %
Centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (<5 años)	3	13 %
Urgencias	2	8 %
Neuropediatría	2	8 %
Centros privados de neuropsicología y pedagogía	1	4 %
Familia de la paciente	1	4 %
Total	24	100 %

Tabla 5. Motivo de derivación

Motivo de derivación	N	%
Sospecha de Trastorno del Espectro Autista	11	46 %
Ansiedad o Trastorno Obsesivo Compulsivo	4	17 %
Depresión	3	13 %
Diagnóstico establecido de Trastorno del Espectro Autista (por otros profesionales o centros)	2	8 %
Alteraciones conductuales	2	8 %

Trastorno de la Conducta Alimentaria	1	4 %
Dificultades de relación o comunicación	1	4 %
Sospecha de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	24	100 %
Total		

Tabla 6. Asistencia previa a los CDIAP

Asistencia previa a CDIAP	N	%
Si	7	29 %
No	17	71 %
Total	24	100 %

Tabla 7. Diagnóstico anterior

Diagnósticos anteriores	N	%
Si	10	42 %
No	14	58 %
Total	24	100 %

Tabla 8. Comorbilidad actual

Comorbilidad	N	%
Si	12	50 %
No	12	50 %
Total	24	100 %

Tabla 9. Escolarización

Escolarización	N	%
Ordinaria	21	88 %
SIEI	2	8 %
Educación especial	1	4 %
Total	24	100 %

Tabla 10. Cambios de centro educativo

Cambios en la escolarización	N	%
Si	8	33 %
No	16	67 %
Total	24	100 %

Factores de riesgo para el diagnóstico de trastorno mental en edad escolar*

CARLAMARINA RODRÍGUEZ PEREIRA¹ Y PALOMA ORTIZ SOTO²

RESUMEN

El objetivo de este estudio es identificar la posible asociación entre algunos factores importantes para la vinculación del bebé y recibir un diagnóstico de trastorno mental en la edad escolar. Se realiza un estudio de casos y controles con muestra ambulatoria del Distrito Retiro de Madrid, formada por 220 menores de entre 6 y 12 años (110 casos y 110 controles). A través de un cuestionario de factores de riesgo se evalúa la presencia durante los tres primeros años de vida de factores de riesgo y protectores, así como variables descriptivas y de control. El análisis de datos consistió en un análisis descriptivo, análisis bivalente (OR) y análisis multivalente (Regresión Logística Binaria). Los factores de riesgo y protectores que mantienen la significación estadística a lo largo de los dos modelos de regresión son: cambios de cuidador, antecedentes psiquiátricos de los padres, ingresos hospitalarios, lactancia artificial, lactancia durante al menos 6 meses y ser el primogénito. Acumular más de tres factores se asocia significativamente al diagnóstico. Los resultados confirman la hipótesis de partida, siendo necesario un estudio prospectivo, con mayor muestra para superar algunas de las limitaciones del presente trabajo. **Palabras clave:** *factor de riesgo, factor protector, trastorno mental, estudio casos y controles.*

ABSTRACT

Risk factors for the diagnosis of mental disorder at school age. The aim of this study is to identify the possible correlation between some important factors for infant bonding and receiving a diagnosis of mental disorder at school age. A case-control study was carried out with an outpatient sample from the Retiro district of Madrid, consisting of 220 children aged 6 to 12 years (110 cases and 110 controls). A risk factor questionnaire was used to evaluate the presence of risk and protective factors during the first three years of life, as well as descriptive and control variables. Data analysis consisted of descriptive analysis, bivariate analysis (OR) and multivariate analysis (Binary Logistic Regression). The risk and protective factors that maintain statistical significance across the two regression models are: caregiver changes, parental psychiatric history, hospital admissions, artificial breastfeeding, breastfeeding for at least 6 months and being the firstborn. Accumulating more than three factors is significantly associated with the diagnosis. The results confirm the initial hypothesis, and a prospective study with a larger sample is needed to address some of the limitations of the present study. **Keywords:** *risk factor, protective factor, mental disorder, case-control study.*

RESUM

Factors de risc per al diagnòstic de trastorn mental en edat escolar. L'objectiu d'aquest estudi és identificar la possible associació entre alguns factors importants per a la vinculació del nadó i rebre un diagnòstic de trastorn mental durant l'edat escolar. Es va realitzar un estudi de casos i controls amb una mostra ambulatoria del districte del Retiro de Madrid, formada per 220 menors d'entre 6 i 12 anys (110 casos i 110 controls). Mitjançant un qüestionari de factors de risc, es va avaluar la presència de factors de risc i protectors durant els tres primers anys de vida, així com variables descriptives i de control. L'anàlisi de dades va consistir en una anàlisi descriptiva, anàlisi bivariant (OR) i anàlisi multivariant (regressió logística binària). Els factors de risc i protectors que mantenen la significació estadística en ambdós models de regressió són: canvis de cuidador, antecedents psiquiàtrics dels pares, ingressos hospitalaris, lactància artificial, lactància durant almenys 6 mesos i ser el primogènit. L'acumulació de més de tres factors es va associar significativament amb el diagnòstic. Els resultats confirmen la hipòtesi inicial, tot i que fan necessari un estudi prospectiu amb una mostra més gran per superar algunes de les limitacions d'aquest treball. **Paraules clau:** *factor de risc, factor protector, trastorn mental, estudi de casos i controls.*

*En este artículo se presentan algunos resultados pertenecientes a un estudio más amplio que constituye una tesis doctoral (Rodríguez, 2016).

¹Psicóloga especialista en Psicología Clínica. Doctora en Psicología. Responsable del Hospital de Día Infantojuvenil de Oviedo (SESPA). Profesora Asociada de la Universidad de Oviedo. Colaboradora docente en la Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA). Presidenta de la Subcomisión de Psicología Clínica de Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del Principado de Asturias. ²Psiquiatra infantil y de la adolescencia. Psicoterapeuta de niños y adolescentes. ADI Atención al Desarrollo Integral, Madrid. Contacto: carlamarinarodriguezpe@gmail.com

Recibido: 14/8/23 - Aceptado: 23/9/24

Introducción

El primer estudio sistemático de epidemiología en psiquiatría de niños y adolescentes fue realizado por Lapouse y Monk (1958) e informó de una alta prevalencia de trastornos emocionales y conductuales en niños de entre seis y 12 años. Desde ese primer estudio y el conocido con diagnósticos clínicos de Rutter (Rutter et al. 1976), los estudios de epidemiología han ido aumentando paulatinamente siendo los resultados en ocasiones discordantes; principalmente porque son realizados con diferentes tipos de poblaciones, pero también debido a carencias metodológicas. Algunas dificultades específicas de estos estudios tienen que ver con la definición de “caso” y el uso de instrumentos de evaluación adecuados y adaptados a las poblaciones específicas.

En Estados Unidos, se informa de que del 2 al 25 % de los niños en edad escolar y el 13 % de los preescolares padecen un trastorno emocional o conductual (Brandenburg et al., 1990; Lavigne et al., 1993). Según Kessler et al. (2005), la mitad de todos los casos de trastornos mentales que duran toda la vida empiezan sobre los 14 años de edad. Las tasas de prevalencia globales encontradas se sitúan entre 14-20 % de la población infantil y juvenil, siendo el rango 17-20 % el más repetido. De estos porcentajes, el 2 % corresponde a trastornos graves, el 7-8 % a trastornos de gravedad moderada, y el resto a psicopatología leve. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere una prevalencia del 20 % de trastornos mentales de niños y adolescentes en todo el mundo, de los que entre el 4 y el 6 % de los niños y adolescentes padecen un trastorno mental grave (OMS, 2005).

Los factores de riesgo (y protectores), definidos como características o eventos cuya presencia se asocia con un incremento o disminución de la probabilidad de que aparezca un resultado específico, no son necesariamente eventos discretos o características estáticas que puedan ser identificadas y clasificadas. El factor de riesgo es un concepto relacional, ya que se refiere a una característica, evento o experiencia que se relaciona con un resultado particular. Por otra parte, el estatus de factor de riesgo es condicional, ya que la relación factor de

riesgo-resultado depende de un número de condiciones, incluyendo características del propio factor de riesgo (por ejemplo duración, intensidad, ritmo de exposición durante el desarrollo), de la población (por ejemplo edad, sexo, etnia), o de otras variables con las cuales el factor de riesgo podría asociarse (por ejemplo presencia o ausencia de otras características, eventos o experiencias del individuo), y características del resultado (por ejemplo cómo y cuándo el resultado es definido y medido). Por último, un factor de riesgo es un concepto procesual, pues de alguna forma influye, inicia, o altera procesos críticos dentro de la vida de la persona o los sistemas dentro de los que la persona funciona.

La investigación sobre “factores de riesgo” es inherentemente evolutiva desde que se enfoca en las influencias y resultados a lo largo del tiempo y los procesos que los conectan (Kazdin et al., 1997). Los factores de riesgo varían en la extensión con la cual son robustos a través de condiciones y en su fuerza y dirección del efecto (Kazdin et al. 1997). El hecho de que exposiciones previas a estresores graves o permanentes incrementen la respuesta a otros estresores menos intensos de la vida diaria es una idea común a los diferentes modelos etiológicos. Esto se ha denominado *efecto acumulativo* o *procesos de sensibilización conductual*.

El factor de riesgo trastoca el desarrollo biológico, cognitivo y emocional, pudiendo producir la aparición de un trastorno psicopatológico. Debido a esto, conceptos como vulnerabilidad y resiliencia pueden considerarse conceptos cercanos al de factor de riesgo.

Los factores de protección operan para promover un desarrollo adaptado y para diluir o contrabalancear el impacto negativo de los factores de riesgo, reduciendo la probabilidad de que estos lleguen a producir consecuencias negativas. Los factores protectores también pueden funcionar de manera interactiva, tal que la presencia de alguno de ellos reduzca el riesgo de consecuencias negativas dentro de un grupo de alto riesgo, pero que tenga un impacto limitado dentro de un grupo con riesgo menor (Glantz, 1992).

Tanto los teóricos psicoanalíticos como los teóricos del apego sitúan en la primera infancia

los momentos críticos en el desarrollo afectivo, emocional y cognitivo del niño. Actualmente, las neurociencias están avalando estos principios teórico-clínicos, ya que sitúan la mayor parte del desarrollo cerebral secuencial y dependiente del uso en la infancia temprana (Fonagy et al., 2001). La evidencia científica parece confirmar que un apego sano o seguro es un factor importante a la hora de conseguir una buena salud mental. La calidad del apego quedaría determinada, siguiendo a Belda (2007), por una serie de factores, tanto del neonato (temperamento, prematuridad, lesiones cerebrales, discapacidades físicas y mentales, complicaciones en el período intrauterino y perinatal) como de los cuidadores y su entorno (sensibilidad, red de apoyo social, nivel socioeconómico, relaciones de pareja, ambiente laboral, trastornos psicopatológicos, personalidad y número de hijos).

En contraste con la idea predominante, los niños son más vulnerables al trauma y la negligencia que los adolescentes y los adultos. Cuanto menor es el niño, más probable es que pueda desarrollar problemas profundos y duraderos tras el trauma. La negligencia severa en los primeros años de vida puede tener un impacto devastador incluso si, un niño es cambiado del ambiente negligente (Perry, 2002) y cuanto más tiempo permanece en ese tipo de ambiente, más aumenta su vulnerabilidad (O'Connor et al., 2000).

Objetivos e hipótesis

Partiendo de la Hipótesis General de que los potenciales factores de riesgo que hacen su aparición durante los tres primeros años de vida, alterando la adecuada vinculación con los cuidadores principales, generan un aumento del riesgo a desarrollar trastornos mentales que se manifestaría en periodos posteriores, se plantean como objetivos generales: aumentar el conocimiento sobre el inicio de las manifestaciones de los trastornos mentales en edad escolar y analizar la asociación entre la exposición durante los tres primeros años de vida del niño de los potenciales factores de riesgo y/o protectores y la aparición, en edad escolar, de trastornos mentales.

Método e instrumentos

Para responder a estos objetivos e hipótesis se lleva a cabo un estudio de casos y controles con población clínica ambulatoria. La muestra del estudio está compuesta por 220 menores residentes en el Distrito de Retiro de Madrid, habiendo estimado el tamaño adecuado según las tablas de Lwanga y Lemeshow (1991) entre 50 y 90 sujetos por grupo.

Los criterios de inclusión en el grupo de casos fueron: niño/a residente en distrito de Retiro, remitido al servicio infanto-juvenil por primera vez, tener entre seis y 12 años y diagnóstico de trastorno mental según CIE-9. Los criterios de exclusión son: haber sido diagnosticado de trastorno mental orgánico y/o retraso mental antes de los 6 años en el mismo u otro centro.

Los criterios de inclusión para el grupo de controles fueron: niño entre seis y 12 años residente en el distrito de Retiro, que acude a consulta del pediatra a la *revisión del niño sano* o consulta por enfermedad menor sin diagnóstico de trastorno mental y aceptación por padre o madre de la participación en el estudio. Los criterios de exclusión son: menores con retraso mental o trastorno mental actual, con antecedentes de consulta a salud mental infanto-juvenil, diagnósticos o tratamientos previos, encontrarse en proceso de evaluación o tratamiento en el momento de realizarse la recogida de información o haber sido diagnosticado o tratado psiquiátrica o psicológicamente con anterioridad, tanto en centros públicos como privados y superar el punto de corte en la Lista de Síntomas Pediátricos (PSC-17) (Gardner, et al. 1999).

El reclutamiento de los controles se llevó a cabo en el centro de atención primaria (CAP) de Adelfas (Madrid), al que se acudió durante varios meses en distintos días de la semana para solicitar al tutor de los menores la participación en el estudio. Se solicitó la participación a 123 familias, de las cuales aceptaron participar 117. Se realiza una entrevista en la que se rellena el *Cuestionario de Factores de Riesgo* y la escala de cribado de diagnóstico (con el objetivo de valorar la posible existencia de síntomas que indicarían remisión a Salud Mental). Se eliminan cinco participantes por superar la nota de corte o por tener antecedentes de diagnósticos o tratamientos previos.

Se eliminan otros dos participantes por faltar mucha información.

La muestra de “casos” se seleccionó a través de la revisión de las historias clínicas desde 2005 hasta 2010, incluyéndose todos aquellos en los que se cumplían los criterios de inclusión y no existían criterios de exclusión. También se eliminaron aquellos casos en los que por no finalización de la evaluación no se obtiene información suficiente. Del total de pacientes nuevos atendidos (428), 131 tenían entre seis y 12 años. De estos, 127 reciben un diagnóstico y 118 no tienen antecedentes. Finalmente, se eliminan ocho casos por no tener información suficiente, con lo que se incluyen 110 casos en el estudio.

Variables

La *Variable Efecto o Resultado* se define como presencia/ausencia de trastorno mental, con independencia de la categoría diagnóstica, y es esta la variable que se utiliza para definir el grupo de “casos” del estudio.

Todos los *factores de riesgo o protectores* que han sido tenidos en cuenta en el estudio se definen siempre referidos a los tres primeros años de vida del niño y pueden verse agrupados en diferentes categorías en la Tabla 1 del anexo.

Se consideran, además, el sexo, la edad, variables *clínico-demográficas* relacionadas con la situación de la familia y la situación escolar del niño en el momento de recogida de la información.

Instrumentos de evaluación

Cuestionario de Factores de Riesgo. Cuestionario elaborado ad hoc para el estudio utilizando el *Modelo de Historia Clínica Infanto-Juvenil* utilizado en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Centro de Salud Mental de Retiro y el *Cuestionario Clínico-Biográfico Infantil* (CCBI) de Rodríguez Sacristán (2000). Tras una pequeña prueba piloto (aplicada a 10 casos y 10 controles) y una valoración de expertos, se realiza una depuración y corrección para confeccionar el cuestionario final.

Pediatric Symptom Checklist-PSC-17 (Gardner et al., 1999). Escala de cribado de psicopatología abreviada por Gardner de la original (PSC) de 35 ítems. Sus estudios proporcionaron una validación, tanto estadística (Gardner et al.,

1999) como clínica (Gardner et al., 2007) de la forma del PSC de 17 ítems, situándose el punto de corte en 15 puntos.

Análisis de datos

Tras una depuración de la base de datos comprobando el número de perdidos aceptable en las variables cualitativas (menos del 5 %), se realiza un análisis descriptivo de ambos grupos y se comprueba la equivalencia en las variables sociofamiliares y educativas. El segundo paso consistió en un análisis bivalente de cada uno de los factores de riesgo con la variable efecto principal utilizando la Odds Ratio (OR). El tercer paso es un análisis multivariante. Primero se realiza un análisis estratificado de forma exploratoria para detectar los posibles factores que pudiesen estar asociados entre sí y, por lo tanto, potencialmente funcionar como variables de confusión. Se llevan a cabo regresiones logísticas binarias con cada uno de los factores de riesgo y protectores que resultaron significativamente asociados al trastorno mental en el análisis bivalente. Se realizan dos modelos de regresión con cada uno de los factores: en un primer bloque, se incluyen las variables control seleccionadas por mostrar asociación con la variable resultado. En un segundo bloque, se introducen aquellos factores de riesgo que están asociados con el factor de riesgo estudiado en el modelo. Para todos los análisis, se ha utilizado el paquete estadístico informatizado SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 15.0 para Windows (IBM Corp. 2006).

Resultados

Análisis de características sociofamiliares y educativas

De los 220 niños que forman la muestra total, el 48,8 % son niñas y el 51,4 %, niños. Hay un mayor porcentaje de varones en el grupo de casos, siendo la diferencia estadísticamente significativa. La media de edad es de 8,86 años y no es estadísticamente diferente en ambos grupos. En ambos grupos, todos los niños se encuentran tutelados por uno o ambos padres. La mayoría conviven con ambos padres, que están casados, con nivel económico medio, trabajando en ocupaciones de alta cualificación y con un

nivel educativo medio. Ambos grupos son equivalentes en todas las variables sociofamiliares, excepto en el nivel económico, la ocupación de la madre, el nivel educativo del padre y la madre y la inmigración, existiendo asociación estadísticamente significativa entre estas cinco variables y recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar.

Ambos grupos son comparables en todas las variables educativas, excepto en la edad de escolarización, siendo significativamente más tardía en el grupo de casos, en el tipo de centro escolar (mayor número de centros privados en el grupo de casos) y en el rendimiento (significativamente peor en el grupo de casos).

En cuanto a los diagnósticos en el grupo de casos, el 49,1 % estaban diagnosticados de trastorno emocional y la segunda categoría más frecuente fueron los trastornos del comportamiento (12,7 %).

Resultados del análisis principal bivalente

Se encuentra una asociación estadísticamente significativa ($Z = -4,042$; $p < 0,000$) entre *número de ingresos hospitalarios y número de intervenciones quirúrgicas* ($Z = -2,631$; $p < 0,000$) antes de los tres años y recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar.

En cuanto a las variables dicotomizadas, pueden verse en las tablas 2 y 3 del anexo los resultados ordenados en función del signo de la asociación (apareciendo primero la asociación de signo positivo) y del tamaño de la OR.

Todos los factores de riesgo que resultan estar asociados de forma positiva con el diagnóstico de trastorno mental se utilizan para generar la variable número de factores de riesgo sumando el número de factores a los que se ha expuesto cada sujeto. Una vez realizado este análisis, dicotomizamos la variable utilizando la mediana en tres o más factores o menos y se obtiene una OR de 9,467 con un IC (4,675-19,168).

Resultados del análisis multivariante

En la tabla 3 del anexo, se presentan los resultados de los dos modelos de regresión, donde pueden verse subrayados los cuatro factores de riesgo que mantienen la significación a lo largo de los dos modelos, en orden de fuerza de la asociación con el diagnóstico: *cambios de*

cuidador, antecedentes psiquiátricos, lactancia artificial e ingresos hospitalarios. Aunque va disminuyendo la magnitud de la OR con los sucesivos ajustes, la mayor parte de los factores mantienen una OR destacada, aunque pierdan significación estadística. Tanto la variable *cambios de cuidador* como *lactancia artificial*, en lugar de moderar el tamaño de la OR, aumenta en el modelo final. Se presentan también las OR ajustadas para los factores protectores (ver tabla 4 del anexo), subrayando los dos que mantienen la significación después de ser ajustados por las variables control y los otros factores con los que se asocian: únicamente, la *lactancia durante seis o más meses y ser el hijo primogénito*. Todos los factores protectores pierden fuerza con los ajustes, pero la *lactancia durante seis meses* continúa mostrando un descenso del riesgo del 70 %.

Discusión

En el presente estudio, se ha tratado de sistematizar la observación clínica de que la presencia en la infancia temprana de acontecimientos que dificultan la adecuada vinculación y apego con los cuidadores principales o que provocan un elevado estrés, genera vulnerabilidad a la manifestación en etapas posteriores de trastornos emocionales. Se han seleccionado potenciales factores de riesgo que suponen una interrupción o un obstáculo en el proceso de vinculación normal, con el objetivo de aumentar el conocimiento sobre los factores concretos sobre los que se podría intervenir en nuestra población. Una consecuencia de seleccionar los casos incidentes en la franja de edad escolar es que posiblemente se descarten algunos trastornos graves, ya que es más probable que provoquen consultas antes de los seis años o hagan su aparición en la adolescencia, pero se ha querido estudiar la franja de edad en la que suelen producirse el mayor número de consultas.

La mayor parte de los estudios epidemiológicos que utilizan muestras clínicas estudian diagnósticos concretos; sin embargo, en el presente estudio, se utiliza el hecho de que haya o no diagnóstico, de forma que lo que trata de diferenciar es el desarrollo saludable del que cursa con problemas psicológicos, utilizando para ello

el diagnóstico clínico y no medidas de ajuste psicológico. Los controles son menores cuyos padres cumplen con el *programa del niño sano*, por lo que muestran preocupación preventiva y utilización de los servicios sanitarios. Todos los menores eliminados del estudio por puntuar en la escala de cribado estaban ya derivados a salud mental, por lo que concluimos que la derivación desde pediatría estaba funcionando de forma adecuada.

La primera diferencia en las características sociodemográficas de ambos grupos la encontramos en el nivel económico declarado. Contrariamente a lo esperado (Reiss, 2013), este es más elevado en el grupo de casos. Este resultado puede estar relacionado con el tipo de muestra perteneciente a una zona que destaca por el nivel socioeconómico medio-alto y al hecho de que lo que se mide es la atribución que la persona hace sobre su propio nivel económico. El nivel educativo más elevado aparece con una frecuencia significativamente mayor tanto en las madres como en los padres del grupo de casos en comparación con el grupo de controles. Por ello, se utiliza el análisis de datos para corregir la confusión que podría introducir en los resultados. En cuanto a las ocupaciones laborales, sí que hay diferencias estadísticamente significativas en la ocupación laboral de las madres, con tendencia a ocupaciones más cualificadas en el grupo de controles. Esta podría ser una explicación a que la incorporación laboral de la madre funcione como un factor protector.

Como cabía esperar, en el grupo de casos se encuentra un porcentaje significativamente mayor de varones, concretamente el 60,9 % de los niños que reciben diagnóstico. Este resultado es coincidente con el estudio METRA (2003), realizado con muestra madrileña y concordante con la literatura científica (Rutter, 2002). Los diagnósticos más prevalentes también son concordantes con otros estudios de prevalencia en nuestro entorno. Por lo que, a pesar de las particularidades de nuestra muestra, podemos considerar generalizables nuestros resultados. En cuanto a la opinión de algunos autores (Rutter et al., 2003) de que el hecho de ser varón o mujer podría aumentar el riesgo a estar expuesto a determinados factores de riesgo, en nuestro estudio los varones tienen más probabilidad de

recibir lactancia natural, de ser calificados como “difíciles” y aumentaría en casi tres veces la posibilidad de sufrir situaciones de maltrato y negligencia. Por ello, el sexo ha sido una variable control utilizada en los modelos de regresión.

Un resultado destacable es que el factor de riesgo más fuertemente asociado con el diagnóstico ha sido *cambios de cuidador*. En la clínica infantil se ha observado cierta coincidencia entre problemas psicológicos y la aparición en la anamnesis de interrupciones e irregularidades en los cuidados recibidos por el menor durante los primeros años. Se pretendía evaluar la estabilidad de los cuidados, variable que no suele estar incluida en los estudios de factores de riesgo a gran escala pero que sí aparecen en los protocolos sanitarios de detección de riesgo para la salud mental (Jiménez, 2002). En este trabajo, se considera únicamente el número de veces que el cuidador auxiliar cambia, definiendo como exposición el haber tenido un mínimo de tres cuidadores diferentes a los progenitores. No se ha registrado la cualidad o el tipo de cuidadores, pero es probable que estos niños, a lo largo de estos años, hayan combinado cuidadores de la propia familia, con cuidadores externos en el propio domicilio con la guardería. Este resultado apoyaría la idea de la necesidad de estabilidad en los cuidados y de la importancia del vínculo. Esta variable, como cabría esperar, está asociada a la incorporación laboral de la madre, pero también a los antecedentes psiquiátricos y a la situación de riesgo del menor, factores que han sido controlados en el análisis multivariante. Por lo que, además de la necesidad de incluir a terceros en el cuidado debido al trabajo, podría haber otras razones, como una menor capacidad de los padres para hacerse cargo de los cuidados o mantener su estabilidad.

Otro resultado relevante es el efecto de la lactancia materna debido a la escasez de estudios en relación a la salud mental. Se analiza tanto la diferencia entre ser amamantado con leche materna o artificial como la duración de la lactancia materna. En algunos estudios, se concluye que la relación entre la lactancia materna y la salud mental es confusa (Kwok et al., 2013) pero la lactancia de menos de tres meses estaba asociada a peor comportamiento y autoestima. En el estudio de Fergusson y Woodward

(1999), la lactancia prolongada no mostró tener ningún efecto protector significativo en trastornos de conducta o problemas de salud mental en adolescentes. Sin embargo, otros estudios encuentran que la lactancia materna promueve el ajuste psicosocial y bienestar global entre niños y adolescentes (Oddy, et al., 2010; Montgomery et al. 2006). A pesar de la disparidad de resultados, existe consenso tanto en la literatura clínica como en la investigación en considerar la lactancia materna como factor protector de la salud mental del niño y favorecedor del vínculo de apego (Crowell y Waters, 2005). Existe más controversia en cuanto a la duración óptima de esta, siendo la investigación muy escasa, debido probablemente a la baja prevalencia de la lactancia materna de larga duración como en el presente estudio, en el que la frecuencia por encima del año es extremadamente baja. Es necesaria la realización de estudios con tamaños de muestra mucho mayores que exploren la posibilidad de una relación que podría no ser dosis-respuesta.

Una posible alternativa al efecto protector de la lactancia materna sobre la salud mental infantil podría ser que su elección y conseguir mantenerla durante más meses sea un marcador para otras características maternas y del bebé favorables para la salud mental. De hecho, una gran parte de los factores considerados desfavorables para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna (Asociación Española de Pediatría, 2004) son, al mismo tiempo, conocidos factores de riesgo para la salud mental infantil, así como los factores favorecedores son factores protectores de la salud mental materno-infantil. En este estudio, se han controlado mediante el análisis multivariante gran número de estas posibles variables explicativas (nivel educativo de la madre, su ocupación laboral, los factores perinatales y la enfermedad del niño), conservando tanto la lactancia artificial como la duración de la lactancia y la fuerza de su asociación con el trastorno mental en edad escolar.

Ni la elección de lactancia materna ni su duración están asociadas a los antecedentes psiquiátricos de la madre. Sin embargo, es menos probable que la madre mantenga la lactancia durante seis meses o más si sufrió trastornos psíquicos durante el periodo postparto. En la

presente muestra, de forma concordante con los datos que maneja la Asociación Española de Pediatría (2004), las madres que se encontraban en situación laboralmente activa en el momento de quedarse embarazadas son más propensas a elegir la lactancia materna en lugar de leche artificial y también es más frecuente que la mantengan por más tiempo. Sin embargo, un dato menos esperable es que la incorporación laboral tras el parto no sólo no impide la lactancia materna si no que parece favorecerla.

Un tercer resultado interesante es que aquellos menores calificados por sus madres como bebés de temperamento difícil tienen el doble de probabilidad de recibir un diagnóstico de trastorno mental. La variable utilizada es muy similar a la utilizada en el Proyecto Temperamento Australiano (ATP) (Sanson et al., 1985), que ellos denominaron “percepción global de la madre”. En ambos casos, informaría más sobre la relación madre-hijo que sobre características objetivas del temperamento del niño. En el ATP utilizaron una escala en la que las madres calificaron a sus niños como “mucho más fácil que la media”, “fácil”, “como la media”, “más difícil” o “mucho más difícil”. Una puntuación de “más difícil” o “mucho más difícil” fue considerada como un factor de riesgo potencial y demostraron previamente su valor predictivo (Broussard y Hartner, 1970; Carey, 1982). En otro estudio posterior de Sanson et al. (1991), el factor de riesgo, considerado independientemente más fuerte en la infancia temprana, fue la percepción global de la madre de que su hijo es más difícil que la media. Estos autores informan de un resultado similar al del presente estudio, con un incremento entre el 4 y el 9 % en la proporción de niños con problemas en preescolar comparados con la muestra total.

Por último, en esta muestra, haber estado expuesto a más de tres factores de riesgo durante los tres primeros años de vida aumenta más de nueve veces el riesgo de recibir un diagnóstico, siendo coincidente con otros estudios (Rutter et al., 1970; Sanson, 1991; Artigue, 2013).

El principal sesgo al que se hace frente en este tipo de estudios es a la adecuada selección de participantes. Se pretendió garantizar la pertenencia a la misma población y a las mismas cohortes de nacimiento que han tenido la misma

posibilidad de ser detectados y valorados por salud mental. Son seleccionados de forma independiente de la exposición a los distintos factores. El hecho de estudiar una población clínica, pese a conllevar quizá cierto sesgo de representatividad con la población general, es una aportación del estudio, ya que existen muy pocos en nuestro ámbito con muestras clínicas.

Otro posible sesgo es la recogida retrospectiva de la información con un periodo de recuerdo largo. Esto afectaría por igual a los informantes de ambos grupos, aunque podría haber diferencias en la información que se brinda al evaluador debido a la diferencia de contexto en niños sanos y niños que están siendo evaluados en consulta de salud mental. Por último, los posibles sesgos introducidos por variables ajenas a la relación que se trata de estudiar han tratado de reducirse a través del análisis de datos.

Una aportación de este estudio ha sido incluir variables consideradas con frecuencia en las evaluaciones clínicas, como la *percepción materna del temperamento del niño y de la crianza*, la *lactancia* o los *cambios de cuidador*. Estos tres factores han obtenido resultados relevantes y son elementos sobre los que cabe la posibilidad de intervención. Se hace necesario un estudio con diseño prospectivo para analizar el efecto protector de la incorporación laboral de la madre y la duración de la lactancia materna.

Conclusiones

La elevada magnitud de la asociación de la mayor parte de los factores de riesgo con el diagnóstico de trastorno mental en edad escolar permite concluir que la presencia de estos durante los primeros tres años influye en el desarrollo psicoafectivo.

Aunando los criterios de magnitud de la asociación, significación estadística y significación clínica podemos decir que los factores de riesgo más fuertemente asociados con el diagnóstico de trastorno mental en edad escolar y con mayor relevancia en el presente estudio son: haber vivido más de tres cambios de cuidador auxiliar, tener al menos uno de los padres con algún antecedente psiquiátrico, haber requerido al menos un ingreso hospitalario, haber sido alimentado con leche artificial y ser calificado por la

madre como un niño/a de temperamento difícil.

La lactancia materna beneficia la salud mental del niño y lo que parece protector es mantenerla al menos seis meses, lo cual disminuye en un 70 % el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental entre los seis y los 12 años. Se produce un efecto acumulativo de los factores de riesgo, de forma que aquellos niños que acumulan más de tres de los factores de riesgo tienen más de nueve veces más riesgo.

Bibliografía

- Artigue, J. (2013). El LISMEN, un cuestionario para explorar los factores de riesgo en salud mental. *Temas de Psicoanálisis*, 5, 1-20.
- Asociación Española de Pediatría (AEP) (2004). *Monografía nº5, Lactancia Materna: guía para profesionales*. Recuperado en: <https://www.spao.es/images/formacion/pdf/biblioteca/entrada-biblioteca-fichero-58.pdf>
- Belda Oriola, J. C. (2007). La información como prevención primaria en salud mental infantil. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 10, 63-69.
- Brandenburg, N. A., Friedman, R. M. y Silver, S. E. (1990). The epidemiology of childhood psychiatric disorders: Prevalence findings from recent studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(1), 76-83.
- Broussard, E. R. y Hartner, M. S. S. (1970). Maternal perception of the neonate as related to development. *Child Psychiatry and Human Development*, 1, 16-25.
- Carey, W. B. (1982). Validity of parental assessments of development and behavior. *American Journal of Diseases of Childhood*, 136, 97-99.
- Crowell, J. y Waters, E. (2005). Attachment representations, secure-base behavior, and the evolution of adult relationships: The Stony Brook Adult Relationships Project. En K. E. Grossman y E. Waters (Eds.). *Attachment from infancy to adulthood: the major longitudinal studies*. (pp. 223-244). Guilford Press.
- Equipo METRA. (2003). *Menores con trastornos psíquicos y contexto familiar. Un estudio en la Comunidad de Madrid*. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas de Madrid.

- Fergusson, D. M. y Woodward, L. J. (1999). Breastfeeding and later psychosocial adjustment. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 13, 144-157.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. y Target, M. (2001). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Other Press
- Gardner, W., Murphy, M., Childs, G., Kelleher, K., Pagano, M., Jellinek, M., McInerney, T., Wasserman, M., Nutting, P. y Chiapetta, L. (1999). The PSC-17: A brief pediatric symptom checklist with psychosocial problem subscales. A report from PROS and ASPN. *Ambulatory Child Health*, 5, 225-236.
- Gardner, W., Murphy, M., Childs, G., Kelleher, K., Pagano, M... y Jellinek, M. (1995). The PSC-17: a brief pediatric symptom checklist including psychosocial problem subscales: a report from PROS and ASPN. *Ambulatory Child Health*, 5, 225-236.
- Glantz, M. D. (1992). A developmental psychopathology of drug abuse vulnerability. En M. D. Grantz y R. Pickens, *Vulnerability to Drug Abuse*. American Psychological Association.
- IBM Corp (2006). *SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 15.0 para Windows*.
- Jiménez, A. (2002). Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 82, 115-126. Recuperado en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211.
- Kazdin, A., Kraemer, H., Kessler, R., Kupfer, D. y Offord, D. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17(4), 375-406.
- Kessler, R. C, Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Study Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kwok, M. K., Leung, G. M. y Schooling, C. M. (2013). Breast feeding and early adolescent behavior, self-esteem and depression: Hong Kong's "Children of 1997" birth cohort. *Archives of Disease in Childhood*, 98(11), 887-894.
- Lapouse, R. y Monk, M. A. (1958). An epidemiologic study of behavior characteristics in children. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 48(9), 1134-1144.
- Lavigne, J. V., Binns, H. J., Christoffel, K. K., Rosenbaum, D., Arend, R., Smith, K... y McGuire, P. A. (1993). Behavioral and emotional problems among preschool children in pediatric primary care: prevalence and pediatricians' recognition. *Pediatrics*, 91(3), 649-655.
- Lwanga, S. K. y Lemeshow, S. (1991). *Sample size determination in health studies*. World Health Organization.
- Montgomery, S. M., Ehlin, A. y Sacker, A. (2006). Breast feeding and resilience against psychosocial stress. *Archives of Disease in Childhood*, 91, 990-994.
- O'Connor, C., Rutter, M., English y Romanian Adoptees study team (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: Extension and longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 703-712.
- Oddy, W. H., Kendall, G. E., Blair, E., De Klerk, N. H., Stanley, F. J., Landau, Zubrick, S. et al. (2003). Breast feeding and cognitive development in childhood: a prospective birth cohort study. *Pediatric and perinatal epidemiology*, 17(1), 81-90.
- Oddy, W. H., Kendall, G. E., Li, J., Jacoby, P., Robinson, M., de Klerk, N. H. et al. (2010). The long-term effects of breastfeeding on child and adolescent mental health: a pregnancy cohort study followed for 14 years. *Journal of Pediatric*, 156, 568-574.
- OMS (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans* [en línea]. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/policy/services/9_child%20ado_WEB_07.pdf
- OMS (1977). *CIE-9-Trastornos Mentales y del Comportamiento. Modificación Clínica* (Ministerio de Sanidad y Asuntos sociales). (2014). Recuperado de: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/home.htm>
- Perry, B. D. (2002). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain & Mind*, 3(1), 79-100. <https://doi.org/10.1023/A:1016557824657>
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and

mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 90, 24-31.

Rodríguez, C. (2016). *Factores de Riesgo para el Diagnóstico de Trastorno Mental en Edad Escolar*. Un estudio de casos y controles. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.

Rutter, M., Tizard, J., Yule, W., Graham, P. y Whitmore, K. (1976). Isle of Wight studies, 1964-1974. *Psychological medicine*, 6(02), 313-332.

Rutter, M. (2002). Development and psychopathology. En M. Rutter (Ed), *Child and Adolescent psychiatry* (pp. 309-324). Blackwell Publishing.

Rutter, M., Caspi, A. y Moffitt, T.E. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: Unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1092-1115.

Rutter, M., Andersen-Wood, L., Beckett, C., Brendenkamp, D., Castle, J., Grootheus, C., Keppner, J., Keaveny, L., Lord, C., O'Connor, T. G. y English and Romanian Adoptees study team. (1999). Quasi-autistic patterns following severe early global privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 537-549.

Sanson, A. V., Prior, M. y Oberklaid, F. (1985). Normative data on temperament in Australian infants. *Australian Journal of Psychology*, 37, 185-195

Sanson, A., Oberklaid, F., Pedlow, R. y Prior, M. (1991). Risk Indicators: Assessment of Infancy Predictors of Pre-School Behavioural Maladjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(4), 609-626.

Anexo

Tabla 1. Factores de riesgo analizados en el estudio

Factores de riesgo relacionados con la psicopatología y la estructura familiar
Antecedentes psiquiátricos de los padres
Abuso de sustancias de los padres
Antecedentes psiquiátricos de familiares
Duelo materno durante el embarazo
Duelo materno después del parto
Trastorno postparto
Adopción
Convivencia del niño
Situación de riesgo
Número de hijos
Orden en la fratria
Factores de riesgo relacionados con la enfermedad física
Enfermedad física grave y crónica
Discapacidad
Número de ingresos hospitalarios
Número de intervenciones quirúrgicas
Enfermedad física crónica/grave de los padres
Discapacidad de los padres
Factores de riesgo perinatal
Planificación del embarazo
Complicaciones médicas durante el embarazo
Parto distócico
Parto múltiple
Prematuridad
Bajo peso al nacer

Factores relacionados con la crianza
Temperamento del bebé
Dificultad en la crianza
Lactancia
Edad de destete
Lactancia durante 6 meses
Lactancia prolongada
Dormir solo
Cambios de cuidador
Guardería
Edad inicio de guardería
Dificultad en la crianza
Factores relacionados con la situación laboral de la madre
Situación laboral activa de la madre durante el embarazo.
Incorporación laboral
Momento de incorporación laboral

Tabla 2. Factores que aumentan significativamente el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar con OR mayor de 3

Factor de riesgo	Expuestos (%)	OR	IC 95 %
Antecedentes psiquiátricos padres	28 (12,8)	16,916	3,903-73,306
Antecedentes psiquiátricos madre	24 (11)	13,655	3,125-59,676
Trastorno postparto	22(10,6)	10,899	2,477-47,962
Cambios de cuidador	17(7,9)	8,819	1,964-39,588
Situación de riesgo	29(13,4)	8,003	2,679-23,905
Antecedentes psiquiátricos familiares	31 (14,2)	5,049	1,980-12,876
Enfermedad crónica del Niño	37 (17,2)	4,865	2,106-11,238
Temperamento	47 (22,6)	3,964	1,964-8,085
Ingresos hospitalarios	60 (27,4)	3,473	1,825-6,612
Intervenciones quirúrgicas	28 (12,8)	3,404	1,382-8,387

Tabla 3. Factores que disminuyen significativamente el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar

Factor de riesgo	Expuestos (%)	OR	IC 95 %
Incorporación laboral de la madre	144 (68,89)	0,263	0,140-0,494
Lactancia durante más de 6 meses	101 (47,0)	0,273	0,155-0,480
Situación laboral activa de la madre en el embarazo	130 (61,9)	0,308	0,172-0,552
Guardería	143 (66,2)	0,463	0,260-0,824
Primogénito	139 (64,65)	0,395	0,221-0,706

Tabla 4. Factores de Riesgo OR ajustada

Factor de riesgo	OR	OR Modelo1	IC 95%	OR Modelo2	IC 95%
Antecedentes psiquiátricos padres	16,916	11,766	2,459-56,313	6,485	1,140-36,881
Antecedentes psiquiátricos madre	13,655	11,401	2,319-56,051	4,589	0,813-25,900
Trastorno postparto	10,899	18,072	2,148-152,075	3,796	0,367-39,264
Cambios de cuidador	8,819	14,434	1,494-139,418	24,311	1,701-47,371
Antecedentes psiquiátricos familiares	5,049	5,600	1,804-17,377	2,394	0,661-8,668
Enfermedad crónica del niño	4,865	3,886	1,377-10,971	1,782	0,577-5,0502
Temperamento	3,964	3,527	1,491-8,344	2,159	0,780-5,980
Ing. hospitalario	3,473	4,620	1,949-10,949	3,229	1,282-8,143
IQ	3,404	3,510	1,254-9,830	1,110	0,318-3,878
Convivencia	2,950	3,091	0,622-15,362	3,292	0,565-19,168
Lactancia artificial	2,745	5,596	1,601-19,566	4,296	1,144-16,127
Crianza difícil	2,634	4,606	1,442-14,715	0,820	1,78-3,785

Modelo 1: ajustados por sexo, Inmigración, nivel educativo del padre, nivel educativo de la madre y ocupación laboral de la madre. Modelo 2: ajustados adicionalmente por los factores asociados

Tabla 5. Factores protectores OR ajustadas

Factor de riesgo	OR	OR Modelo1	IC 95%	OR Modelo2	IC 95%
Incorporación laboral de la madre	0,263	0,366	0,159-0,845	0,425	0,154-1,174
Lactancia más de 6 meses	0,273	0,204	0,096-0,434	0,331	0,145-0,754
Situación laboral activa de la madre	0,308	0,458	0,211-0,996	0,602	0,263-1,376
Guardería	0,463	0,532	0,238-1,191	0,754	0,319-1,782
Primogénito	0,395	0,413	0,198-0,860	0,464	0,219-0,981

Modelo 1: ajustados por sexo, inmigración, nivel educativo de los padres y ocupación laboral de la madre. Modelo 2: ajustados adicionalmente por los factores asociados.

¿A qué jugamos? El juego en el preadolescente como movilizador de estadios relacionales internos

BERNAT SALA NOVELLAS¹

RESUMEN

Cuando hablamos de juego dentro de la consulta del analista, en muchas ocasiones nos concentramos en hablar del juego infantil; es decir, del niño que juega con juegos de carácter simbólico y el despliegue que se da de sus funcionalidades internas. Pero a la que nos adentramos en las edades de los preadolescentes, donde el juego simbólico queda en cierto modo más apartado por el niño, nos adentramos en un mundo desconocido, donde parece que hay un vacío en la literatura y la publicación de artículos. Este hecho se puede entender a raíz de la autonomía que los niños empiezan a adquirir y, por tanto, surge el pensamiento generalizado de que en esta edad los niños “ya juegan solos” o no son tan demandantes de juego compartido con los padres. Ya sea con videojuegos o con juegos entre iguales, se deja de lado la interpretación de esta etapa evolutiva donde el juego todavía tiene un papel fundamental para el prepúber y para su desarrollo relacional. Es así que, en este trabajo, profundizaremos sobre los beneficios del juego con los preadolescentes dentro del espacio psicoterapéutico y analítico y, de esta manera, poder mostrar un encaje entre el trabajo del juego y los beneficios que les aporta. **Palabras clave:** *preadolescencia, juego reglado, juego espontáneo, vínculo, cambio.*

ABSTRACT

Shall we play? Play in the pre-adolescent as a mobilizer of internal relational stages. When we talk about play in the analyst's practice, we often focus on infantile play; that is, the child who plays with symbolic games and the unfolding of its internal functionalities. But as we move into the pre-adolescent ages, where symbolic play is in a certain way pushed aside by the child, we enter an unknown world, where there appears to be a void in the literature and the publication of articles. This fact can be understood as a result of the autonomy that children begin to acquire and, therefore, the generalized thought arises that at this age children “already play on their own” or are not so demanding of games with parents. Whether with video games or games among peers, the interpretation of this evolutionary stage where play still has a crucial role for prepubescent children and for their relational development is overlooked. Thus, in this paper, we will deepen on the benefits of the game with preadolescents within the psychotherapeutic and analytical space and, in this way, we will be able to show a connection between the work of the game and the benefits that it brings to them. **Keywords:** *preadolescence, regulated play, spontaneous play, bonding, change.*

RESUM

A què juguem? El joc en el preadolescent com a mobilitzador d'estadis relacionals interns. Quan parlem de joc dins de la consulta de l'analista, en moltes ocasions ens concentrem a parlar del joc infantil; és a dir, del nen que juga amb jocs de caràcter simbòlic i el desplegament que es dona de les seves funcionalitats internes. Però quan ens endinsem en les edats dels preadolescents, on el joc simbòlic queda en certa manera més apartat pel nen, entrem en un món desconegut, on sembla que hi hagi un buit en la literatura i en la publicació d'articles. Aquest fet es pot entendre arran de l'autonomia que els infants comencen a adquirir i, per tant, sorgeix el pensament generalitzat que en aquesta edat els nens “ja juguen sols” o no són tan demandants de joc compartit amb els pares. Ja sigui amb videojocs o amb jocs entre iguals, es deixa de banda la interpretació d'aquesta etapa evolutiva on el joc encara té un paper fonamental per al prepúber i per al seu desenvolupament relacional. És així que, en aquest treball, profundirem sobre els beneficis del joc amb els preadolescents dins de l'espai psicoterapèutic i analític i, d'aquesta manera, poder mostrar un encaix entre el treball del joc i els beneficis que els aporta. **Paraules clau:** *preadolescència, joc reglat, joc espontani, vincle, canvi.*

¹Psicólogo psicoterapeuta especializado en infanto-juvenil. IDE Institut de l'estrès.
Contacto: bsalapsicologia@gmail.com

Recibido: 31/1/24 - Aceptado: 16/9/24

Introducción

El juego abre la posibilidad de crear un espacio intermedio entre lo que hay fuera y lo que hay dentro de cada uno. La creación de este espacio lúdico favorece que la persona pueda jugar mentalmente con las ideas, las experiencias y las sensaciones, construyendo la base de la subjetividad, la curiosidad y la creatividad (Royo, 2021).

Cuando llega un preadolescente a mi consulta, este tiene un cierto conocimiento del porqué viene a visitarse, de manera que no es difícil que entienda las razones que lo han llevado allí, aunque en muchas ocasiones no esté del todo de acuerdo. Las conversaciones con un preadolescente pueden ser muy ricas en dialéctica, ya que tienen un nivel lo suficientemente avanzado para que así sea, pero a la vez se denota una cierta inmadurez en el relato que expone. En algunas ocasiones, el propio chico explica que a veces es tratado como un adulto y a veces como un niño, y que sus propias vivencias también vehiculan fluctuando en estos dos sentidos. En esta etapa, el preadolescente está encontrando la manera de crecer, de hacerse mayor, pero no es un camino fácil. ¿Qué es hacerse mayor? ¿Es desprenderse de todo lo infantil? Es una pregunta en la que se encontrarían muchas respuestas, pero centrados en el ámbito que ocupa este trabajo, ¿hacerse mayor es dejar de jugar? O, dicho de otra manera, ¿jugar es algo que sólo recae en la infancia?

En los primeros encuentros con los preadolescentes en la consulta, después de hacer las presentaciones y hablar un rato, suelo sacar algún juego de cartas; se quedan sorprendidos, ya que no se esperan que, en un espacio aparentemente serio -o así se los han transmitido los padres-, se puedan llevar dinámicas de juego. Suele suceder que se involucren de inmediato y, en muchas ocasiones, es también una entrada a generar conversaciones de carácter más distendido, pero no por ello menos serias.

Existe poca literatura sobre la utilidad de los juegos de mesa o del juego reglado dentro de la consulta, a diferencia del juego infantil y del desarrollo del juego simbólico. Del mismo modo que se encuentran pocos artículos escritos de la etapa de la preadolescencia, parece que hay

un vacío entre las etapas infantiles y cuando ya se es plenamente adolescente. En muchas ocasiones, se obvia la etapa intermedia (o de latencia). Piaget (1972) atribuye esta etapa entre la infancia y la adultez a las etapas de operaciones concretas (de los siete a los 11 años) y sitúa la de operaciones formales (de los 11 hasta la adultez). Es en esta etapa en la que los niños pasan de la educación primaria a la secundaria: un cambio que, a priori, parecería de poca importancia, pero que genera muchas angustias en los niños, con la idea de que cambian de etapa, que experimentan un rápido crecimiento, donde el instituto ya es un mundo mucho más exigente y que se tendrán que volver más responsables. Así pues, desde la visión del niño, deben hacerse mayores de golpe.

En estas etapas, sí es cierto que el juego simbólico ha desaparecido y ha quedado degradado a un segundo plano. Pero entonces los terapeutas nos encontramos en una disyuntiva, también: es decir, si ya no existe el despliegue del juego simbólico, y además el preadolescente puede que no sea un gran hablador, ¿de qué manera tendremos que proceder para trabajar y generar cambio en estas personitas? Pues que no haya juego simbólico no quiere decir que no haya juego: el juego se da de maneras diferentes, y este pasa a ser más reglado (si se siguen las instrucciones del juego o se inventan nuevas). También, sin embargo, se puede generar juego espontáneo (en algunas ocasiones de manera espontánea he acabado generando en las sesiones terapéuticas “una guerra de cartas” o ensayando “el baile de la victoria” para celebrar las victorias).

Es cierto que, en el juego simbólico, aparece un gran despliegue del pensamiento inconsciente del niño. “El juego es un escenario simbólico donde el niño representa sus experiencias internas y externas” (Klein, 1946). A través del juego, el niño procesa y elabora sus conflictos internos, explora diferentes roles y situaciones, y busca resolver los problemas que enfrenta en su vida cotidiana. “El juego en el niño sería el equivalente a la técnica psicoanalítica adulta formulada por Freud de asociación libre” (Royo, 2021). De esta manera, podemos entender que el trabajo del juego dentro de la sesión terapéutica tiene una riqueza inherente. Pero ¿qué pasa

cuando el niño ya no hace juego simbólico y no por razones sintomáticas, sino por cuestiones de edad? Es decir, ¿qué pasa cuando el despliegue del juego pierde la fuerza que había tenido hasta ahora? Entonces se entra al juego reglado, y aunque aparentemente no aporta la riqueza inconsciente del juego simbólico, sí que hay factores muy movilizados a nivel inconsciente y, sobre todo, a nivel transferencial.

Winnicott (1971) expone que, sólo en el juego, tanto el niño como el adulto son libres de ser creadores, entendiendo, pues, que en el espacio de juego se pueden permitir ciertas conductas y libertades desvinculadas de las vivencias reales.

La preadolescencia como etapa de transición

La preadolescencia es una etapa crucial de transición en el desarrollo humano, que se sitúa entre la infancia y la adolescencia, es decir, entre los nueve y los 13 años. Es un periodo en el que los individuos experimentan cambios significativos en los diversos ámbitos de su vida, incluyendo el aspecto físico, cognitivo, emocional y social. De esta manera, podemos llamar al cambio como global, ya que afecta a las tres esferas del individuo de carácter psico-bio-social.

Los **cambios físicos** en la etapa preadolescente provocados por las hormonas aparecen en diferentes partes del cuerpo y, a menudo, no hay una armonía en su desarrollo, lo que puede ocasionar un cansancio frecuente en el niño sin tener conciencia de su causa.

Las hormonas sexuales empiezan a aparecer, en estos cambios físicos, manifestándose de diferentes formas como cambios de voz, crecimiento de pelo púbico y axilar, aparición de acné, etc. (Teipel, 2012).

En esta etapa, la preocupación por la imagen corporal tiene una gran relevancia debido a la incertidumbre que provocan estos cambios en el cuerpo con una cierta rapidez.

Esta transición juega un papel importante en el autoconcepto y en la autoestima de los preadolescentes.

En el autoconcepto, la identidad sexual es un aspecto a tener en cuenta debido a la influencia socioemocional del entorno y del momento (Silvestre y Solé, 1993)

A nivel **cognitivo**, el niño experimenta un

cambio de pensamiento y empieza a tener conciencia de los propios pensamientos y de los de los demás (Kirmayer, 2019).

El hecho de poder analizar otros pensamientos y reflexionar sobre lo que es de su interés desde diferentes perspectivas favorece el reconocimiento del otro y le permite ampliar la tolerancia y la mirada de su evolución (Silvestre y Solé, 1993).

En cuanto al nivel **emocional**, en esta etapa los niños son más sensibles a sus propias emociones y a las de los demás y son más reactivos a ellas (Kirmayer, 2019).

Se les hace difícil mantener un equilibrio en su personalidad. La propia disarmonía interna hace promover que puedan estar más ansiosos, inhibidos y reprimidos con su ambiente. Los cambios notorios de humor pueden ser frecuentes y tienen más presente conseguir las satisfacciones de sus necesidades que las manifestaciones de aprobación o desaprobación de los adultos (Silvestre y Solé, 1993).

Socialmente, en su capacidad de situarse en la perspectiva de los demás, se desarrolla un concepto más objetivo de las personas con las que se rodea y ello permite atribuir causas a las conductas de los demás sin que hayan sido directamente explicitadas.

En cuanto a su moralidad, Piaget (1997) destaca el desarrollo de una moral que él denomina heterónoma, es decir, siguiendo los criterios de la moralidad de los adultos.

A nivel general, Erik Erikson (1980) resume que la preadolescencia se caracteriza por la crisis psicosocial de la identidad versus confusión de rol. Durante esta etapa, los jóvenes buscan activamente su identidad y deben explorar diferentes roles y opciones para desarrollar un sentido claro de identidad. Experimentan cambios a nivel social de forma que, en muchas ocasiones, no se sienten como personas infantiles, pero tampoco se ven con los recursos necesarios para afrontar la vida adulta, de manera que coexisten en una fina línea entre la infancia y los aspectos más maduros. Es, por tanto, lo que el propio Erikson destaca como la importancia del éxito en esta tarea para la salud emocional y el bienestar futuro de los individuos.

Sigmund Freud hizo contribuciones significativas a la comprensión de la adolescencia y

la preadolescencia. En su teoría del desarrollo psicosexual, Freud (1991) describió la fase del “complejo de Edipo” como una parte integral del desarrollo infantil. Esta etapa implica una atracción intensa del niño o la niña hacia el progenitor del sexo opuesto, generando una dinámica compleja en las relaciones familiares. En este sentido, Silvestre (Silvestre y Solé, 1993) pone el acento en la preadolescencia como un segundo estadio del complejo de Edipo, en el que los individuos cambian la manera de relacionarse con los progenitores para abrirse al espacio social.

Por su parte, Anna Freud (1991), en su escrito *Normalidad y patología en la niñez*, destaca la importancia de la sublimación en la preadolescencia. Según ella, en esta etapa se observa una intensificación de los impulsos sexuales, que requieren una canalización adecuada para evitar conflictos y trastornos psicológicos. La sublimación, entendida como la transformación de estos impulsos sexuales en actividades socialmente aceptables y productivas, es fundamental para un desarrollo sano durante la preadolescencia.

Cabe mencionar las aportaciones de Peter Blos (1979), quien estudió a fondo los procesos de separación-individuación que tienen lugar durante la preadolescencia. Blos sostiene que los preadolescentes experimentan una necesidad de distanciarse de las figuras de autoridad, especialmente de sus padres, para establecer una identidad propia y un sentimiento de independencia. Este proceso puede generar conflictos y tensiones familiares, pero es crucial para el desarrollo individual (Blos, 1979).

El juego como facilitador de la expresión inconsciente

“Un rasgo importante del juego es que, en él, y quizás sólo en él, el niño o el adulto están en libertad de ser creadores” (Winnicott, 1971). Con estas palabras, Winnicott describe la importancia del juego en el despliegue del espacio inconsciente. Royo (2021), en su libro *En juego*, lo describe de la siguiente manera: cuando el juego se despliega, se convierte en un espacio creativo donde poder desarrollar capacidades físicas, cognitivas, emocionales y relacionales. Es un potente motor evolutivo que facilita al

niño practicar habilidades ya adquiridas, elaborar conflictos internos emocionales y obtener nuevas maneras de relacionarse. De esta manera, el juego es un poder transformador de los estadios internos.

Así, podemos entender que el juego de por sí es un agente movilizador de aspectos inconscientes del individuo. Es cierto que, en muchos de estos estadios, se habla del juego simbólico y su despliegue, pero como se ha puntualizado anteriormente, muchas de las funciones descritas se pueden extrapolar a los juegos reglados. Este es el estadio donde se mueven los preadolescentes, de manera que, en el trabajo terapéutico, aunque no exista el despliegue creativo del juego simbólico, también tiene una relevancia muy inherente.

Aspectos que se trabajan dentro de las dinámicas de juego

Hay que tener en cuenta que, cuando se habla del juego con el preadolescente, en la gran mayoría nos referimos a juegos reglados, de cartas, de mesa, con unas normativas implícitas en estos. Pero no siempre es así; también se puede dar el juego espontáneo, donde la normativa es más difusa o simplemente no la hay. En todos estos estadios de juego, surgen unas dinámicas inconscientes donde se puede incidir en el trabajo terapéutico, generando nuevas maneras de interpretar las situaciones y, por tanto, generar experiencias correctivas.

Si nos centramos en el juego reglado, se pueden extraer diferentes puntos generadores de cambio en el paciente.

Desarrollo del autocontrol

Los juegos reglados exigen que los jugadores sigan normas y restricciones específicas. Esta práctica ayuda a mejorar el autocontrol y la capacidad de gestionar las emociones, tanto al saber atajar las jugadas de los demás que no les son favorables, como a la vez poder gestionar las suyas que sí lo sean. De esta manera, hay un control, al poder aceptar las derrotas y celebrar las victorias de una manera positiva y razonable. Entendemos, por tanto, que estas vivencias aportarán al niño un cojín emocional para aceptar las circunstancias favorables o desfavorables

que puedan surgir en su día a día. “De esta forma, el juego puede contribuir a las capacidades del jugador y a su eficiencia en el mundo no lúdico” (Garvey, 1985).

Mejora de las habilidades cognitivas

Muchos juegos reglados requieren la resolución de problemas, la planificación estratégica y la toma de decisiones rápidas. Esto fomenta el desarrollo de las habilidades cognitivas como la concentración, la creatividad y la toma de decisiones, al poder gestionar una estrategia u otra según las dinámicas que se dan en el juego. De esta manera, se generan diferentes formas de pensar, estableciendo patrones de juego que son extrapolables a otras situaciones a las que se pueda encontrar el paciente en su día a día fuera de la consulta.

Aprendizaje de la gestión del éxito y el fracaso

Los juegos reglados ofrecen un espacio seguro para experimentar sus capacidades y limitaciones (Royo, 2021) y tanto éxitos como fracasos. La tolerancia a la frustración es uno de los trabajos más importantes dentro del juego reglado, ya que ayuda a desarrollar resiliencia y a comprender que la derrota es una parte esencial de la vida.

Fomento de las habilidades e interacciones sociales

En gran parte, el juego reglado (excepto los juegos de un jugador) es una actividad social y, por lo tanto, genera una constante comunicación con el otro, aunque ésta no sea por medio del lenguaje. Es un contexto en el que el paciente debe aprender a interpretar al otro, a pensar en el otro; es decir, a darle un lugar dentro del juego, ya que de esta interacción surgen las consecuentes estrategias y dinámicas en función de sus intereses. Este punto social es de vital importancia, ya que muchos de los cambios que se generan en el juego dentro de la terapia se desarrollan en este punto transferencial y contratransferencial del paciente y el terapeuta (Royo et al., 2021).

Fomento de la creatividad

Los juegos reglados requieren una dosis de creatividad para encontrar nuevas estrategias o

soluciones. Estas funciones ponen de manifiesto la creación de nuevas líneas de pensamiento lateral del paciente, generando nuevos recursos y estrategias que, en muchos casos y dependiendo del juego, pueden dar a situaciones muy singulares y creativas.

Autoestima y confianza

Ver el propio progreso y mejora en un juego puede aumentar la confianza y la autoestima de una persona. Al mismo tiempo, aceptar las derrotas y relativizar -o más bien integrar- el hecho de fracasar ante el oponente, en este caso el terapeuta, ayuda a no dramatizar las pérdidas que se generan. En este proceso de elaboración de experiencias, el niño las puede relacionar con situaciones vividas anteriormente y elaborar mentalmente (Royo, 2021).

Cambios de estado anímico

Se puede entender el juego como una dinámica excelente para generar un cambio de humor en el paciente, ya que, a nivel biológico, hay una generación y liberación de dopaminas, y, a la vez, los pacientes encuentran una manera de desconectar de sus problemáticas y generar un espacio más relajado y distendido. Este punto también es de especial interés en la consulta, ya que, en muchas ocasiones, vienen con una actitud poco colaboradora y con pocas ganas de expresarse. De esta manera, a través del juego se genera un espacio en donde paulatinamente van encontrando la seguridad y la confianza para poder expresarse. Así, Gabriela Galarraga (2021) nos dice que “la hora del juego será entendida como un encuentro y no como un acontecimiento”.

Por otro lado, centrados en el juego espontáneo y no reglado que se pueda generar dentro de la sesión, y dado que este tipo de juego se caracteriza por su falta de reglas estrictas y estructuras predefinidas, se consigue que la creatividad y la imaginación sean los principales motores de la actividad, donde se pueden encontrar también factores importantes de cambio.

Desarrollo de la creatividad

El juego libre fomenta la creatividad del paciente, ya que no hay restricciones ni reglas sobre cómo se debe jugar. Más bien se basa en

situaciones espontáneas que se dan dentro de la sesión llevadas a cabo tanto por el paciente como por el terapeuta, cosa que permite desarrollar nuevas ideas y estimular su imaginación y la adaptación a estas situaciones que muchas veces surgen repentinamente (Moreno, 2021).

Aprendizaje autónomo

Royo, Jachevasky y Pont (2021) hacen mención a lo que decía Freud respecto a que el niño tiende a ligar sus objetos y situaciones imaginarias con las cosas tangibles del mundo real.

El juego no reglado da a los preadolescentes la oportunidad de tomar decisiones sin la guía del terapeuta y le proporciona una autonomía dentro del espacio seguro de la terapia. Esta autonomía le ayuda a desarrollar su capacidad para discernir y resolver problemas de manera independiente.

Mejora del autoconcepto o *self*

Cuando los pacientes pueden explorar nuevas formas de expresarse con seguridad y libertad, desarrollan una imagen positiva de ellos mismos y una mayor confianza en sus habilidades.

La identificación proyectiva

La identificación proyectiva está presente en todo el proceso (Fieschi, 2021). Este concepto psicoanalítico, desarrollado a partir de las teorías de Melanie Klein y otros autores psicoanalistas, relaciona cómo los individuos proyectan sus propios pensamientos, sentimientos y deseos en otras personas u objetos externos. Hay que mencionar los efectos que se pueden dar mediante la identificación proyectiva. Por un lado, promueve el crecimiento mental, pero, por otro, puede ser la causa del empobrecimiento personal. Wilfred Bion (1962), en referencia a este concepto, propone distinguir entre la identificación proyectiva patológica, refiriéndose a los aspectos evacuativos o agresivos, y la identificación proyectiva comunicativa, que desarrolla las cualidades bondadosas y positivas.

La identificación proyectiva es, pues, el eje sobre el que giran la comprensión de los sentimientos, las actitudes, conductas y reacciones de los demás (Fieschi, 2021).

El vínculo como potenciador del cambio

Cuando el terapeuta se implica de manera genuina y respetuosa en el juego no reglado, esto puede ayudar a construir la confianza del paciente en el terapeuta. El paciente percibe al terapeuta como alguien dispuesto a acompañarlo en su exploración sin juzgarlo y, a la vez, como alguien con el que se pueden dar ciertas libertades de forma segura. En palabras de Royo, Jachevasky y Pont (2021), es en este espacio de transferencia y contratransferencia donde se constituye la red emocional que sostendrá el análisis.

A diferencia del tratamiento con un paciente infantil, en el que el juego se da de manera más o menos espontánea y el niño puede desarrollarlo mientras el terapeuta se puede quedar en una posición de observador, en el tratamiento de los preadolescentes, el juego no surge de la misma manera. El pre-púber se muestra mucho más cohibido y queda a la espera de cómo reacciona el terapeuta para comenzar la sesión. En estas dos maneras de funcionar, vemos la importancia del vínculo del paciente hacia el terapeuta; en el primer caso, para sentirse seguro de coger los objetos y juegos de la sala, y, en el segundo caso, en cambio, intentando encontrar la seguridad en el terapeuta. De esta forma, como expone Rosa Royo en su libro, el terapeuta debe tener una parte activa importante dentro del marco terapéutico. El terapeuta debe participar en el juego de manera natural, no sólo cuando el niño lo pide, sino como una parte inherente de la relación, ya que la disposición mental de los dos participantes para jugar es lo que posibilita el desarrollo de la terapia (Royo, 2021). De esta manera, el vínculo que se genera entre paciente y terapeuta es el potenciador del cambio en el paciente. Sainz (2016) lo expone de la siguiente manera: para el psicoanálisis clásico, la mente surge de la dialéctica entre lo que es pulsional y el mundo relacional. La diferencia reside en que la relación del niño con las personas reales no sólo sirve para contener los impulsos, sino que también la respuesta y las características de los cuidadores organizan la experiencia emocional propia. Podríamos incluso afirmar que la experiencia con el exterior se instala en el interior como una pulsión biológica predeterminante, no al revés.

En este contexto, la transferencia y la contra-transferencia serán los elementos fundamentales de la red emocional que darán apoyo a la terapia. La transferencia será también la creación de una nueva dinámica relacional (Royo, 2021), de modo que la interacción entre paciente y analista será generadora de lo que Alexander y French (1946) denominaron como nuevas experiencias relacionales hacia el paciente: “una nueva experiencia correctiva puede ser proporcionada por la relación de transferencia, por nuevas experiencias de vida, o por ambas. Experiencias emocionales tan intensas y reveladoras nos dan la clave para entender estos resultados terapéuticos”. De esta manera, tomamos el término de intersubjetividad empleado por Joan Coderch (2012): la experiencia del paciente y del analista como dos sujetos separados permite la aparición de sentimientos, sensaciones, fantasías y pensamientos que antes no habían tenido la oportunidad de configurarse, creando una subjetividad diferente con otras potencialidades. Cada uno de los participantes pone en el otro parte de su personalidad, a la vez que recibe alguna cosa nueva creada por la proyección del otro.

Caso clínico

Para poder relacionar los aspectos teóricos anteriormente descritos con mi práctica, planteo un caso clínico de un preadolescente llevado en sesión durante el transcurso de un año y seis meses (ver figura 1 del anexo).

T es un chico de 11 años. Fue referido a nuestro centro debido a problemas de comportamiento que preocupaban a su familia y al personal escolar. Algunas de las problemáticas destacadas eran las siguientes:

- Comportamiento disruptivo en la escuela, que incluía desobediencia, conflictos con otros estudiantes y desinterés por el trabajo escolar.
- Comportamiento agresivo ocasional, tanto en casa como en la escuela.
- Dificultades en el establecimiento de relaciones sociales saludables con los compañeros.

Historia familiar

T ha vivido una serie de cambios y desafíos importantes en los últimos dos años. Sus padres

se separaron cuando él tenía nueve años y, aunque al principio la situación fue complicada, sus padres continuaron viviendo juntos durante casi medio año después de la separación. Esto fue una fuente de angustia para T, ya que dentro del hogar había una situación incómoda debido a la constante tensión.

Después de mucha búsqueda, el padre de T consiguió encontrar un piso adecuado, pero este cambio no fue sencillo para el chico. Su relación con el padre era delicada, ya que a menudo discutían y no compartían muchas afinidades. La separación sólo agudizó esta tensión. Aunque el padre de T intentó hacer algo para mejorar la relación, T seguía mostrándose reticente y distante.

Actualmente, T convive una semana con cada progenitor, aunque en algunas ocasiones se queda más tiempo con la madre, ya que el padre no puede hacerse cargo. El vínculo con la madre es muy bueno y positivo, aunque en algunas ocasiones hay una falta de límites por parte de esta, que, en muchas ocasiones, por no tener conflicto, cede a las demandas de T.

T mantiene una buena relación con sus abuelos maternos y paternos. Las visitas a casa de sus abuelos paternos eran bastante frecuentes, ya que iba cada vez que el padre no se podía hacer cargo por cuestiones de trabajo.

Los problemas de T se acentuaron cuando comenzó a manifestar un comportamiento disruptivo en la escuela. Desobediencia, conflictos con otros estudiantes y desinterés por el trabajo escolar fueron las primeras muestras de sus problemas. A veces, mostró un comportamiento agresivo, tanto en casa como en la escuela. Este hecho llevó a T. a establecer relaciones sociales poco saludables con sus compañeros. Se distanciaba con facilidad y, a menudo, se retiraba, en lugar de integrarse con el grupo.

Otro factor que aumentaba la ansiedad de T era que, al año siguiente, tendría que ir a la ESO y hacer un cambio de escuela. Esta circunstancia le generaba bastante inquietud, ya que no sabía cómo se adaptaría a un nuevo entorno escolar y a nuevos compañeros, así como a la pérdida de los que tenía actualmente.

De la entrevista anamnésica realizada con los padres, es importante destacar que los primeros meses de embarazo de la madre fueron

complicados, con náuseas, vómitos y fatiga constante. Durante el segundo trimestre, le diagnosticaron preeclampsia y eso hizo que el parto fuera de riesgo, llevando a la madre a tener que hacer reposo. El parto de T fue vaginal sin complicaciones, con el peso y tamaños dentro de los rangos normales y estado saludable. Hicieron piel con piel y T se cogió con ciertas dificultades al pecho de la madre. Estuvo tomando pecho hasta el año y medio y no quiso utilizar el chupete, “lo escupía”. Introdujeron la comida a partir de los seis meses de manera gradual y T no era especialmente selectivo con la comida.

Donde la teoría y la práctica se encuentran

Llegados a este punto, pretendo exponer los aspectos más destacados del caso mediante el análisis del material clínico, que me conduzcan a realizar una reflexión y establecer una conexión con la teoría presentada en la primera parte del trabajo.

Un lugar serio

El primer día que T vino, llegó acompañado de su madre, y entraron ambos en la consulta. T se mostraba desconcertado y un poco cohibido mientras la madre explicaba las razones que la habían llevado hasta allí. A medida que la madre iba construyendo el relato, yo le preguntaba a T si estaba de acuerdo, o si tenía algo que aportar; éste se mostraba con cierta vergüenza y respondía con monosílabos “sí, no”, a menos que le hiciera preguntas directamente a él, a las que respondía con pocas palabras también. Finalmente, cuando la madre había hecho la exposición del caso, la invité a salir de la consulta y a quedarme con T a solas, lo cual aceptó. Una vez solos, le pedí que acercara la silla a la mesa y conversamos sobre su idea de lo que venía a hacer a la consulta.

“Mis amigos que van al psicólogo me dicen que tienen que explicar sus problemas, pero yo no tengo problemas, así que no sé de qué hablabamos...” “¿Qué te parece si jugamos a algo, por ejemplo, al UNO?” “vale, no sabía que aquí se podía jugar” “y pues, ¿por qué no se debería poder?” “no sé, mi madre me dijo que este era un lugar muy serio y que venía a hablar” “¿quieres decir que jugar no es una cosa seria?”

En cuanto saco la baraja de cartas y las mezclo, la cara de T se nota más relajada, como si hubiera entrado en un terreno que ya no le es tan desconocido, a la vez que desconcertante por no entender que yo me tomaba el juego como algo serio.

De esta manera, se genera un clima más distendido para T que rompe algunas de las barreras que no lo dejan expresarse en libertad y, a medida que el desarrollo del juego lo permite, se va generando una conversación (dirigida principalmente por el terapeuta) en la que T puede verbalizar algunos de los aspectos que le preocupan. A la vez, se origina un principio de vínculo con el terapeuta, rompiendo la imagen preformada con la que se presentaba al inicio.

En este caso, en que T debe separarse de la madre y quedarse con el terapeuta, el juego actúa como un objeto transicional *winnicotiano*, proporcionándole una manera segura de canalizar la angustia que le puede ocasionar quedarse solo con el terapeuta. A la vez, se crea lo que Winnicott (1971) describe como “una zona neutral de experiencia que no será atacada” y que permite a T poder hacer un desplazamiento transferencial hacia el terapeuta. Gracias a esta confianza, se logra establecer esta zona intermedia de experiencia en la que contribuyen la realidad interior y la vida exterior. De esta forma, se crea el espacio de la sesión como un lugar transicional de encuentro. Con un juego conocido y reglas simples, T puede expresar sus preocupaciones de manera indirecta y menos intimidante, creando un lugar transicional entre su mundo interno y externo. Como resultado, la sesión concluye con T experimentando una disminución significativa de la angustia en comparación con su estado inicial, lo que evidencia la eficacia del juego como herramienta terapéutica en la gestión de las emociones y la exploración de las dinámicas internas.

Guerra de cartas

T. venía con pocas ganas de charlar y sólo respondía a mis preguntas encogiendo los hombros o con un “no sé”. A mí me generaba una cierta impotencia a no poder romper la barrera del diálogo y entender el porqué de aquel mal humor. Le propongo hacer un juego de cartas y acepta, pero durante la primera partida se muestra muy

apático y distante. Cuando reparto las cartas para hacer la segunda partida, me surge la idea de hacer un cambio, de provocar en T una reacción que lo desbloquee, de manera que, espontáneamente, le lanzo una carta que le impacta en la nariz. Él se queda parado y me mira, yo sonrío y le lanzo otra carta que impacta en su cabeza. Seguidamente, T toma una carta y me la lanza con fuerza, yo la esquivo, y es entonces cuando yo le lanzo otra. Espontáneamente, los dos nos levantamos y yo me escondo detrás de una silla mientras él se coloca en un extremo de la sala. Comenzamos a lanzarnos las cartas “a la cabeza”. En algunas ocasiones, yo me dejo ver y T aprovecha para lanzar las cartas con mucha fuerza, pero le caen al frente (cuando intentas lanzar una carta con mucha fuerza, genera fricción con el aire, y esta queda muy frenada). T lo intenta una y otra vez; algunas cartas me tocan y otras no llegan. A medida que se va acabando la baraja, recogemos las cartas del suelo y nos las volvemos a lanzar, a veces moviéndonos por la sala libremente para esquivar las cartas del otro. Finalmente, nos quedamos sentados en el suelo. “¿Qué, estás más relajado?” Vuelve a encoger los hombros, pero dice: *“el fin de semana con mi padre fue una mierda, él me dijo que iríamos a los karts, pero al final tuve que ir a casa de los abuelos porque él se fue a trabajar”*.

Este juego que he llamado *guerra de cartas* surgió de manera espontánea y directa, sin que nunca hubiéramos hecho un juego similar ni nada parecido; por lo tanto, no había una normativa concreta, sino que podríamos clasificarlo dentro del juego no reglado. De esta forma, podemos detectar aspectos muy importantes que se dan en esta viñeta. Por un lado, el terapeuta es el generador del juego: es decir, el adulto y responsable crea una situación que provoca una ruptura tanto en el *setting* como en las resistencias superyoicas de T, generando, por su parte, una respuesta igualmente agresiva, pero obteniendo una reacción positiva por mi parte. Es decir, sin sentir que estuviera haciendo ninguna fechoría ni mostrando yo un enfado como sí que podría manifestar su padre en una situación similar. De esta manera, se genera una experiencia emocional correctiva. El terapeuta pasa a ser, momentáneamente, algo a quien se le pueden lanzar objetos con mucha fuerza,

convirtiéndose en el receptáculo de la ira y el enojo con los que T venía; pudiendo aceptarlo y, al mismo tiempo, elaborarlo, devolviéndolo de manera más empática al reconectarlo con la tristeza y la sensación de abandono de una forma comprensiva y empática respecto a cómo se ha sentido. El juego espontáneo de cartas se convierte, por lo tanto, en el vehículo que hace posible esta interacción. Es crucial destacar la importancia de dejar en silencio la acción realizada por el terapeuta al lanzar la carta, esperando la reacción espontánea que se desencadena en T. Este punto es clave, ya que justo después de la acción es cuando se genera un estado de incertidumbre que lleva a una ruptura del estado resistencial de T. Esto lo conduce a devolver la carta con fuerza hacia el terapeuta, liberando así la rabia y el enfado, y después de la serie de lanzamientos de cartas, puede elaborar esos sentimientos poniéndolos en palabras.

Es relevante destacar que este movimiento irreverente del terapeuta y la consiguiente respuesta del paciente sólo se puede dar porque hay un vínculo formado y lo suficientemente fuerte para abordarlo sin que la situación genere un malentendido.

¡Tú no pierdes nunca!

“Tú no pierdes nunca” “quizás será porque me pienso muy bien las tiradas que hago” “yo también las pienso, pero a ti te salen las mejores cartas y, en cambio, a mí me tocan birrias” “¿cómo sabes qué cartas me tocan a mí si no las ves?” “porque lo sé” “quizás no depende tanto de las cartas sino de cómo las utilizas”. “No me gusta perder” “ya veo, parece que es bastante frustrante para ti” “sí, es una mierda” “Pero no siempre puedes salir victorioso de todo, en algunas cosas uno no siempre puede ganar...” “ya, pero hace mucha rabia eso de perder. ¡A la próxima te machaco!”

Esta conversación surgió después de estar jugando al juego del *Virus* tres partidas en las cuales el terapeuta había ganado todas las ocasiones.

En esta viñeta, podemos observar cómo T. conecta con la frustración de perder y, al mismo tiempo, expresa su enfado hacia el terapeuta quitándole el mérito de ganar, argumentando que no se debe a utilizar una buena estrategia,

sino a la suerte (al proporcionarle mejores cartas). De esta manera, se produce un reconocimiento de la derrota y del consiguiente fracaso, generando su aceptación y, a la vez, una extrapolación fuera del juego que reconecta con sus fracasos a nivel personal. También es importante notar cómo el terapeuta ayuda tanto a conectar con la derrota, como a proporcionar herramientas para que pueda reflexionar sobre su juego y sus estrategias. Se abre así un espacio de pensamiento lateral que puede llevarlo a considerar sus decisiones, reflexionar sobre ellas y realizar cambios que le beneficien para salir victorioso en la próxima partida. Un hecho destacable es la capacidad de hablar libremente con el terapeuta y sentirse seguro para mostrarse desafiante con él, lo cual demuestra que se encuentra en un espacio seguro donde puede expresarse con libertad. Este aspecto es importante, ya que refuerza la confianza en sí mismo.

El baile de la victoria

"¡Toma! ¡Te he ganado!". Seguidamente de pronunciar estas palabras, T se levanta de la silla y se pone a hacer un movimiento con los brazos y la cintura, haciendo olas. *"Este es el baile de la victoria"* *"¡Caramba!, se nota que estás contento, ¿te lo has inventado tú?"*, *"no, es lo que hace mi madre cuando me gana y yo ahora te lo hago a ti"* *"¿Y a ti te gusta cuando te lo hace?"* *"no mucho, me hace bastante rabia..."* *"ah, y ahora me lo haces a mí para que yo también tenga la misma rabia, ¿sí?"* *"sí, te fastidias..."*. Sonríe. *"¿Y tú no tienes tu propio baile?, ¿qué haces cuando ganas tú?"* *"No sé"* *"Quizás deberías inventarte uno de baile de la victoria..."* *"sí, a ver..."* *"¡Yo también haré uno, mira!"*

Me levanté de la silla y nos pusimos a ensayar movimientos diferentes. Los dos estuvimos probando diferentes bailes hasta que T encontró uno que le gustó y lo repitió: *"ya lo tengo, ¡será este!"* T hace unos movimientos con las manos y va levantando los pies alternativamente hacia un lado y hacia el otro: *"¡Está genial, te queda fantástico!"*

El gesto de T de celebrar la victoria fue bastante espontáneo. Aunque el baile que hizo era una copia del gesto que hacía su madre, era una manera de mostrarse vencedor y proyectar en el terapeuta la rabia que él sentía cada vez que

perdía. Podemos ver, por tanto, el mecanismo de identificación proyectiva (en el sentido destructivo hacia el otro, como apuntó Bion) y, a la vez, la reacción del terapeuta. Este, en vez de enfadarse o enrabietarse, se adapta a la necesidad de movimiento de T y busca maneras de potenciarla, generando una situación nueva y espontánea que fomenta su creatividad y refuerza la autoestima hacia una identidad y manera de hacer propias.

El gesto del terapeuta abre el juego a buscar un baile que lo diferencie de la madre y le aporte una autonomía; a la vez, se genera un vínculo entre los dos, que van haciendo movimientos de baile espontáneos con una cierta complicidad y sincronismo, pero sin poner palabras, sino gesticulaciones diferentes, irándose mutuamente con un reforzamiento del vínculo hacia el adulto.

Se cambia el *setting* para adaptarlo a la situación que T requiere en ese momento y se crea un ambiente mucho más distendido, reforzando el espacio como un lugar seguro.

La caída de la torre

Mientras T y el terapeuta juegan al juego de la torre (que consiste en ir sacando las piezas de abajo de una torre de madera y ponerlas en su parte superior) se produce esta conversación: *"Ayer la profe me clavó bronca, porque no había entregado los deberes... pero es que me dejé la libreta en casa de mi padre y no sabía qué tenía que hacer"* *"y te vas a quedar sin poder entregar los deberes"* *"sí"* *"parece que eso de ir viviendo entre dos casas tiene sus inconvenientes"* *"sí, es una mierda porque tengo que estar llevando siempre las cosas de un lugar a otro"* *"las cosas y a ti..."* *"sí..."* *"Parece que eso de que los padres estén separados no te gusta mucho"*. Encoge los hombros mientras saca una pieza que ya se intuía que haría caer la torre, que, efectivamente, acaba cayendo. *"Mira, la torre se ha hundido, como si se hubiera derrumbado una parte de nuestro mundo, ha caído todo al suelo..."* *"me hace pensar en la relación de tus padres..."* *"Es una mierda, yo no quería que se separasen..."* *"ya, y además a ti no te preguntaron tu opinión, ¿verdad?"* *"no, a mí me lo dijeron cuando ya se habían separado, y ahora yo tengo que estar moviéndome a las dos casas. Además, me usan de mensajero de sus cosas, y a mí no*

me gusta...” “entiendo, parece que has salido bastante perjudicado de la decisión de tus padres...” “Pues sí”. T se muestra triste y enrabietado. La conversación sigue hablando sobre los inconvenientes de la separación de los padres y el enfado que le hace sentir esta circunstancia.

La conversación acaba derivando hacia la situación que está a punto de afrontar T., el cambio de instituto, la entrada en la ESO y el cambio de los compañeros de clase. *“Parece que tienes miedo de que el mundo se derrumbe a tus pies, como esta torre. Son muchos cambios, ¿cómo los vives?” “no sé, no puedo hacer nada...” “Hombre, algo ya debes estar haciendo, como mínimo adaptarte a esta nueva situación de los padres, y con la escuela ya veremos...” “Pues es que no me queda más remedio...”*. Mientras charlamos, vamos volviendo a montar la torre y el terapeuta aprovecha a hacer un nuevo símil: *“pues mira, esta torre ha caído del todo y ahora la estamos haciendo nueva. Quizás te tocará a ti hacer esto también, construir nuevas amistades, o maneras de relacionarte con los padres...”*. T no dice nada, pero hace un gesto afirmativo con la cabeza, no muy contento.

En esta sesión, hay muchos aspectos importantes a destacar. Por un lado, se puede ver cómo el juego y las situaciones que se generan dan pie a gestionar la dialéctica de la sesión y pueden extrapolarse de manera metafórica a las situaciones de vida real. A la vez, sirve para abrir nuevas verbalizaciones y reflexiones, que ayudan a ampliar la manera de pensar, y entender la situación que se está viviendo desde otro punto de vista. El terapeuta ayuda a que T pueda sentirse comprendido y escuchado, dentro de un espacio seguro y contenido, pero sin aportar soluciones ni consejos, simplemente compartiendo su estado emocional.

Por otra parte, la visión de la situación (tanto de la caída de la torre, como la del derrumbe de su mundo interno) ayuda a pensar y gestionar una aceptación de esta, a la vez que a asentar unas bases emocionales que se articulen hacia la generación del cambio.

Al mismo tiempo, el juego escogido abre la puerta a poder hablar mientras se va jugando, lo que ayuda a que T se vaya sintiendo más cómodo dentro de la conversación sin estar centrado exclusivamente en lo que dice. En cierto modo,

al estar pendiente del juego, se rompen ciertas barreras emocionales que bloquean a T (que se muestra muy apático y poco expresivo). En otras palabras, el espacio distendido del juego cambia el foco atencional hacia su dinámica y permite una bajada de las resistencias suficiente para que se genere un diálogo emocional sincero y relajado.

Aspectos destacables de mejora en la evolución del caso

T, con el tiempo, fue gestionando el duelo de la separación y aceptando la situación de los padres, adaptándose y entendiendo qué lugar podía ocupar él en aquella nueva dinámica familiar. A la vez, la entrada al instituto le aportó un cambio significativo en su propia autoconcepción, haciendo que se mostrara más seguro y menos desafiante que en su etapa escolar, influido por una serie de nuevas amistades derivadas de la extraescolar de fútbol a la que se apuntó.

La relación con el padre fue mejorando de tal manera que este también hizo un cambio en su forma de gestionar su tiempo, tanto en el trabajo como con T. Este cambio fue acaecido, en parte, por el trabajo realizado en las reuniones que el terapeuta tenía con los padres periódicamente.

Parece que T se fue ubicando y encontrando su lugar tanto en casa de los padres como en el ámbito social, y eso le aportó cierta estabilidad tanto personal como emocional. Actualmente, T ya no está en tratamiento. No obstante, hay un acuerdo con él y con los padres que ante cualquier cambio o necesidad pueden volver a consultar, dejando así, un espacio seguro para T que le ayuda a sentirse acompañado en la distancia.

Conclusiones

El juego genera el vínculo y el vínculo promueve el cambio

Es cierto que es prácticamente imposible que un proceso terapéutico tenga resultados positivos si antes no se ha conseguido crear un vínculo que permita profundizar en la relación que se establece entre los miembros que ocupan este espacio. Haciendo mención a Eulalia Torres de Bea (2012), en este sentido se considera fundamental la comprensión del tipo de relación que

el paciente establece con el terapeuta, identificar los cambios emocionales que se producen, qué dinámica se configura y cómo se enfrenta al mundo que lo rodea.

En este trabajo, se ha pretendido demostrar que puede haber diferentes formas de crear un vínculo terapéutico bastante sólido dentro del espacio de juego, confirmando las aportaciones de Sainz (2017) cuando dice que “los niños con un vínculo afectivo sólido y seguro tienen más posibilidades de reducir su narcisismo y de ser un poco más independientes incluso de su ego”.

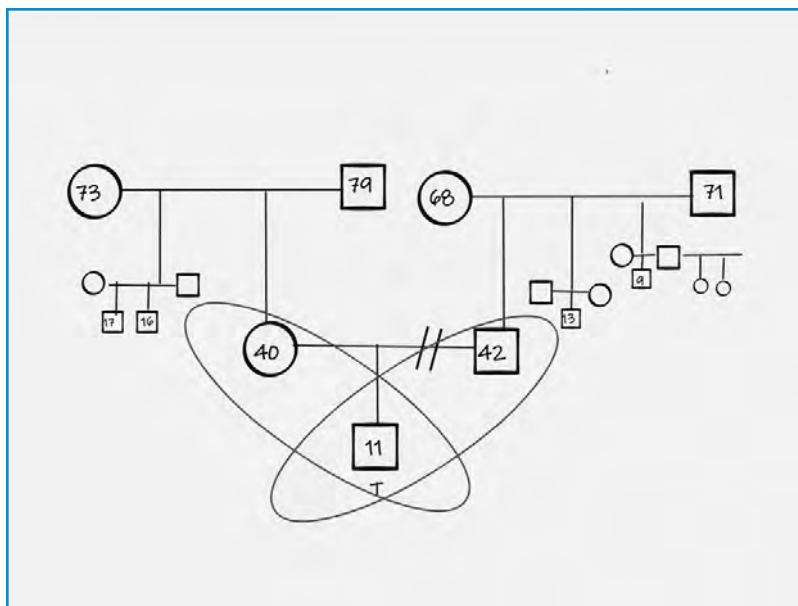
En el mundo del psicoanálisis, el *setting* es considerado de real importancia. Aun así, no hay un protocolo que lo determine con exactitud. Es objetivo también de este trabajo dejar claro que hay un *setting*, pero se incorporan en él diferentes procedimientos que se pueden determinar informales y que, sin embargo, al mismo tiempo, tienen un auténtico valor terapéutico. El juego dentro del espacio terapéutico es un procedimiento que hay que tener en cuenta en cualquiera de los ámbitos donde se pretenda desarrollar un espacio psicoterapéutico con preadolescentes.

Bibliografía

- Alexander, F. y French, T. M. (1946). *Terapia psicoanalítica*. Ronald Press.
- Bion, W. R. (1962). Una teoría del pensamiento. En *Volviendo a pensar* (pp. 151-164). Hormé, 1990.
- Blos, P. (1979). *La transición adolescente*. Amorrortu editores
- Coderch, J. (2012). *La relación paciente-terapeuta. El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica*. Herder Editorial.
- Erikson, E. H. (1980). *Identidad, juventud y crisis*. Taurus.
- Fieschi, E. (2022). Melanie Klein. Niños que Juegan ¿Como comprenderlos? En R. Royo, L. Jachevasky, y T. Pont (eds.). (2021). *En juego: Teoría y técnica del juego en la práctica clínica actual*. Herder.
- Freud, A. (1991). *Normalidad y patología en la niñez: evaluación del desarrollo*. Paidós.
- Galarraga, G. (2021). Jaques Lacan. ¡Con los lacanianos no se juega! en R. Royo, L. Jachevasky y T. Pont T. (eds.). (2021). *En juego: Teoría y técnica del juego en la práctica clínica actual*. Herder.
- Garvey, C. (1985). *El juego infantil*. Ediciones Morata.
- Kirmayer, M. (2019). *Social competence in the context of friendship during emerging adulthood: Conceptualization, measurement, and links with social adjustment* [tesis doctoral]. McGill University. Recuperado de: <https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/3n2043504>
- Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Obras completas de Melanie Klein, Vol. 3: Envidia y gratitud y otros trabajos* (pp. 10-33). Paidós, 1987.
- Klein, M. (1994). *El psicoanálisis de niños*. Paidós Ibérica Ediciones.
- Moreno, J. (2021). *El Juego, el tiempo y el Juguete*. En R. Royo, L. Jachevasky y T. Pont (eds.). *En juego: Teoría y técnica del juego en la práctica clínica actual*. Herder.
- Piaget, J. (1972). *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. Morata.
- Royo, R. (2021). Los caminos del juego. Puntos de inflexión. En R. Royo, L. Jachevasky y T. Pont (eds.). *En juego: Teoría y técnica del juego en la práctica clínica actual*. Herder.
- Royo, R., Jachevasky, L. y Pont, T. (2022). Juego y psicoterapia, en R. Royo, L. Jachevasky y T. Pont, (eds.). (2021). *En juego: Teoría y técnica del juego en la práctica clínica actual*. Herder.
- Sáinz, F. (2017). *Winnicott y la perspectiva relacional en el psicoanálisis*. Herder Editorial.
- Silvestre, N. y Solé, M. R. (1993). *Psicología evolutiva: infancia, preadolescencia*. Ceac.
- Teipel, K. (2012). *Resumen de investigaciones sobre desarrollo adolescente*. Centro de Recursos de Salud para Adolescentes del Estado, Universidad de Minnesota. Adaptación al español por el Título V/Programa de Salud Materna e Infantil del Departamento de Salud y Medio Ambiente de Colorado (2020).
- Torres de Bea, E. (2012). *Normalidad, psicopatología y tratamientos en niños, adolescentes y familia*. Octaedro.
- Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y juego*. Gedisa.

Anexo

Ilustración 1. Genograma familiar



Victimización, síntomas de malestar y resiliencia en tiempos de covid-19 en adolescentes

ALEXIS BUSTOS-VILLARROEL^{1A} Y NOEMÍ PEREDA^{2A}

RESUMEN

La pandemia por covid-19 y las medidas de confinamiento supusieron cambios importantes en las estructuras sociales que aumentaron los factores de riesgo tanto para las experiencias de victimización infantil y adolescente como para los síntomas de malestar psicológico. Sin embargo, los estudios publicados con muestras de alto riesgo son muy escasos. La muestra está conformada por 125 adolescentes de 14 a 18 años, pertenecientes a proyectos de intervención ambulatoria de la red de protección de SENAME/Mejor Niñez. Mediante una encuesta de autoreporte los jóvenes respondieron a variables sociodemográficas, experiencias de victimización, síntomas de ansiedad y depresión, y resiliencia. La muestra analizada presentó una elevada prevalencia de experiencias de victimización, si bien no es superior a la revelada en otros estudios prepandémicos. Destaca la necesidad de intervenir ante los síntomas de ansiedad y depresión, y basar los programas de tratamiento en la promoción de la resiliencia. **Palabras clave:** covid-19, Chile, adolescentes, victimización, resiliencia.

ABSTRACT

Victimization, symptoms of discomfort, and resilience in times of covid-19 in youth. The covid-19 pandemic and lockdown measures brought about significant changes in social structures, increasing risk factors for both child and adolescent victimization experiences and psychological distress symptoms. However, there is a scarcity of published studies with high-risk samples. The sample consists of 125 youths aged 14 to 18 years, belonging to outpatient intervention projects within the SENAME/Mejor Niñez protection network. Through a self-report survey, the youths responded to sociodemographic variables, victimization experiences, anxiety and depression symptoms, and resilience. The analyzed sample exhibited a high prevalence of victimization experiences, although it is not higher than that revealed in other pre-pandemic studies. There is a need to intervene in anxiety and depression symptoms, and treatment programs should be based on promoting resilience. **Keywords:** covid-19, Chile, adolescents, victimization, resilience.

RESUM

Victimització, símptomes de malestar i resiliència en temps de covid-19 en joves. La pandèmia per covid-19 i les mesures de confinament van suposar canvis importants en les estructures socials que van augmentar els factors de risc tant per a les experiències de victimització infantil i adolescent com per als símptomes de malestar psicològic. Tanmateix, els estudis publicats amb mostres d'alt risc són molt escassos. La mostra està conformada per 125 joves de 14 a 18 anys, pertanyents a projectes d'intervenció ambulatoria de la xarxa de protecció de SENAME/Mejor Niñez. Mitjançant una enquesta autocomplementada, els joves van respondre a variables sociodemogràfiques, experiències de victimització, símptomes d'ansietat i depressió i resiliència. La mostra analitzada va presentar una elevada prevalença d'experiències de victimització, si bé no és superior a la revelada en altres estudis prepandèmics. Destaca la necessitat d'intervenir davant els símptomes d'ansietat i depressió, i basar els programes de tractament en la promoció de la resiliència. **Paraules clau:** covid-19, Xile, adolescents, victimització, resiliència.

La pandemia por el virus SARS-CoV-2 (covid-19) impuso una nueva forma de organización social basada en la restricción de la libertad de circulación a raíz de las cuarentenas y las distintas etapas o fases de confinamiento. Estos cambios en las dinámicas psicosociales generaron

un impacto en las ecologías sociales, principalmente por el cierre de los centros escolares y la realización de las actividades laborales desde el hogar (Carrión-Martínez et al., 2021).

A su vez, estas condiciones particulares propiciaron factores de riesgo asociados a la familia y

¹Licenciado en Trabajo Social, Magíster en Filosofía mención Pensamiento Contemporáneo, Metáfora Centro de Terapia del Trauma, Chile. ²Dra. en Psicología. ^AGrupo de Investigación en Victimización Infantil y Adolescente (GReVIA). Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Barcelona, España.

Contacto: bustosvillarroel@gmail.com

Recibido: 25/3/24 - Aceptado: 7/5/24

al ejercicio de la parentalidad, configurando un entorno facilitador para la violencia (Pereda y Díaz-Faes, 2020).

Así, la inseguridad económica (Conrad-Hiebner y Byram, 2020), el aislamiento familiar y la falta de apoyos externos (Usher et al., 2020), los conflictos relacionales y emocionales en el interior de la familia (Prime et al., 2020), el estrés y las exigencias de la crianza (Brown et al., 2020; Cluver et al., 2020) y el agotamiento parental (Griffith, 2020), aumentaron el riesgo de violencia intrafamiliar en pandemia (Humphreys et al., 2020), especialmente en mujeres, infantes y adolescentes (Peterman et al., 2020).

El caso de los niños y adolescentes es especialmente grave, dado que, a pesar del riesgo de victimización constatado en múltiples estudios, se produjo una disminución preocupante en las notificaciones oficiales de maltrato y abuso infantil (véase la revisión de Marmor et al., 2023). Estudios como el de Vezzaro et al. (2022) en Uruguay confirman un descenso en el número de casos atendidos por maltrato y abuso sexual infantil entre el 2016 y el 2020 en una unidad de atención a la infancia, atribuyéndolo a un descenso en la detección de estos, no a un descenso en la realidad del problema. En este sentido, la investigación de Rölfig et al. (2020) da cuenta de la complejidad de poder establecer la prevalencia del fenómeno a partir de las notificaciones oficiales durante la pandemia, dado que la mayor parte de casos de violencia contra la infancia y la adolescencia son detectados por profesionales del ámbito educativo. Estos, al mantenerse alejados de sus estudiantes por las cuarentenas, no pudieron acceder a esta realidad. Así, autores como Roje et al. (2020) han instado al estudio de las experiencias de victimización infantil y adolescente durante el covid-19 mediante encuestas de autoreporte dirigidas a las potenciales víctimas.

Victimización, malestar y resiliencia

La victimización se puede definir como la exposición al abuso, violencia doméstica o abandono, y afecta millones de niños y adolescentes en el mundo al año (Stoltenborgh et al., 2015). Usualmente se asocian las experiencias de victimización con impactos psicosociales negativos

a largo plazo, como alcanzar menores niveles educativos (Currie y Widom, 2010) o tener trabajos más mal remunerados o mayores tiempos de desempleo (Brimblecome et al., 2018), así como tener mayor tendencia a la criminalidad (Malvaso et al., 2018). Pero, de igual manera, las experiencias de victimización se encuentran asociadas con impactos psicosociales más a corto plazo como episodios de ansiedad, depresión, así como una reducción significativa en la autoestima (Pontillo et al., 2019). Por otra parte, la resiliencia se presenta cuando, a pesar de condiciones desfavorables y de adversidad significativa, las personas logran resultados positivos (Rutter, 2006), y se considera más bien un proceso de adaptación y de resistencia a los factores externos que un constructo o rasgo de personalidad (Luthar et al., 2000).

Victimización, malestar y resiliencia durante la pandemia

Existen distintos estudios que han evaluado las experiencias de victimización que niños y adolescentes han reportado durante el contexto pandémico. En Europa, destaca la investigación de Augusti et al. (2021) quienes, mediante las respuestas a un cuestionario dirigido a jóvenes noruegos de entre 12 y 16 años, encontraron un 8,2 % de abuso psicológico, un 2,4 % de abuso físico y un 1,4 % de abuso sexual en esta muestra. Para el acoso sexual en línea, la tasa fue del 5,6 % durante ese período. Los análisis sugirieron que la victimización previa fue el predictor más preciso de las experiencias de violencia durante el confinamiento. Un año más tarde, Augusti et al. (2023) compararon las tasas de prevalencia de un año antes y durante la pandemia, encontrando un incremento significativo en los reportes de abuso sexual que pasó de un 3,1 a un 4,5 % para la muestra de adolescentes encuestados, si bien el abuso psicológico disminuyó de un 12 a un 8 %.

En América, Ma et al. (2023), a partir de los reportes de una muestra de adolescentes en EE. UU., encontraron una prevalencia general de abuso emocional y abuso físico del 21,8 % y del 3,1 %, respectivamente. Esta prevalencia era significativamente mayor en aquellos jóvenes con un padre o adulto conviviente que hubiera

perdido el trabajo (28,5 % para el abuso emocional y 4,5 % para el físico). En Canadá, Craig et al. (2022) encontraron que el 46 % de los adolescentes encuestados informaron haber experimentado al menos una forma de abuso emocional a menudo o siempre, mientras que un 7,9 % reportó maltrato físico a menudo o siempre, durante el confinamiento.

En China, Zhang et al. (2022) encontraron que la prevalencia de victimización durante el período de confinamiento en una muestra de niños y adolescentes en edad escolar se había incrementado, o había disminuido, en función del tipo de violencia. Así, durante el período de confinamiento descendió la exposición a violencia familiar (13,9 % vs. 17,0 %), se mantuvo la violencia física (13,7 % vs. 13,9 %), y se incrementaron el abuso emocional (20,2 % vs. 14,6 %) y la negligencia (7,3 % vs. 6,9 %). También en China, Long et al. (2022) encontraron un ligero descenso en la prevalencia de negligencia física y emocional, abuso físico y emocional posterior al confinamiento en una muestra de adolescentes de 12 a 18 años. Sin embargo, la prevalencia de abuso sexual se incrementó (2,9 %) respecto a la previa al confinamiento (1,6 %). Los varones mostraron un aumento en la prevalencia de abuso sexual significativamente mayor, así como aquellos jóvenes con más síntomas de depresión.

La victimización electrónica es una de las formas de victimización que podría haber aumentado de forma significativa a causa de las restricciones de movilidad y el aumento en el uso de tecnologías de parte de la población adolescente (Marciano et al., 2022). Esto es consecuente con la investigación de Barlett et al. (2021) con jóvenes estadounidenses, en la cual se constata el aumento del ciberacoso en el contexto de la pandemia y las cuarentenas, fenómeno que se relacionó con el aislamiento y con el aumento del tiempo de conexión a Internet. Sin embargo, trabajos como el de Bacher-Hicks et al. (2022) indican que el covid-19 produjo un descenso en los casos de acoso escolar y ciberacoso en los jóvenes estadounidenses. El mismo resultado han obtenido Repo et al. (2022) en Finlandia, aludiendo a la importancia de la presencialidad en el acoso entre adolescentes. La reciente revisión de Huang et al. (2023) parece confirmar

este descenso en el ciberacoso durante la pandemia. Sin embargo, Sorrentino et al. (2023) matizan este descenso e indican que, si bien los estudios revisados se caracterizaron por una gran variedad en la operacionalización y medición del ciberacoso, y por diferentes metodologías utilizadas para la recopilación de datos, las tasas de prevalencia de participación en ciberacoso y/o cibervictimización durante la pandemia generalmente revelaron un aumento en muchos países asiáticos y Australia y una disminución en los países occidentales.

Cabe destacar que son muy escasos los estudios publicados con adolescentes pertenecientes a muestras de alto riesgo y se desconocen sus experiencias de victimización durante la pandemia. Stewart et al. (2021), en Canadá, analizaron a una muestra de adolescentes en tratamiento por problemas de salud mental y no encontraron un aumento en la incidencia de exposición a violencia doméstica, abuso físico, sexual o emocional, concluyendo que las medidas restrictivas de la pandemia de covid-19 pueden haber actuado como un factor protector ante el conflicto interpersonal en este colectivo.

Las medidas de control de la pandemia por covid-19 han provocado un importante malestar en los adolescentes y ha incidido especialmente en grupos vulnerables, como aquellos con problemas previos de salud mental (Zolopa et al., 2022). Estudios de revisión han encontrado una elevada frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión tras el confinamiento (Racine et al., 2021). La irritabilidad y la ira también han sido informadas con frecuencia por niños y adolescentes (Panchal et al., 2023). La mayoría de los estudios informan de un deterioro en la salud mental de los grupos de edad más jóvenes, con un mayor número de síntomas depresivos y ansiosos en comparación con estimaciones previas a la pandemia, así como miedo relacionado con la enfermedad y angustia psicológica (Samji et al., 2022). También se ha destacado un empeoramiento del afecto negativo, el bienestar mental y un aumento del sentimiento de soledad (Kauhanen et al., 2023). Los estudios revisados muestran que el covid-19 ha tenido un destacable impacto negativo en la salud mental de niños y jóvenes, si se comparan los datos con aquellos anteriores al inicio de la pandemia.

Y si bien este daño causado en la salud mental de los adolescentes se ha constatado en la extensa mayoría de publicaciones al respecto, la resiliencia, o capacidad de afrontar la adversidad y mantener el equilibrio emocional, ha podido observarse también en algunos jóvenes (Manchia et al., 2022). Así, en el estudio de Oosterhoff et al. (2020) en Canadá, cerca de la mitad de la muestra de adolescentes informó que la pandemia también tuvo efectos positivos, con más tiempo para pasar con la familia y más tiempo para hacer ejercicio y hobbies. Esta capacidad de resiliencia se ha visto relacionada durante la pandemia con características individuales, como la capacidad de regulación emocional, el mantenimiento de la autoestima o una mejor salud mental general, pero también con factores sociales y del entorno, como el funcionamiento familiar y el apoyo de los padres, o el soporte de maestros, terapeutas y pares (Doom et al., 2023). En general, la pandemia ha tenido efectos negativos en la salud mental de niños y adolescentes. Sin embargo, los efectos varían considerablemente en función de diferentes variables que pueden actuar como riesgo o como protección.

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo describir las experiencias de victimización en una muestra de adolescentes chilenos de entre 14 y 17 años participantes de la red SENAME/Mejor Niñez, red de protección especializada en atención a niños y adolescentes que han experimentado vulneración de derechos y se encuentran en diversos proyectos de atención ambulatoria. Como objetivo secundario, se evaluarán las características de resiliencia individual y de recursos de la comunidad en relación con las experiencias de victimización. La hipótesis central se relaciona con las experiencias de victimización, las cuales tendrían un impacto directo en las sensaciones de malestar en la población estudiada. Por su parte, los jóvenes que presentan características de resiliencia individual, familiar y comunitaria no tendrían un impacto directo en su salud mental, ya que ello operaría como un factor protector.

Método

Participantes

La muestra está conformada por 125

adolescentes residentes en Chile, que participan en proyectos ambulatorios de la red de protección SENAME/Mejor Niñez. Los proyectos en los que se encuentran participando son de diversa índole: desde programas reparatorios en experiencias de maltrato y abuso sexual infantil, programas educativos, programas de prevención focalizada, familias de acogida y programas de intervención especializada. La muestra fue aleatoria en tanto hubo una invitación masiva a participar en los distintos proyectos en las distintas regiones del país. Los participantes tenían entre 14 y 18 años ($M = 15,65$; $DT = 1,22$); la mayoría fueron mujeres (54 %), de orientación heterosexual (69 %) y principalmente de la región metropolitana (73 %), del Maule (9 %), Magallanes y la Antártica Chilena (4 %). En menor medida, participaron también de las regiones del Bío Bío, Araucanía, Aysén, Antofagasta, Ñuble y Los Ríos. La tabla 1 del anexo muestra sus principales características sociodemográficas.

Sobre el covid-19 y el contagio, un 29 % de los adolescentes reportaron que algún miembro de la familia contrajo el virus, mientras que un 5 % reportó no tener conocimiento al respecto. En el contexto familiar de los adolescentes pertenecientes al estudio, se evidencia la preocupación por la pérdida de la fuente laboral de algún miembro de la familia (40 %) y el impacto en la situación económica del hogar (60 %). Respecto del consumo de sustancias al interior de la familia en el contexto pandémico, los adolescentes reportan que el consumo de THC alcanzó el 8 %, el alcohol un 19 % y la cocaína, un 4%. Ver tabla 2 del anexo.

Instrumentos

El protocolo de recogida de datos, administrado mediante una plataforma en línea, incluyó las siguientes secciones.

Datos sociodemográficos. Incluyó datos del adolescente (e. g., género, edad, orientación sexual y lugar de residencia en el país), del contexto familiar (e. g., características sociohabitacionales, haber padecido covid-19, preocupación familiar por la pérdida de trabajo, el impacto económico y consumo de sustancias).

Victimización. Se aplicó el cuestionario de autoreporte *Juvenile Victimization Questionnaire* (JVQ; Finkelhor et al., 2005) en su versión

española (Pereda et al., 2018), diseñado con la finalidad de evaluar múltiples formas de victimización en niños y adolescentes de entre los 14 y los 18 años. El cuestionario se compone de 36 formas diferentes de victimización agrupadas en seis módulos, (i. e., delitos comunes, victimización por cuidadores, victimización por iguales o hermanos, victimización sexual, exposición a violencia y victimización electrónica). Con la finalidad de adaptar la evaluación al contexto del covid-19, en el presente estudio se sustituyó el especificador temporal “en el último año” por “desde el inicio del confinamiento, es decir, desde que se cerraron las escuelas” en cada uno de los ítems.

Ansiedad y depresión. La escala de autoreporte *DetectaWeb-Distress* (García-Olcina et al., 2018) consta de 30 ítems, los cuales evalúan problemas relacionados con la emocionalidad en la infancia, incluyendo indicadores de ansiedad y depresión. Ésta se presenta en un formato de respuestas de cuatro opciones en una escala con formato de respuesta tipo Likert, a saber: 0 = nunca, 1 = a veces, 2 = a menudo y, 3 = siempre. Se seleccionaron los tres ítems que evalúan antecedentes de depresión (“¿Te has sentido casi todos los días deprimido/a o muy triste?”, “¿Has notado menos interés y/o ganas para hacer las cosas?”, “¿Has pensado que no vales nada?”) y los tres ítems que evalúan ansiedad (“¿Te preocupas mucho por las cosas como el colegio, tus amigos, tu salud, la salud de tus familiares?”, “¿Te preocupas por algunas cosas más que otros chicos/as de tu edad?”, “¿Te preocupa lo que va a ocurrir en el futuro?”). El alfa de Chronbach para ansiedad fue de 0,55 y para depresión fue de 0,77. El alfa de Chronbach para la puntuación total la escala fue de 0,72 en este estudio.

Resiliencia. Se aplicó el *Adolescent Resilience Questionnaire* (Gartland et al., 2011), el cual permite identificar los recursos de resiliencia disponibles en los adolescentes, tanto de manera individual, como en el contexto social más amplio. En este estudio se incluyeron 10 ítems agrupados en aquellos relativos a recursos propios (cuatro ítems), obteniendo un alfa de Cronbach de 0,72. Y aquellos relativos a recursos del entorno (seis ítems), con un valor alfa de Cronbach de 0,64. Los ítems del cuestionario

se puntúan siguiendo una escala de respuesta graduada de cinco puntos que va desde “casi nunca” (1) a “casi siempre” (5). En el presente estudio, se sustituyó el especificador temporal “en los últimos seis meses” de cada ítem por “desde el inicio del confinamiento”.

Procedimiento

La investigación fue autorizada por la Dirección Nacional del Servicio Nacional de Menores (SENAME). El SENAME fue el organismo encargado y responsable de la política pública en el trabajo en torno a la protección de derechos y la responsabilidad penal de niños y adolescentes, desde su creación en 1990 hasta su finalización, el 30 de septiembre del año 2021. También se obtuvo el permiso de la Dirección del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia -*Mejor Niñez*-, encargado de reemplazar al SENAME, y dedicado exclusivamente al trabajo en la protección especializada en infancia y adolescencia.

Se facilitó un documento de consentimiento informado a los padres, madres o cuidadores de los adolescentes que deseaban participar en la investigación, en la cual se le explicaban los objetivos del estudio y el tratamiento de los datos. Al comienzo de la encuesta, se informó sobre las características generales de la investigación. Se explicitó que la colaboración era voluntaria y consistiría en rellenar un cuestionario sobre experiencias vividas desde el inicio de la cuarentena en marzo del 2020 hasta el fin del confinamiento, en septiembre del mismo año y considerando hasta diciembre durante el periodo de transición (paso a paso). También se detalló que los datos eran confidenciales, excepto en el caso en que alguna de las respuestas supusiese un riesgo para el participante. Con el objeto de resguardar el anonimato, pero mantener visibles las posibles vulneraciones de derechos ocurridas en el contexto de la cuarentena, se solicitó a los participantes que anotaran sus iniciales y el nombre del proyecto en el cual se encontraban insertos, posibilitando la identificación de situaciones complejas que hubo que resguardar, con las iniciales de sus nombres y apellidos, la edad, el nombre del proyecto y la ciudad en la cual se encontraban. Todos esos datos formaban parte del apartado de información sociodemográfica.

Los criterios de inclusión fueron tener entre 14 y 18 años, vivir en Chile en cualquiera de sus 16 regiones, haber leído la explicación del estudio y querer participar voluntariamente, estar participando o ingresado a algún proyecto ambulatorio de la red SENAME o *Mejor Niñez* y dar su consentimiento. En el caso de detectar situaciones de maltrato, violencia o abuso en el contexto de la toma de muestra, el investigador tuvo la obligación de reportarlo a través de los protocolos elaborados para tales efectos. La comunicación de riesgo se activó en las situaciones de abuso sexual infantil. Estas situaciones se informaron directamente a las unidades técnicas de las ONG en la cuales se encontraban insertos los jóvenes; éstas son organismos colaboradores directos de la política pública de infancia.

Análisis de datos

Para el análisis de los resultados descriptivos se utilizó el programa estadístico *r*, contemplando las variables de: edad, género y orientación sexual.

Para los análisis correlacionales se contemplaron las variables de género, orientación sexual, dividida en heterosexual y minoría sexual, y las variables de victimización, resiliencia, ansiedad y depresión. En este sentido, se realizaron dos tipos de análisis: por una parte, se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas, edad, género y orientación sexual. Se establecieron dos grupos en la muestra: sin y con experiencias de victimización. De ello, se extrajeron medidas de asociación bivariadas o de comparación de grupos entre estas variables. Se aplicó la prueba chi-cuadrado para las variables sociodemográficas: edad, género y orientación sexual. También se incluyeron las dimensiones de consumo de sustancias, contagio por covid-19 y pérdida del trabajo en la familia. Se utilizó a prueba *t* de comparación de medias para las puntuaciones totales en las dimensiones de resiliencia (recursos propios y del entorno). Y, la prueba Wilcoxon *rank sum test* para las medias de los grupos diferentes; es decir, grupo sin y con experiencias de victimización, las cuales se acompañaron, respectivamente, del coeficiente ϕ , la *d* de Cohen y η^2 . Por otra parte, se efectuó un análisis de regresión logística en las cuales se encontraron cuatro variables

que contribuyeron significativamente a los análisis de victimización. Para el primer objetivo y la regresión logística los datos fueron analizados por el programa estadístico STATA 18®.

Resultados

Prevalencia de victimización

La prevalencia de victimización se situó en un 61,6 % ($n = 77$) de la población encuestada, a saber: victimización física por adultos cuidadores (12,5 %), victimización psicológica por adultos cuidadores (28,7 %), victimización física por iguales/hermanos (11,2 %), victimización psicológica por iguales/hermanos (10 %), victimización sexual por adultos cuidadores (2,5 %), victimización sexual por pares/hermanos (1,25 %), exposición a violencia familiar entre los padres (15 %), exposición a la violencia familiar en contra de hermanos u otros menores (8,75 %), exposición a la violencia familiar contra los abuelos u otros adultos mayores (1,25 %), acoso en línea no sexual (21,25 %) y acoso sexual en línea (13,75 %).

Se encontraron diferencias por género en la prevalencia de victimización psicológica por adultos cuidadores (femenino: $n = 14$; 56 %; masculino: $n = 9$; 36 %), existiendo diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2(6) = 12,42$; $p < 0,001$; $\phi = 0,08$) y la victimización por exposición a la violencia contra los abuelos u otros adultos mayores, la cual mostró también diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2(6) = 15,62$; $p < 0,01$; $\phi = 0,25$). La tabla 3 del anexo muestra los resultados completos.

Victimización y variables asociadas

Como puede constatarse en la tabla 4 del anexo, se observó una asociación significativa entre la orientación sexual y las experiencias de victimización ($\chi^2(1) = 9,30$; $p < 0,01$; $\phi = 0,27$), siendo el colectivo identificado como minorías sexuales aquel más afectado por estas experiencias. De igual manera, hubo asociación estadísticamente significativa en el consumo de drogas o alcohol por parte de la familia durante el confinamiento y la cuarentena y la victimización ($\chi^2(1) = 16,47$; $p < 0,001$; $\phi = 0,37$). El resto de las variables no muestran relaciones estadísticamente significativas.

Respecto de los recursos de resiliencia, se encontró una asociación estadísticamente significativa en la dimensión general y la victimización ($t(123) = 2,63; p < 0,01; d = 0,48$), con una mayor resiliencia en los adolescentes sin experiencias de violencia.

Sobre los indicadores de ansiedad o depresión, fueron los ítems de depresión los que tuvieron asociación estadísticamente significativa con las experiencias de victimización ($t(117) = -2,81; p < 0,01; \eta^2 = 0,53$).

La tabla 5 del anexo recoge los análisis de regresión logística para victimización, resiliencia e indicadores de salud mental. El modelo estadístico explica el 22 % de la dispersión de los datos ($Pseudo R^2 = 0,22$).

Los adolescentes que presentan indicadores de resiliencia (recursos propios o del entorno) presentan menos probabilidades de reportar experiencias de victimización ($OR = 0,943$; IC 95 % 0,882 – 1,008; $p < 0,1$). Asimismo, los adolescentes que se identifican con una minoría sexual presentan tres veces más la probabilidad de reportar estas experiencias ($OR = 3,948$; IC 95 % 1,386 – 11,244; $p < 0,01$). Por su parte, los adolescentes que presentan indicadores de ansiedad o depresión tienen el doble de probabilidades de reportar victimizaciones ($OR = 1,134$; IC 95 % 0,992 – 1,297; $p < 0,1$). Finalmente, en las familias donde hay consumo de sustancias, los adolescentes presentan cinco veces más probabilidades de reportar algún tipo de victimización ($OR = 5,746$; IC 95 % 1,660 – 19,886; $p < 0,01$).

Discusión

El presente estudio revela una elevada prevalencia de experiencias de victimización en adolescentes atendidos por la Red SENAME/Mejor Niñez, durante la cuarentena por covid-19 en Chile, en la cual más de la mitad de la muestra experimentó alguna forma de violencia.

Sin embargo, y si bien son muy escasas las investigaciones con muestras de riesgo, la pandemia no parece haber tenido un efecto en la victimización reportada por los adolescentes en el presente estudio. En investigaciones previas al contexto pandémico en Chile, siguiendo una metodología similar, pero con una muestra representativa de adolescentes de la población

general (Pinto-Cortez et al., 2022), se observa que las mismas formas de victimización son porcentualmente más altas en comparación con la investigación actual. Los datos comparados entre ambas investigaciones muestran la complejidad de los efectos de las medidas de confinamiento en la violencia. De forma similar al estudio de Stewart et al. (2021), con una muestra de adolescentes en tratamiento por problemas de salud mental, las medidas restrictivas de la pandemia por covid-19 pueden haber actuado como un factor protector en este colectivo. A su vez, que en la presente investigación los porcentajes sean inferiores no quiere decir, necesariamente, que las experiencias de victimización no ocurriesen, sino que quizás éstas no hayan podido ser develadas por los adolescentes, considerando el cierre de establecimientos educacionales y el redireccionamiento de los centros de salud a paliar los efectos del covid-19. Sin estas dos redes, niños y adolescentes pueden haber visto disminuida su capacidad de solicitar ayuda y no atreverse a responder a la encuesta.

Respecto a las variables asociadas al reporte de victimización en la muestra, la literatura especializada ha puesto de manifiesto que las mujeres y los niños, niñas y adolescentes son los que presentan mayor riesgo de ser victimizados o de vivir experiencias de violencia en su amplia gama de expresión, especialmente con el advenimiento de la pandemia, las cuarentenas y la restricción de movilidad (Peterman et al., 2020; Usher et al., 2020). Este mismo resultado se ha obtenido en el presente estudio donde las adolescentes han presentado porcentajes mayores de victimización en la gran mayoría de formas de violencia, pero especialmente en las formas de violencia sexual, si bien las diferencias no han sido estadísticamente significativas en su mayoría. Por su parte, el colectivo masculino adolescente presentó una mayor experiencia de victimización en relación con su grupo de pares, experimentando agresiones físicas de hermanos u otros adolescentes, si bien este resultado no ha sido confirmado por resultados prepandémicos con jóvenes chilenos de la población general (Pinto-Cortez et al., 2022), donde las mujeres eran más victimizadas también en este contexto. Los adolescentes también han reportado una mayor exposición a la violencia familiar contra

hermanos u otros menores, siendo un resultado que merece ser analizado desde una perspectiva cultural, dado que en otros trabajos similares con jóvenes estadounidenses no se han observado diferencias de género en esta variable (Hamby et al., 2011).

En lo que concierne a la orientación sexual, el grupo de adolescentes autoidentificado como perteneciente a una minoría sexual presentó tres veces más la probabilidad de vivir experiencias de victimización, en tanto el pertenecer a este colectivo supone un factor de riesgo preponderante (Infante y Salinas, 2017), sumado a las sensaciones de soledad, interacciones sociales negativas y el aumento de malestar subjetivo durante la pandemia (Platero y López, 2020).

Un factor de riesgo determinante evidenciado en la presente investigación es el consumo de drogas o alcohol en la familia, el cual, como se sabe, tiene una relación importante con las experiencias de maltrato hacia la infancia y adolescencia (véase la revisión de Choenni et al., 2017). La importancia de este sólido factor de riesgo para el maltrato infantil continuó persistiendo durante la pandemia (véase la revisión de Garner et al., 2023). Así, el consumo de sustancias por parte de algún miembro de la familia del joven fue un relevante factor asociado a la victimización en el presente estudio, así como en estudios de otros países (Augusti et al., 2021).

La resiliencia emerge en el presente estudio como un factor protector importante en el contexto pandémico, tanto aquella relacionada con los recursos propios, como la vinculada con los recursos familiares. La pandemia ha causado un impacto impredecible e incierto que ha podido suponer una amenaza para el bienestar de las familias y, en muchos casos, un contexto idóneo para la violencia contra niños y adolescentes (Humphreys et al., 2020). Sin embargo, la resiliencia puede reorganizar y rearticular las relaciones y significados, tanto familiares como individuales, frente al contexto pandémico y sus dificultades (Prime et al., 2020). Así, aquellas familias que han mantenido una relación sana, comunicación, una mentalidad positiva y la creación de apoyo han podido responder de forma adaptativa a la adversidad (Gayatri y Irawaty, 2022). En este sentido la investigación deja de manifiesto que los adolescentes que presentaron

indicadores de resiliencia familiares, al poder hablar de los problemas con algún miembro de su familia, tenían menor probabilidad de reportar situaciones de maltrato. A su vez, variables de resiliencia individuales como el optimismo, saber dónde pedir ayuda y adaptarse a los cambios aparecen como elementos centrales en el presente estudio, así como en estudios previos sobre resiliencia en adolescentes durante la pandemia (Kuhlman et al., 2021). Considerando las características especiales de la muestra, el trabajo en los proyectos de intervención en que se encuentra la población estudiada debería propender al desarrollo de habilidades relacionadas con la resiliencia individual y facilitar el contacto con algún miembro de la familia que pueda servir de apoyo y fuente de diálogo, con el objeto de resarcir las experiencias de victimización que han podido experimentar en el contexto de la cuarentena. De igual manera, explorar y explotar los recursos de la comunidad, tanto en los establecimientos educacionales como en los proyectos de intervención en los cuales se encuentran los adolescentes sujetos de protección, potenciando una comunicación sana y bientratante con adultos fuera de la familia se posiciona como un factor protector.

Respecto a los síntomas de ansiedad y depresión en niños y adolescentes observados durante la pandemia covid-19, estudios de metaanálisis sugieren que uno de cada cuatro jóvenes a nivel mundial experimentó síntomas clínicamente elevados de depresión, mientras que uno de cada cinco jóvenes síntomas clínicamente elevados de ansiedad. Estas estimaciones conjuntas son el doble de las estimaciones previas a la pandemia (Racine et al., 2021). En el presente estudio, reportar síntomas de ansiedad y depresión parece incrementar el riesgo de reporte de victimización en la muestra analizada. La relación entre problemas de salud mental y experiencias de victimización en jóvenes se ha constatado en estudios previos (Álvarez-Lister et al., 2017).

De acuerdo con los resultados del presente estudio, se constata la necesidad de ampliar esfuerzos y centrar la atención en poblaciones de adolescentes de riesgo, sobre todo para evaluar los efectos que ha dejado la cuarentena por covid-19 y los periodos de confinamiento, en todas

sus posibles dimensiones. Los estudios sobre victimización en contexto pandémico en menores de edad atendidos por el sistema de protección son escasos, siendo necesario prestar una mayor atención a esta problemática y basar los programas de intervención que se implementen en su tratamiento en la evidencia de estudios empíricos que promuevan la resiliencia (Doom et al., 2023). No se puede olvidar la estrecha relación entre victimización y salud mental, una variable sobre la que la pandemia también ha demostrado haber tenido un fuerte impacto (Panchal et al., 2023) y que debería estudiarse en colectivos vulnerables.

Limitaciones

El presente estudio cuenta con una muestra reducida que impide generalizar los resultados, si bien hay que considerar las especiales condiciones que impuso la pandemia y, sobre todo, las cuarentenas. Si bien, el presente estudio contó con la aprobación de la directora nacional de SENAME y la directora nacional del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, durante el año de la toma de muestra (2021). Otra limitación posible es la aplicación misma de la encuesta de autoreporte, la cual era en línea y debía contar con dos consentimientos informados, uno para padres o cuidadores legales de los adolescentes y otro firmado por los jóvenes que deseaban participar voluntariamente del estudio. Esto supone una complejidad mayor, en el sentido de, si un padre, madre o cuidador se negaba a que su hijo o adolescente a su cargo participara, el adolescente no podría hacerlo a pesar de la voluntariedad del joven.

Finalmente, a pesar de las limitaciones mencionadas, el presente estudio es pionero en su área, ya que, a la fecha no existen otros estudios en Chile interesados por experiencias de victimización en contexto de cuarentenas por covid-19, sumado a que los adolescentes encuestados pertenecen a un grupo de riesgo en tanto se encuentran insertos en programas de protección de la Red SENAME/Mejor Niñez; es decir, son jóvenes que han experimentado alguna vulneración de derechos en su vida y están siendo acompañados por equipos profesionales del área psicosocial, educacional o terapéutica.

Los resultados arrojan elementos centrales en relación con el malestar psicológico experimentado por adolescentes en tiempos de covid, como también las manifestaciones de la resiliencia individual, familiar y comunitaria, los cuales deben contribuir a generar intervenciones situadas y específicas en estas materias en el sistema de protección actual.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Servicio Nacional de Menores (SENAME), al Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez), y a la Fundación Crea Equidad, quienes colaboraron con la difusión de la encuesta y el desarrollo de la investigación.

Bibliografía

- Álvarez-Lister, M. S., Pereda, N., Guílera, G., Abad, J. y Segura, A. (2017). Victimization and poly-victimization in adolescent outpatients from mental health centers: A case-control study. *Journal of Family Violence*, 32(2), 197-205. <https://doi.org/10.1007/s10896-016-9831-1>
- Augusti, E. M., Myhre, M. C., Wentzel-Larsen, T. y Hafstad, G. S. (2023). Violence and sexual abuse rates before and during the Covid-19 pandemic: A prospective population-based study on Norwegian youth. *Child Abuse & Neglect*, 136, 106023. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106023>
- Augusti, E. M., Sætren, S. S. y Hafstad, G. S. (2021). Violence and abuse experiences and associated risk factors during the covid-19 outbreak in a population based sample of Norwegian adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 118, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105156>
- Bacher-Hicks, A., Goodman, J., Green, J. G. y Holt, M. K. (2022). The covid-19 pandemic disrupted both school bullying and cyberbullying. *American Economic Review: Insights*, 4(3), 353-370. <https://www.nber.org/papers/w29590>
- Barlett, C. P., Simmers, M. M., Roth, B. y Gentile, D. (2021). Comparing cyberbullying prevalence and process before and during the covid-19 pandemic. *The Journal of Social Psychology*, 161(4), 408-418.

- <https://doi.org/10.1080/00224545.2021.1918619>
Brimblecombe, N., Evans-Lacko, S., Knapp, M., King, D., Takizawa, R., Maughan, B. y Arsenault, L. (2018). Long term economic impact associated with childhood bullying victimisation. *Social Science & Medicine*, 208, 134-141. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.05.014>
- Brown, S. M., Doom, J. R., Lechuga-Peña, S., Wata-mura, S. E. y Koppels, T. (2020). Stress and parenting during the global covid-19 pandemic. *Child Abuse & Neglect*, 110(Pt 2), 104699. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104699>
- Carrión-Martínez, J. J., Pinel-Martínez, C., Pérez-Esteban, M. D. y Román-Sánchez, I. M. (2021). Family and school relationship during covid-19 pandemic: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11710. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111710>
- Choenni, V., Hammink, A. y van de Mheen, D. (2017). Association between substance use and the perpetration of family violence in industrialized countries: A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*, 18(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/1524838015589253>
- Cluver, L., Lachman, J. M., Sherr, L., Wessels, I., Krug, E., Rakotomalala, S., Blight, S., Hillis, S., Bachman, G., Green, O., Butchart, A., Tomlinson, M., Ward, C. L., Doubt, J. y McDonald K. (2020). Parenting in a time of covid-19. *Lancet*, 395(10231), e64. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30736-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30736-4)
- Conrad-Hiebner, A. y Byram, E. (2020). The temporal impact of economic insecurity on child maltreatment: A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*, 21(1), 157-178. <https://doi.org/10.1177/1524838018756122>
- Craig, S. G., Robillard, C. L., Turner, B. J. y Ames, M. E. (2022). Roles of family stress, maltreatment, and affect regulation difficulties on adolescent mental health during covid-19. *Journal of Family Violence*, 37, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10896-021-00320-2>
- Currie, J. y Widom, C. S. (2010). Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child Maltreatment*, 15, 111-120. <https://doi.org/10.1177/1077559509355316>
- Doom, J. R., Deer, L. K., Dieujeste, N., Han, D., Rivera, K. M. y Scott, S. R. (2023). Youth psychosocial resilience during the covid-19 pandemic. *Current Opinion in Psychology*, 53, 101656. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101656>
- Finkelhor, D., Hamby, S. L., Ormrod, R. y Turner, H. (2005). The Juvenile Victimization Questionnaire: Reliability, validity and national norms. *Child Abuse & Neglect*, 29(4), 383-412. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.11.001>
- García-Olcina, M., Rivera-Riquelme, M., Cantó-Díez, T. J., Tomás-Berenguer, M. R., Bustamante, R. y Piqueras, J. A. (2017). Detección online de trastornos emocionales en población clínica de niños y adolescentes: Escala DetectaWeb-Malestar. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(3), 35-45. https://www.revistapcna.com/sites/default/files/17-18_1.pdf
- Garner, J. B., Self-Brown, S., Emery, V., Wootten, K. y Tiwari, A. (2023). Covid-19 and caregiver risk factors for child maltreatment: The pandemic in review. *Trauma, Violence & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/15248380231158609>
- Gartland, D., Bond, L., Olsson, C. A., Buzwell, S. y Sawyer, S. M. (2011). Development of a multi-dimensional measure of resilience in adolescents: The Adolescent Resilience Questionnaire. *BMC Medical Research Methodology*, 11, 134. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-134>
- Gayatri, M. y Irawaty, D. K. (2022). Family resilience during covid-19 pandemic: A literature review. *The Family Journal*, 30(2), 132-138. <https://doi.org/10.1177/10664807211023875>
- Griffith, A. K. (2020). Parental burnout and child maltreatment during the covid-19 pandemic. *Journal of Family Violence*, 37, 725-731. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00172-2>
- Hamby, S., Finkelhor, D., Turner, H. y Ormrod, R. (2011). Children's exposure to intimate partner violence and other forms of family violence: Nationally representative rates among US youth. *OJJDP Juvenile Justice Bulletin - NCJ 232272*, pgs. 1-12. US Government Printing Office. <https://scholars.unh.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1026&context=ccrc>
- Huang, N., Zhang, S., Mu, Y., Yu, Y., Riem, M. M. y Guo, J. (2023). Does the covid-19 pandemic increase or decrease the global cyberbullying

- behaviors? A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse*.
<https://doi.org/10.1177/15248380231171185>
- Humphreys, K. L., Myint, M. T. y Zeanah, C. H. (2020). Increased risk for family violence during the covid-19 pandemic. *Pediatrics*, 146(1).
<https://doi.org/10.1542/peds.2020-0982>
- Infante, A. y Salinas P. (2017). *Bienestar, salud e inclusión. Orientaciones generales para profesionales que trabajan con niños, niñas y adolescentes lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales*.
https://www.todomejora.org/media/pages/bibliodiversa/bienestar-salud-e-inclusion-orientaciones-generales-para-profesionales-que-trabajan-con-ninos-ninas-y-adolescentes-lesbianas-gay/26ff46635b-1651174118/guia_salud_2017.pdf
- Kauhanen, L., Wan Mohd Yunus, W. M. A., Lempinen, L., Peltonen, K., Gyllenberg, D., Mishina, K., Gilbert, S., Bastola, K., Brown, J. y Sourander, A. (2023). A systematic review of the mental health changes of children and young people before and during the covid-19 pandemic. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 32(6), 995-1013.
<https://doi.org/10.1007/s00787-022-02060-0>
- Kuhlman, K. R., Straka, K., Mousavi, Z., Tran, M. L. y Rodgers, E. (2021). Predictors of adolescent resilience during the covid-19 pandemic: cognitive reappraisal and humor. *Journal of Adolescent Health*, 69(5), 729-736.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.07.006>
- Long, M., Huang, J., Peng, Y., Mai, Y., Yuan, X. y Yang, X. (2022). The short-and long-term impact of Covid-19 lockdown on child maltreatment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3350.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19063350>
- Luthar S. S., Cicchetti D. y Becker B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Ma, M., Orsi, R. y Brooks-Russell, A. (2023). Is household unemployment associated with increased verbal and physical child abuse during the COVID pandemic? *Child Maltreatment*, 28(1), 7-12.
<https://doi.org/10.1177/10775595221088217>
- Malvaso, C. G., Delfabbro, P. y Day, A. (2018). The maltreatment offending association: A systematic review of the methodological features of prospective and longitudinal studies. *Trauma, Violence & Abuse*, 19, 20-34.
<https://doi.org/10.1177/1524838015620820>
- Manchia, M., Gathier, A. W., Yapici-Eser, H., Schmidt, M. V., de Quervain, D., van Amelsvoort, T., Bisson, J. I., Cryan, J. F., Howes, O. D., Pinto, L., van der Wee, N. J., Domschke, K., Branchi, I. y Vinkers, C. H. (2022). The impact of the prolonged covid-19 pandemic on stress resilience and mental health: A critical review across waves. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 55, 22-83.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.10.864>
- Marciano, L., Ostroumova, M., Schulz, P. J. y Camerini, A. L. (2022). Digital media use and adolescents' mental health during the covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 9, 793868.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.793868>
- Marmor, A., Cohen, N. y Katz, C. (2023). Child maltreatment during covid-19: Key conclusions and future directions based on a systematic literature review. *Trauma, Violence & Abuse*, 24(2), 760-775.
<https://doi.org/10.1177/15248380211043818>
- Oosterhoff, B., Palmer, C. A., Wilson, J. y Shook, N. (2020). Adolescents' motivations to engage in social distancing during the covid-19 pandemic: Associations with mental and social health. *Journal of Adolescent Health*, 67(2), 179-185.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.05.004>
- Panchal, U., Salazar de Pablo, G., Franco, M., Moreno, C., Parellada, M., Arango, C. y Fusar-Poli, P. (2023). The impact of covid-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(7), 1151-1177.
<https://doi.org/10.1007/s00787-021-01856-w>
- Pereda, N. y Díaz-Faes, D. A. (2020). Family violence against children in the wake of covid-19 pandemic: a review of current perspectives and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 14, 40.
<https://doi.org/10.1186/s13034-020-00347-1>
- Pereda, N., Gallardo-Pujol, D. y Guilera, G. (2018).

- Good practices in the assessment of victimization: The Spanish adaptation of the Juvenile Victimization Questionnaire. *Psychology of Violence*, 8(1), 76-86.
<https://doi.org/10.1037/vio0000075>
- Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M. Thompson, K., Shah, N., Oertlet-Prigione, S. y van Gelder, N. (2020). Pandemics and violence against women and children. *Center for Global Development Working Paper 528*. Centre for Global Development.
<https://www.cgdev.org/publication/pandemics-and-violence-against-women-and-children>
- Pinto-Cortez, C., Guerra Vio, C., Barocas, B. y Pereda, N. (2022). Victimization and poly-victimization in a national representative sample of children and youth: The case of Chile. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 31(1), 3-21.
<https://doi.org/10.1080/10926771.2020.1796873>
- Pinto-Cortez, C., Moya-Vergara, R., Espinoza-Tapia, R. y Guerra, C. (2022). Prevalence and risk factors of peer victimization in a national sample of Chilean children and youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(17-18), NP15479-NP15503.
<https://doi.org/10.1177/08862605211015244>
- Platero, R. L. y López, M. (2020). "Perder la propia identidad". La adolescencia LGTBQA+ frente a la pandemia por covid-19 y las medidas del estado de alarma en España. *Sociedad e Infancias*, 4, 185-288.
<http://dx.doi.org/10.5209/soci.69358>
- Pontillo, M., Tata, M. C., Aversa, R., Demaria, F., Gargiullo, P., Guerrero, S., Pucciarini, M. L., Santonastaso, O. y Vicari, S. (2019). Peer Victimization and Onset of Social Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Brain sciences*, 9(6), 132.
<https://doi.org/10.3390/brainsci9060132>
- Prime, H., Wade, M. y Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the covid-19 pandemic. *American Psychologist*, 75(5), 631-643.
<https://doi.org/10.1037/amp0000660>
- R Core Team (2021). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing.
<https://www.R-project.org/>
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J. y Madigan, S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during covid-19: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 175(11), 1142-1150. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.2482
- Repo, J., Herkama, S. y Salmivalli, C. (2022). Bullying interrupted: Victimized students in remote schooling during the covid-19 pandemic. *International Journal of Bullying Prevention*, 5, 1-13.
<https://doi.org/10.1007/s42380-022-00146-6>
- Roje Đ., M., Buljan F., G. y Prijatelj, K. (2020). Children behind closed doors due to covid-19 isolation: Abuse, neglect and domestic violence. *Archives of Psychiatry Research: An International Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 56(2), 181-192.
<https://doi.org/10.20471/dec.2020.56.02.06>
- Rölting, J. D., Martinkevich, P., Larsen, L. L., Græsholt- Knudsen, T., Hesthaven, G., Hellfritzsch, M. B., Petersen, K. K. y Madsen, B. M. (2020). Physical child abuse demands increased awareness during health and socioeconomic crises like covid-19: A review and education material. *Acta Orthopaedica*, 91(5), 527-533.
<https://doi.org/10.1080/17453674.2020.1782012>
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1084, 1-12.
<https://doi.org/10.1196/annals.1376.002>
- Samji, H., Wu, J., Ladak, A., Vossen, C., Stewart, E., Dove, N., Long, D. y Snell, G. (2022). Review: Mental health impacts of the covid-19 pandemic on children and youth - a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, 27(2), 173-189.
<https://doi.org/10.1111/camh.12501>
- Sorrentino, A., Sulla, F., Santamato, M., di Furia, M., Toto, G. A. y Monacis, L. (2023). Has the covid-19 Pandemic affected cyberbullying and cybervictimization prevalence among children and adolescents? A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(10), 2-20.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20105825>
- Stewart, S. L., Toohey, A., Celebre, A. y Poss, J. W. (2021). Abuse, mental state, and health factors pre and during the covid-19 pandemic: A comparison among clinically referred adolescents in Ontario, Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*,

- 18(19), 10184.
<https://doi.org/10.3390/ijerph181910184>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. y van Ijzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24, 37-50.
<https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N. y Jackson, D. (2020). Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4), 549-552.
<https://doi.org/10.1111/inm.12735>
- Vezzaro, V., Perdomo, V., Gutiérrez, S. y Rubinstein, M. (2022). Epidemiología de los niños, niñas y adolescentes derivados a un equipo de referencia en violencia basado en género y generaciones durante la pandemia por el covid-19. *Archivos De Pediatría Del Uruguay*, 93(S1), e208.
<https://doi.org/10.31134/ap.93.s1.3>
- Zhang, H., Li, Y., Shi, R., Dong, P. y Wang, W. (2022). Prevalence of child maltreatment during the covid-19 pandemic: A cross-sectional survey of rural Hubei, China. *The British Journal of Social Work*, 52(4), 2234-2252.
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab162>
- Zolopa, C., Burack, J. A., O'Connor, R. M., Corran, C., Lai, J., Bomfim, E., DeGrace, S., Dumont, J., Larney, S. y Wendt, D. C. (2022). Changes in youth mental health, psychological wellbeing, and substance use during the covid-19 pandemic: A rapid review. *Adolescent Research Review*, 7(2), 161-177.
<https://doi.org/10.1007/s40894-022-00185-6>

Anexos

Tabla 1. Características sociodemográficas de los jóvenes participantes del estudio

Variable		n = 125	%
Edad	14 años	30	24
	15 años	28	22
	16 años	26	21
	17 años	37	30
	18 años	4	3
Género	Masculino	52	42
	Femenino	68	54
	Trans	1	1
	Prefiere no responder	4	3
Orientación sexual	Heterosexual	86	69
	Homosexual	2	1
	Bisexual	17	13
	Pansexual	1	1
	Asexual	1	1
	Otros	1	1
	Prefiere no responder	11	9

Tabla 2. Descriptivos de covid-19, trabajo y consumo de sustancias

Variable		<i>n</i>	%
Diagnóstico covid-19	Sí	36	29
	No	80	64
	No lo sé	6	5
	Vacío	3	2
Pérdida de la fuente laboral	Sí	50	40
	No	63	50
	No lo sé	8	7
	Vacío	4	3
Preocupación por la situación económica	Sí	75	60
	No	27	22
	No lo sé	20	16
	Vacío	3	2
Consumo de sustancias	Sí	24	19
	THC	10	8
	Alcohol	24	19
	Cocaína	5	4
	No	91	73

Tabla 3. Prevalencia de victimización en función del género

		Masculino		Femenino		No responde		Total	Estadístico	Efecto
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
Total		52	41,6%	68	54,4%	5	4,0%	125		
Victimización física por adultos	No	49	43,4%	60	53,1%	4	3,5%	113	$\chi^2(6)$ 12,42 *** =	$\phi = 0,08$
	Sí	3	27,3%	7	63,6%	1	9,1%	11		
	No responde	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1		
Victimización psicológica por adultos	No	43	43,4%	53	53,5%	3	3,0%	99	$\chi^2(6)$ 5,18 =	$\phi = 0,14$
	Sí	9	36,0%	14	56,0%	2	8,0%	25		
	No responde	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1		
Victimización física por pares	No	47	40,9%	63	54,8%	5	4,3%	115	$\chi^2(6)$ 1,8 =	$\phi = 0,09$
	Sí	5	55,6%	4	44,4%	0	0,0%	9		
	No responde	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1		
Victimización psicológica por pares	No	49	42,2%	62	53,4%	5	4,3%	116	$\chi^2(6)$ 12,35 =	$\phi = 0,07$
	Sí	3	37,5%	5	62,5%	0	0,0%	8		
	No responde	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1		
Victimización sexual por adultos	No	52	42,6%	65	53,3%	5	4,1%	122	$\chi^2(6)$ 2,58 =	$\phi = 0,10$
	Sí	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	2		
	No responde	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1		
Victimización sexual por pares	No	52	42,3%	66	53,7%	5	4,1%	123	$\chi^2(6)$ 1,07 =	$\phi = 0,08$
	Sí	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1		
	No responde	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1		

Exposición a la violencia entre los padres	No	47	42,0%	60	53,6%	5	4,5%	112	$\chi^2(6) 1,43$ =	$\phi = 0,08$
	Sí	5	41,7%	7	58,3%	0	0,0%	12		
	No responde	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1		
Exposición a la violencia familiar contra hermanos u otros menores	No	47	40,2%	65	55,6%	5	4,3%	117	$\chi^2(6) 3,58$ =	$\phi = 0,11$
	Sí	5	71,4%	2	28,6%	0	0,0%	7		
	No responde	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1		
Exposición a la violencia familiar contra los abuelos u otros adultos mayores	No	52	42,6%	66	54,1%	4	3,3%	122	$\chi^2(6) 15,62$ ** =	$\phi = 0,25$
	Sí	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%	2		
	No responde	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1		
Acoso en línea	No	46	43,0%	56	52,3%	5	4,7%	107	$\chi^2(6) 2,27$ =	$\phi = 0,1$
	Sí	6	35,3%	11	64,7%	0	0,0%	17		
	No responde	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1		
Acoso sexual en línea	No	51	45,1%	57	50,4%	5	4,4%	113	$\chi^2(6) 7,48$ =	$\phi = 0,17$
	Sí	1	9,1%	10	90,9%	0	0,0%	11		
	No responde	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1		

Tabla 4. Características sociodemográficas, malestar psicológico y puntajes de resiliencia, ansiedad y depresión de los grupos sin y con experiencias de victimización

	No victimización		Victimización		Estadístico	Efecto		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%				
Características Socioedomográficas								
Género								
Femenino	34	46,58	18	38,30	$\chi^2(1)=$ 0,80	$\varphi=$ 0,08		
Masculino	39	53,42	29	61,70				
Orientación sexual								
Heterosexual	60	78,95	26	53,06	$\chi^2(1)=$ 9,30	$\varphi=$ 0,27		
Minoría sexual	16	21,05	23	46,94				
Consumo de sustancias en la familia								
No/No sé	68	91,89	29	61,70	$\chi^2(1)=$ 16,47	$\varphi=$ 0,37		
Sí	6	8,11	18	38,30				
Coronavirus en la familia								
No/No sé	54	72,97	32	66,67	$\chi^2(1)=$ 0,55	$\varphi=$ 0,07		
Sí	20	27,03	16	33,33				
Pérdida de trabajo en la familia								
No/No sé	47	63,51	24	51,06	$\chi^2(1)=$ 1,84	$\varphi=$ 0,12		
Sí	27	36,49	23	48,94				
	M	SD	M	SD	Estadístico	Efecto		
Edad	15,68	1,21	15,61	1,26	$t(123)=$ -0,32	$d=$ 0,06		
Puntaje de resiliencia	36,23	7,38	32,56	7,90	$t(122)=$ 2,63 **	$d=$ 0,48		
Puntaje de ansiedad/depresión	7,34	3,76	9,25	3,38	$t(117)=$ -2,81 **	$d=$ 0,53		

Nota: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, Se aplicó la corrección exacta de Fisher-Freeman-Halton.

Tabla 5. Regresión logística de victimización, resiliencia, ansiedad o depresión y otras variables de control

Victimización	Coef,	OR	IC 95%	
Resiliencia	-0,059	0,943 *	0,882	1,008
Ansiedad/depresión	0,126	1,134 *	0,992	1,297
Edad	-0,167	0,846	0,574	1,247
Género (femenino)	-0,382	0,682	0,260	1,791
Orientación sexual (minoría)	1,373	3,948 **	1,386	11,244
Consumo de sustancias en la familia	1,748	5,746 *	1,660	19,886
Pérdida de trabajo en la familia	0,147	1,159	0,457	2,941
Coronavirus en la familia	0,080	1,083	0,386	3,039
Intercepto	2,479	11,930	0,015	9750,322

Nota: $n = 111$, OR: Odds ratio, CI: Intervalo de confianza, Log verosimilitud=-57,90, LR $\chi^2(8)=32,40$, Pseudo $R^2=0,22$. La significancia se presenta en asteriscos * $p < 0,1$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Apertura en la comunicación familiar y ajuste psicológico como predictores de un apego seguro en adolescentes adoptados

JOSEP MERCADAL^{1234ABC}, INÉS ARAMBURU^{123A}, LAIA COROMINA¹⁵, HAROLD GROTEVANT¹⁶,
MANEL SALAMERO^{7D} Y CARLES PÉREZ-TESTOR⁷⁸

RESUMEN

Apertura en la comunicación familiar y ajuste psicológico como predictores de un apego seguro en adolescentes adoptados. Esta investigación analiza la importancia del apego en adolescentes adoptados internacionalmente, destacando que el apego les ayuda a crear una identidad segura antes de la edad adulta. Se postula que la comunicación familiar abierta y el ajuste psicológico están correlacionados con un apego seguro hacia la madre, el padre y los compañeros. Participaron 52 adolescentes adoptados, 24 chicos y 28 chicas, junto con sus padres. Se utilizó el Inventory of Parents and Peers Attachment, la Adoption Communication Scale y el Youth-Self Report Questionnaire. Los resultados incluyeron un ANOVA y un análisis de regresión para el estilo de apego hacia madre, padre y compañeros. Se descubrió que menos problemas totales están asociados con un apego seguro. La apertura en la comunicación familiar está significativamente relacionada con un apego seguro hacia la madre y el padre, pero no hacia los compañeros. Se concluyó que la comunicación familiar abierta y el ajuste psicológico son predictores de un apego seguro, controlando el ajuste psicológico. **Palabras clave:** *adopción internacional, apego, comunicación familiar, ajuste psicológico.*

ABSTRACT

Openness in family communication and psychological adjustment as predictors of secure attachment in adopted adolescents. This research analyzes the importance of attachment in internationally adopted adolescents, highlighting that attachment helps them build a secure identity before adulthood. In this study, overt family communication and psychological adjustment are postulated to be correlated with secure attachment to mother, father, and peers. Fifty-two adopted adolescents, 24 boys and 28 girls, along with their parents participated. The Inventory of Parents and Peers Attachment, the Adoption Communication Scale, and the Youth-Self Report Questionnaire were used. Results included an ANOVA and regression analysis for attachment style toward their mother, father and peers. Fewer total problems were found to be associated with secure attachment. Openness in family communication is significantly related to secure attachment toward both mother and father, but not toward peers. It was concluded that open family communication and psychological adjustment are predictors of secure attachment, controlling for psychological adjustment. **Keywords:** *international adoption, attachment, family communication, psychological adjustment.*

RESUM

Obertura en la comunicació familiar i ajustament psicològic com a predictors d'un aferrament segur en adolescents adoptats. Aquesta investigació analitza la importància de l'aferrament en adolescents adoptats internacionalment, i destaca que l'aferrament els ajuda a crear una identitat segura abans de l'edat adulta. Es postula que la comunicació familiar oberta i l'ajust psicològic estan correlacionats amb un aferrament segur cap a la mare, el pare i els companys. Van participar-hi 52 adolescents adoptats, 24 nois i 28 noies, juntament amb els seus pares. Es van utilitzar l'*Inventory of Parents and Peers Attachment*, l'*Adoption Communication Scale* i el *Youth-Self Report Questionnaire*. Els resultats van incloure un ANOVA i una anàlisi de regressió per als estils d'aferrament cap a la mare, el pare i els companys. Es va descobrir que menys problemes totals estan associats amb un aferrament segur. L'obertura en la comunicació familiar està significativament relacionada amb un aferrament segur cap a la mare i el pare, però no cap als companys. La conclusió és que la comunicació familiar oberta i l'ajust psicològic són predictors d'un aferrament segur, fins i tot controlant l'ajust psicològic. **Paraules clau:** *adopció internacional, aferrament, comunicació familiar, ajustament psicològic.*

¹Psicólogo, ²Terapeuta, ³Coordinador, ⁴Responsable de investigación, ⁵Estudiante, ⁶Chair in Psychology at University of Massachusetts, ⁷Psiquiatra, ⁸Profesor catedrático en psicología de la URL. ^ACMP Fundació Vidal i Barraquer. ^BMUPGS de la URL-IUSM ^CIUSM Vidal i Barraquer. ^DUnidad del dolor Hospital Clínic de Barcelona. Institut Universitari de Salut Mental Vidal i Barraquer, Fundació Vidal i Barraquer Universitat Ramon Llull, Barcelona. Contacto: jmercadal@fvb.cat

Recibido: 15/3/24 - Aceptado: 26/8/24

Introducción

Durante décadas, tanto la literatura como la práctica clínica han mostrado la importancia y la necesidad de tener un apego seguro para un desarrollo adecuado en el niño. En 1935, René Spitz empezó su investigación con la observación del desarrollo de niños abandonados, los cuales fueron llevados a instituciones, la mayoría de ellos en orfanatos. Esas observaciones le permitieron ver que la madre sería el agente externo y, a través de ella, el niño podría ir construyendo su realidad y objetividad. Más tarde, Bowlby (1958) hipotetizó que la relación entre el niño y su madre es el resultado de una serie de sistemas de comportamientos, cuya consecuencia es acercarse a la madre. Bowlby desarrolló una teoría etológica sobre las funciones reguladoras y las consecuencias de mantener proximidad con personas significativas. Argumentó que los niños nacen con un repertorio de conductas con el fin de buscar y mantener proximidad con otros. Des de este punto de vista, la búsqueda de proximidad es un mecanismo para regular el afecto innato, desarrollado para protegerse a uno mismo de las amenazas ambientales y psicológicas, del mismo modo que sirve para aliviar la ansiedad. Bowlby (1988) afirmó que el logro de estas funciones de regulación afectiva da como resultado un apego seguro (una sensación que el mundo es un lugar seguro, que uno puede confiar en la protección que dan los demás y que, por lo tanto, uno puede explorar el entorno con confianza e interactuar con otras personas exitosamente).

Según Bowlby (1973), los comportamientos de búsqueda de proximidad son parte de un sistema de comportamiento adaptado. Este sistema surgió en el curso de la evolución porque incrementa la probabilidad de supervivencia de los bebés humanos, los cuales nacen con unas capacidades inmaduras para la locomoción, alimentación y defensa. Si bien el sistema de apego es crítico durante los primeros años de vida, Bowlby (1988) asumió que está activo durante todo el ciclo de desarrollo y se manifiesta en pensamientos y conductas relacionadas con la búsqueda de apoyo. De este modo, en el caso de los niños que se dan en adopción, el establecimiento de figuras de apego se corta o interrumpe en el momento en que son separados de sus padres biológicos o

cuidadores, y pasan a vivir con la familia adoptiva, donde deben empezar a crear una nueva relación de apego.

Bowlby (1982) también describió las disposiciones que debe proporcionar un miembro de la pareja, o las funciones que esta persona debe cumplir, si él o ella se va a convertir en una figura de apego.

En primer lugar, las figuras de apego buscan mantener la proximidad. En segundo lugar, las figuras de apego proporcionan un refugio físico y emocional. En tercer lugar, las figuras de apego proporcionan una base segura desde la cual las personas pueden explorar y aprender sobre el mundo y desarrollar sus propias capacidades y personalidad. Con respecto a estos conceptos, pensamos que la apertura en la comunicación familiar sobre adopción y los orígenes del niño, y el ajuste psicológico, pueden ayudar a que una relación se convierta en una fuente de seguridad de apego, ya que son herramientas que permiten a los padres adoptivos hacerse cargo y revertir esta situación. Su objetivo como padres debe ser establecer una relación cercana con sus hijos adoptivos, en la cual los niños puedan disfrutar y sentirse física y emocionalmente seguros y/o protegidos. Además, debe ser una relación a partir de la que se sientan capaces de explorar el mundo que los rodea y conocer su historia y orígenes. Una vez se haya logrado, será el punto de inflexión en el que los niños adoptados tendrán la base para un mejor desarrollo, creación de identidad y para establecer nuevas relaciones con los demás.

Apego y adopción

El lugar, las interacciones y las experiencias en las que crecen y se desarrollan los niños en los primeros años de sus vidas sientan las bases de su aprendizaje. Es decir, sus primeras experiencias vitales y relacionales ayudarán o perjudicarán al niño a desarrollar de una forma u otra sus habilidades básicas, que luego le permitirán continuar creciendo y consolidando nuevos aprendizajes y habilidades cognitivas, emocionales y sociales más elaboradas (Grotevant, 1997; Sheridan et al., 2010; Mercadal et al., 2015). Aunque esas primeras experiencias vitales pueden tener un impacto adverso en el ajuste físico, psicológico y educativo de los niños, una intervención temprana a menudo puede reducir algunas de

las consecuencias a largo plazo para el desarrollo, especialmente en relación con el apego, la regulación emocional, el control de los impulsos y el aprendizaje (Aramburu et al., 2018; Dole, 2005; Gribble, 2007; Gunnar et al., 2000; Jacobs et al., 2010; Zeanah y Gleason, 2015). Tratar los traumas de la adopción por parte de los padres adoptivos lo antes posible formará la base para el posterior desarrollo de un apego seguro del niño adoptado (Brisch, 2015; Elovainio et al., 2015). En este sentido, en su artículo, Juffer, Finet, Vermeer y van den Dries (2015) afirmaron que, debido a adversidades en la primera infancia, los niños adoptados suelen manifestar retrasos en su evolución cognitiva y motora y tienen problemas para desarrollar relaciones de apego seguro con sus padres adoptivos. Contradictoriamente, Singer, Brodzinsky y Ramsay (1985), en su estudio con niños adoptados de un año, concluyeron que la calidad del apego en las madres adoptivas es, en general, similar al de las madres no adoptivas. En este caso, Cassidy y Berlin (2008) afirmaron que entre el 15 % y el 20 % de la población no adoptada también tenía un apego evitativo o ambivalente. Ponciano (2010) observó las interacciones de 76 niños adoptados (con edades entre nueve y 39 meses) y díadas de madres adoptivas, y encontró que más de la mitad de los niños adoptados pudieron establecer un apego seguro con sus padres. En este sentido, las evaluaciones observacionales mostraron que los niños que fueron adoptados antes de los 12 meses tenían un apego tan seguro como el de sus compañeros no adoptados, mientras que los niños adoptados después de su primer año mostraron menos seguridad en el apego que los niños no adoptados (Feeney et al., 2007). Beijersbergen, Juffer, Bakermans-Kranenburg, Marian y van IJzendoorn (2012) examinaron la continuidad del apego desde la infancia hasta la adolescencia y el rol del apoyo sensible de las madres (entendido como la actitud y capacidad de las madres de poder identificar y atender las peticiones o demandas emocionales de sus hijos) para explicar la continuidad o discontinuidad del apego. Las madres con adolescentes seguros mostraron apoyo significativamente más sensible durante los conflictos, comparado con las madres con adolescentes inseguros. El apoyo sensible

maternal en la primera infancia y adolescencia predijo la continuidad de un apego seguro de uno a 14 años, mientras que un apoyo maternal menos sensible en la primera infancia pero más apoyo sensible maternal en la adolescencia predijeron el cambio de los niños de inseguridad en la infancia a seguridad en la adolescencia. Llegaron a la conclusión que tanto el apoyo parental sensible temprano como el posterior son importantes para la continuidad del apego durante los primeros 14 años de vida. Estos hallazgos están de acuerdo con nuestra visión de que el apoyo que los padres adoptivos pueden ofrecer, sus esfuerzos para ayudar a sus hijos, establecer un buen ajuste psicológico, y también hablar con ellos sobre sus preocupaciones o pensamientos sobre sus orígenes, debe darse a lo largo de toda la infancia y adolescencia. Por lo tanto, existe la posibilidad de crear un apego seguro incluso cuando el niño no es adoptado en una edad temprana.

Apego entre los adolescentes y sus compañeros

Hasta ahora hemos hablado sobre el apego que establecen los niños y adolescentes adoptados con sus padres, pero se ha hablado poco de la relación de apego que los niños establecen con sus iguales. El apego se definió originalmente como el fuerte vínculo afectivo establecido entre el bebé y el cuidador principal, generalmente la madre (Bowlby, 1982). Sin embargo, en las últimas décadas el apego se ha reconceptualizado para incluir todas las relaciones significativas a lo largo de la vida, incluidas aquellas con los compañeros y las parejas románticas (Armstrong y Greenberg, 1987). Falta investigación sobre el papel de los compañeros como figuras de apego, a pesar de que la investigación y la literatura sobre la amistad y apoyo han respaldado la idea que las relaciones cercanas con compañeros promueven una adaptación saludable del adolescente. Se ha establecido un vínculo entre las relaciones sólidas con compañeros asociado con la autoestima percibida (Robinson, 1995), altos niveles de toma de perspectiva y comportamiento prosocial (Eisenberg y Fabes, 1997), y menor riesgo de problemas emocionales y de conducta (Coie y Dodge, 1997).

Hazan y Shaver (1994) desarrollaron un modelo explicativo de cómo las relaciones de apego

se extienden para incluir a los compañeros. En cuanto a la búsqueda de proximidad, al entrar en la adolescencia, los niños empiezan a pasar más tiempo con sus compañeros que con sus padres. En la adolescencia, los jóvenes a menudo buscan el apoyo y refugio seguro en los iguales (amigos y compañeros) sintiéndose así más seguros que buscando la proximidad de la madre (Schneider y Younger, 1996).

Bajo este modelo, los padres no son representados como figuras de apego. Más bien, descienden en el rango de vinculación (Hazan y Shaver, 1994) hasta que una pareja romántica reemplaza los padres como la figura principal de apego en la adultez (Furman y Wehner, 1994), en lo que Perez-Testor (2006) denominaría elección inconsciente de pareja. La pareja romántica no sólo se convierte en una figura de apego, sino que esta relación representa el funcionamiento de los sistemas de cuidado, afiliación y comportamiento sexual. La transición entre la relación entre padres y compañeros desde la niñez tardía hasta la adolescencia temprana es dramática. Con el inicio de la adolescencia temprana, aumenta el conflicto en la relación padre-hijo y los adolescentes perciben a sus padres como menos comprensivos (Ammaniti et al., 2000). Sin embargo, si hablamos de niños adoptados que son capaces de crear relaciones estables con sus iguales y distinguirse de sus padres, pensamos precisamente que lo que les permite alejarse de los padres es la misma relación que establecieron con ellos. Así, cuando sienten que tienen una comunicación familiar abierta y cercanía hacia sus padres, entonces pueden trasladarlo a sus compañeros, pero no al mismo tiempo: un paso antes que el otro.

A pesar de su creciente dependencia al apoyo de sus compañeros, muchos estudios muestran que la gran mayoría de adolescentes continúa confiando en sus padres para recibir apoyo emocional y consejos. Por ejemplo, en un estudio de 2800 adolescentes entre 12 y 15 años, una gran mayoría de los participantes mencionó a los padres como una influencia positiva importante y significativa en sus vidas (Blyth et al., 1982). Por lo tanto, la adolescencia ahora se conceptualiza como un período de creciente autonomía y conexión con los padres y otros adultos significativos. En este sentido, Greenberg, Siegel y

Leitch (1983) afirmaron que la calidad del apego con los padres era significativamente más poderosa que la de los compañeros en la predicción del bienestar. De forma similar, Raja, McGee y Stanton (1992) encontraron que el apego percibido de los adolescentes con sus compañeros no parecía compensar el bajo apego con los padres con respecto a su mala salud mental. Estos hallazgos sugieren que un alto apego percibido con los padres puede ser una variable crítica asociada con el bienestar psicológico en la adolescencia.

Comunicación familiar y ajuste psicológico en adolescentes adoptados

En las últimas décadas, la investigación ha estudiado la relación entre el desarrollo psicosocial de los niños y variables relacionadas con el entorno familiar como el tipo de pareja de los padres adoptivos (Bennett, 2003; Shireman, 1996), presencia o ausencia de hijos biológicos en la familia adoptiva (Brodzinsky y Brodzinsky, 1992; Juffer y Roseboom, 1997), motivaciones y expectativas para la adopción (Berástegui, 2004; Castillo et al., 2006; Palacios et al., 2005), y dinámicas familiares y estilos de crianza (Berástegui, 2007; Palacios y Sánchez, 1996; Rutter y Koerner, 2008). Sin embargo, existen pocas investigaciones sobre el proceso de revelación, entendido como el conocimiento que recibe el niño adoptado sobre su condición de ser adoptado y sus orígenes (Castón y Ocón, 2002), como factor influyente en el apego seguro del niño.

Los teóricos de la adopción han sugerido que es más probable que un diálogo familiar abierto, honesto y emocionalmente sintonizado sobre temas relacionados con la adopción fomente un ajuste psicológico más saludable entre los niños adoptados que una comunicación más cerrada y defensiva entre padres e hijos (Brodzinsky, 2005; Wrobel et al., 2003). A favor de esta posición, los investigadores han encontrado que una mayor apertura de comunicación sobre la adopción en la familia se asocia con menos problemas de conducta entre los preadolescentes adoptados (Brodzinsky, 2006) y una mayor búsqueda de información sobre sus orígenes entre los adultos jóvenes adoptados (Skinner-Drawz et al., 2011). Brodzinsky, Schechter y Brodzinsky (1986) sugirieron que los padres adoptivos

deberían iniciar la divulgación de la adopción a sus hijos en una edad temprana y aumentar gradualmente la información según lo que su edad y nivel de madurez les permita asumir. Von Korff y Grotevant (2011) destacaron la importancia que tiene apoyar actividades como la conversación familiar relacionada con la adopción. Esto tiene sentido, pero en este estudio nos interesa observar cómo la apertura en la comunicación familiar y el ajuste psicológico influyen en el apego del adolescente adoptado.

En el caso del ajuste psicológico, muchos estudios dan énfasis en el hecho de que la mayoría de los niños adoptados internacionalmente tienen un buen ajuste psicológico. Sin embargo, cuando se comparan con los niños no adoptados que viven con sus padres biológicos, los resultados muestran que los adoptados tienen una mayor probabilidad de sufrir de problemas conductuales, psicológicos, relacionales, académicos y físicos (Bimmel et al., 2003; Dalen, 2002; Hjern et al., 2002; Juffer y van IJzendoorn, 2005; Rutter y Koerner, 2008; van IJzendoorn et al., 2005; Verhulst et al., 1990; Wiik et al., 2011). De este modo, la investigación encuentra que los niños adoptados se encuentran más a menudo en tratamiento psiquiátrico que la población general (Hjern et al., 2002; Zucker y Bradley, 1995), tienden a tener problemas conductuales como la hiperactividad, agresión o delincuencia (Gindis, 2005; Glennen y Bright, 2005; Keyes et al., 2008; Verhulst et al., 1990), tienen más dificultades en el desarrollo emocional (Brodzinsky et al., 1992; Gribble, 2007), así como también suelen quedar rezagados en términos de rendimiento escolar y están sobrerrepresentados en poblaciones de educación especial (Brodzinsky y Steiger, 1991; Dalen, 2001; Hoksbergen et al., 1987; van IJzendoorn et al., 2005; Verhulst et al., 1990, 1992) en comparación con otros niños criados por sus familias biológicas en contextos habituales. Sin embargo, no se sabe cómo influye o afecta a la construcción de un apego seguro. Los estudios han mostrado que un vínculo seguro con los padres en la adolescencia predice una mayor autoestima, una mayor satisfacción vital, una mejor adaptación a la universidad, menos malestar psicológico y una mayor percepción de apoyo (Armsden y Greenberg, 1987). Sin embargo, Van IJzendoorn y Juffer (2006) informaron que las

adopciones antes de los doce meses de edad se asociaron con una recuperación más completa en términos de apego y rendimiento escolar que las adopciones posteriores. En el mismo modo, Oldfield et al. (2016) demostraron que un apego parental más inseguro predijo problemas de conducta y dificultades emocionales. Demostraron que mejorar el apego parental puede tener una importancia particular en la reducción de comportamientos negativos como problemas de conducta y dificultades emocionales, mientras que mejorar el apego entre compañeros y la conexión con la escuela podría ser importante para la muestra de un comportamiento prosocial.

Esta investigación tuvo como objetivo estudiar la importancia del apego en adolescentes adoptados internacionalmente. Consideramos que el apego seguro es la mejor garantía para un correcto desarrollo emocional y también el principal objetivo que los padres deberían tener para proporcionar a sus hijos adoptivos, ya que esto permitirá a los adolescentes crear su identidad con más seguridad antes de entrar en la edad adulta (Granot y Mayseless, 2001). Así, pensamos que tanto la apertura en la comunicación familiar como el ajuste psicológico se correlacionan con un apego seguro con la madre, el padre y los compañeros. Al mismo tiempo, confiamos en que la comunicación familiar y el ajuste psicológico deben ser predictores de un apego seguro a los padres. En cambio, pensamos que el apego seguro con los compañeros será predicho y correlacionado por el ajuste psicológico pero no por la apertura en la comunicación familiar, debido a las diferencias relacionales que existen entre ellos y sus padres y compañeros. Para ello, teníamos las dos hipótesis: Primero, (1) los adolescentes adoptados internacionalmente con mejor ajuste psicológico y una comunicación familiar más abierta sobre la adopción presentarán un apego más seguro. Esto se manifestará de diferentes formas: (a) los adolescentes con mejor ajuste psicológico (menos problemas generales) tendrán un apego seguro con sus padres y compañeros; (b) como en el caso anterior, pensamos que los adolescentes con menos problemas internalizantes presentarán un apego seguro con la madre, el padre y los compañeros; (c) los adolescentes con menos problemas externalizantes presentarán un apego seguro con

la madre, el padre y los compañeros. En el caso de la comunicación familiar, (d) pensamos que los adolescentes que tienen una mejor comunicación familiar presentarán un apego seguro con los padres, pero no con los compañeros. Pensamos que (e) los adolescentes, que tienen más comunicación con la madre, tendrán un apego seguro con la madre y también con el padre, pero no con los compañeros. Finalmente (f), como en el caso anterior, los adolescentes con mayor comunicación con el padre tendrán un apego seguro con el padre y también con la madre pero no con los compañeros.

En segundo lugar, (2) un apego seguro estaría predicho por una comunicación familiar abierta y un ajuste psicológico de los adolescentes adoptados internacionalmente. Esto podría verificarse mediante: (a) la comunicación familiar abierta y el ajuste psicológico predecirán el apego seguro con la madre; (b) la comunicación abierta y el ajuste psicológico predecirán el apego seguro con el padre. Finalmente, (c) el ajuste psicológico predecirá el apego seguro con los compañeros por separado y juntos, no como la comunicación familiar abierta.

Método

Participantes

Los padres o tutores dieron su consentimiento para sus hijos, que eran menores de edad. Reclutamos participantes que fueran adolescentes (12 a 17 años), adoptados internacionalmente, y que hubieran participado en un seguimiento postadoptivo en la *Fundació Vidal i Barraquer*. Utilizamos una muestra no clínica. Todos aquellos que padezcan una enfermedad o trastorno que les impida leer, escribir o entender lo preguntado, fueron excluidos del estudio. También excluimos aquellos que no sabían que eran adoptados. Así, la tasa de aceptación para participar en el proyecto fue del 66 %.

Cincuenta y dos adolescentes adoptados internacionalmente, 24 chicos (edad $M = 14,6$, $SD = 1,3$) y 28 chicas (edad $M = 14,14$, $SD = 1,6$), y sus respectivos padres aceptaron participar voluntariamente en este estudio. Ninguno de ellos ha tenido contacto con su familia biológica. Los niños fueron adoptados de Bolivia (7,7 %), Bulgaria (5,8 %), China (17,2 %), Colombia (9,6 %),

Guatemala (3,8 %), Haití (1,9 %), India (9,6 %), México (3,8 %) y Rusia (40,5 %). La edad media de adopción de los niños es de 3,03 años ($SD = 2,34$) (ver Tabla 1 del anexo).

Instrumentos

Entrevista a los padres adoptivos. Se llevó a cabo una entrevista semiestructurada con los padres adoptivos para recolectar datos sociodemográficos e información relacionada con la historia previa a la colocación y la adopción del niño. Los datos sociodemográficos de la familia adoptiva incluyeron el género y la edad actual del adolescente, la edad de los padres, la estructura familiar y los controles psiquiátricos de los adolescentes.

Inventory of Parent and Peer Attachment. El *Inventory of Parent and Peer Attachment* (IPPA, Armsden y Greenberg, 1987) es un cuestionario que evalúa el apego a partir de 75 ítems distribuidos de la siguiente manera: 25 referidos a la madre, 25 con respecto al padre y 25 con respecto a sus compañeros. El adolescente debe responder en una escala tipo Likert de cinco puntos donde 1 es “nunca o casi nunca es cierto” y 5 es “siempre o casi siempre es cierto”. El IPPA otorga puntuaciones para *Confianza*, *Comunicación* y *Alienación* para la madre, el padre y los compañeros. Al mismo tiempo, otorga la categoría de “bajo”, “medio” o “alto” a cada puntuación (Armsden y Greenberg, 1987). Según Vivona (2000), transformamos estas puntuaciones en el tipo de apego correspondiente a cada sujeto. Así, el apego es seguro cuando los participantes indican por lo menos media *Confianza* o *Comunicación*, y baja o media *Alienación*. El estilo evitativo se asigna si la *Confianza* y *Comunicación* son bajos y la *Alienación* es al menos media; o si la *Comunicación* es baja, la *Confianza* media y la *Alienación* es alta. Finalmente, el estilo ambivalente se designa si la *Comunicación* y la *Alienación* son al menos medianas, la *Comunicación* es más alta que la *Confianza* y la *Alienación* no más baja que la *Confianza*. Esta clasificación ha sido utilizada en diferentes estudios (Johnson et al., 2003; Hale et al., 2006; Pace et al., 2011), en los cuales se argumenta que la clasificación de los tres tipos de apego es relevante tanto a nivel teórico como clínico. Así, permite saber qué tipo de

apego (seguro, ambivalente o evitativo) tiene cada adolescente con su padre, madre y compañeros. Esto también permite aislar la variable “apego seguro” para hacer el análisis de datos correspondiente. Sin embargo, al utilizar esta clasificación, existe la posibilidad de que un sujeto no se clasifique en ninguna categoría. En nuestro estudio, solo se ha quedado fuera de la clasificación un caso, por lo que abandonó el estudio.

Adoption Communication Scale. La *Adoption Communication Scale* (ACS) fue desarrollada por Grotevant et al. (2009) basada en la escala *Adoption Communication Openness* (ACO) por Brodzinsky (2006). Para este estudio, se utilizó la versión en español traducida y validada por Aramburu et al. (2015). El ACS mide hasta qué punto los niños ven a sus padres como abiertos y sensibles al comunicarles acerca de la adopción, así como hasta qué punto los niños se sienten cómodos hablando de la adopción con su madre y su padre. El adolescente debe responder 14 ítems relativos a la madre, y 14 ítems idénticos al padre, en una escala tipo Likert de cinco puntos, donde 1 corresponde a “muy en desacuerdo” y 5 “muy de acuerdo”.

Youth-Self Report. El *Youth-Self Report* (YSR) (Achenbach y Rescorla, 2001) es un cuestionario de autoinforme de 112 ítems diseñado para recopilar información directamente de los adolescentes (de 11 a 18 años) sobre diferentes habilidades y problemas de conducta. Es una escala de cribado psiquiátrico bien establecida que ha mostrado excelentes propiedades psicométricas (ASEBA, 2012). Los ítems miden ocho síntomas de subescala de comportamiento y ajuste: retraimiento, quejas somáticas, ansiedad y depresión, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, comportamiento agresivo, y comportamiento delictivo. Las primeras tres subescalas se denominan “internalización”, mientras que las dos siguientes se denominan “externalización”. Los adolescentes seleccionan su respuesta de 0 (no es cierto) a 2 (muy cierto o casi siempre cierto). Las puntuaciones < 50 se consideran no clínicas; las puntuaciones entre 50 y 60, límites; y puntuaciones > 60, clínicas. Para este estudio, se usaron las puntuaciones *T* para la escala general, y la escala de problemas de internalización y

externalización. Se utilizó la versión adaptada al español.

Procedimiento

Los investigadores fueron a las casas de las familias para entrevistar a los padres y administrar cuestionarios a los adolescentes. Solo en cuatro casos la familia solicitó explícitamente acudir a nuestro centro para facilitar la información. Los adolescentes fueron ayudados por el investigador para completar los cuestionarios sólo en caso de dudas. El Comité Ético de la *Fundació Vidal i Barraquer* aprobó este proyecto.

Resultados

Primeramente, se presentan los hallazgos descriptivos sobre datos sociodemográficos, comunicación familiar, estilo de apego y ajuste psicológico del adolescente. A continuación, se calculó la relación entre el tipo de apego de los adolescentes con sus padres y compañeros, la comunicación familiar y el ajuste psicológico mediante un ANOVA unidireccional. Por último, se realizó un análisis de regresión logística jerárquica para probar la contribución relativa de la apertura en la comunicación y el ajuste psicológico como predictor del apego seguro de los adolescentes. Este procedimiento se realizó para el estilo de apego de la madre, el padre y los compañeros. En el primer paso, introducimos el ajuste psicológico general y la comunicación familiar por separado. En el segundo paso, introducimos las dos variables juntas.

Datos descriptivos del ajuste psicológico de los adolescentes, comunicación familiar y estilo de apego

Los datos descriptivos se presentan en la Tabla 2 del anexo, mostrando que el 63,5 % de los adolescentes tenían un buen ajuste psicológico (problemas de conducta totales), el 25 % están al límite, y el 11,5 % se consideraron en puntuaciones clínicas. En cuanto a los problemas de interiorización, el 65,4 % de los adolescentes se encontraban dentro del rango normal, el 23,1 % en el límite, y el 11,5 % restante en el rango clínico. En los problemas de exteriorización, el 55,8 % de los adolescentes tienen puntuaciones dentro del rango normal, el 42,3 % tiene

puntuaciones dentro del límite y solo el 1,9 % presentan puntuaciones en rango clínico.

La puntuación media en la escala de apertura comunicativa familiar en la adopción fue del 107,36, con una puntuación mínima de 53 y máxima de 138 ($M = 107,36$; $DT = 22,07$). En cuanto a las puntuaciones de la subescala de comunicación familiar, la puntuación de la madre fue de 54,34, con una puntuación mínima de 28 y máxima de 69 ($M = 54,34$, $DT = 11,03$), y la del padre de 52,93, con una puntuación mínima de 25 y una máxima de 70 ($M = 52,34$, $DT = 12,27$). La mayoría de los adoptados reportaron una comunicación de alta calidad con sus padres adoptivos. Los resultados de una prueba T revelaron que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de comunicación con la madre y con el padre ($t = 1,22$, $p = ,221$).

En cuanto al tipo de apego, se ha visto que el 55,1 % de los adolescentes presenta un apego seguro con la madre, mientras que el 30,6 % presenta un estilo de apego evitativo y el 14,3 % un apego ambivalente. Algo parecido sucede con el tipo de apego con el padre: el 62,2 % mostró un apego seguro, el 28,9 % evitativo, y sólo el 8,9 % un estilo ambivalente. Sobre los compañeros, el 50 % tenía apego seguro, el 33,3 % evitativo y el 16,7 % ambivalente.

No encontramos una relación significativa entre la edad, el sexo, la edad de adopción y los años de institución, con el ajuste psicológico internalizante y externalizante general, la comunicación familiar global, la comunicación con el padre y con la madre, así como tampoco con el tipo de apego con la madre, el padre o los compañeros. Solo los problemas de internalización se correlacionan con la edad en el momento de la adopción, según el coeficiente de correlación de Pearson. Las diferencias de género se probaron mediante una prueba T (ver Tabla 3 del anexo).

Correlación bivariada entre el tipo de apego de los adolescentes, la comunicación familiar y el ajuste psicológico

Para la primera hipótesis, se calcularon ANOVAs entre cada par de variables potencialmente predictivas. Así, se comprobó si existían diferencias entre el apego (seguro, evitativo o

ambivalente) de cada una de las figuras significativas (madre, padre y compañeros) con la comunicación familiar, y la comunicación con el padre y con la madre, y el ajuste psicológico general (problemas totales), problemas de internalización y externalización.

Para la primera hipótesis, se calcularon ANOVA entre cada par de variables potencialmente predictivas. Así, se comprobó si existían diferencias entre el apego (seguro, evitativo o ambivalente) de cada una de las figuras significativas (madre, padre y compañeros) con la comunicación familiar, y la comunicación con el padre y con la madre, y ajuste psicológico general (problemas totales), problemas de internalización y externalización.

En la Tabla 4 del anexo, podemos ver que hay una diferencia significativa en el ajuste psicológico general (problemas totales), problemas de internalización, comunicación familiar y comunicación con el padre y la madre, con el estilo de apego seguro de la madre. También se establecieron diferencias significativas entre el ajuste psicológico general (problemas totales), problemas de internalización y de externalización, comunicación familiar y comunicación con el padre y la madre, con el estilo de apego seguro del padre.

Finalmente, sólo obtuvimos una diferencia significativa entre el ajuste psicológico general (problemas totales) y los problemas de internalización y externalización con un apego seguro con los compañeros, mientras que la comunicación familiar no correlaciona.

Por lo tanto, en cuanto a nuestra primera hipótesis de que habría diferencias entre el ajuste psicológico y el apego seguro con la madre, el padre y los compañeros, hemos confirmado que (a) cuantos menos problemas totales, el apego es seguro con la madre, el padre y los iguales. En cuanto a los problemas de internalización (b), cuantos menos problemas de internalización, el apego es seguro con la madre, el padre y los compañeros. Finalmente (c), algo parecido ocurre con los problemas de externalización, en los que menos problemas significa tener un apego seguro con el padre y los compañeros, pero no con la madre. Acerca de la comunicación familiar abierta, también confirmamos (d) que está significativamente relacionada con un

apego seguro con la madre y el padre, y no con los compañeros. También hemos comprobado que la comunicación con la madre (e) está significativamente relacionada con un apego seguro con ella y el padre, y no con los compañeros. Finalmente, la comunicación con el padre (f) ha mostrado relación significativa con el apego seguro con él y la madre, y no con los compañeros.

Modelo de regresión del “apego seguro” como variable dependiente para adolescentes adoptivos

Para determinar si podíamos aceptar la segunda hipótesis, llevamos a cabo un análisis de regresión para el estilo de apego de la madre, el padre y los compañeros por separado. En primer lugar, introdujimos individualmente las variables predictoras “ajuste psicológico” y “comunicación familiar” para realizar una regresión logística binaria. Recodificamos la variable “estilo de apego”, de las tres categorías iniciales (seguro, evitativo y ambivalente), en una variable dicotómica, dividida en “apego seguro” y “apego no seguro”, siendo apego seguro = 0, y no seguro 1. A continuación, hicimos el análisis con “ajuste psicológico” y “comunicación familiar” para determinar la variación asociada a la variable “apego seguro”.

En el caso del apego de la madre, primero hicimos una regresión logística con cada predictor separadamente. Encontramos que por cada punto que aumentaba el ajuste psicológico general, la razón de probabilidades (*OR*) aumentó en 1,188, con un coeficiente de Nagelkerke de ,457 ($p < ,001$, $B = 0,172$, $SE = ,049$, $Wald = 12,214$). De forma similar, por cada punto que incrementaba la comunicación familiar, la *OR* disminuyó en ,799 con un coeficiente de Nagelkerke de ,776 ($p = ,006$, $B = -,225$, $SE = ,081$, $Wald = 7,622$). Ambas regresiones fueron estadísticamente significativas (ver Tabla 5 del anexo). En el siguiente paso, al añadir “ajuste psicológico” y “comunicación familiar”, el modelo de regresión explicó el 79,5 % de la varianza observada en la variable “apego de la madre” (Nagelkerke = ,795, Tabla 5 del anexo).

Encontramos que, al incrementar un punto en el ajuste psicológico, la comunicación familiar aumentó la *OR* a 1,092, lo cual no fue significativo. Al aumentar un punto de la comunicación

familiar, el ajuste psicológico disminuyó la *OR* a ,823, lo cual fue significativo.

Al llevar a cabo una regresión logística con cada predictor individualmente para el apego del padre, encontramos que por cada punto que aumentaba el ajuste psicológico general, la *OR* aumentaba en 1,275, con un coeficiente de Nagelkerke de ,629 ($p < ,001$, $B = ,243$, $SE = ,068$, $Wald = 12,869$). Así, por cada punto que la comunicación familiar aumentaba, la *OR* disminuía a ,894 con un coeficiente de Nagelkerke de ,636 ($p < ,001$, $B = -,112$, $SD = ,031$, $Wald = 12,950$). Ambas regresiones fueron estadísticamente significativas.

En el siguiente paso, al introducir a la regresión las variables “ajuste psicológico” y “comunicación familiar” simultáneamente, el modelo de regresión explicó el 75,6 % de la varianza observada en la variable “apego del padre” (Nagelkerke = ,756, ver Tabla 6 del anexo).

Encontramos que, al aumentar un punto de ajuste psicológico, la comunicación familiar aumentaba la *OR* en 1,208, lo cual fue significativo. Del mismo modo, al aumentar un punto de la comunicación familiar, el ajuste psicológico disminuyó la *OR* a ,910, lo cual también fue significativo.

En el caso del apego a los compañeros, encontramos algunas diferencias. Cuando hicimos la regresión logística con cada predictor individualmente, encontramos que por cada punto que incrementaba el ajuste psicológico general, la *OR* aumentaba en 1,096, con un coeficiente de Nagelkerke de ,210 ($p = ,010$, $B = ,092$, $SE = ,036$, $Wald = 6,663$). De un modo similar, por cada punto que aumentaba la comunicación familiar, la *OR* disminuía a ,956 con un coeficiente de Nagelkerke de ,235 ($p = ,080$, $B = -,045$, $SE = ,017$, $Wald = 7,087$). Sólo el ajuste psicológico fue estadísticamente significativo. Finalmente, al hacer la regresión con dos variables predictoras al mismo tiempo, el modelo de regresión explicó el 26,9% de la varianza observada en la variable “apego a los compañeros” (Nagelkerke = ,269, Tabla 5 del anexo). Encontramos que, aumentando un punto en el ajuste psicológico, la comunicación familiar aumentaba la *OR* a 1,053, lo cual no fue significativo. De manera similar, al aumentar un punto la comunicación familiar, el ajuste psicológico general disminuyó

la OR a ,969, lo cual no fue significativo.

Por lo tanto, nuestra segunda hipótesis de que la comunicación familiar abierta y el ajuste psicológico eran predictoras del apego seguro ha sido totalmente confirmada incluso controlando el ajuste psicológico. Sin embargo, cuando las variables se introducen juntas, solo agrega un valor predictivo al ajuste psicológico y la comunicación familiar abierta en el caso del padre, y la comunicación familiar abierta en el caso de la madre. En el caso de los compañeros, ninguna de las variables aporta un poder predictivo, ni siquiera el ajuste psicológico, tal y como hipotetizamos.

Discusión

Este estudio analizó cómo la apertura comunicativa familiar y el ajuste psicológico de adolescentes internacionalmente adoptados predicen el apego con sus padres y compañeros.

Los resultados descriptivos muestran que el 55,1 % de los niños tienen un apego seguro con la madre, el 62,2 % con el padre, y solo el 50 % con los compañeros. Como destacaron Singer et al. (1985), obtuvimos que el apego de los padres adoptivos fue de alta calidad, pero aún por debajo de aquel dado por los padres biológicos. En este sentido, Cassidy y Berlin (2008) señalaron que solo el 15-20 % de los niños no adoptados tenían un apego no seguro.

En cuanto a la comunicación familiar, encontramos que la puntuación total fue de 107,36, siendo bastante similar la comunicación con el padre y la madre: 54,34 y 52,93 respectivamente. En cuanto al ajuste psicológico, en nuestro estudio, el 63,5 % de los adolescentes presentaba un buen ajuste psicológico global, y solo el 25 % se encontraba en puntuación límite, y el 11,5 %, en puntuación clínica. Estas puntuaciones, que muestran que sólo el 11,5 % de los niños estaba por debajo del límite clínico en su ajuste psicológico, son buenas noticias para este grupo. Sin embargo, cuando se comparan estas puntuaciones con las de los adolescentes no adoptados, vemos que son notablemente inferiores (Hjern et al., 2002; Zucker y Bradley, 1995; Wiik et al., 2011; Rutter y Koerner, 2008; Bimmel et al., 2003).

En cuanto a los problemas de internalización,

el 65,4 % de los sujetos tiene un buen ajuste, y solo el 23,1 % se encuentra en parámetros límite y el 11,5 % en puntuaciones clínicas. Autores como Brodzinsky et al. (1992) o Gribble (2007) señalaron, en este sentido, que los adolescentes adoptados presentaban dificultades en su desarrollo emocional, y aún más si se comparan con la población no adoptada. Se produce un cambio ligero en los problemas de externalización, donde el 55,8 % de los niños presentaban un buen ajuste psicológico, pero el 42,3 % se encuentra en puntuaciones límite, y el 1,9 % en puntuaciones clínicas. Estos resultados son considerablemente similares a los obtenidos en otros estudios (Gindis, 2005; Glennen y Bright, 2005; Keyes et al., 2008; Verhulst et al., 1990), los cuales destacan los problemas de hiperactividad y violencia en el caso de los adolescentes adoptados. Por lo tanto, podemos afirmar que los adolescentes adoptados internacionalmente de nuestro estudio generalmente presentan un buen ajuste psicológico, buena comunicación familiar y la mayoría presenta un apego seguro.

En la primera hipótesis del análisis ANOVA, en el cual sugerimos que el ajuste psicológico tendría diferencias con un apego seguro, encontramos que los adolescentes con un mejor ajuste psicológico general (o menos problemas totales) tienen un apego seguro tanto con sus padres como con sus compañeros. También hemos visto que los adolescentes que tienen menos problemas de internalización tienen un apego seguro con la madre, el padre y los compañeros. Finalmente, sobre los problemas de externalización, encontramos que los adolescentes con menos problemas se correlacionan con un apego seguro con el padre y los compañeros, pero no con la madre. Estos resultados sugieren que los adolescentes con aspectos predominantes de externalización tienen más dificultades para relacionarse con la madre, que con el padre o los compañeros. Esto podría ser debido a las dificultades que tienen los niños adoptados con conductas de externalización a la hora de aceptar a la madre adoptiva, sobre la que podrían proyectar sentimientos de abandono y enfado. En el caso del apego con los compañeros, pensamos que es normal que se correlacione con el ajuste psicológico, ya que una relación cercana con los compañeros promueve la autoestima, la

confianza y una mejor autopercepción (Robinson, 1995; Eisenberg y Fabes, 1997) y disminuye el riesgo de problemas emocionales y de conducta (Coie y Dodge, 1997).

En cuanto a la segunda parte de la primera hipótesis, en la que sugerimos que la comunicación familiar presentaría diferencias con un apego seguro, hemos encontrado que existen diferencias entre la apertura comunicativa familiar y el apego seguro con los padres, pero no con los compañeros. También hemos visto diferencias entre la comunicación con la madre y un apego seguro con ella, pero también con el padre. Lo mismo ocurre en el caso del padre, donde la buena comunicación con él muestra diferencias significativas con un apego seguro con él y la madre. Sin embargo, no hay diferencias en el apego seguro con los compañeros. Estos resultados parecen estar dentro del rango normal. Pensamos que la comunicación con el padre y la madre, aunque sea por separado, proporciona una comunicación familiar general y eso ayuda al niño a ganar confianza y estrechar lazos con sus padres adoptivos. Si los niños tienen preguntas sobre sus orígenes y notan cómo sus padres están cerca de responder, esto se reflejará en su relación. Por otro lado, parece lógico que los niños hablen con sus padres de su adopción, y esto facilitará o permitirá un apego más seguro con ellos, y no con los compañeros. A menudo, los niños adoptados de otros países tienen problemas de adaptación en la escuela ya que sufren discriminación por su raza o color de piel (Mirabent y San Martino, 2008), lo que les impide hablar con sus compañeros o amigos sobre la adopción. Ciertamente, primero deben tener buena comunicación en casa sobre la adopción antes de hablarlo con los compañeros. Las relaciones con amigos son un aspecto muy importante en la adolescencia, y a través de ellas el adolescente empieza a separarse de los padres y a ganar autonomía con la ayuda de sus compañeros. Esto podría sugerir que el apego de los adolescentes con los compañeros es más fuerte y seguro.

Sin embargo, este no es el caso, dado que es precisamente el apego seguro con los padres lo que permite a los adolescentes despegarse de ellos y crear nuevas amistades mientras ganan autonomía y responsabilidad. De hecho,

Greenberg, Siegel y Leitch (1983) ya señalaron que la calidad del apego a los padres era significativamente más poderosa que aquello con los compañeros para predecir el bienestar.

Finalmente, la segunda hipótesis fue confirmada, ya que los resultados muestran que el ajuste psicológico y la comunicación familiar, cuando se introducen individualmente, son predictoras de un apego seguro con la madre, el padre y los compañeros. Estos resultados están en línea con otros estudios como Brodzinsky, Schechter y Brodzinsky (1986), los cuales sugirieron que los padres adoptivos deberían iniciar la divulgación de la adopción a los niños a una edad temprana y gradualmente incrementar la información. Esto no solo ayuda al niño conocer sus orígenes y a facilitar la creación de su propia identidad (Von Korff y Grotevant, 2011), sino que también ayuda a construir una relación de apego más segura con ellos. Por otro lado, el ajuste psicológico predice un apego seguro porque, según otros estudios (Brisch, 2015; Elvoinio et al., 2015), si los traumas de la adopción son tratados por los padres adoptivos lo antes posible, se facilitará la base para el desarrollo futuro de un apego seguro con el niño adoptado.

Cuando la apertura en la comunicación familiar y el ajuste psicológico se introdujeron por separado, en el caso de la madre, solo la apertura en la comunicación familiar gana poder predictivo en el apego seguro. En el caso del padre, ambas alcanzaron significación estadística. No es así en el caso de los compañeros, donde ninguna de las variables gana poder predictivo. En cuanto a la apertura en la comunicación familiar, en el caso del padre y la madre tiene sentido que esta alcance poder predictivo porque, como apuntan otros estudios (Beijersbergen et al., 2015), las madres de adolescentes seguros mostraron un soporte significativamente más sensible (como comunicación) durante los conflictos. De hecho, estos mismos autores afirmaron que el soporte materno en la primera infancia y adolescencia predecía la continuidad del apego seguro desde la adopción hasta la adolescencia. En el caso del ajuste psicológico, hemos visto que se correlacionó más con el apego seguro del padre que con el de la madre. Por lo tanto, es lógico que gane poder predictivo en el caso del padre y no el de la madre. Algunos autores atribuyen

esta situación a las características personales de cada niño (Graham et al., 2004). Finalmente, en el caso de los compañeros, donde ninguna de las dos variables es significativa, pensamos que no es un signo negativo. Los adoptados necesitan primero un buen ajuste psicológico y una buena comunicación familiar antes de crear relaciones estables y sanas con los compañeros.

Limitaciones/Reconocimientos

Estos resultados corresponden a un estudio transversal y no contamos con suficiente información para asegurar la direccionalidad de la relación. En otras palabras, no podemos decir que la apertura en la comunicación familiar y el ajuste psicológico predice un apego seguro y no al revés. Sin embargo, pensamos que la comunicación familiar puede darse desde el primer momento de la adopción, como de hecho muchos autores recomiendan (Brodzinsky, 2005; Wrobel et al., 2003). En cambio, el apego es un proceso que requiere tiempo. Lo mismo es válido para el ajuste psicológico, ya que creemos que es necesario un buen ajuste para establecer un apego seguro (Oldfield et al., 2016). Iniciar una comunicación familiar abierta sobre la adopción desde una edad temprana ayuda a conseguir un buen ajuste psicológico, contribuyendo, al mismo tiempo, a desarrollar un apego seguro con el padre, la madre y los compañeros. Seguramente es un proceso que se retroalimenta. La comunicación familiar abierta facilita un buen ajuste psicológico y esto lleva a un apego seguro, pero el apego seguro también ayuda a mantener la comunicación familiar y un mejor ajuste.

Este estudio tiene algunas otras limitaciones. En primer lugar, solo el 66 % de la muestra potencial decidió participar, indicando que el 34 % declinó hacerlo, muchos de ellos porque se mostraron reacios a hablar de temas relacionados específicamente con la adopción y los orígenes de sus hijos. Esto nos lleva a pensar que la mayoría de familias que encuentran difícil crear una comunicación abierta, un buen ajuste psicológico y un apego seguro en torno a este tema son también las que prefirieron no participar en este estudio. Otra explicación podría ser que las familias adoptivas tienden a consultar y solicitar los servicios de salud mental más fácilmente, como

se señala en estudios como los de Miller et al. (2000). Finalmente, examinamos la apertura comunicativa, el apego y el ajuste psicológico solo desde la perspectiva de los adolescentes y no consideramos las percepciones de sus padres adoptivos.

A pesar de estas limitaciones, los resultados de este estudio contribuyen a resaltar la importancia de desarrollar un apego seguro, una comunicación familiar abierta y un ajuste psicológico. El estudio, por lo tanto, ilustra la importancia de estas variables para establecer un apego seguro entre el niño adoptado y sus padres y compañeros. Esta es la base por un correcto desarrollo y salud mental, una garantía principal para entrar en la edad adulta. Este estudio proporciona a los padres adoptivos herramientas para ayudar a sus hijos a promover un mejor ajuste psicológico al establecer una comunicación familiar más abierta y un apego más seguro. Nuestros resultados también pueden ser informativos para médicos, profesionales y otras personas que trabajan con familias adoptivas, así como para las políticas sobre apertura en adopción. Estos profesionales, que están en contacto con las familias adoptivas tanto antes como después de la adopción, pueden realizar intervenciones focalizadas en promover apertura comunicativa.

Bibliografía

- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (Ed.) (2001). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. University of Vermont Department of Psychiatry, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Ammaniti, M., van IJzendoorn, M. H., Speranza, A. M. y Tambelli, R. (2000). Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: An exploration of stability and change. *Attachment and Human Development*, 2, 328 - 346.
- Aramburu, I., Pérez-Testor, C., Mercadal, J., Salamero, M., Aznar, B., Davins, M., Mirabent, V. y Brodzinsky, D. (2018). Influence of Communicative Openness on the Psychological Adjustment of Internationally Adopted Adolescents (Influència de la Comunicació Oberta en l'Ajustament Psicològic dels Adolescents

- Adoptats Internacionalment). *Journal of Research on Adolescence*, 30(S1), 226-237. <https://doi.org/10.1111/jora.12464>
- Aramburu, I., Salamero, M., Aznar, B., Pérez-Testor, C., Davins, M., Mirabent, V. y Brodzinsky, D. (2015). Preliminary validation of a Spanish language version of the Adoption Communication Scale in adopted adolescents. *Estudios de Psicología*, 36(3), 626 - 642.
- Armsden, G. y Greenberg, M. T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relation to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427 - 454.
- ASEBA (2012). *Achenbach System of Empirically Based Assessment*. Recuperado de <http://www.aseba.org/>
- Beijersbergen, M. D., Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J. y van IJzendoorn, M. H. (2012). Remaining or becoming secure; Parental sensitive support predicts attachment continuity from infancy to adolescence in a longitudinal adoption study. *Development Psychology*, 48 (5), 1277 - 1282.
- Bennett, S. (2003). Is there a primary mom? Parental perceptions of attachment bond hierarchies within lesbian adoptive families. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20(3), 159 - 173.
- Berástegui, A. (2004). *La adaptación familiar en adopción internacional: Una muestra de adoptados mayores de tres años en la Comunidad de Madrid*. Consejo Económico y Social.
- Berástegui, A. (2007). La adaptación familiar en adopción internacional: un proceso de estrés y afrontamiento. *Anuario de Psicología*, 38(2), 209 - 224.
- Bimmel, N., Juffer, F., Van IJzendoorn, M. H. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2003). Problem Behavior of Internationally Adopted Adolescents: A Review and Meta-Analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(2), 64 - 76. <http://dx.doi.org/10.1080/106732203003955>
- Blyth, D. A., Hill, J. P. y Thiel, K. S. (1982). Early adolescents' significant others: Grade and gender differences in perceived relationships with familial and non-familial adults and young people. *Journal of Youth Adolescence*, 11, 425 - 450.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350 - 373.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Routledge.
- Brisch, K. H. (2015). Attachment and Adoption: Diagnostics, Psychopathology, and Therapy. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 64(10), 793 - 815.
- Brodzinsky, D. M., Schechter, D. y Brodzinsky, A. B. (1986). *Children's knowledge of adoption: Development changes and implications for adjustment*. Lawrence Erlbaum.
- Brodzinsky, D. M. y Steiger, C. (1991). Prevalence of adoptees among special education populations. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 484 - 489.
- Brodzinsky, D. M., Schechter, M. D. y Henig, R. M. (1992). *Being adopted: The lifelong search for self*. Doubleday.
- Brodzinsky, D. M. y Brodzinsky, A. B. (1992). The impact of family structure on the adjustment of adopted children. *Child Welfare*, 71, 69 - 75.
- Brodzinsky, D. M. (2005). Reconceptualizing openness in adoption: Implications for theory, research and practice. En D. Brodzinsky y J. Palacios (eds.). *Psychological Issues in Adoption: Research and Practice* (pp. 145-166). Praeger.
- Brodzinsky, D. M. (2006). Family structural openness and communicative openness as predictors in the adjustment of adopted children. *Adoption Quarterly*, 9(4), 1 - 17. http://dx.doi.org/10.1300/J145v09n04_01
- Cassidy, J. y Berlin, L. J. (2008). The insecure/ambivalent pattern of attachment: theory and research. *Child Development*, 65(4), 971 - 991.
- Castillo, J. A., Pérez-Testor, C., Davins, M. y Mirabent, V. (2006). Adopción y parentalidad: aportaciones de la investigación. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 8, 55 - 64.
- Castón, P. y Ocón, J. (2002). Historia y sociología de la adopción en España. *Revista Internacional de Sociología*, 33, 173 - 209.
- Coie, J. D. y Dodge, K. A. (1997). Aggression and antisocial behavior. En N. Eisenberg, *Hand-*

- book of Child Psychology, Vol. 3. Social, Emotional, and Personality Development* (5th ed). Wiley, 779 - 862.
- Dalen, M. (2002). School performance among internationally adopted children in Norway. *Adoption Quarterly*, 5(2), 39 - 58.
http://dx.doi.org/10.1300/J145v05n02_03
- Dole, K. N. (2005). Education and internationally adopted children: Working collaboratively with schools. *Pediatric Clinics of North America*, 52(5), 1445 - 1461.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2005.06.007>
- Eisenberg, N. y Fabes, R. A. (1997). Prosocial development. En N. Eisenberg, *Handbook of Child Psychology, Vol. 3. Social, Emotional, and Personality Development* (5th ed). Wiley, p. 701 - 778.
- Elovainio, M., Raaska, H., Sinkkonen, J., Mäkipää, S. y Lapinleimu, H. (2015). Associations between attachment-related symptoms and later psychological problems among international adoptees: Results from the FinAdo study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 53 - 61.
- Feeney, J. A., Passmore, N. L. y Peterson, C. C. (2007). Adoption, attachment, and relationship concerns: a study of adult adoptees. *Personal Relationships*, 14, 129 - 147.
- Furman, W. y Wehner, E. A. (1994). Adolescents romantic relationships: a developmental perspective. *Child Development*, 63, 103 - 115.
- Gindis, B. (2005). Cognitive, Language, and Educational Issues on Children Adopted from Overseas Orphanages. *Journal of Cognitive Education and Psychology*, 4(3), 290 - 315.
- Glennen, S. y Bright, B. J. (2005). Five years later: Language in school-age internationally adopted children. *Seminars in Speech and Language*, 26(1), 86 - 101.
- Graham, J. M., Liu, Y. J. y Jeziorski, J. L. (2004). The dyadic adjustment scale: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 68, 701-717.
- Granot, D. y Mayseless, O. (2001). Attachment security and adjustment to school in middle childhood. *International Journal of Behavioral Development*, 25(6), 530 - 541.
- Greenberg, M. T., Siegel, J. M. y Leitch, C. J. (1983). The nature and importance of attachment relationship to parents and peers during adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 12(5), 373 - 386.
- Gribble, K. D. (2007). A model of caregiving of adopted children after institutionalization. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 20(1), 14 - 26.
- Grotevant, H. D. (1997). Family Processes, Identity Development, and Behavioral Outcomes for Adopted Adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 12(1), 139 - 161.
- Grotevant, H. D., Rueter, M., Wrobel, G. M. y Von Korff, L. (2009). *Minnesota Texas Adoption Research Project: Summary of Wave 3 Methods*. Disponible en <http://www.psych.umass.edu/uploads/sites/45/Files/W3%20Summary%20of%20Methods%20042509%20final.pdf>
- Gunnar, M. R., Bruce, J. y Grotevant, H. D. (2000). International adoption of institutionally reared children: Research and policy. *Development and Psychopathology*, 12, 677 - 693.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400004077>
- Hazan, C. y Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511 - 524.
- Hale, W. W., Engles, R. y Meeus, W. (2006). Adolescent's perceptions of parenting behaviour and its relationships to adolescent Generalized Anxiety Disorder symptoms. *Journal of Adolescence*, 29, 407 - 417.
- Hjern, A., Lindblad, F. y Vinnerljung, B. (2002). Suicide, psychiatric illness and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: A cohort study. *The Lancet*, 360, 443 - 448.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09674-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09674-5)
- Hoksbergen, R., Juffer, F. y Waardenburg, B. (1987). *Adopted children at home and at school*. Swets & Zeitlinger.
- Jacobs, E., Miller, L. C. y Tirella, L. G. (2010). Developmental and behavioral performance of internationally adopted preschoolers: A pilot study. *Child Psychiatry and Human Development*, 41(1), 15 - 29.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10578-009-0149-6>
- Johnson, L. N., Ketrings, S. A. y Abshire, C. (2003). The revised inventory of parents attachment: Measuring attachment in families. *Contemporary Family Therapy*, 25(3), 333 - 349.

- Juffer, F. y Rosenboom, L. (1997). Infant-Mother attachment on internationally adopted children in the Netherlands. *International Journal of Behavioral Development*, 20(1), 93 - 107.
- Juffer F. y van Ijzendoorn, M. H. (2005). Behavior problems and mental health referrals of international adoptees. A meta-analysis. *Journal of American Medical Association*, 239(20), 2501 - 2515.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.293.20.2501>
- Juffer, F., Finet, C., Vermeer, H. y van den Dries, L. (2015). Attachment and cognitive and motor development in the first years after adoption: a review of studies on internationally adopted children from china. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 64 (10), 774 - 792.
- Keyes M. A., Sharma, A., Elkins, I. J., Iacono, W. G. y McGue, M. (2008). The Mental Health of US Adolescents Adopted in Infancy. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162 (5), 419 - 425.
- Mercadal, J., Pérez-Testor, C., Aramburu, I., Mirabent, V., Aznar, B., Davins, M. y Salamero, M. (2015). El paso del tiempo entre la llegada y la escolarización de un hijo adoptado. *La Revue du Redif*, 8, 53 - 67.
- Miller, B. C., Fan, X., Grotevant, H. D., Chistensen, M., Coyl, D. y van Dulmen, M. S. (2000). Adopted Adolescents' Overrepresentation in Mental Health Counseling: Adoptees' Problems or Parents' Lower Threshold for Referral? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1504 - 1511.
- Mirabent, V. y San Martino, M. (2008). Relació parental i aprenentatge en nens adoptats internacionalment. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 25(1).
- Oldfield, J., Humphrey, N. y Hebron, J. (2016). The role of parental and peer attachment relationships and school connectedness in predicting adolescent mental health outcomes. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(1), 21 - 29.
- Pace, C. S., San Martini, P. y Zavattini, G. C. (2011). The factor structure of the Inventory of Parents and Peer Attachment (IPPA): A survey of Italian adolescents. *Personality and Individual Differences*, 51, 83 - 88.
- Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y. y León, E. (2005). *Adopción internacional en España. Un nuevo país, una nueva vida*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Palacios, J. y Sánchez, Y. (1996). Relaciones padres hijos en familias adoptivas. *Anuario de Psicología*, 71, 87 - 105.
- Pérez-Testor, C. (2006). *Parejas en conflicto*. Paidós.
- Ponciano, L. (2010). Attachment in Foster Care: The role of Maternal sensitivity, adoption, and foster mother experience. *Child and Adolescence Social Work Journal*, 27, 97 - 114.
- Raja, S. N., McGee, R. y Stanton, W. R. (1992). Perceived attachments to parents and peers and psychological wellbeing in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21(4), 471 - 485.
- Robinson, P. (1995). Attention, Memory, and the Noticing Hypothesis. *Language Learning*, 45, 283 - 331.
- Rutter, M. A. y Koerner, A. F. (2008). The effect of family communication patterns on adopted adolescent adjustment. *Journal of Marriage and the Family*, 70(3), 715 - 727.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2008.00516.x>
- Schneider, B. H. y Younger, A. J. (1996). Adolescent - parent attachment and adolescents's relations with their peers: a closer look. *Youth and Society*, 28, 95 - 108.
- Sheridan, S. M., Knoche, L. L., Edwards, C. P., Bovaird, J. A. y Kupzyk, K. A. (2010). Parent engagement and school readiness: Effects of the getting ready Referencias intervention on preschool children's social-emotional competences. *Early Education and Development*, 21(1), 125 - 156.
- Shireman, J. F. (1996). Single parent adoptive homes. *Children and youth services review*, 18, 23-36.
- Singer, L., Brodzinsky, D. y Ramsay, D. (1985). Mother-Infant attachment in Adoptive Families. *Child Development*, 56, 1543 - 1551.
- Skinner-Drawz, B. A., Wrobel, G. M.; Grotevant, H. D. y Von Korff, L. (2011). The role of adoption communicative openness in information seeking among adoptees from adolescence to emerging adulthood. *Journal of Family Communication*, 11, 181 - 197.
<http://dx.doi.org/10.1080/15267431003656587>
- van IJzendoorn, M. H.; Juffer, F. y Poelhuis, C. W.

(2005). Adoption and Cognitive Development: A Meta-Analytic Comparison of Adopted and Nonadopted Children's IQ and School Performances. *Psychological Bulletin*, 131, 301 - 316.

van IJzendoorn, M. H. y Juffer, F. (2006). The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1228 - 1245.

Verhulst, F. C., Althaus, M. y Versluis-den Bieman, H. (1990). Problem behaviour in international adoptees. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 94 - 103.

Verhulst, F. C., Althaus, M. y Versluis-den Bieman, H. (1992). Damaging backgrounds: Later adjustment of international adoptees. *Journal of the American Academy of the Child and Adolescent Psychiatry*, 31(3), 518 - 524.
<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199205000-00020>

Vivona, J. M. (2000). Parental Attachment Styles of Late Adolescents: Qualities of Attachment Relationships and Consequences for Adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 316 - 329.

Von Korff, L. y Grotevant, H. D. (2011). Contact in adoption and adoptive identity formation: The mediating role of family conversation. *Journal of Family Psychology*, 25(3), 393 - 401.

Wiik, K. L., Loman, M. M., Van Ryzin, M. J., Armstrong, J. M., Essex, M. J., Pollak, S. D. y Gunnar, M. R. (2011). Behavioral and emotional symptoms of post-institutionalized children in middle childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(1), 56 - 63.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02294.x>

Wrobel, G. M., Kohler, J. K., Grotevant, H. D. y McRoy, R. G. (2003). The family adoption communication model (FAC): Identifying pathways of adoption-related communication. *Adoption Quarterly*, 7, 53 - 84.
http://dx.doi.org/10.1300/J145v07n02_04

Zeanah, C. H. y Gleason, M. M. (2015). Annual research review: Attachment disorders in early childhood--clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 207 - 222.

Zucker, K. J. y Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. Guilford.

Anexos

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Edad Adopción	3,0	2,34
Edad Actual	14,2	1,47
Edad Actual Chicos	14,2	1,30
Edad Actual Chicas	14,1	1,62
Años Institucionalizados	1,7	1,33
Edad Actual Padre	52,9	5,90
Edad Actual Madre	52,0	4,80

Tabla 2. Datos descriptivos

YSR	Normal	Límite	Clínica	
Ajuste Psicológico Total	63,5 %	25 %	11,5 %	
Problemas Internalizantes	65,4 %	23,1 %	11,5 %	
Problemas Externalizantes	55,8 %	42,3 %	1,9 %	
ACO	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Comunicación Familiar	107,36	22,07	53	138
Comunicación con Madre	54,34	11,03	28	69
Comunicación con Padre	52,93	12,27	25	70
IPPA	Seguro	Evitativo	Ambivalente	
Apego con Madre	55,1 %	30,6 %	14,3 %	
Apego con Padre	62,2 %	28,9 %	8,9 %	
Apego con Iguales	50 %	33,3 %	16,7 %	

Tabla 3. Correlación bivariada entre variables pre-adoptivas y Test Scores

	YSR t	YSR i	YSR e	ACO t	ACO m	ACO f	IPPA m	IPPA f	IPPA p
	<i>t p</i>	<i>t p</i>	<i>t p</i>	<i>t p</i>	<i>t p</i>	<i>t p</i>	<i>t p</i>	<i>t p</i>	<i>t p</i>
Edad	,223 ,111	,136 ,338	,155 ,274	-,066 ,641	-,109 ,440	-,052 ,727	,029 ,845	,031 ,838	-,106 ,475
Genero	,017 ,904	,133 ,346	,100 ,481	-,037 ,792	,005 ,974	-,134 ,353	-,022 ,882	-,023 ,088	,019 ,900
Edad	,254 ,069	,342 ,013	,047 ,741	-,058 ,684	-,064 ,651	-,056 ,707	,091 ,533	,185 ,224	,109 ,461
Adopción									
Años	,144 ,308	,225 ,068	,015 ,916	-,120 ,395	-,147 ,299	-,031 ,834	,233 ,108	-,005 ,072	,047 ,751
Institución									

YSR t: Ajuste psicológico total; YSR i: Problemas internalizantes; YSR e: Problemas externalizantes; ACO t: Comunicación familiar total; ACO m: Comunicación con la madre; ACO f: Comunicación con el padre; IPPA m: Tipo de apego con la madre; IPPA f: Tipo de apego con el padre; IPPA p: Tipo de apego con los iguales.

Tabla 4. ANOVA para el apego con la madre, padre e iguales

		Seguro	Evitativo	Ambivalente	ANOVA
		<i>MS D</i>	<i>MS D</i>	<i>MS D</i>	<i>F p</i>
Madre	Problemas Totales	41,74 6,08	57,80 7,77	44,85 9,19	25,10 ,014
	Problemas Internalizantes	40,70 7,72	58,20 10,40	43,71 8,38	19,87 ,024
	Problemas Externalizantes	43,29 7,44	54,40 4,57	44,85 11,17	11,33 ,074
	Comunicación Familiar	123,33 9,14	81,80 18,12	104,28 13,47	48,19 ,001
	Comunicación Madre	61,40 5,17	42,06 10,57	52,28 6,67	33,07 < ,001
	Comunicación Padre	62,30 5,62	40,42 8,88	52,00 9,96	37,04 ,001
Padre	Problemas Totales	41,57 7,16	58,23 7,55	50,25 3,86	24,89 < ,001
	Problemas Internalizantes	40,78 9,19	58,61 9,30	47,00 7,61	16,97 ,001
	Problemas Externalizantes	42,60 8,05	55,15 5,03	52,50 1,73	15,50 ,001
	Comunicación Familiar	119,75 14,11	84,15 18,76	97,75 9,32	24,83 < ,001
	Comunicación Madre	59,85 6,85	43,76 11,60	51,75 7,93	15,93 < ,001
	Comunicación Padre	54,85 8,98	40,38 8,85	46,00 5,94	23,40 < ,001
Iguales	Problemas Totales	43,08 7,55	54,25 10,63	44,87 9,28	7,75 ,011
	Problemas Internalizantes	42,20 9,93	53,62 12,30	45,25 10,03	5,43 ,008
	Problemas Externalizantes	44,04 8,99	52,43 7,59	44,75 7,16	5,27 ,039
	Comunicación Familiar	117,54 18,17	89,25 20,68	117,37 15,67	12,20 ,199
	Comunicación Madre	58,50 10,05	46,25 10,81	58,50 7,42	8,06 ,286
	Comunicación Padre	58,95 9,71	43,86 11,99	58,87 8,64	10,27 ,346

Tabla 5. Regresión logística bivariada para el apego con madre, padre e iguales

Apego Seguro	<i>B (SE)</i>	<i>P</i>	<i>Wald</i>	<i>OR</i>
Apego Seguro Madre				
Ajuste Psicológico Total	,172 (,049)	,001	12,214	1,188
Comunicación Familiar	-,225 (,081)	,006	7,622	,799
Apego Seguro Padre				
Ajuste Psicológico Total	,243 (,068)	,001	12,869	1,275
Comunicación Familiar	-,112 (,031)	,001	12,950	,894
Apego Seguro Iguales				
Ajuste Psicológico Total	,092 (,036)	,010	6,663	1,096
Comunicación Familiar	-,045 (,017)	,080	7,087	,956

Transferencia e identificación: dos procesos básicos en la elaboración de las crisis de identidad en la adolescencia

AMALIA GUADALUPE GÓMEZ COTERO¹, FERNANDO LÓPEZ ARMENTA², VIVIANA RAFAELA CARMONA TORRES¹,
MARÍA DE LOURDES SOLANO HERNÁNDEZ¹, DARINKA YAMILE GONZÁLEZ SÁNCHEZ¹,
ROSA PAOLA FIGUEROLA ESCOTO¹ Y ANGELICA MARIA PABLO VELAZQUEZ¹

RESUMEN

El siguiente artículo presenta el caso clínico de una adolescente que enfrenta una crisis de identidad, dificultades escolares y conductas disruptivas. Se destacan los desafíos de la adolescencia desde la perspectiva psicoanalítica, incluyendo la reorganización de la identidad y la gestión de duelos por la infancia. Se describe el tratamiento integral que incluye psicoterapia individual, asesoramiento familiar, coordinación con el equipo escolar y apoyo en temas de identidad de género. **Palabras clave:** *adolescencia, identidad, psicoanálisis, crisis, conducta disruptiva, género, tratamiento integral.*

ABSTRACT

Transference and identification: two basic processes in the development of identity crises in adolescence. The following article presents the clinical case of an adolescent girl facing an identity crisis, school difficulties and disruptive behaviors. The challenges of adolescence are highlighted from a psychoanalytic perspective, including identity reorganization and childhood grief management. Comprehensive treatment, including individual psychotherapy, family counseling, coordination with the school team and support in gender identity issues, is described. **Keywords:** *adolescence, identity, psychoanalysis, crisis, disruptive behavior, gender, comprehensive treatment.*

RESUM

Transferència i identificació: dos processos fonamentals en el desenvolupament de la crisi d'identitat durant l'adolescència. L'article següent presenta el cas clínic d'una adolescent que enfronta una crisi d'identitat, dificultats escolars i conductes disruptives. Es destaquen els desafiaments de l'adolescència des de la perspectiva psicoanalítica, incloent-hi la reorganització de la identitat i la gestió de dols per la infància. Es descriu el tractament integral que inclou psicoteràpia individual, assessorament familiar, coordinació amb l'equip escolar i suport en temes d'identitat de gènere. **Paraules clau:** *adolescència, identitat, psicoanàlisi, crisi, conducta disruptiva, gènere, tractament integral.*

Introducción

La adolescencia, como fenómeno y como etapa del proceso de desarrollo humano, ha sido estudiada históricamente desde diversas ópticas y disciplinas académicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019) define la adolescencia como una fase de la vida que se sitúa entre

la infancia y la edad adulta, es decir, entre los 10 y los 19 años de edad. Este mismo organismo describe que en esta etapa las personas experimentan una serie de cambios físicos, cognitivos y psicosociales, lo cual tiene a su vez un impacto directo en las emociones, los pensamientos, el proceso de toma de decisiones y la interacción que establecen con su entorno (OMS, 2024).

¹Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Unidad Santo Tomás, Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México. ²Mindum Consultoría en Salud Mental, Barcelona.

Contacto: rfiguerolae@ipn.mx

Recibido: 12/3/24 - Aceptado: 22/7/24

Siguiendo esta definición general, se puede afirmar con certeza que la adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo de los individuos. Los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales que ocurren en este periodo ejercen una influencia poderosa en la vida ulterior de las personas, por lo que su comprensión y estudio es indispensable para dar respuesta a las necesidades y desafíos específicos de este sector de la población (Lavielle-Sotomayor et al., 2014; Lozano Vicente, 2014).

Cuando se hace un abordaje de esta etapa del desarrollo es importante tener en consideración las diferencias conceptuales que existen entre la “pubertad” y la “adolescencia”. La primera se refiere a un proceso de cambios acelerados de orden biológico. Durante este proceso se produce el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios que incluye, entre otras características, la maduración de las gónadas y las glándulas suprarrenales, así como el aumento significativo de la masa ósea, grasa y muscular. Desde el punto de vista fisiológico, se considera que el inicio de la pubertad está marcado por la aparición de la telarquia (botón mamario) en las mujeres entre los 8 y los 13 años, y el aumento del tamaño testicular en los hombres, entre los 9 y los 14 años (Güemes-Hidalgo et al., 2017).

Por otro lado, la adolescencia se puede describir como un proceso mucho más extenso, ya que, además de contemplar los cambios biológicos de esta etapa, engloba también otros fenómenos subjetivos y la interacción del sujeto con determinantes sociales y culturales. Siguiendo estas definiciones, se entendería que la pubertad es la fase que marca el inicio de la adolescencia (Hoffman, 1996).

Desarrollo de la identidad de género

Cuando se habla sobre el desarrollo de la identidad, el género toma protagonismo como un eje fundamental en el que convergen distintos elementos que son definitorios en la elaboración de las crisis de identidad características de la pubertad y la adolescencia.

A diferencia del sexo biológico, el género es un constructo mucho más complejo que hace alusión a un conjunto de normas sociales que se atribuyen a los sujetos en función del sexo biológico con el que nacen. Estos mandatos socia-

les responden también a las particularidades de cada sociedad y contexto histórico en el que se expresan. Las normas diferenciadas para cada sexo se asignan y refuerzan desde el momento del nacimiento como directrices que regulan el comportamiento, los deseos y acciones tanto en la esfera pública como en la privada (Subirats, 1994).

En la actualidad, se sigue considerando de forma predominante que la identificación del género tiene un carácter binario, asignando de forma social una serie de atributos aceptables para varones y otro grupo de atributos aceptables para mujeres (Platero, 2014), todo y que estas concepciones dicotómicas de género se han venido flexibilizando cada vez más en las últimas décadas.

La identidad de género es un constructo complejo que va más allá de una simple clasificación binaria entre la feminidad y la masculinidad. La identidad de género se construye, actualiza y transforma constantemente a través del diálogo bidireccional entre el sujeto y el grupo social en el que se encuentra arraigado. Renold (2004) argumenta que la identidad de género se forma a partir de dos dimensiones interconectadas: una externa, influenciada significativamente por la interacción social, y otra interna, que depende del posicionamiento reflexivo y activo de cada persona. Al mismo tiempo, es crucial reconocer que las creencias y perspectivas de una persona están influenciadas por su entorno social y otros atributos sociodemográficos de los sujetos, como la etnia y la clase social, lo que da lugar a la existencia de identidades de género complejas, diversas y en continuo desarrollo (Chisvert-Tarazona, 2012). En resumen, la interacción entre los planos externo e interno permite entender la diversidad de identidades de género actuales, ya que estas se configuran y reconfiguran según el contexto y las oportunidades de transformación que éste ofrece.

Desde la óptica del psicoanálisis más contemporáneo, se ha enfatizado el impacto que las vicisitudes de la identidad de género tienen en la vida cotidiana de las personas y su influencia definitoria en la construcción de la subjetividad (Dio Bleichmar, 2010). Laplanche (2007) sostiene que el género se asigna mediante un conjunto de actos sociales y lingüísticos desde

el nacimiento, sugiriendo así una primacía de los fenómenos sociales sobre la influencia del sexo biológico. Laplanche también señala que la asignación del género precede a la simbolización y que el dinamismo de su naturaleza necesariamente debe buscarse en los intrincados fenómenos sociales en los que se construye. La identidad de género para Laplanche es un fenómeno relacional en el que convergen también las representaciones del cuerpo y las identificaciones con las figuras parentales; este se estructura a partir del intercambio de mensajes que tienen lugar en el marco de las relaciones de apego y cuidado desde la primera infancia, lo cual lo llevó a concluir en que el género es un constructo plural que no se encuentra sujeto a ningún tipo de clasificación rígida (Laplanche, 2007).

Las conceptualizaciones contemporáneas del psicoanálisis hacen énfasis en el carácter dinámico y fluido de la identidad de género y de las implicaciones que esto tiene en la práctica clínica con personas de cualquier edad, no únicamente en el trabajo con adolescentes (Elise, 2000; Kulish, 2010). Harris (2005) comparte la concepción relacional de este fenómeno y propone que la identidad de género emerge de las interacciones entre el *self* y los otros. La autora utiliza la palabra “ensamblaje” para describir el dinamismo con el que el género, como ocurre con otros atributos de la identidad, se desarrolla siguiendo múltiples vías y se nutre del diálogo entre fenómenos intrapersonales e interpersonales. El desarrollo de la identidad de género no es un fenómeno lineal predeterminado, sino más bien caótico y complejo, en el sentido de que no sigue ni llega a un objetivo predeterminado. Este número intrincado de variables hace que la identidad de género esté siempre abierta a una continua reorganización.

En aras de superar las dicotomías restrictivas de las identidades de género tradicionales, cada vez son más las voces dentro del psicoanálisis que apuestan por el desarrollo de un enfoque teórico y clínico que integre las nociones de fluidez y dinamismo tanto en las identidades de género como en la experiencia de la sexualidad en general. Desde esta postura, se desafía la división rígida de las relaciones de género y se propone un modelo inclusivo donde lo *masculino* y *femenino* se integren, abarcando una diversidad

amplia de identidades y orientaciones sexuales, abogando por una comprensión de la sexualidad basada menos en las diferencias entre hombres y mujeres, y más en sus similitudes y conexiones (Quindeau, 2008).

La integración de estas conceptualizaciones tiene también implicaciones directas en la práctica clínica, ya que estas posturas contemporáneas ofrecen una visión más amplia en la que se pueden comprender y elaborar los conflictos que aparecen en personas cuyas identidades de género no se alinean con las categorías binarias (Diamond, 2020). Las nuevas formas de relaciones y estilos de vida sexuales en la sociedad moderna están teniendo una influencia importante en la teoría psicoanalítica y en la práctica psicoterapéutica, enfatizando la necesidad de un enfoque flexible y diverso para abordar la complejidad de las identidades sexuales contemporáneas (Quindeau, 2008).

Para los teóricos y clínicos del psicoanálisis que se posicionan dentro de la concepción relacional del género, durante el trabajo clínico, salta a la vista el hecho de que los malestares que aparecen en torno a la identidad de género, en muchas ocasiones, lejos de representar fracturas profundas en el núcleo del Yo, responden a malestares relacionados con inconformidad hacia el estatus quo y las constricciones sociales que limitan la libertad de los individuos (Kulish, 2010).

Fenómenos psicodinámicos en la adolescencia

El psicoanálisis, como cuerpo teórico y como marco clínico, desde sus orígenes ha mostrado un especial interés en los fenómenos psíquicos que acontecen durante la adolescencia y el impacto de éstos en la vida ulterior de los sujetos (Gómez Coterio et al., 2021). Freud (1905) se interesó por estudiar estos fenómenos subjetivos y sus conclusiones revolucionaron la concepción que en aquel momento se tenía sobre la pubertad y la adolescencia. Freud (ídem) propuso que, en el desarrollo humano, existen dos etapas en las que la sexualidad cobra un especial protagonismo: la etapa fálica en la edad infantil y la metamorfosis de la pubertad, esta última marcada por la maduración de los órganos genitales, la búsqueda de un objeto sexual exogámico y la conformación definitiva de la vida sexual.

Peter Blos (1981) estudió la etapa de la adolescencia como un segundo proceso de individuación, dando continuidad a las propuestas de Mahler, quien planteaba que el primer proceso de individuación ocurría en etapas tempranas del desarrollo cuando el infante lograba establecer una diferencia clara entre el yo y el no-yo (Mahler, 1968). Blos propone que esta segunda individuación cursa con un colapso transitorio que tiende a una reconstrucción final de las funciones y la organización yoica.

Al igual que otros autores, Blos consideraba que la adolescencia necesariamente debe implicar un proceso de ruptura con la identidad que hasta entonces había mantenido el sujeto. El adolescente ha de transitar por complejos fenómenos psíquicos para desarrollar un Yo estable y una reorganización de los impulsos libidinales bajo el primado genital (Klein, 2020).

Anna Freud dedicó también una parte importante de su obra al estudio de los fenómenos psíquicos que ocurren durante la adolescencia y su impacto en la formación de la personalidad a largo plazo. Esta autora describía que en la pubertad ocurre una ruptura de la tregua lograda por las pulsiones sexuales durante el periodo de latencia. Este nuevo despertar de las pulsiones provoca un enfrentamiento entre el Yo y el Ello, lo cual genera un reajuste en la dinámica de los instintos y una redistribución de la energía psíquica de los sujetos (Freud, 1980).

La ansiedad provocada por la ruptura de este equilibrio que se había conseguido durante el periodo de latencia activa múltiples mecanismos de defensa tanto de orden neurótico como de tipo psicótico (Ídem). En la adolescencia, el vínculo entre el sujeto y el otro se vuelve inestable debido a que las identificaciones primarias que se habían establecido en la infancia pierden solidez. Este enfrentamiento interno deja al adolescente en una posición de vulnerabilidad nunca antes experimentada, lo cual, a su vez, incrementa el riesgo de la aparición de mecanismos psicopatológicos que pueden consolidarse como rasgos estables del carácter si no son abordados oportunamente (Guttmann, 1993).

Dentro de la teoría psicoanalítica se considera también que el tránsito por la adolescencia implica la gestión y eventual elaboración de tres duelos bien identificados: el duelo por el

cuerpo infantil, el duelo por los padres infantiles y el duelo por la identidad infantil (Aberastury y Knobel, 1971). Cuando los cambios físicos de la pubertad comienzan a hacerse notorios, el sujeto pronto descubre que los imperativos del mundo externo se transforman también; el adolescente se ve en la necesidad de asimilar que, con estos cambios físicos, también le son impuestos roles, expectativas y pautas de convivencia que en la edad infantil no le habían sido requeridos (Guttmann, 1993).

Las vicisitudes de la identidad adolescente

La adolescencia representa un proceso de metamorfosis en la que se abandona la seguridad de la etapa infantil para adentrarse en las vicisitudes que eventualmente llevarán hasta la conquista de la independencia de la vida adulta, una etapa en la que se espera que los individuos construyan una identidad relativamente estable (Moreno Fernández, 2015).

Para Erikson (1968), la identidad es un constructo complejo y dinámico que experimenta transformaciones diversas a lo largo de la vida. La construcción de la identidad está asociada a una percepción subjetiva de mismidad y continuidad reconocida tanto por el sujeto como por el entorno. Este mismo autor señala que la adolescencia es uno de los momentos más decisivos en su consolidación, ya que los cambios propios de esta etapa activan un proceso de reajustes de la identidad infantil que lleva al adolescente a confrontarse con realidades a las que previamente no había estado expuesto.

Durante la adolescencia los sujetos buscan explorar y actualizar la concepción que tienen sobre sí mismos y la proyección que de esto hacen hacia el exterior. Los adolescentes comienzan a integrar un sistema de creencias y valores con el cual orientan su integración en el grupo social. En esta etapa, las personas toman decisiones fundamentales sobre la elección vocacional, se establecen las bases de la identidad y se busca una expansión del mundo social y afectivo fuera del entorno familiar (Moreno Fernández, 2015).

Con este desplazamiento hacia el exterior del núcleo primario, los padres también se ven obligados a reajustar el rol que juegan en la vida de los adolescentes, ya que éstos comienzan a buscar figuras de apoyo y modelos de identificación

en el grupo de pares. La mirada y la opinión del grupo social comienza a ganar un peso definitivo en la construcción y validación de la incipiente identidad adolescente (Davis, 2014).

La identidad implica una descripción que el adolescente hace sobre sí mismo acerca de sus atributos físicos, su personalidad, sus destrezas, sus carencias y los roles que desempeña dentro del grupo social y familiar para desarrollar una valoración de sí mismo y del lugar en el que se percibe dentro del mundo (Griffa y Moreno, 2015; Santrock, 2004). El dinamismo de la identidad se debe en parte a que responde a un entramado de variables bidireccionales entre el sujeto y su entorno. Los modelos de identificación que cobran relevancia en la adolescencia se actualizan en la medida en que el individuo reevalúa la concepción que tiene de sí mismo, el modo en el que cree que es percibido por los demás y la forma en que su entorno le define (Urbano y Yuni, 2016; Krauskopf, 2002).

Para Erikson (1968), en la etapa de la adolescencia el sujeto se encuentra ante una crisis evolutiva con dos posibles desenlaces: identidad vs confusión de roles. El desenlace favorable de este periodo vital crítico corresponde con el mantenimiento de la cohesión interna, pero, si el desenlace es desfavorable, el sujeto experimenta una confusión de roles que le imposibilita dar coherencia a su propia biografía. La adolescencia queda así señalada como la instancia de mayor énfasis en lo que concierne a la construcción de la identidad, ya que el sujeto debe despojarse de los atributos infantiles para adquirir nuevos elementos identitarios acordes a su nuevo estatus (Ives, 2014).

Erikson (1968) hace énfasis en que la crisis de la adolescencia no debe ser considerada como una ruptura de orden patológico, sino como una crisis normativa del desarrollo que le permitirá al sujeto transitar hacia el establecimiento de una identidad adulta sana; un logro que dependerá, en gran medida, de los recursos y el acompañamiento que el entorno le proporcione al adolescente (Feixa, 2020). La “moratoria psicosocial” a la que Erikson hace alusión se refiere justamente a este periodo de crisis de la identidad, una especie de campo de pruebas en el cual el individuo experimenta, ensaya, se apropia y se deshace de elementos variados hasta

encontrar, tras una resolución favorable, aquella configuración que le permite una adaptación exitosa a su entorno.

Aunque existe un consenso sobre la relevancia crítica de la adolescencia en la construcción de la identidad, no hay ningún punto en el ciclo vital en el que esta permanezca estática e inmutable. La identidad es resultado de la interacción del sujeto con el entorno y este diálogo bidireccional se mantiene a lo largo de la vida. La identidad se actualiza y se transforma en puntos posteriores del desarrollo humano, con lo cual no es infrecuente que aparezcan en la edad adulta otras crisis identitarias en función de determinados acontecimientos vitales (Tió, 2020).

Al igual que ocurre en la crisis de la adolescencia, la resolución adaptativa de las crisis de identidad posteriores dependerá de la capacidad del sujeto para mantener este intercambio de inputs con el exterior. Cuando la psicopatología irrumpe en estos procesos, se observa un deterioro del vínculo entre el sujeto y su entorno. Los procesos de crisis patológicos suelen estar caracterizados por la elevación defensiva de una barrera impermeable que interrumpe este diálogo con el exterior y, por lo tanto, de la evolución (Bion, 1962).

Identidad e identificaciones

Durante el proceso de desarrollo infantil, se establece el terreno que dará lugar a la crisis de la adolescencia. Los recursos personales adquiridos en la infancia conforman el repertorio de herramientas del adolescente para enfrentar los cambios propios de esta etapa. Los recursos que se poseen al llegar a la pubertad influyen significativamente en la transición a la vida adulta, abarcando desde la capacidad de regulación emocional hasta los estilos de apego y las habilidades comunicativas, entre otros aspectos fundamentales de la maduración temprana (Tió, 2020).

En las primeras etapas, la identidad se construye a través de la interacción entre el infante y sus cuidadores, donde se entrelazan lo propio y lo ajeno, el self y el objeto. Esta dialéctica es regulada inicialmente por procesos de introyección y proyección (Klein, 1946), que determinan identificaciones primarias con el objeto

y, posteriormente, se amplían con influencias sociales, culturales y contextuales (Grinberg, 1985; López, 2003).

La identificación emerge como un mecanismo esencial en la configuración de la estructura psíquica desde las primeras etapas del desarrollo, donde las experiencias del infante con sus cuidadores moldean estas identificaciones. Sin embargo, la subjetividad del bebé también influye, ya que los objetos introyectados reflejan las percepciones del individuo sobre las interacciones con ellos (Stern, 1985; Tió, 2020).

En este artículo describimos el caso clínico de una adolescente de 14 años (N) que acudió a psicoterapia con diversos deterioros asociados a la crisis de identidad propia de esta etapa del desarrollo. Desde la óptica del psicoanálisis, se ofrece una interpretación de los fenómenos psíquicos subyacentes a estos malestares y los factores contextuales que precipitaron la expresión de esta crisis, haciendo especial énfasis en el rol que juegan los procesos de identificación durante este momento crítico para la estructuración del psiquismo.

Este estudio se rigió por principios éticos, garantizando la confidencialidad de la información recopilada y el respeto constante por el bienestar de N y su familia a lo largo de todo el proceso de investigación. Los resultados obtenidos ofrecen una visión detallada de la eficacia del enfoque psicodinámico en el tratamiento de la identidad de género en adolescentes, contribuyendo así al conocimiento en este campo y proporcionando perspectivas valiosas para futuras investigaciones y prácticas clínicas.

Material y/o método

En el presente estudio cualitativo, se adoptó un enfoque de estudio de caso en el que se analizó el impacto del tratamiento integral en la construcción de la identidad de género en adolescentes, con especial atención al caso específico de N.

Participantes

Se ha establecido un enfoque integral para abordar las crisis de identidad de género en adolescentes, involucrando a participantes clave como el adolescente N, sus padres,

un psicoterapeuta especializado y el equipo escolar (psicóloga escolar y profesores). La inclusión se basa en la condición de crisis de identidad de género, mientras que la ausencia de consentimiento informado actúa como criterio de exclusión, garantizando prácticas éticas y respeto por la autonomía del adolescente.

Procedimiento

El proceso comenzó con la obtención del consentimiento informado tanto del adolescente N como de sus padres, permitiendo su participación tanto en el tratamiento como en la investigación asociada. Posteriormente, se llevó a cabo una evaluación inicial exhaustiva de N, abordando aspectos emocionales, familiares, escolares y sociales para obtener una comprensión completa de su situación.

Con base en los resultados de la evaluación, se diseñó un plan de tratamiento integral que se adaptó específicamente a las necesidades individuales de N. Este plan fue concebido con el objetivo de abordar de manera efectiva los diversos aspectos identificados durante la evaluación inicial.

La implementación del tratamiento incluyó la ejecución de diversas estrategias terapéuticas, las cuales fueron documentadas cuidadosamente. Se registró la frecuencia y duración de cada intervención, asegurando así un seguimiento detallado de la progresión del tratamiento y proporcionando datos valiosos para la evaluación continua y la posible modificación del plan según las necesidades cambiantes de N. Este enfoque sistemático garantizó una atención integral y personalizada para abordar la crisis de identidad de género de N de manera efectiva.

Descripción del proceso de evaluación e impresión diagnóstica

Dados los motivos de consulta, se procedió a realizar una evaluación psicológica detallada para explorar la posible presencia de alteraciones en el neurodesarrollo. Se empleó la Escala de inteligencia de Wechsler para Niños (WISC) para evaluar el cociente intelectual y se encontró que N tenía un nivel de inteligencia promedio. En esta batería de evaluación, no se observaron indicadores de déficits en ninguno de los dominios de las funciones ejecutivas.

En las entrevistas con los padres no se reportaron dificultades relacionadas con la memoria de trabajo ni de atención. Estos mismos rasgos fueron explorados también con los profesores y tampoco se reportaron rasgos de inatención ni de hiperactividad. N utilizaba un lenguaje coherente y claro en todo momento. Mantenía un contacto visual adecuado con el interlocutor y se encontraba orientada en tiempo, espacio, persona y contexto. En las primeras sesiones, N mostró una actitud hermética y desafiante hacia la terapeuta, una actitud que fue flexibilizando progresivamente.

Durante las sesiones de evaluación, se identificó también que N presentaba algunos rasgos de depresión y ansiedad, tales como apatía, irritabilidad, alteraciones significativas en los hábitos de sueño e ideas pasivas de muerte. La duración de estos síntomas no superaba los seis meses en el momento de la evaluación. Debido a la presencia de conductas autolíticas, N fue referida al servicio de psiquiatría del mismo centro e inició tratamiento con benzodiazepinas.

Durante las sesiones de evaluación, N compartió con la terapeuta que, desde hacía algunos meses, había experimentado malestares relacionados con su identidad de género. N describió que se identificaba como chico e incluso había elegido un nombre masculino con el que quería que le llamaran. Sus padres sabían de este malestar, pero no lo mencionaron en el motivo de consulta. En el momento de la evaluación, N no cumplía con criterios suficientes para el diagnóstico de disforia de género, según las directrices del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (American Psychiatric Association, 2014). N expresaba un deseo insistente de “ser chico”; sin embargo, al momento del inicio de esta intervención psicoterapéutica, no se cumplía el criterio de duración mínima de seis meses que el DSM-5 especifica para el diagnóstico mencionado anteriormente.

Estrategias terapéuticas

Se utilizó la psicoterapia individual que constituirá un pilar fundamental, estructurando sesiones semanales con un enfoque psicodinámico. A través de estas sesiones, se propiciará la exploración profunda de las emociones, pensamientos y conflictos internos de N, permitiendo un

espacio de reflexión y comprensión de su mundo interior.

Paralelamente, se brindará asesoría en crianza y disciplina positiva, mediante sesiones específicas dirigidas a los padres de N. Estas sesiones tendrán como objetivo proporcionar herramientas y técnicas efectivas para fomentar un ambiente familiar saludable y promover un desarrollo emocional positivo en el niño.

La colaboración estrecha con el equipo escolar constituirá otro componente esencial de la intervención. Se establecerá una coordinación efectiva con la psicóloga escolar y los profesores, con el propósito de apoyar el rendimiento académico y facilitar la integración social de N en el entorno escolar. Este enfoque colaborativo busca garantizar una atención integral que aborde tanto aspectos académicos como sociales de la vida del niño.

En consonancia con un compromiso inclusivo, se abordarán temas relacionados con la identidad de género. Se ofrecerá información actualizada a N y su familia, incluyendo la posibilidad de participar en una reunión en una clínica especializada en este ámbito. El objetivo es proporcionar el apoyo necesario y la comprensión adecuada para que N y su familia transiten este proceso con conocimiento y respaldo profesional.

Por último, se implementará una estrategia de promoción del bienestar emocional y social, fomentando actividades sociales y recreativas. Estas actividades se diseñarán con el propósito de favorecer la integración de N en su entorno, al tiempo que estimulan su desarrollo personal y social. El objetivo es crear un ambiente enriquecedor que contribuya al crecimiento equilibrado de N y fortalezca su bienestar integral.

Descripción del caso clínico

N era una adolescente de 14 años que fue atendida en consulta privada en la Ciudad de México. En el motivo de consulta, los padres refirieron dificultades conductuales de severidad significativa que estaban deteriorando la convivencia familiar. Se mencionó también que estas conductas disruptivas estaban teniendo un impacto negativo en el desempeño escolar, la relación con profesores y la integración de N en el grupo de pares.

N era hija única y al inicio del proceso psicoterapéutico se encontraba en el segundo año de educación secundaria. Había suspendido todas las asignaturas de la última evaluación escolar y corría un riesgo elevado de repetir el mismo curso académico debido a su bajo rendimiento y una aparente ausencia de interés por los estudios y la vida escolar en general. Los padres decidieron buscar asesoría profesional debido a que, en las semanas previas, N se había negado por completo a asistir a clases y expresaba con insistencia su deseo de cambiarse a otro instituto, ya que se percibía rechazada tanto por profesores como por sus compañeros.

Se acordó con los padres realizar sesiones individuales de psicoterapia con orientación psicodinámica de forma semanal con N y se alternaban algunas semanas con sesiones de asesoría en crianza y disciplina positiva con los padres. Se acordó con la familia que en los objetivos terapéuticos se daría prioridad también a los conflictos de identidad que expresaba N, ya que este punto era un foco de malestar y estaba profundamente relacionado con el resto de los temas expresados en el motivo de consulta.

Al inicio del proceso, la terapeuta se refería a N con el nombre masculino que había elegido y se trabajó en cómo expresar este deseo a otras personas de forma asertiva y cómo actuar ante el rechazo que percibía por parte de sus compañeros. Después de algunas sesiones, un par de chicas de su clase ya se referían a N con este nombre y comenzó a establecer con ellas un vínculo incipiente de amistad. Se trabajó también en el fortalecimiento de las habilidades sociales para cultivar los vínculos que comenzaba a establecer con estos compañeros de clase.

De forma paralela, en esta primera etapa de la intervención también se trabajó con técnicas psicoeducativas y se ofreció información confiable sobre los temas en los que N mostraba interés. En las sesiones se logró identificar que N tenía información inexacta sobre diferentes conceptos como género, sexo biológico, género no binario, género fluido, identidad sexual, identidad de género, orientación sexual, etc. La información que conocía sobre estos temas provenía mayoritariamente de contenido de redes sociales y sitios web no especializados en estas temáticas. Esta misma información fue revisada

en las sesiones de asesoría parental.

Cabe mencionar que, en la sesión inicial con los padres se mencionó que N hacía un uso excesivo del móvil, en promedio cinco horas por día entre semana y muchas horas más durante el fin de semana. Ante los comportamientos disruptivos de N, los padres revisaban su móvil como forma de castigo y N reaccionaba con episodios de frustración intensa y agresión verbal hacia sus padres. También se reportó que, durante estos episodios de frustración, N se había hecho lesiones superficiales en las muñecas en varias ocasiones utilizando cuchillas de afeitar. No se tenía registro de ideaciones suicidas, aunque N sí expresaba ideas pasivas de muerte.

Además, dados los motivos de consulta, se procedió a realizar una evaluación psicológica detallada para explorar la posible presencia de alteraciones en el neurodesarrollo. En esta evaluación se encontró que N tenía un cociente intelectual promedio y no se encontraron déficits en ninguno de los dominios de las funciones ejecutivas. Debido a la presencia de conductas autolíticas, N fue referida al servicio de psiquiatría del mismo centro e inició tratamiento con benzodiazepinas.

Durante las sesiones de evaluación, N compartió con la terapeuta que, desde hacía algunos meses, había experimentado malestares relacionados con su identidad sexual. N describió que se identificaba como chico e incluso había elegido un nombre masculino con el que quería que le llamaran. Sus padres sabían de este malestar, pero no lo mencionaron en el motivo de consulta. En el momento de la evaluación, N no cumplía con criterios suficientes para el diagnóstico de disforia de género, según las directrices del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (American Psychiatric Association, 2014).

N expresó que había solicitado a sus compañeros del instituto y profesores su deseo de utilizar el nombre masculino que había elegido, una petición que no fue atendida. N atribuía a este tema el hecho de que sus compañeros le excluyeran de actividades grupales. N mencionó que había investigado en internet sobre el proceso de reafirmación de género y había expresado a sus padres su voluntad de iniciar con el tratamiento hormonal cuando tuviera edad suficiente.

A través de redes sociales y foros en línea, N había contactado con una comunidad de adolescentes que se encontraban en su misma situación en relación con su crisis de identidad y participaba activamente en grupos de *WhatsApp* en los que se mantenía en comunicación constante con adolescentes de diferentes países. N refería que en esta comunidad virtual encontraba la aceptación que no percibía en otros entornos de su vida. Se identificó también que, a través de redes sociales, N estaba en contacto con otras personas que se autolesionaban.

En las sesiones con N se hacía énfasis en que, si era su deseo iniciar con el proceso de transición, era importante que ésta fuera una decisión informada. Se recomendó a la familia también que reservase una reunión de asesoría en una clínica especializada en atención a personas *trans* para informarse de los procedimientos médicos y legales implicados en el proceso de afirmación de género.

El vínculo con la terapeuta se fue fortaleciendo en la medida en que N notaba que su malestar en relación con su identidad estaba siendo atendido. El acercamiento en la relación terapéutica coincidió también con las primeras invitaciones que N recibió para asistir a reuniones sociales con el grupo de amigas en el que se estaba integrando. Con el incremento de su actividad social en este contexto, N redujo progresivamente su participación en los foros en línea de adolescentes *queer*, cabe mencionar que, este término es un paraguas que abarca identidades y orientaciones sexuales y de género no normativas. Originalmente una palabra despectiva, ha sido re-apropiado por la comunidad LGBTQ+ para describir experiencias que no se ajustan a las normas heterosexuales o cisgénero tradicionales. *Queer* incluye a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, no binarias, y otras identidades de género diversas, y refleja una perspectiva flexible y abierta hacia la diversidad sexual y de género.

Después de cuatro meses de haber iniciado el proceso psicoterapéutico y la medicación con ansiolíticos, N reportó que había conseguido controlar en su totalidad las conductas autolesivas.

Los progresos mencionados dieron paso a una disminución significativa del malestar expresado

con relación al contexto escolar. De forma voluntaria, N contactó con la psicóloga de su instituto y solicitó su ayuda para mediar con el resto de profesores y negociar alternativas para mejorar sus notas. En este punto del proceso, N expresó su deseo de permanecer en la misma escuela e insistía en que no quería repetir el curso porque se tendría que separar del grupo de amistades que ya había formado.

Con la intervención coordinada de la terapeuta, la psicóloga escolar y la familia, se consiguieron pactar con el equipo docente algunas estrategias para que N pudiera recuperar en periodo extraordinario las asignaturas que le habían quedado suspendidas. El rendimiento académico de N mejoró drásticamente hacia el final del curso escolar y comenzó a expresar un especial interés en la asignatura de artes plásticas.

En esta parte del tratamiento, N compartió con la terapeuta que estaba teniendo dudas sobre si el proceso de afirmación de género era lo que realmente quería. En estas mismas sesiones N comenzó a mostrar una preocupación en su arreglo personal que antes no había expresado. Comenzó a usar esmalte en las uñas. Un par de sesiones después, también se observó que llevaba delineador en los ojos y la madre le comentó a la terapeuta que había sorprendido a N usando sus cosméticos.

Todas estas observaciones fueron expresadas con naturalidad por parte de la terapeuta y se reforzó de forma positiva el hecho de que N se estuviera dando la oportunidad de experimentar con diferentes expresiones de su identidad.

Aproximadamente a los seis meses de tratamiento, N le expresó a su terapeuta que había perdido el interés en iniciar el proceso de transición de género y que quería volver a ser llamada por el nombre que sus padres le habían asignado al nacer. El malestar expresado por las dudas sobre su identidad fue disminuyendo gradualmente durante los meses posteriores, algo que también se reflejaba en su arreglo personal. N comenzó a compartir con la terapeuta algunas imágenes de vestidos que quería comprar para asistir a algunas fiestas a las que había sido invitada y compartió también su interés en un chico al que había conocido a través de redes sociales y con quien intercambiaba mensajes de forma frecuente.

A los 12 meses del inicio del proceso de psicoterapia con N, las conductas autolesivas se mantenían en remisión y los malestares relacionados con su identidad habían desaparecido por completo. N había formado un grupo de amistades estable y mostraba interés por la vida académica. Por recomendación de la terapeuta, los padres habían buscado a una tutora privada que hacía un par de horas de refuerzo escolar por semana con N para ayudarlo a estudiar para sus exámenes. La relación de N con sus padres había mejorado sustancialmente, aunque seguían teniendo dificultades para establecer límites, especialmente en el tiempo de uso del móvil.

Dado que los malestares emocionales de N se habían conseguido superar, en la última parte del proceso se trabajaron con los padres algunas técnicas para establecer rutinas, hábitos de higiene, de salud y de estudio. La relación entre N y su madre continuaba siendo tensa en muchas ocasiones, debido en parte al estado de ánimo deprimido y la irritabilidad que todavía presentaba la madre, aunque se observaba que los episodios de confrontación habían disminuido de forma significativa. N seguía expresando un interés especial por la asignatura de artes plásticas y su profesora había sugerido a los padres que explorarían la posibilidad de que N estudiara en el futuro un bachillerato artístico.

Resultados

La intervención terapéutica con N, una adolescente de 14 años, reveló avances notables en su bienestar emocional y desarrollo personal. Al inicio del proceso, N enfrentaba severas dificultades conductuales y crisis identitarias, lo que afectaba tanto su entorno familiar como su desempeño escolar. La resistencia para asistir a clases, los episodios de autolesiones y el uso excesivo del móvil eran preocupaciones centrales.

La evaluación psicológica inicial indicó un cociente intelectual promedio y la ausencia de déficits en las funciones ejecutivas. Sin embargo, la presencia de conductas autolíticas llevó a una derivación al servicio de psiquiatría, donde se inició un tratamiento con benzodiazepinas. Durante las sesiones, N compartió su malestar relacionado con la identidad sexual, expresando su deseo de iniciar un tratamiento hormonal en el futuro.

El abordaje terapéutico integral se centró en estrategias adaptadas a las necesidades específicas de N. La colaboración con el equipo escolar, la asesoría en crianza, y la provisión de información sobre identidad de género fueron aspectos cruciales. La promoción del bienestar emocional y social, junto con la participación en actividades recreativas, contribuyeron a fortalecer la resiliencia y confianza de N.

Como se menciona en la descripción de caso a los cuatro meses, se observaron mejoras significativas. N logró controlar completamente las conductas autolesivas, participó en actividades sociales con un nuevo grupo de amistades y mostró una mejora en su integración social. La colaboración entre la terapeuta, la psicóloga escolar y la familia permitió implementar estrategias para mejorar el rendimiento académico, con una disminución notable de los conflictos escolares.

A los seis meses, N experimentó una transformación en su expresión de género, explorando diferentes manifestaciones. El proceso de afirmación de género, inicialmente deseado por N, fue reconsiderado, y a los 12 meses, expresó su pérdida de interés en iniciar dicho proceso. Además, decidió volver a ser llamada por el nombre asignado al nacer.

La evolución positiva continuó con la remisión total de las conductas autolesivas y la desaparición completa de los malestares relacionados con la identidad. N formó un grupo de amistades estable, mostró interés en la vida académica y expresó su deseo de explorar su talento en artes plásticas. A los 12 meses, N había alcanzado una estabilidad emocional notable, evidenciada por la mejoría en la relación con sus padres y su interés en establecer rutinas y hábitos saludables.

Estos resultados subrayan la eficacia del abordaje terapéutico integral y adaptable a las necesidades específicas de N. La colaboración entre profesionales y la familia fue esencial, destacando la importancia de la aceptación incondicional y el establecimiento de un vínculo seguro en el proceso terapéutico con adolescentes.

Discusión

Desde el inicio del proceso de evaluación se pudieron observar los rasgos distintivos de la

crisis de la adolescencia que se han revisado previamente. En primer lugar, se observa que N busca la separación del núcleo familiar a través de comportamientos hostiles y cargados de agresividad hacia sus padres. Durante la crisis de la adolescencia, es frecuente que en el proceso de individuación el Yo active mecanismos defensivos como la identificación proyectiva para deshacerse, a través del ataque a los padres, de los elementos no deseados de la identidad infantil que se está abandonando (Tió, 2020).

Esta separación de los padres implica necesariamente una evaluación por parte del sujeto de las similitudes que comparte con sus figuras de apoyo primario para proceder a alejarse de estas identificaciones establecidas durante la infancia. El alejamiento de estas identificaciones primarias genera una sensación de disolución de la identidad, algo que en la crisis puberal actúa también como motor en la búsqueda de nuevas identificaciones de orden secundario fuera del núcleo familiar (Kernberg, 2006).

La actitud oposicionista y rebelde que frecuentemente muestran los adolescentes es resultado también del proceso de individuación. N contradice y desafía frecuentemente a sus padres como una reafirmación de la independencia que reclama. A través de estas conductas, N se emancipa del mandato parental y se rechaza la obediencia a autoridades externas; es decir, se niega a permanecer en el lugar asignado por el discurso de los padres. A través de estas confrontaciones, N pone de manifiesto que hay discursos alternativos a la narrativa parental, la cual pierde poder sobre ella porque ahora los padres no son percibidos como portadores de la verdad. Con la desarticulación del discurso parental el adolescente se rebela en contra del dominio externo (Rassial, 1999).

El proceso de estructuración de la identidad sexual puede ser la vía en la que emergen conflictos relacionados con otras esferas de la vida del adolescente. Los conflictos observados en este proceso en ocasiones son el síntoma de conflictos complejos en los que convergen malestares tanto individuales como familiares y sociales (Bell, 2020; Evans y Evans, 2021). N mantenía una relación especialmente conflictiva con su madre, quien era percibida como una figura débil y sin ninguna autoridad en la familia.

La madre de N había tenido un historial extenso de complicaciones de salud física y mental que en varios momentos de la infancia de N interfirieron en las atenciones y el sostén que podía ofrecer. Se identificó que la relación de N con su padre era el único vínculo estable que percibía, todo y que con él también exhibía una actitud desafiante.

La hostilidad hacia el padre del mismo sexo es frecuente en las crisis de identidad de género en adolescentes. Como se mencionaba antes, a través de la identificación proyectiva, N ataca los elementos de la feminidad a través del rechazo a su madre. Lo que se observa en la superficie como conflictos o fisuras en la identidad es un indicador de una ausencia de identificaciones (Ladame, 2001). Parece quedar de manifiesto en este caso que N no había conseguido interiorizar una representación estable y positiva de su madre durante la infancia, algo que en la crisis puberal se expresa a través de fisuras en el núcleo de la identidad que se intentan compensar a través de otras identificaciones.

El deseo de ser varón en un momento dado de esta crisis puede haber sido el resultado de una identificación con la figura paterna, una figura con quien N se siente más vinculada y a quien percibe con mayor independencia y fortaleza; atributos que N desea para sí misma y que trata de incorporar al Yo a través de la identificación con la masculinidad.

Los atributos asociados a la feminidad son estructuralmente menospreciados en la sociedad patriarcal de nuestro momento histórico. Además, muchos de estos atributos socialmente considerados como femeninos son compartidos con atributos infantiles (Tió, 2020), lo cual genera un conflicto adicional en un proceso en el que N trata de evolucionar, dejando atrás la identidad infantil y los atributos que asocia con su madre. La figura materna, en este caso, pasa a ser también el objeto en el que se canaliza el rechazo y descontento hacia el estatus que la feminidad tiene en nuestra sociedad (Flax, 1995).

Las conductas autolíticas que N presentaba también pueden ser señaladas como parte del complejo entramado de mecanismos defensivos que operan durante la crisis puberal. Como se mencionaba antes, diversas angustias emergen cuando el sujeto identifica las transformaciones

de la corporalidad. El cuerpo infantil se ha perdido y en su lugar habita ahora un cuerpo desconocido que no identifica como propio (Aberastury y Knobel, 1971; Gutton, 1993).

Se observa cómo opera el mecanismo de la negación cuando N percibe los cambios de su cuerpo adolescente. Al inicio del proceso de psicoterapia, N solía utilizar ropa holgada para ocultar ante los demás (y ante ella misma) el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. El deseo de ser chico también puede estar relacionado con la negación de habitar un cuerpo adolescente, ya que el de los chicos de su edad es, en alguna forma, más cercano al cuerpo infantil que N solía tener (sin crecimiento de senos, sin ensanchamiento de caderas, etc.). Este tipo de mecanismos también se observa frecuentemente en adolescentes como un intento de gestionar la pérdida del cuerpo infantil (López, 2023).

De esta forma, las conductas autolesivas operan como una resistencia más ante la angustia del cambio corporal y la inconformidad con la feminidad que expresa N. Los momentos de angustia desbordante son neutralizados a través del ataque directo a aquello que inconscientemente es una de las fuentes principales del conflicto de N: el cuerpo extraño que no reconoce, el cuerpo femenino que le encasilla en mandatos y expectativas sociales que se niega a asumir (Paganini, 2021). El dolor de los cortes le da razón de que ese cuerpo le pertenece, la sangre que brota de las incisiones es la evidencia irrefutable de que ese cuerpo es real, por mucho que lo desconozca.

El caso de N es útil para ejemplificar la poderosa herramienta que representa la transferencia dentro del marco terapéutico, especialmente cuando los conflictos centrales del caso están íntimamente relacionados con el vínculo parental-filial. Al inicio de la intervención, N se mostraba particularmente hostil con sus padres y ellos, a su vez, mostraban un rechazo hacia ella que, en otros momentos, durante su infancia temprana, también habían sentido. En un momento crítico para la construcción de la identidad, las interacciones que N mantenía con sus padres eran mayormente críticas y punitivas, haciendo notorios sus defectos, sus errores y expresando la decepción que sentían al ver que

su hija les trataba de una forma tan desdeñosa. Este vínculo conflictivo retroalimentaba el rechazo mutuo entre N y sus padres.

N reproducía este mismo tipo de vínculo en el instituto con profesores y compañeros, estableciendo relaciones interpersonales desde una posición de hostilidad y desprecio. De la misma forma en la que ocurría con sus padres, estas actitudes retroalimentaban el ciclo de rechazo mutuo. Estas mismas actitudes fueron mostradas por N al inicio del proceso psicoterapéutico, ya que durante las primeras sesiones se mostró hermética y poco colaborativa con la terapeuta. El ciclo de rechazo se vio interrumpido cuando la terapeuta reaccionó con paciencia y validando su actitud de rechazo. Se hizo explícito en ese momento que su reacción ante una persona desconocida era entendible. La labor de sostén por parte de la terapeuta en esta primera parte fue esencial para recibir la frustración de N y devolvérsela traducida en aceptación y empatía.

Esta reacción favoreció que, sesiones más tarde, N comenzara a compartir experiencias con la terapeuta hasta que la alianza terapéutica estuvo establecida. Hicieron falta un par de sesiones en las que se reforzaba positivamente y se expresaba gratitud por parte de la terapeuta. Al notar que no había rechazo ni críticas en el vínculo, N fue mostrando cada vez más apertura e incluso llegó a expresar interés en la vida personal de la terapeuta. N percibía un espacio seguro en el que expresó sus vulnerabilidades con la certeza de que sus inquietudes y preocupaciones serían escuchadas y atendidas. N percibía que el compromiso de la terapeuta con su bienestar era real y que se estaba coordinando una estrategia conjunta con sus padres y sus profesores que comenzaba a mostrar indicios de resultados alentadores.

En el trabajo con adolescentes es común observar una transferencia del vínculo con las figuras parentales. Establecer una relación de seguridad y cuidado con un adulto llega como un bálsamo para aquellos adolescentes que tienden a vincularse desde actitudes hostiles. A través de la transferencia es posible reparar y fortalecer los imagos parentales interiorizados en la primera infancia para generar una movilización positiva de los significados y representaciones atribuidas a estas figuras primarias, lo

cual fomenta una experiencia de confianza en el adulto que después sirve como puente para incidir en otras áreas.

Conclusiones

Con la revisión de este caso, quedan de manifiesto diferentes aspectos de la crisis de identidad que se observa frecuentemente en la práctica clínica con adolescentes y se ha ilustrado el abordaje utilizado para el acompañamiento de casos complejos. El desenlace favorable aporta evidencia de cómo el psicoanálisis ofrece una comprensión profunda y detallada de estas problemáticas en las que se observa una complejísima convergencia de fenómenos psíquicos, biológicos, sociales y culturales.

La intervención en casos de crisis de la adolescencia debe ser integral y adaptada a las necesidades individuales de cada adolescente. En el caso de N, el abordaje terapéutico integró aspectos emocionales, familiares, escolares y sociales para brindarle un acompañamiento efectivo durante su proceso de individuación. La comprensión profunda de los conflictos internos y externos que experimentaba N permitió diseñar estrategias terapéuticas efectivas que abordan sus necesidades específicas y promoverán su bienestar emocional y su desarrollo personal.

Este entramado de fenómenos explica también el enfoque elegido para el abordaje de este caso, ya que, por su complejidad, fue necesaria la colaboración con otros profesionales de diferentes disciplinas para hacer una intervención sistémica. El caso de N nos sirve para demostrar que las intervenciones individuales, en ocasiones, no son suficientes para hacer un acompañamiento integral, especialmente cuando se trabaja con población infanto-juvenil. Los progresos alcanzados se consiguieron gracias a la implementación de una estrategia coordinada entre N, la terapeuta, la familia, diferentes profesionales de la educación y otros profesionales de la salud.

Este caso nos muestra que, en el trabajo con población infanto-juvenil, el quehacer de los profesionales de la psicología no se limita al trabajo realizado en las sesiones individuales de psicoterapia. En muchas ocasiones, especialmente en

casos complejos, el rol de los profesionales de la salud mental también tendría que abarcar la coordinación de estrategias a un nivel más “macro”, de orientar el establecimiento de una estructura y también de nutrir al sistema familiar para que éste pueda dar el soporte que los infantes y adolescentes tanto necesitan.

Los conflictos de identidad observados en el caso de N nos sirven también para aterrizar, en un ejemplo concreto, diversas conceptualizaciones que desde el psicoanálisis se han elaborado sobre la crisis vital de la adolescencia.

Quizás más relevante que las técnicas psicoterapéuticas, el trabajo con adolescentes arroja luz sobre la importancia del rol de la figura del terapeuta en medio de una etapa crítica definida por la inestabilidad y los cambios constantes. Es importante que en el trabajo con este sector de la población, el espacio terapéutico sea un lugar de aceptación incondicional que favorezca el establecimiento de un vínculo seguro con los adolescentes. Como terapeutas, es necesario estar preparados para sostener, desde la compasión, las actuaciones hostiles y desafiantes que los adolescentes (y en algunos casos también las familias) pueden llegar a mostrar como parte de esta crisis.

El establecimiento de un vínculo seguro será el primer paso para favorecer una transferencia fecunda en la que se puedan canalizar y elaborar las angustias intensas que aparecen en esta etapa. Tal como se ha ilustrado en el caso de N, la transferencia fue una herramienta poderosa que, en momentos posteriores del proceso terapéutico, sirvió como base para que N pudiera establecer identificaciones positivas sobre la feminidad a través de la identificación con la terapeuta.

A través de este vínculo, N tuvo acceso a un referente femenino empoderado que sirvió como precedente para que después buscara otros referentes femeninos que sirvieran como modelos de identificación y eventualmente elaborar los conflictos de identidad que le provocaban malestar. Estas identificaciones secundarias establecidas con referentes fuera del núcleo familiar (la terapeuta, la psicóloga del instituto y las nuevas amigas) le permitieron a N hacer una resignificación de la feminidad. A través de estas identificaciones, N consiguió introyectar

significados alternativos de una feminidad empoderada e independiente que se alineaba con sus anhelos de autonomía.

En este mismo punto, no se puede dejar de lado la influencia que juega el contexto histórico-social en los conflictos relacionados con la expresión del género de las personas. El binarismo, la heteronormatividad y los estereotipos rígidos de género perpetuados por ideologías machistas, constriñen el potencial de los sujetos y les encasillan en mandatos sociales limitantes.

Por último, el caso de N nos sirve para reflexionar sobre una tendencia preocupante de ciertos sectores conservadores de la psicología y la psiquiatría que insisten en patologizar las vicisitudes normales de la pubertad y la adolescencia. Las crisis de identidad, como la que se ha ilustrado en este caso, tienen una función adaptativa dentro del contexto en el que se originan. Patologizar este tipo de fenómenos puede acarrear riesgos críticos para la integridad emocional de los adolescentes.

La reflexión también es necesaria en torno al rol que como psicoterapeutas desempeñamos ante este tipo de casos. En estos tiempos en los que la intolerancia y el odio amenazan la paz de las sociedades, es necesario cuestionarnos si nuestra labor profesional está orientada a “normalizar” a aquellos sujetos que por diferentes razones se consideran disidentes o, si por el contrario, es la de promover la tolerancia, el respeto y la compasión hacia todas las expresiones de diversidad inherentes a nuestra condición humana.

Cabe mencionar que, en la práctica clínica con este tipo de conflictos, es crucial que los profesionales seamos conscientes de los sesgos que nuestra ideología individual puede imponer sobre la metodología y los planes de intervención, especialmente en relación con la construcción y expresión del género. Aunque nuestra actuación profesional está guiada por directrices éticas y metodológicas, sería perjudicial ignorar que, como individuos, también estamos inmersos en una sociedad y cultura que influyen en nuestro trabajo. A pesar de no poder escapar completamente de esta influencia, debemos mantenernos alerta a estos sesgos para evitar el dogmatismo. El cuestionamiento constructivo y la autocrítica hacia los cuerpos teóricos con los

que trabajamos son esenciales para el progreso y avance de la psicología como ciencia.

Es muy importante aclarar que el caso de N no se expone aquí para ejemplificar que la movilización hacia una identidad cisgénero es sinónimo de una intervención psicoterapéutica exitosa. Lejos de eso; la intención de analizar este caso es hacer explícito nuestro rol como acompañantes que ofrecen sostén y brindan un vínculo en el que las personas se nutran de una seguridad y aceptación que les permita explorar, en su unicidad, las expresiones de género con las que se sientan cómodas y conformes.

Bibliografía

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1971). *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*. Editorial Paidós.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Chisvert Tarazona, M. J. (2012). Coeducación y formación del profesorado en el Estado español: apertura a nuevos espacios de reflexión, *ORG & DEMO*, 13, (1), 73-86.
- Bell, D. (2020). First do not harm. The International *Journal of Psychoanalysis*, 101, 5, 1031-1038, DOI: 10.1080/00207578.2020.1810885
- Bion, W. R. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós Ibérica.
- Blos, P. (1981). *La transición adolescente*. Amorrortu editores.
- Davis, K. (2014). Youth Identities in a Digital Age: The Anchoring Role of Friends in Young People's Approaches to Online Identity Expression. En A. Bennett et al. (eds.), *Mediated Youth Cultures*. Palgrave Macmillan.
- Diamond, L. M. (2020). Gender fluidity and non-binary gender identities among children and adolescents. *Child Development Perspectives*, 14(2), 110-115.
- Dio Bleichmar, E. (2010). Otra vuelta más sobre las teorías implícitas del psicoanalista sobre el género. *Aperturas psicoanalíticas*, 36.
- Elise, D. (2000). Generating gender: Response to Harris. *Studies in Gender and Sexuality*, 1(2), 157-165.
- Erikson, E. (1968). *Identidad, juventud y crisis*.

- Paidós.
- Evans, S. y Evans, M. (2021). *Gender dysphoria: A therapeutic model for working with children, adolescents and young adults*. Karnac books.
- Feixa, C. (2020). Identidad, juventud y crisis: el concepto de crisis en las teorías sobre la juventud. *RES: Revista española de sociología*, 29(3), 11-26.
- Flax, J. (1995). *Psicoanálisis y feminismo. Pensamientos fragmentarios: pensamientos fragmentarios (Vol. 24)*. Universitat de València.
- Freud, A. (1980). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Paidós.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos sobre la teoría sexual. En *Obras Completas, tomo VII* (pp. 109-224). Amorrortu, 1980.
- Gómez Coteró, A., López-Armenta, F. y Acosta, J. L. (2021). Sexualidad fluida y conflictos de identidad en la adolescencia: una mirada desde el psicoanálisis. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 37, 85-93.
- Griffa, M. y Moreno, J. (2015). *Claves para una Psicología del Desarrollo II*. Lugar Editorial.
- Grinberg, L. (1985). *Teoría de la identificación*, Tecnipublicaciones.
- Güemes-Hidalgo, M., Ceñal, M. e Hidalgo, M. (2017). Pubertad y adolescencia. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 5(1), 7-22.
- Gutton, P. H. (1993). *Lo puberal*. Paidós.
- Harris, A. (2005). *Gender as Soft Assembly*. Analytic Press.
- Hoffman, L. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. Mc Graw-Hill.
- Ives, E. (2014). La identidad del adolescente. Como se construye. *Adolescere. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 2(2), 14-18.
- Kernberg, O. (2006). Identidad: hallazgos recientes e implicaciones clínicas, *Aperturas Psicoanalíticas*, 25.
- Klein, A. (2020). Concepción de la adolescencia en Peter Blos: la ardua tarea de ser adolescente. *Revista de Psicología*, 19(2), 53-64. doi: 10.24215/2422572Xe076
- Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides, en *Obras completas de M. Klein* vol. III, Paidós.
- Krauskopf, D. (2002). *Adolescencia y salud*. EUNED.
- Kulish, N. (2010). Clinical implications of contemporary gender theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 58(2), 231-258.
- Ladame, F. (2001) ¿Para que una identidad? O el embrollo de las identificaciones y de su reorganización en la adolescencia. *Revista Adolescencia e identidad. Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Vol. XXIII(2)*, 405-410.
- Laplanche, J. (2007). Gender, sex, and sexuality. *Studies on Gender and Sexuality*, 8, 201-219.
- Lavielle-Sotomayor, P., Jiménez-Valdez, F., Vázquez-Rodríguez, A., del Carmen Aguirre-García, M., Castillo-Trejo, M. y Vega-Mendoza, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1), 38-43.
- López, L. (2003). Masculino/femenino/neutro. Vicisitudes de la identidad sexual y de género en la adolescencia. *Aperturas psicoanalíticas*, 15.
- Lozano Vicente, A. (2014). Teoría de teorías sobre la adolescencia. *Última década*, 22(40), 11-36.
- Mahler, M. (1968). *Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación*. J. Mortiz
- Moreno Fernández, A. (2015) Capítulo I: Qué es la adolescencia. En *La adolescencia*. Editorial UOC.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): informe del director general* (No. A72/30). 72ª Asamblea Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2024). *Salud del Adolescente*. Recuperado de: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Paganini, A. (2021). Las autolesiones en la adolescencia. *Psicología*, 23(2).
- Platero, R. L. (2014). *Transexualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Bellaterra.
- Quindeau, I. (2008). *Seduction and Desire: The Psychoanalytic Theory of Sexuality Since Freud* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429479823>
- Rassial, J. J. (1999). *El pasaje adolescente: de la familia al vínculo social*. Ed. del Serbal.
- Renold, E. (2004). Other Boys: Negotiating non-hegemonic masculinities in the primary

- school. *Gender and Education*, 16(2), 247-266.
- Santrock, J. W. (2004). *Adolescencia. Psicología del desarrollo*. McGraw Hill.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Basic Books, INC.
- Subirats, M. (1994). Conquistar la igualdad: la coeducación hoy. *Revista Iberoamericana de Educación*, 6, 40-78.
- Tió, J. (2020). La formación del sentimiento de identidad en la adolescencia. *Temas de psicoanálisis*, 20, 1-29.
- Urbano, C. y Yuni, J. (2016). Cap. XI: Los adolescentes en la sociedad y la cultura. Cap. XII: Patologías de la época y adolescencia. En *Psicología y cultura de los adolescentes*. Brujas.
- Yanof, J. A. (2000). Barbie and the tree of life: The multiple functions of gender in development. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1439-1465

Implantación de la Atención Domiciliaria Intensiva en el Baix Llobregat Delta Litoral

LUCÍA RODRÍGUEZ SÁENZ DE BURUAGA^{1AC}, LUCÍA PÉREZ GOLARONS^{2AC}, ONIA JANÉ BALSEBRE^{3AC},
PATRICIA MEMBRIVE RUIZ^{3AC} Y MARTA COROMINA SADURNÍ^{4ABC}

RESUMEN

Desde la década de los 70, con el movimiento de desinstitucionalización psiquiátrica, y especialmente a partir del año 2000, con el desarrollo del modelo inglés de atención domiciliaria en crisis, se han ido desarrollando diversos dispositivos asistenciales de hospitalización y de atención domiciliaria intensiva en Europa. Estos modelos se están mostrando efectivos en relación con disminuir el número de hospitalizaciones, la estancia media de estas y en variables clínicas y sociales. Sin embargo, la ausencia de un modelo homogéneo de atención domiciliaria dificulta la valoración de resultados. El objetivo de este artículo es analizar los datos obtenidos del dispositivo de Atención Domiciliaria Intensiva (ADI) del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, desde su implementación en 2019 hasta finales de 2022, en relación con variables sociodemográficas, asistenciales y clínicas. Se presenta como un modelo de abordaje terapéutico de intensidad media en la comunidad (entre la hospitalización y el seguimiento ambulatorio), y se describen las principales características del dispositivo y sus objetivos, con el propósito de promover el desarrollo y homogeneización de programas de atención domiciliaria tanto en población adulta como infanto-juvenil. **Palabras clave:** *domiciliaria, comunidad, rehabilitación.*

ABSTRACT

Implementation of Intensive Home Care in the Baix Llobregat Delta Litoral. Since the 1970s, with the psychiatric deinstitutionalization movement, and especially since the year 2000, with the development of the English model of home care in crisis, several hospitalization and intensive home care systems have been developed in Europe. These models are proving to be effective in reducing the number of hospitalizations, the average length of stay and also in clinical and social variables. However, the absence of a homogeneous model of home care makes it difficult to assess the results. The aim of this article is to analyze the data obtained from the Intensive Home Care device (ADI, in Spanish) of Parc Sanitari Sant Joan de Déu, from its implementation in 2019 until late 2022, in relation to socio-demographic, care and clinical variables. It is presented as a model of medium-intensity therapeutic approach in the community (between hospitalization and outpatient follow-up), and the main characteristics of the mechanism and its objectives are described, with the aim of promoting the development and homogenization of home care programs in both adult and child and adolescent populations. **Keywords:** *home care, community, rehabilitation.*

RESUM

Implantació de l'Atenció Domiciliària Intensiva al Baix Llobregat Delta Litoral. Des de la dècada dels 70, amb el moviment de desinstitucionalització psiquiàtrica, i especialment a partir de l'any 2000, amb el desenvolupament del model anglès d'atenció domiciliària en crisi, s'han anat desenvolupant diversos dispositius assistencials d'hospitalització i d'atenció domiciliària intensiva a Europa. Aquests models s'estan mostrant efectius en relació amb la disminució del nombre d'hospitalitzacions, l'estada mitjana d'aquestes i en variables clíniques i socials. Tanmateix, l'absència d'un model homogeni d'atenció domiciliària dificulta la valoració de resultats. L'objectiu d'aquest article és analitzar les dades obtingudes del dispositiu d'Atenció Domiciliària Intensiva (ADI) del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, des que es va implementar el 2019 fins a finals del 2022, en relació amb variables sociodemogràfiques, assistencials i clíniques. Es presenta com un model d'abordatge terapèutic d'intensitat mitjana en la comunitat (entre l'hospitalització i el seguiment ambulatori), i es descriuen les principals característiques del dispositiu i els seus objectius, amb el propòsit de promoure el desenvolupament i homogeneïtzació de programes d'atenció domiciliària tant en població adulta com en infantil i juvenil. **Paraules clau:** *domiciliària, comunitat, rehabilitació.*

¹Psiquiatra; ²Psicòloga Especialista en Psicologia Clínica; ³Enfermera especialista en Salut Mental; ⁴Psiquiatra y Coordinadora. ^AAtención Domiciliaria Intensiva Baix Llobregat Delta Litoral. ^BCSMA Castelldefels, Gavà y Viladecans. ^CParc Sanitari Sant Joan de Déu. Contacto: lucia.rodriquez@sjd.es

Recibido: 13/11/23 - Aceptado: 23/9/24

Introducción

En relación a la historia de la psiquiatría y su papel en la sociedad, es necesario destacar el intento de cambio de paradigma que se inició en las últimas décadas del siglo XX, con lo que se conoce como el movimiento de desinstitucionalización psiquiátrica. Este movimiento se fue adoptando en todo el mundo y supuso importantes cambios en cuanto a la forma de entender y tratar la enfermedad mental.

A principio de la década de los 70, se desarrolló el modelo *Assertive Community Treatment* (ACT), consistiendo en un enfoque intensivo y multidisciplinar, para la prestación de servicios comunitarios de salud mental, focalizando su campo de actuación en el entorno social más próximo del paciente. Inicialmente, se concibió como una alternativa al ingreso hospitalario agudo, pero pronto se aplicó de manera más generalizada como un medio de atención a los pacientes que no requerían ingreso inmediato (Marshall y Lockwood, 2000; Stein y Test, 1980; Van Veldhuizen y Bahler, 2015).

En el año 2000, el modelo de atención domiciliaria en crisis fue introducido en Inglaterra de forma generalizada en todo el país a través del *National Health Service Plan in England* (NHS) (Department of Health), resultando su implantación un gran cambio en el sistema nacional de salud británico (Jacobs y Barrenho, 2011; Johnson, 2013; Wheeler et al., 2015).

El impulso por presentar estos equipos y diseminarlos por todo el país estaba incentivado, en parte, por la evidencia de su efectividad en reducir las admisiones en recursos de hospitalización (Jacobs y Barrenho, 2011). Desde entonces, los programas *Home treatment and crisis resolution teams* (CRT), *Assertive Community Treatment*, *Acute Day Care* y *Assertive Outreach* han tenido aplicaciones e intervenciones muy variadas, tanto respecto a las infraestructuras como en la cartera de servicios (Megías del Rosal et al., 2004).

Desde entonces, estos modelos de atención domiciliaria se han ido implementando en diferentes países.

En España, surge la primera unidad de hospitalización domiciliaria en salud mental en la comunidad Valenciana en 2004 (Juliá-Sanchis

et al., 2020), seguida en 2005 por otra unidad puesta en marcha en Galicia (A Coruña) (Ley 14/1986). Posteriormente, y a lo largo de los años, se han ido implantando distintos dispositivos de atención domiciliaria por distintos territorios del estado español.

En Cataluña, el Departamento de Salud, mediante las *Estrategias de Salud Mental y Adicciones* del periodo 2017-2020 prioriza el desarrollo de un modelo basado en un enfoque comunitario mediante intervenciones multidisciplinarias que se orientan a la recuperación y rehabilitación clínico-funcional y la inclusión social. Des de entonces, se instauran en el territorio catalán equipos de hospitalización y atención domiciliaria de diferentes intensidades de intervención (baja, media y alta) (Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions, 2019), estando nuestro dispositivo entre los equipos de intervención de intensidad media.

Cabe destacar que son dispositivos de atención de pacientes con descompensaciones agudas y/o subagudas y que entre ellos existen notorias diferencias en cuanto a recursos y características (Izquierdo, 2020; Leal et al., 2008; Megías del Rosal et al., 2004; Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions, 2019).

Se observan importantes variaciones tanto en el tipo de modelo de hospitalización domiciliaria que implementa cada país o territorio como en los resultados obtenidos. A nivel general, este modelo está demostrando su efectividad y eficacia (Jacob y Barrenho, 2011; Johnson, 2013; Johnson et al., 2005) en relación a disminuir el número de hospitalizaciones y la estancia media de estas (Jacobs y Barrenho, 2011; León Caballero et al., 2020; Murphy et al., 2015; Dominguez Vazquez et al., 2023), así como obtener resultados satisfactorios en relación a variables clínicas y sociales (Alba Palé et al., 2019; León Caballero et al., 2020; Dominguez Vazquez et al., 2023). No obstante, el hecho de que no haya un modelo y protocolo homogéneo sobre la atención domiciliaria hace que ésta se aplique de diferentes formas, siendo difícil poder comparar los resultados obtenidos en los diferentes estudios sobre la eficacia de este modelo. En esta línea, dos revisiones sistemáticas enfatizan las dificultades para obtener resultados con evidencia, debido a la falta de estudios y a las diferencias metodológicas (Murphy et al., 2015;

Wheeler et al., 2015), siendo necesarios estudios en los que se describan el funcionamiento de los dispositivos domiciliarios, las intervenciones y aspectos clínicos (Wheeler et al., 2015).

En este contexto, el presente estudio pretende aportar más datos científicos entorno a los equipos de intervención domiciliaria. El principal objetivo es describir la implantación, el funcionamiento y los resultados obtenidos del dispositivo de atención domiciliaria del Baix Llobregat Delta Litoral. Se aportan datos sociodemográficos, clínicos, de funcionalidad y de calidad de vida.

La atención domiciliaria intensiva en el Baix Llobregat Delta Litoral

El servicio de Atención Domiciliaria Intensiva (ADI) del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, situado en el Baix Llobregat Delta Litoral, se instauró en noviembre de 2019 y atiende a pacientes de Castelldefels, Gavà, Viladecans y el Prat del Llobregat (RCA total del 2022; 208.379), con un total de 27 plazas distribuidas entre estos territorios.

Es un dispositivo formado por un equipo multidisciplinar que incluye una plaza de psiquiatría y psicología, dos plazas de enfermería y media plaza de trabajo social. El horario asistencial es de lunes a jueves de 8 am a 18 pm y viernes de 8am a 15pm.

Se atienden a pacientes a partir de 18 años, prioritariamente diagnosticados de Trastorno Mental Grave (TMG) que se encuentran en situación de complejidad clínica y/o psicosocial, encuadrándose en una descompensación de tipo subagudo, ante la que los dispositivos comunitarios de referencia no permiten realizar un adecuado y/o suficiente abordaje.

De forma específica, los objetivos de la intervención del dispositivo son los siguientes: promover la recuperación clínico-funcional y la calidad de vida en la comunidad, promover y facilitar la vinculación a recursos comunitarios para continuar con el proceso rehabilitador e integrador, intervenir en el entorno socio-familiar, evitar ingresos hospitalarios y reducir la estancia media de estos (tanto en la unidad de agudos como de subagudos), reducir las visitas a urgencias y evaluar y diagnosticar casos de posible patología mental grave no filiada.

Se trata de ingresos voluntarios, cuya intervención se realiza a lo largo de hasta tres meses (tiempo máximo de ingreso) y mediante 2-3 visitas semanales (considerándose una intensidad de intervención de tipo medio y que puede variar en función del estado del paciente, los objetivos de trabajo terapéutico y el momento del ingreso). El lugar donde se realizarán las visitas, en domicilio o comunidad, responderá a la preferencia y necesidades del paciente, así como a los objetivos de la intervención.

Se realizan coordinaciones internas diarias y externas con los dispositivos de referencia del territorio en frecuencia quincenal o mensual.

El origen de la derivación, así como el destino al alta, son los distintos dispositivos del territorio, entre los que encontramos; Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA), Unidad de Agudos (UA), Unidad de Subagudos (USA), Hospital de Día (HdD) y servicio de Urgencias de psiquiatría.

Cuando un paciente es derivado al dispositivo, se realiza una primera valoración (que se suele realizar en el domicilio o en el dispositivo derivante) por parte de dos profesionales del equipo, en la que se lleva a cabo la exploración del caso y se le explica al paciente las características del ingreso y el funcionamiento de la intervención. A partir de aquí, se decide si se procede al ingreso, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión (ver tabla 1 del anexo).

El tiempo que se ha establecido entre la derivación y valoración es un máximo de siete días. Una vez aceptado el caso, el ingreso se efectúa de forma inmediata o en función de la lista de espera.

Una vez se ha procedido al ingreso, se realiza una valoración multidisciplinar del caso, se establece un plan terapéutico individualizado de forma conjunta con el paciente (en el que se describen los objetivos de trabajo, que posteriormente se irán reevaluando a lo largo del ingreso) y se determina un profesional referente (psiquiatra o psicólogo) en función de las necesidades de intervención.

Las visitas durante el ingreso se realizan, por lo general, con un profesional. Se valora la posibilidad de realizar visitas conjuntas con dos profesionales en el caso de las visitas de valoración, las visitas familiares, las visitas de vinculación o cuando se considere conveniente por alguna eventualidad concreta.

La intervención, como anteriormente hemos referido, se realiza en el entorno del paciente, cobrando una importante relevancia dentro del proceso terapéutico rehabilitador e integrador. En esta dirección, se llevan a cabo intervenciones familiares, así como intervenciones en el ámbito comunitario (vinculaciones a recursos de la comunidad – por ejemplo, el Servicio de Rehabilitación Comunitaria o el Servicio de Pre-laboral del territorio- y acompañamientos).

Se trabaja, también, para promover y/o recuperar la vinculación a la red de salud mental. Para tal efecto, se valora en ocasiones realizar visitas presenciales en los dispositivos a los que se va a vincular al paciente, así como visitas conjuntas con los referentes a los que se derivará el caso tras el alta de nuestro servicio, además de concertar las visitas ambulatorias de seguimiento pertinentes de forma previa al alta.

Cabe destacar que, para contactar con el equipo, se les facilita el número de teléfono de los profesionales referentes, a quien pueden dirigirse en horario asistencial o fuera de horario mediante un buzón de llamadas o por mensaje de texto. En caso de urgencia fuera del horario asistencial, deben contactar o acudir al servicio de urgencias.

Al inicio y final del ingreso se monitoriza la evolución de la sintomatología, la funcionalidad y las necesidades mediante distintas escalas clínicas: *Clinical Outcomes in Routine Evaluation* (CORE-10) (Trujillo et al., 2016), *European Quality of Life-5 Dimensions* (EQ5D; Badia et al., 1999), *Global Assessment of Functioning* (GAF; Bobes et al., 2020), *Health of the Nation Outcome Scales* (HONOS; Uriarte et al., 1999).

Se procede al alta cuando se han alcanzado los objetivos planteados, con una mejora suficiente como para continuar con el proceso de recuperación en los dispositivos de la red ambulatoria o bien por fracaso de la intervención. Los destinos pueden ser variados según la evolución del paciente y de sus necesidades (CSMA, UA, HdD...).

Resultados

Desde el inicio del dispositivo hasta finales de 2022 se han atendido a un total de 257 pacientes.

El 43,5 % de pacientes atendidos tienen diagnóstico de trastorno afectivo, el 37,2 % de trastorno psicótico y el 19,3 % otros trastornos.

Los pacientes son derivados a ADI-Delta, principalmente desde el CSMA en un 62 %, seguido de la UA en un 28 % y USA en un 5 %, Urgencias y HD ambos en un 2 %, y un 1 % de otros dispositivos menos representativos (ver Gráfico 1 del anexo).

El tiempo medio entre la derivación a ADI-Delta y el ingreso en el dispositivo es de 156 horas (6,5 días) y la estancia media de ingreso ha sido de 86,37 días.

En el 85 % de los casos, el destino al alta es el CSMA de zona. El resto son derivados a UA (8 %), HdD (5 %) y otros dispositivos (2 %).

En relación al impacto del programa, observamos que el 83,2 % de los pacientes obtienen una mejoría de puntuación en la escala HONOS, el 72,18 % en el GAF y el 48,30 % en la EQ5D.

Discusión

La descripción de nuestro dispositivo aporta más información sobre las características de un equipo domiciliario y de la intervención que se lleva a cabo. Se considera de interés, dado que son necesarios más estudios en los que se plasme el tipo de intervención, las características de los pacientes atendidos con valores clínicos, de funcionalidad y calidad de vida (Wheeler et al., 2015).

A nivel general, y pese a las diferencias existentes entre los distintos dispositivos, el modelo de intervención domiciliaria ha demostrado su efectividad y eficacia en relación a disminuir el número de hospitalizaciones y la estancia media de estas (Jacobs y Barrenho, 2011; León Caballero et al., 2020; Murphy et al., 2015; Dominguez Vazquez et al., 2023). Si bien no disponemos de la comparativa de ingresos ni estancias medias hospitalarios en UA en el territorio previamente y posteriormente a la implantación de nuestro dispositivo, consideramos de interés los resultados obtenidos. El 8 % de los pacientes atendidos tuvieron que ingresar en la UA, siendo la gran mayoría de pacientes dados de alta al CSMA (85 %) para continuar con el seguimiento ambulatorio. Esto sugiere que probablemente se haya evitado algún ingreso

hospitalario de estos pacientes que estaban al ingreso con nosotros en estado de crisis o pre-crisis. En cuanto al origen de las derivaciones, un porcentaje significativo procede de la UA y USA, logrando reducir la estancia hospitalaria y pudiendo dar una atención individualizada de intensidad intermedia y multidisciplinar, continuando el proceso de estabilización en la comunidad. Los pacientes derivados desde urgencias, aunque en porcentaje pequeño en comparativo, han podido evitar el ingreso en UA con esta alternativa de intervención.

En cuanto al impacto de la intervención, se han observado mejorías tanto a nivel clínico como a nivel funcional y de calidad de vida mediante las escalas administradas. Estos resultados van en línea de otros estudios de ámbito nacional y europeo que también encuentran en estos programas mejorías clínicas (Alba Palé et al., 2019; Jacobs y Barrenho, 2011; Johnson, 2013; León Caballero et al., 2020; Murphy et al., 2015; Domínguez Vázquez et al., 2023).

Los datos aportados por el estudio son limitados, pero nos permiten sugerir que nuestro dispositivo es una alternativa eficaz al ingreso hospitalario.

Conclusiones

El dispositivo ADI implementado en el Baix Llobregat Delta Litoral representa una alternativa de abordaje terapéutico de intensidad media, que se encuentra entre la hospitalización y el seguimiento ambulatorio. Este recurso asistencial presenta la riqueza añadida de permitir el acercamiento al entorno del paciente y sus recursos y, desde allí, intervenir en sus necesidades y objetivos concretos e individualizados, que promuevan la recuperación clínica y el desarrollo vital. El hecho de poder intervenir en un espacio seguro para el paciente facilita la vinculación con los profesionales y la adherencia al tratamiento, mediante un enfoque de toma de decisiones participativo y compartido, promoviendo una mayor implicación de la persona y de la familia en el tratamiento.

Cabe destacar también el beneficio de promover la rehabilitación más allá del límite de nuestro ingreso, valorando la necesidad de elaborar un plan terapéutico a largo plazo. Para ello,

consideramos importante plantearse de forma temprana el objetivo de favorecer el vínculo del paciente con la comunidad, tanto a nivel de los recursos que nos ofrece la red de salud mental como con las actividades comunitarias normalizadas, según el caso y el momento en el que se encuentre el paciente. De esta manera, un objetivo característico de nuestro dispositivo es fomentar y facilitar la vinculación a aquellos recursos en los que el paciente continúe su propio proceso rehabilitador y que favorezcan su integración en la comunidad.

Por todo ello, consideramos que las líneas futuras deberían orientarse a poder ampliar la cantidad y calidad de los dispositivos de tipo comunitario a lo largo del territorio, considerándolo un objetivo fundamental en el proceso de recuperación del paciente, así como la necesidad de promover los enfoques de atención domiciliaria intensiva, con el fin de poder recopilar mayor evidencia de los beneficios de este tipo de programas, una mayor homogeneización de estos y una posterior promoción tanto en la población adulta como infanto-juvenil.

Bibliografía

- Alba Palé, L., León Caballero, J., Córcoles Martínez, D., González Fresnedo, A. M., Bellsolà González, M., Martín López, L. M. y Pérez Solà, V. (2019). Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital del Mar. Equipo de atención psiquiátrica domiciliaria en el área de Barcelona. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 12(4), 207-212.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.09.003>
- Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M., Segura, A. y Monserrat, S. (1999). *La versión española del EuroQol: Descripción y aplicaciones*. 112, 79-85.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, F., González, M. P., Bascarán, M. T., Bousoño, M. y Postraumático, G. E. de T. para el E. del T. (2020). Evaluation of the psychometric properties of the Spanish version of 5 questionnaires for the evaluation of post-traumatic stress syndrome. *Actas españolas de psiquiatría*, 28(4), 207-218.
- Consell Assessor de salut mental i addiccions (2019). *Proposta per al model assistencial*

- d'hospitalització a domicili*. Direcció General de Planificació en Salut.
- Dominguez Vázquez, I., Luque Tintó, A., Hidalgo Arjona, C., Bodas Martínez, M. y Corominas Díaz, A. (2023). Accompanying mental health problems at home: Preliminary data from a crisis resolution and home treatment team in Catalonia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30, 974-982.
- Izquierdo, L. de M. (2020). Hospitalización psiquiátrica domiciliaria en el paciente anciano. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, 239 (Monográfico), 75-82.
- Jacobs, R. y Barrenho, E. (2011). Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 199(1), 71-76.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.079830>
- Johnson, S. (2013). Crisis resolution and home treatment teams: An evolving model. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(2), 115-123.
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004192>
- Johnson, S., Nolan, F., Hoult, J., White, I. R., Bebbington, P., Sandor, A., McKenzie, N., Patel, S. N. y Pilling, S. (2005). Outcomes of crises before and after introduction of a crisis resolution team. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 187, 68-75.
<https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.68>
- Juliá-Sanchis, R., Aguilera-Serrano, C., Megías-Lizancos, F. y Martínez-Riera, J. R. (2020). Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. Informe SES-PAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 81-86. Recuperado de
<https://www.gacetasanitaria.org/es-evolucion-estado-del-modelo-comunitario-articulo-S0213911120301825>
- Leal, I., Martín, L.L., Córcoles, D., Coletas, J., Bell-solá M. y Bulbena, A. (2008). La atención psiquiátrica domiciliaria, una herramienta para lograr la vinculación de pacientes con TMS a la red asistencial. 9º Congreso virtual de psiquiatría. *Interpsiquis 2008*, 1-7.
- León Caballero, J., Córcoles Martínez, D., Alba-Pale, L., Sabaté Gomez, A., Pérez, E., Monteagudo Gimeno, E., Martín López, L. M., Pérez Solá, V. y Pacchiarotti, I. (2020). Unidad de hospitalización domiciliaria en Barcelona: Resultados clínicos y funcionales después de tres años de experiencia. *Actas españolas de psiquiatría*, 48(3), 138-140.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Jefatura del Estado BOE num. 12, de 20 de abril de 1986. Referencia: BOE-1986-10499. Recuperado de
<https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14>
- Marshall, M., Lockwood, A. (2000). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2, CD001089.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001089>
- Megías del Rosal, F., Silvestre Pascual, F. y Aguilar, E. J. (2004). *Hospitalización domiciliaria: Salud mental*. Escuela Valenciana de Estudios de la Salud.
- Murphy, S. M., Irving, C. B., Adams, C. E. y Waqar, M. (2015). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(12), CD001087.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub5>
- Stein, L. I. y Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 392-397.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170034003>
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Salla, M., Medina, J. C., Montesano, A., Soriano, J., Medeiros-Ferreira, L., Cañete, J., Corbella, S., Grau, A., Lana, F. y Evans, C. (2016). Psychometric properties of the Spanish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1457-1466.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S103079>
- Uriarte, J., Beramendi, V., Medrano, J., Wing, J., Beevor, A. y Curtis, R. (1999). Presentación de la traducción al castellano de la Escala HoNoS (Health of the Nation Outcome Scales). *Psiquiatría Pública*, 11(4), 93-101.
- Van Veldhuizen, J., y Bahler, M. (2015). *Manual Flexible Assertive Community Treatment (FACT)*.

<https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3925.1683>

Wheeler, C., Lloyd-Evans, B., Churchard, A., Fitzgerald, C., Fullarton, K., Mosse, L., Paterson, B., Zugaro, C. G. y Johnson, S. (2015).

Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 15, 74. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0441-x>

Anexos

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
• Personas a partir de 18 años con un diagnóstico prioritariamente de Trastorno Mental Grave (TMG): • Usuarios de los dispositivos de salud mental que después de una valoración psiquiátrica y/o psicológica se encuentre en situación de crisis o riesgo de descompensación. • Personas que han realizado un ingreso hospitalario y se plantea atención post hospitalaria intensiva domiciliaria para facilitar la vinculación y el mantenimiento de la estabilización. • Otras situaciones clínicas: personas encerradas en domicilio de larga evolución con sospecha de padecer un TMG y no estar afiliado; atención a personas con patología mental grave y situaciones de acumulación patológica.	• No aceptación del tratamiento por parte de la persona usuaria. • Discapacidad intelectual como único diagnóstico. • Trastorno por consumo/dependencia de tóxicos como única patología. • Patología dual si el consumo de sustancias hace imposible la atención en el domicilio. • Alteración de conducta grave. • Riesgo de suicidio. • Trastorno antisocial de personalidad. • Demencia.

Gráfico 1. Origen de la derivación a ADI

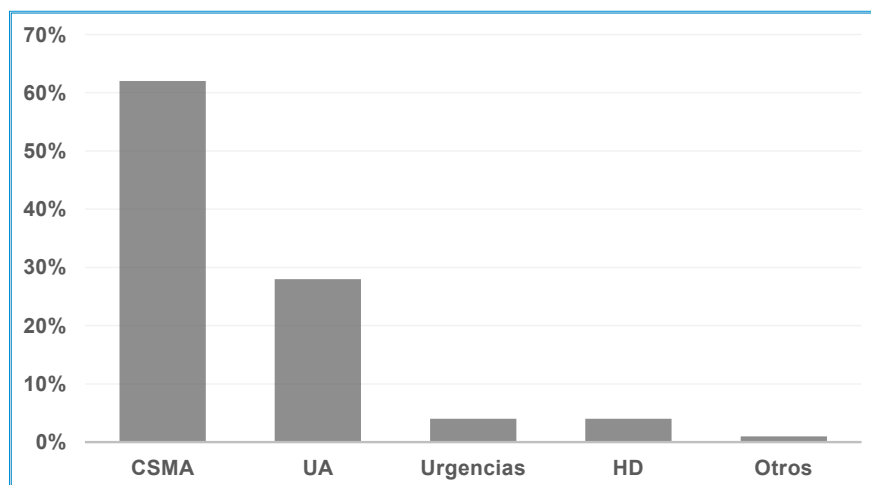
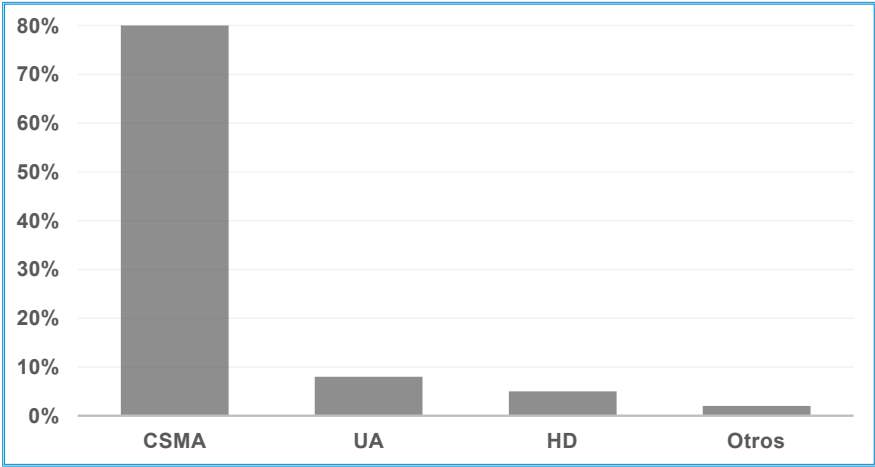


Gráfico 2: Destinos al alta de ADI



Profesionales útiles que observan los cambios digitales

JAUME FUNES

En nuestras formas de atender la salud mental, los profesionales solemos tener dos defectos de origen, que podrían quedarse en el simple debate intelectual si no condicionaran el bienestar de las personas. El primero de ellos podría decirse que parece inherente a nuestras reflexiones y a nuestras prácticas. Se trata de las batallas estériles sobre el modelo explicativo de nuestros malestares y trastornos, así como las formas terapéuticas de ayudar. El segundo, suele consistir en dejar de mirar el mundo y leerlo e interpretarlo siempre desde nuestros viejos modelos explicativos. En lugar de desconcertarnos y buscar nuevas explicaciones, solemos reducir la realidad a nuestras explicaciones previas y considerar patología todo lo que no encaja.

Esta reflexión inicial viene a cuento de los debates que, en las postrimerías de 2024, mantengo a propósito de la publicación del libro “El humanismo en tiempos digitales” (1), en el que sugiero algunas ideas para corregir diversos aspectos del segundo de los defectos. De nuestros debates sobre modelos y terapias (a veces más propios de “tribus” que de sociedades solidarias e intelectualmente abiertas) no escribiré y remito a la lectora o lector a otras reflexiones recientes (2). Me ocuparé de abrir un debate fundamentalmente sobre el segundo, aunque la reflexión sobre cómo cambiamos en la sociedad en la que vivimos también afecta al primero y sus tendencias a la patología de lo extraño.

Seres humanos en buena parte diferentes

En el libro, al hablar de recuperar la condición humana cuando el mundo digital nos desconcierta, definiendo, entre otras, la tesis de que la inmersión inevitable en una sociedad digital

(que no volverá a ser analógica) nos transforma como personas. Después de insistir en que la digitalidad no nos deshumaniza, sino que ya estamos deshumanizados, mi propuesta de reflexión para profesionales tiene que ver con los cambios; con descubrir los cambios y pensarlos no como una alteración, anomalía o patología sino como nuevas formas de ser persona. La infancia y la adolescencia actual hay que volver a leerlas con la lógica de la observación de los seres humanos en permanente transformación digital.

No resumiré aquí la larga lista de los cambios que se producen cuando se vive y se evoluciona en el universo digital (desde las formas de pensar a las de sentir o de relacionarse). Tan solo propongo que observemos, descubramos y sugiramos nuevas formas de mirar y nuevas maneras de contribuir a la humanización. En una sociedad aceleradamente cambiante, que desborda la capacidad humana conocida de adaptación, no podemos seguir aplicando con simplicidad mecánica nuestros viejos modelos explicativos.

No sirve la idea de que el cerebro tiene un modelo de desarrollo autónomo y que está biológicamente previsto su resultado final. Todos sabemos que el desarrollo (con sus límites originales) es el resultado de las oportunidades vitales con las que se va encontrando cada infancia. Ahora, con las oportunidades digitales que, de maneras muy diferentes y desiguales, la envuelven.

Describir de nuevo las necesidades de la infancia y la adolescencia

Por eso, debemos reformular claramente cuáles son las necesidades de la infancia en su versión

**Esta sección pretende dar espacio y voz a las experiencias en primera persona, tanto de profesionales como de pacientes. Si quiere enviarnos la suya o conoce experiencias que considera que pueden ser interesantes, puede hacerlo por correo a revista@fundacioorienta.com. La opinión de los textos no representa la de la Revista sino la de los propios autores.*

digital actual, evitando que se oculten bajo nuevos pánicos y preocupaciones deformadas. Pondré un ejemplo: repetimos con demasiada insistencia que la infancia no debe andar ante pantallas hasta los tres años (y añadimos evidencia muy segada de la neurociencia). Creo que debemos insistir primero en el derecho de todo niño a tener cerca un adulto que le lea cuentos. Pasarán juntos páginas de papel y moverán juntos una pantalla e imaginarán juntos otros personajes, mientras los colores se impregnan de música.

Si insistimos en que la necesidad infantil es imaginar sintiéndose seguros, papel y pantalla tan solo modifican y amplían el universo imaginativo o la creatividad dinámica. Nuestra preocupación y nuestra batalla profesional debe ser la compañía. Reivindiquemos adultos en lugar de perder el tiempo prohibiendo pantallas (que afecta principalmente a quien sólo tiene una pantalla).

Lo mismo debería pasarnos con la renovación de nuestras teorías. No podemos aplicar nuestras viejas explicaciones sobre el narcisismo cuando todos y especialmente los adolescentes nos construimos sistemáticamente en dos mundos (el físico y el virtual). Pensemos seriamente cómo se construye una identidad múltiple y cambiante delante de espejos que hablan. Espejos que, también, pueden estar vendiendo una imagen que otro interesado construye.

Observar cuatro tipos de cambios

No sigo con los ejemplos. Para articular la propuesta de observación sistemática propongo que, pensando en la infancia y la adolescencia, acordemos dirigir la mirada a cuatro tipos de cambios. En primer lugar, debemos pensar en los “vacíos”. Es muy probable que las necesidades, las capacidades, por ejemplo, intelectuales, que se necesitan para entender y gestionar el mundo, sean nuevas y comporten pensar en cómo se educa para desarrollarlas. No podemos dejar a la infancia perdida en el universo digital.

Otro grupo de cambios podríamos llamarlo “modificaciones”. Funcionamientos mentales (estructuras y procesos cerebrales) que ya no parecen ser como los explicábamos. Yo no me atrevería a explicar el pensamiento formal como hacía Piaget cuando, desde los primeros meses de vida, se vive en un universo virtual. Debemos observar sus nuevas formas de comprender y explicar la realidad.

También podemos hablar de “añadidos”. Formas de sentir, pensar, razonar o relacionarse que no existían o eran desconocidas y ahora se desarrollan. Pensemos, por ejemplo, en las formas de razonar y aprender navegando en las que se puede obtener la respuesta antes de tener la pregunta. Igualmente, por ejemplo, en las formas de aproximación afectiva o la gestión de los deseos en la comunidad de una red.

Finalmente, hemos de pensar en los cambios que generan “daño”. En el mundo actual, nada es inocuo. Toda necesidad humana se convierte en negocio y el capitalismo digital vive de nuestros deseos y de la construcción de nuestras necesidades. Hemos de observar qué destruye, qué puede llegar a destruir de todo aquello que, de manera actualizada, consideramos esencial de la condición humana, de la persona que queremos ayudar a construir.

Pensemos juntos, seriamente, cómo mirar, ver, observar, comprender y ayudar al ser humano digital.

Notas

(1) Funes, J. (2024). *El humanismo en tiempos digitales. Recuperar la condición humana cuando el mundo digital nos desconcierta*. Plataforma Editorial.

(2) Funes, J. (2022). *Cuando la vida nos duele. Construir la salud mental y recuperar la felicidad*. Grijalbo.

Jaume Funes es psicólogo, educador y periodista.

Funes, J. (2024). *El humanismo en tiempos digitales. Recuperar la condición humana cuando el mundo digital nos desconcierta*. Plataforma Editorial.

Jaume Funes, en su incansable deseo de aportar ideas, reflexiones y consejos para los educadores en general, al entorno de los cambios que estamos viviendo en nuestra sociedad, nos acaba de ofrecer una nueva publicación, *El humanismo en tiempos digitales*. Se trata de una reflexión profunda sobre lo que representa hoy la rápida inmersión en la que nos sentimos atrapados los humanos: el mundo digital.

Es verdad que la deshumanización va y viene en todas las sociedades a lo largo de los tiempos. Pero el peligro que ve ahora Jaume es que la digitalización puede ser una amenaza a los equilibrios sociales en la familia, en la escuela y en la sociedad. Porque ahora estamos invadidos por el bombardeo de las nuevas tecnologías, que pueden ejercer un sometimiento a las personas y a una parte de la humanidad, los niños y jóvenes, a los que les puede entorpecer su proceso evolutivo.

Otro punto al que Jaume dedica una reflexión es a la posibilidad de encontrar una salida más *humanizante* a esta digitalización; a la invasión

de ciertos contenidos sin control y que pueden ser dañinos para ciertas edades. Y se pregunta qué hacer con estos contenidos o con enseñanzas peligrosas, o con contenidos no autorizados para menores de edad. Un ejemplo muy evidente lo tenemos en los teléfonos móviles y en cómo resolver la dicotomía vital que supone para el adolescente que vive en un mundo digital apasionante al que la escuela, con sus prohibiciones, niega interés y bondad.

Este libro es una reflexión al entorno de los cambios que está produciendo en la sociedad el mundo digital y el peligro que pueda ejercer en las familias y, especialmente, en los adolescentes.

Aunque todo cambie -y por mucho que cambie-, tendremos que seguir siendo seres humanos, nos dice Jaume. Y cuando la realidad cambia, necesitamos recuperar la calma y pensar en cómo se educa en un nuevo contexto, para aprovechar lo bueno que tienen los cambios.

Una obra muy interesante que se centra en reflexionar sobre nuestro entorno digital, escrita con el estilo característico de Jaume Funes, muy adecuado para educandos en general.

Alfons Icart es psicólogo, psicoanalista (SEP-IPA) y director de la *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*.

VIII Congrés Català de la Salut Mental de la Infància i l'adolescència

Barcelona, 14 y 15 de marzo de 2024

A continuació, les presentamos los pósters ganadores del VIII Congrés Català de la Salut Mental de la Infància i l'Adolescència, que tuvo lugar en el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona el 14 y 15 de marzo de 2024

1er PREMIO

Cerca d'ajuda per a la salut mental i benestar emocional en l'alumnat de secundària de barcelona

Eulàlia Hernández Encuentra¹, Mercè Boixadós Anglès¹, Rocío Casañas Sánchez², Lidia Merino Rubio¹ y Jenifer Martín Fernández²
y Ferran Lalueza Bosch²

¹Universitat Oberta de Catalunya, ²Associació Centre Higiene Mental Les Corts, Grup CHM Salut Mental. Barcelona.

2o PREMIO

Anàlisi del pla d'actuació comunitària a l'Hospital de dia d'autisme de Mútua Terrassa

Jenifer Gil Merino, Mónica Góngora Vilardell, Fátima Castillo Moyano, Glòria Salvador Fabregat y Jordi Rodríguez González
Hospital de Dia de Autismo, Hospital Universitario Mutua Terrassa. Barcelona.

3er PREMIO

Construim jugant: una proposta de grup multifamiliar amb videointervenció

Ainoa Mateu Mullor y Rut Villaescusa Portella
*Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Sants-Montjuïc.
Pere Claver Salut Mental. Barcelona.*

CERCA D'AJUDA PER A LA SALUT MENTAL I BENESTAR EMOCIONAL EN L'ALUMNAT DE SECUNDÀRIA DE BARCELONA

Hernández Encuentra Eulàlia¹, Boixadós Anglès Mercè¹, Casañas Sánchez Rocío², Merino Rubio Lidia², Martín Fernández Jenifer², Lalueza Bosch Ferran²
¹ Universitat Oberta de Catalunya ² Associació Centre Higiene Mental Les Corts, Grup CHM Salut Mental
 ehernandez@uoc.edu



INTRODUCCIÓ

Els joves experimenten desconeixement respecte a qüestions relacionades amb la salut mental (SM) i benestar emocional (BE) i la cerca d'ajuda. Fins i tot existint un bon accés a l'atenció sanitària, pocs joves busquen suport per problemes de SM. Els joves presenten un desig d'autosuficiència i de salvaguardar la pròpia salut, al mateix temps que prefereixen buscar ajuda per un problema de SM en fonts informals, com la família i amics, i no fonts formals, com els professionals de la psicologia, la psiquiatria o professorat (Olivari, 2021; Casañas, 2022; Westberg, 2022).

OBJECTIUS

En el marc del projecte eHealthLit4Teen (PID2021-127129OB-I00), l'objectiu de l'estudi que es presenta és identificar els mitjans i dispositius de demanda d'ajuda davant d'un dubte o problema de SM i BE de l'alumnat d'ESO de Barcelona.

METODOLOGIA

2240
alumnes

Selecció aleatòria dels centres
(districte, naturalesa i complexitat)

12 Centres
Educatius

Enquesta
digitalitzada

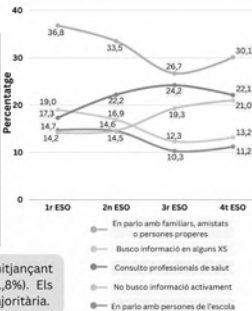
10 districtes de Barcelona



RESULTATS

Què fas per informar-te sobre SM i BE?

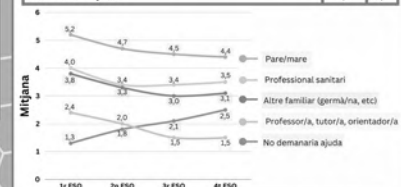
Com t'informes sobre SM i BE	%
Busco informació en cercadors (per exemple: Google)	35,6%
Busco informació en algunes xarxes socials*	21,3%
Consulta professionals de salut (metge/ssa, infermer/a, psicòleg/a, etc.)*	15,3%
En parlo amb familiars, amics o persones de l'entorn proper*	31,8%
En parlo amb persones de l'escola*	12,7%
En parlo amb persones que es troben com jo	10,5%
Faig servir una App de salut mental i emocional	2,9%
Faig servir plataformes de Realitat virtual/aumentada	1,2%
No busco activament informació sobre SM i BE, només miro la que m'arriba	17,3%
No busco activament informació sobre SM i BE, no miro la que m'arriba*	19,8%



L'alumnat d'ESO de Barcelona prefereix informar-se sobre SM i BE mitjançant cercadors digitals (35%) i parlant-ne amb persones properes (31,8%). Els professionals de salut i professionals de l'escola no són una opció majoritària.

A qui demanes ajuda davant d'un dubte o problema de SM i BE?

A qui demanes ajuda sobre SM i BE	Mitjana	DT
Amic/a	4,0	2,1
Pare/mare*	4,7	2,4
Altres familiar (germà/na, cosí/na, tiet/a, àvia/na...)*	3,3	2,4
Professor/a, tutor/a o orientador/a de l'escola*	1,9	2,0
Professional sanitari (metge/ssa, infermer/a, psiquiatra...)*	3,6	2,6
No demanaria ajuda*	1,9	2,4



Davant d'un problema de SM i BE prefereix demanar ajuda a la família (M=4,7; DT 2,3) i les amigues (M=4,0; DT 2,1).

Coneixes la xarxa comunitària de serveis adreçada a la SM i BE dels joves?

Coneixement de la xarxa comunitària de serveis adreçada a SM i BE dels joves	% NO el coneix
Centre d'Atenció Primària	27,4%
Centre de Salut Mental Infantojuvenil	19,2%
Urgències d'un hospital	7,7%
Casal jove del barri/districte	28,3%
Servei Aquí T'escoltem	38,7%
Servei Consulta'm	46,8%
Programa Salut i Escola	33,8%

No coneix els serveis i programes específics d'accés obert. Si se li pregunta per la probabilitat d'escollir un servei o equipament comunitari on demanar ajuda respon opcions generalistes: Centres de Salut Mental Infantojuvenil (M=2,43; DT 1,45) i en menor mesura les Urgències d'un hospital (M=1,78; DT 1,053).

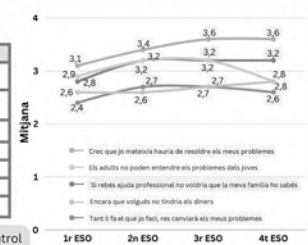


S'observen algunes tendències significatives relacionades amb el curs (l'edat) de l'alumnat, especialment en la demanda d'ajuda i les barreres per fer-ho.

Quines barreres tens a l'hora de demanar ajuda quan tens un problema o dubte sobre SM o BE?

Barreres per a la cerca d'ajuda sobre SM i BE	Mitjana	DT
Si rebés ajuda professional per un problema psicològic, em preocupa que el professional no mantingui el meu problema en secret	3,6	1,8
Si rebés ajuda d'un professional no voldria que la meua família ho sabés*	3,1	1,7
Els adults realment no poden entendre els problemes que tenim els joves*	3,0	1,6
Encara que volgués demanar ajuda, no tindria els diners per pagar-ho*	2,7	1,7
Tant li fa el que jo faci, res canviaria els problemes que tinc*	2,6	1,5
Crec que jo mateix/a hauria de resoldre els meus propis problemes*	3,4	1,7

El temor a la ruptura de la confidencialitat i la necessitat d'autonomia i control personal són les dues barreres principals per demanar ajuda als professionals.



CONCLUSIONS

Es desconeixen els recursos comunitaris per a la cerca d'ajuda. Conèixer aquests recursos és més important com més gran és l'adolescent, atès que tendeix a voler exercir més autonomia. Les plataformes digitals són un recurs per a la cerca d'informació de manera autònoma, està en mans dels professionals decidir quina informació vol difondre i com vol fer-ho perquè l'adolescent la pugui trobar i usar.

REFERÈNCIES

- Casañas, R., Castellví, P., Gil, J., Torres-Torres, M., Barón, J., Teixidó, M., Sampietro, H. M., López, M. D., Fernández, R. L., Sorli, R., Sihol, P., Jurado, F., Carreras-Salvador, R., Vazquez, D., González, S., Martín, M. I. F., Raya-Tena, A., Álvarez, R., Amado-Rodríguez, I. D., ... Lalicata-Jón, L. (2022). The effectiveness of "EspañolLove.net": a school-based intervention programme in increasing mental health knowledge, help seeking and reducing stigma attitudes in the adolescent population: a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14558-y>
- Olivari, C., Mellado, C., Casañas, R., Espinosa-Díaz, N., & Fuster-Villaseca, J. (2021). Preferred sources of help for mental health problems among Chilean adolescents: a descriptive study. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 78(3), 207-215. Advance online publication. <https://doi.org/10.24875/BMHIM.20000182>
- Westberg, K. H., Nyholm, M., Nygren, J. M., & Svedberg, P. (2022). Mental Health Problems among Young People: A Scoping Review of Help-Seeking. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1430. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031430>



Agraïments
 L'equip del projecte agraim la participació a cadascun dels equips educatius que ens han obert el centre, així com a l'alumnat participant i famílies que han autoritzat els seus fills/es a fer-ho.



El projecte eHealthLit4Teen compta amb el suport del Ministerio de Ciencia e Innovación (PID2021-127129OB-I00).

ANÀLISI DEL PLA D'ACTUACIÓ COMUNITÀRIA A L'HOSPITAL DE DIA D'AUTISME DE MÚTUA TERRASSA (HDTEA)

Autors: Gil Merino, Jenifer¹; Góngora Vilardell, Mónica²; Castillo Moyano, Fátima³; Rodríguez González, Jord⁴ i Salvador Fabregat, Glòria¹.
¹Integradores socials, ²Infermera, ³Treballadora social i ⁴Educador social.



INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS

La condició d'autisme pot dificultar l'accés a recursos de la comunitat. Tanmateix hi ha pocs estudis en el nostre entorn que avaluin aquesta situació. Per aquest motiu, des de l'Hospital de Dia d'Autisme (HDTEA), on es dona assistència interdisciplinària a infants i adolescents amb autisme, es considera la necessitat de realitzar un estudi sobre la vinculació comunitària dels menors amb TEA. Aquest anàlisi permet comprendre i avaluar l'impacte de les nostres intervencions en aquest col·lectiu. De la mateixa manera ens permetrà poder proposar intervencions i polítiques que promoguin el seu desenvolupament integral, la seva inclusió social i la seva qualitat de vida.

La hipòtesi de l'estudi és:

- La vinculació dels infants amb TEA és deficitària de base però la intervenció de l'equip terapèutic de l'HDTEA amb els infants i adolescents ingressats a la unitat permet una millora en la vinculació a la Xarxa Comunitària.

L'Objectiu general és:

- Avaluar l'impacte de la intervenció interdisciplinària del programa intensiu TEA, en la vinculació comunitària durant l'ingrés del menor a l'HDTEA.

Els objectius específics són:

- Analitzar les variables familiars, socials i econòmiques, que condicionen la vinculació comunitària.



METODOLOGIA

La mida de la mostra és d'un total de 65 casos. Es realitza estudi analític per tal de mesurar la vinculació comunitària dels infants i adolescents amb les variables recollides (que s'observen a l'apartat de resultats). A més, es realitza anàlisi bivariànt entre les variables sociodemogràfiques i la variable principal (vinculació comunitària). Finalment, es comparen els resultats després de la intervenció per avaluar l'impacte. Aquest estudi ha estat aprovat pel Comitè d'Ètica d'Investigació de l'hospital.

TIPUS D'ESTUDI

- Estudi quasiexperimental
- Unicèntric
- Sense grup control
- Retrospectiu

CONTEXT

HDTEA de l'Hospital
Universitari Mútua
Terrassa.

CRITERIS INCLUSIÓ

Ingressats en el
programa intensiu de
l'HDTEA, del 2018 al 2023.
Ingrés superior
a sis setmanes.

RECOLLIDA DE DADES

Base de dades (història
clínica que inclou la història
social i l'entrevista
socioeducativa).



RESULTATS

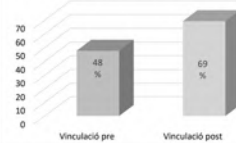
A l'alta observem un increment de la vinculació extraescolar d'un 21% i, destaquem una major vinculació en el sexe biològic femení (+15% respecte al masculí).

La durada de l'ingrés influeix en la vinculació a un recurs extraescolar, a més durada major percentatge de vinculació, essent afavoridor almenys 3 mesos, tot i que a partir dels 4,5 mesos hi ha una lleugera davallada, que es podria relacionar amb la complexitat dels casos.

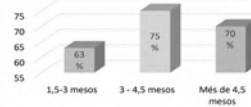
Un factor a tenir en compte és el nombre de germans, a menys germans millor vinculació. Així com també influeix el tipus de família, de manera que les famílies amb més suport (nuclears 79% i extenses 100%) tenen una millor vinculació que les monoparentals (58%) i les reconstituïdes (67%).

Pel que fa a la vinculació en l'àmbit escolar, hem observat que previ a l'ingrés un 67% dels usuaris feien absentisme escolar, i a l'alta, el 100% estan vinculats a un recurs educatiu (domiciliari o presencial).

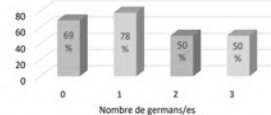
% Vinculació Comunitària pre i post ingrés



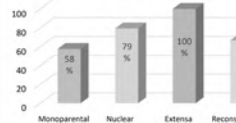
% Vinculació Comunitària, a l'alta de l'HDTEA, segons la durada mitjana d'ingrés



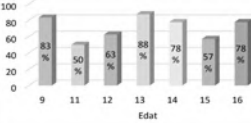
% Vinculació Comunitària segons el nombre de germans/es



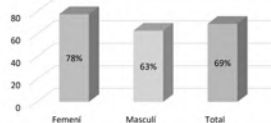
% Vinculació Comunitària segons el tipus de família



% Vinculació Comunitària segons EDAT post ingrés HDTEA



% Vinculació Comunitària segons gènere a l'alta de l'HDTEA



CONCLUSIONS

Podem afirmar que el resultat del treball en equip interdisciplinari que es realitza a l'HDTEA és eficaç, aconseguint millorar la vinculació comunitària dels infants i adolescents.

S'arriba a la conclusió que s'ha de continuar treballant en aquesta línia, enfortint el treball en equip i potenciant la coordinació amb els recursos comunitaris.



BIBLIOGRAFIA

- Hofferth, S. L., & Sandberg, J. F. (2001). How American children spend their time. *Journal of Marriage and Family*, 63(2), 295-308.
- Kuo, M. H., & Ormond, G. I. (2009). Cohn Community Connections Scale for Adolescents with Autism Spectrum Disorder: Research in Autism Spectrum Disorders, 3(2), 380-385.
- Hernández, L. E., Montiel, N., & Azuero, S. (2018). EMPRENDIMIENTO COMUNITARIO: DESARROLLO ARTÍSTICO E INCLUSIÓN PARA NIÑOS Y JÓVENES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA. *Emprendimiento e Innovación Empresarial*, 1(1), 43-51.
- Álvarez, M. F., & Cotto, G. (2019). El "autismo" en una singular intervención: comunitaria, familiar e individual. *Experiencias de extensión universitaria de la Facultad de Psicología*, 17.

CONSTRUIM JUGANT: UNA PROPOSTA DE GRUP MULTIFAMILIAR AMB VIDEOINTERVENCIÓ

Mateu Mullor, Ainoa; Villaescusa Portella, Rut



Introducció

La videointervenció terapèutica (VIT), tècnica desenvolupada per George Downing, permet realitzar un microanàlisi de les interaccions amb l'objectiu d'aconseguir el millor patró interactiu possible. Té com a base les tècniques d'intervenció basades en el vincle, la conducta i les representacions mentals, la capacitat de mentalització i la funció reflexiva. Compta amb evidència científica, i es pot aplicar en interaccions entre pares i fills en diferents moments evolutius. S'utilitza tant com a estratègia única, o com a part d'un tractament més extens. És fàcilment extrapolable a diferents contextos, per tant, idònia per incorporar als serveis assistencials de salut mental públics. Presentem un projecte pilot de tractament grupal multifamiliar incorporant la VIT. El grup s'ha dissenyat per millorar l'atenció que proporcionem als infants derivats al Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil Sants-Montjuïc (CSMIJ) des dels Centres de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (CDIAP), i a les seves famílies.

Objectius

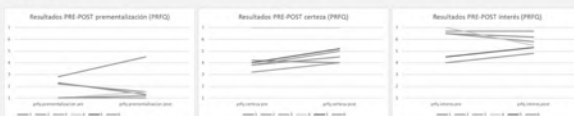
Avaluar la milloria en els patrons interactius entre els pares i els seus infants, a través de la observació de les dinàmiques relacionals, amb la tècnica de la VIT. Fomentar la comprensió i la capacitat de reflexió parental sobre les pròpies dificultats, i valorar canvis en la capacitat de mentalització. Afavorir canvis que puguin ser fàcilment generalitzables a l'entorn familiar del dia a dia.

Mètode

Durant la segona meitat de l'any 2023, es va realitzar un grup multifamiliar amb 6 famílies i els seus infants, d'entre 5 i 6 anys d'edat. Es van organitzar 11 sessions grupals, la primera únicament amb els pares per a situar l'espai i explicar la VIT. Posteriorment, es van realitzar 6 sessions amb propostes de joc, on acudien els infants acompanyats pels seus pares. Les últimes sessions eren només per pares, per a treballar amb la VIT, fent servir les gravacions de les sessions de joc, o les realitzades al propi domicili per les famílies. S'han analitzat les gravacions de forma qualitativa segons la tècnica VIT. S'ha avaluat el pre i el post grup amb el Qüestionari de Qualitats i Dificultats (SDQ), el Qüestionari per avaluar la funció reflexiva parental (RFQP, de Luyten) i una enquesta de satisfacció amb el grup.

Resultats

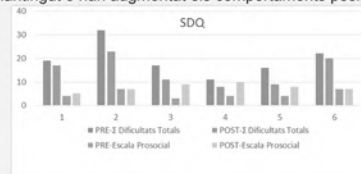
La VIT es va centrar en els aspectes positius i que es pretenia potenciar i afavorir en cadascuna de les famílies. La participació va ser molt elevada, acabant el grup totes les famílies i, com a mitja, assistint al 80-85% de les sessions. La valoració qualitativa del grup, per part de les famílies, va ser molt positiva.



El PRFQ té 3 dimensions:

- 1). Estats de prementalització** (> puntuació > aparició de modes prementalitzadors). En el postgrup, 2 progenitors han disminuït la puntuació en aquest factor, i un l'ha augmentat.
- 2). Certesa en estats mentals** (puntuacions centrals indiquen bona mentalització, per baix i per dalt, hipo i hipermentalització respectivament). Sense canvis significatius després del grup en aquesta dimensió.
- 3). Interès en estats mentals** (> puntuació > interès i curiositat en els estats mentals). Després del grup, 2 progenitors obtenen puntuacions més altes en aquesta dimensió i en canvi dos més baixes.

El SDQ detecta probables casos de trastorns mentals i del comportament en nens de 4 a 16 anys. 4 escales valoren conductes problemàtiques i la cinquena fa referència a comportaments positius (prosocials). Tots els infants, que han participat del grup, han presentat una disminució, de forma més o menys significativa, en la valoració global de les conductes problemàtiques. I, per altra banda, s'han mantingut o han augmentat els comportaments positius.



Conclusions

Tant la intervenció grupal com la VIT, són estratègies terapèutiques eficaces, i idònies per incorporar a l'àmbit públic de l'atenció especialitzada en la salut mental d'infants i adolescents, donat els recursos limitats i la sobresaturació dels serveis.

Després del grup, s'observen millores en dues famílies en alguna de les dimensions del PRFQ (ja sigui la disminució d'estats prementalitzadors o l'augment de l'interès i curiositat sobre l'estat mental dels fills), mentre que en altres dues veiem també la milloria en un d'aquests dos factors però a costa de la disminució en l'altre. Per últim, en dues famílies no observem canvis: en una perquè ja havia realitzat un grup de pares basat en la mentalització i presentava molt bones puntuacions des de l'inici, i en l'altre perquè presentava una tendència a la hipermentalització que no s'ha modificat durant el grup. Tots els infants disminueixen les conductes problemàtiques, a més de mantenir-se o incrementar els comportaments prosocials. El grau de satisfacció de les famílies, amb el grup, ha estat elevat, tal com han reportat en l'enquesta de satisfacció realitzada. Tots ells repetirien l'experiència, a excepció d'una mare que ja era la segona intervenció grupal en la que participava, en pocs mesos.

L'experiència pilot del grup multifamiliar incorporant la VIT ens ha permès considerar la una estratègia terapèutica efectiva en l'àmbit del CSMIJ, donant resposta a les necessitats de les famílies ateses, i als recursos disponibles.

Les autores del pòster han demanat consentiment informat escrit dels representants legals dels pacients, inclosos en aquest pòster

Equip

Ainoa Mateu Mullor Psicòloga Clínica (CSMIJ Sants-Montjuïc)
Rut Villaescusa Portella Psicòloga Clínica (CSMIJ Sants-Montjuïc)

Més informació

Mail: info@pereclaver.org
Web: www.pereclaver.org

 **Pere
Claver GRUP**

XI 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 29 de junio de 2025.
4. El veredicto del jurado se hará público durante el otoño de 2025.
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/s, teniendo en cuenta la adecuación a los objetivos y la viabilidad para poderse verificar
 - b) Muestra o sujetos de estudio, con una descripción adecuada y criterios de inclusión y exclusión
 - c) Metodología y técnicas empleadas, haciendo referencia a si los instrumentos utilizados son adecuados en relación al objetivo y al tipo de estudio, si cumplen o no criterios de fiabilidad y validación
 - d) Resultados
 - e) Discusión
 - f) Notas
 - g) Bibliografía: se valorará amplitud, actualización y referencias de publicaciones en diferentes idiomas. Las referencias deben ser citadas correctamente según estilo APA
 - h) Tablas, gráficos u otras ilustraciones, que figurarán como anexos

8. Los trabajos se enviarán por correo electrónico a revista@fundacioorienta.com, con el asunto "XI 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

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 Traperó (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:

Xavier Costa
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/ C. Vidal i Barraquer, 28 - 08830 Sant Boi del Llobregat (Barcelona) - España

También puede formalizar la suscripción a través de la web en:

www.fundacioorienta.com/publicaciones, <https://bit.ly/3AWSdPO> o llamando al teléfono: +34 93 635 88 10

Deseo recibir la *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*

- ☐ Suscripción anual papel (2 números): 20 euros (España y América Latina*)
- ☐ Suscripción anual papel (2 números): 28 euros (Otros Países)
- ☐ Suscripción anual **on line** (2 números): 15 euros
- ☐ Suscripción anual papel + **on line** (2 números): 25 euros (España y América Latina*)
- ☐ Suscripción anual papel + **on line** (2 números): 30 euros (Otros Países)

• • •

- ☐ Ejemplar individual papel: 14 euros (España y América Latina*) N°
☐ Ejemplar individual papel: 18 euros (Otros Países) N°
☐ Ejemplar individual **on line**: 10 euros N°
☐ Artículo individual **on line**: 5 euros Título y autor:

Nombre y Apellidos:.....

Dirección:..... núm..... piso.....

Población:..... Cód. postal:..... Provincia:..... País:.....

Tel:..... Fax:..... e-mail:.....

Forma de pago:

- ☐ Transferencia nacional a favor de Fundació Orienta (BBVA cc: 0182.4259.040202002004)
- ☐ Transferencia internacional a favor de Fundació Orienta (BBVA cc: ES68.0182.4259.040202002004)

☐ Con cargo a mi tarjeta de crédito: VISA ☐ MASTERCARD ☐

Número tarjeta Fecha caducidad

☐ Domiciliación bancaria: Nombre del titular:.....

[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.

Y en el próximo número...

Intervenciones psicoterapéuticas en pequeños grupos para adolescentes con
desregulación emocional

Aldo Diavolotto, Franca Bottiglieri, Marianna Sessa y Graziella La Torre (Salerno, Italia)

Tact-Pulsion

Régine Prat (Bièvres, Francia)

Los grupos psicoterapéuticos de adolescentes y padres en un hospital de día como continente;
el contenido y evolución

Alicia Sancho Salinas (Madrid)

Sobre la necesidad de repensar la importancia del psiquismo fetal: una propuesta razonada

María del Carmen Cobo Becerra y Enrique Gallego Granero (Madrid)

NÚMERO 44 - NOVIEMBRE 2024

Estas manos que hablan: comunicación sin palabras
Jeanne Magagna

Aumento del diagnóstico del trastorno del espectro autista en un centro de salud mental infanto-juvenil: perspectiva de género
Helena Rivera Abelló, David Losada Brunet, Noelia Díaz González y Cristina Lombardía Fernández

Factores de riesgo para el diagnóstico de trastorno mental en edad escolar.
Risk factors for the diagnosis of mental disorder at school age
Carlamarina Rodríguez Pereira y Paloma Ortiz Soto

¿A qué jugamos? El juego en el preadolescente como movilizador de estadios relacionales internos
Bernat Sala Novellas

Victimización, síntomas de malestar y resiliencia en tiempos de covid-19 en adolescentes
Alexis Bustos-Villarroel y Noemí Pereda

Apertura en la comunicación familiar y ajuste psicológico como predictores de un apego seguro en adolescentes adoptados
Josep Mercadal, Inés Aramburu, Laia Coromina, Harold Grotevant, Manel Salamero y Carles Pérez-Testor

Transferencia e identificación: dos procesos básicos en la elaboración de las crisis de identidad en la adolescencia
Amalia Guadalupe Gómez Coteró, Fernando López Armenta, Viviana Rafaela Carmona Torres, María De Lourdes Solano Hernández, Darinka Yamile González Sánchez, Rosa Paola Figuerola Escoto y Angelica Maria Pablo Velazquez

Implantación de la Atención Domiciliaria Intensiva en el Baix Llobregat Delta Litoral
Lucía Rodríguez Sáenz de Buruaga, Lucía Pérez Golarons, Onia Jané Balsebre, Patricia Membrive Ruiz y Marta Coromina Sadurní

Pósters VIII Congrés Català de la Salut Mental de la Infància i l'Adolescència