

REVISTA DE
**PSICOPATOLOGÍA
Y SALUD MENTAL**
DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Abril 2025 • N° 45



REVISTA DE
**PSICOPATOLOGÍA
Y SALUD MENTAL**
DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Por una investigación sostenible en salud mental

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

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

Revisión de textos: Scheherezade Surià^l 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 3081-2712 (edición en línea) - ISSN: 1695-8691 (edición impresa)
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)

Laura Laguna (México)

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 DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Abril / April 2025

45

Editorial.....7

Artículos / Articles

Tact-Pulsión
Tact-Pulsión
Régine Prat.....9

Sobre la necesidad de repensar la importancia del psiquismo fetal: una propuesta razonada
On the need to rethink the importance of the fetal psyche: a reasoned proposal
María del Carmen Cobo Becerra y Enrique Gallego Granero.....19

La atención precoz y la especificidad de la clínica con niños pequeños
Early care and the specificity of the clinical approach with young children
Patricia Enright y Fernando Maciel.....31

Análisis del plan de actuación comunitaria en un hospital de día de autismo
Analysis of the community action plan in an autism day hospital
Jenifer Gil Merino, Mónica Góngora Vilardell, Fátima Castillo Moyano, Glòria Salvador Fabregat
y Jordi Rodríguez González.....47

Intervenciones psicoterapéuticas en pequeños grupos para adolescentes con desregulación
emocional
Psychotherapeutic interventions in small groups for adolescents with emotional dysregulation
Aldo Diavoletto, Franca Bottiglieri, Marianna Sessa y Graziella La Torre.....53

Grupos psicoterapéuticos de adolescentes y padres en un hospital de día como continente.
Contenido y evolución
Psychotherapeutic groups of adolescents and parents in a day hospital as a continent. Content
and evolution
Alicia Sancho Salinas.....65

Revisión: autoestigma en chicas con problemas de consumo de sustancias e historia de trauma Review: self-stigma in girls with substance use problems and a history of trauma	
Anna Robert Segarra.....	77
Cómo potenciar la salud mental comunitaria. Las funciones parentales en el desarrollo del niño How to strengthen community mental health. Parental functions in child development	
Alfons Icart y Jordi Freixas.....	85
Reseñas bibliográficas / Books reviews	97
Noticias / News	99
En el próximo número / In the next number	107

Editorial

No es infrecuente escuchar frases o comentarios del estilo: “no tiene ningún tacto al hablar con...” y otras muchas. Curiosamente, haciendo referencia a la falta de sensibilidad en el “con-tacto” interpersonal. Nuestro primer artículo se adentra en la importancia del “tacto” como primer organizador de las relaciones y de la relevancia que la sensorialidad tiene para dicha construcción. De una u otra manera evolucionará (si todo va más o menos bien) hacia una mejor y mayor capacidad de relación con el otro. Esta se establece y permanece operativa a lo largo de nuestras vidas a partir de los primeros contacto-piel, constituyéndose en el primer organizador del psiquismo, como bien indica el artículo. Si la “cura por la palabra” se acerca a una mayor “cura por la comprensión”, se puede lograr establecer o reestablecer un nuevo contacto, o bien un contacto diferenciado y enriquecido a través del tratamiento.

Yendo más allá, el segundo artículo nos habla del *psiquismo fetal*, de las etapas prenatales, del cuidado y prevención de la salud. No solo física, sino también la emocional de la futura mamá y papá. De alguna manera, los profesionales debemos tener mucho “tacto” en la atención prenatal. Continuando con la cara vez más evidente utilidad de la intervención temprana, el siguiente artículo destaca la importancia de esta y de cómo el trabajo interdisciplinario y en equipo también revierte de manera positiva en la *atención precoz*. Cabe destacar que cuando una familia es conocedora de que los profesionales que les atienden hablan entre ellos, comparten información y están “todos a una”, se refuerza enormemente la contención emocional, la tranquilidad y la cohesión. Evitando la habitual circunstancia con la cual se pueden encontrar unos padres pensando que cada profesional va por un camino distinto y que no convergen para nada. Entendemos el concepto psíquico de “fragmentación” como un aspecto que interfiere la estructuración psíquica y, con ello, entre otras muchas cosas, dificulta el asentamiento de la confianza básica. Un trabajo compartido entre los profesionales evita dicha fragmentación y redundará en una mayor confianza entre todos. Dicho en una frase corta sería: “Cuanto mayor sea el con-tacto entre los profesionales, con más calidez y sensibilidad se sentirá atendida la familia”.

El siguiente artículo de la revista está dedicado al análisis del plan de actuación comunitaria en un hospital de día de autismo. Claramente, el orden de los artículos no es casualidad. Este artículo engloba aspectos de los anteriores, llevados a la situación diaria del hospital de día, como son la importancia de trabajar las habilidades entre los chicos con estas dificultades, lo lúdico, la implicación comunitaria, etc.

Como señalaba al inicio al hacer referencia a cómo el tacto y la perinatalidad resultan clave tanto para facilitar una buena estructuración del psiquismo como para asentar unas bases lo más sólidas posibles para el desarrollo posterior, en ocasiones esto no es posible por infinidad de causas normalmente involuntarias por parte de las familias, produciéndose la eclosión en la adolescencia de serias dificultades para la regulación emocional. ¿Cómo proceder? ¿Qué hacer y cómo ayudar? Esto es lo que describe el artículo sobre el trabajo acerca de qué manera las intervenciones psicoterapéuticas en pequeños grupos de adolescentes pueden ayudarles a conseguir una mejor modulación de sus emociones.

Y ¿qué pasa con los padres?, también sufren, ¿cómo darles espacio? y con ello la posibilidad de potenciar su capacidad de *insight* e indirectamente protegerles de no caer en la inquisitorial presión que su culpa les pueda hacer sentir al comprobar que “las cosas no han ido bien” y además evitar generar la fantasía (tan frecuente si quedan excluidos) que el sistema o los profesionales los consideran “los malos de la película”. El artículo sobre grupos de adolescentes y padres y su papel contenedor (y más cosas) nos explica esta valiosa y crucial experiencia.

Para nosotros, los profesionales, también es duro y complejo encarar las situaciones difíciles. Chicos y chicas que han sufrido un duro trauma, que la vida no les proporcionó el trato que se merecían, que se enfrentan a un intenso dolor y la penosa e injusta auto estigmatización y vergüenza, pueden recurrir desesperadamente en su búsqueda de supervivencia emocional (y alivio) a cualquier camino, incluido el consumo de sustancias. Para ello, se presenta en la revista una revisión de todos estos aspectos que muestran y estudian cómo poder ayudarles de la mejor manera posible, aumentar su capacidad de afrontamiento y, por qué no, destacar que aliviar su dolor es también aliviar nuestro “dolor por su dolor” con la contención del saber y del apoyo de los compañeros que también tratan de aportarnos sus aprendizajes. Y, de paso, “frenar” la presión de nuestro “superyó profesional” ante la complejidad, y encima aprender.

Entiendo que el último artículo proporciona una prevención “holística” al hacer referencia a la importancia de potenciar las funciones parentales a todos aquellos que van a intervenir en la vida y en el desarrollo de un niño con el objetivo de conseguir un “apego seguro”. De ahí la importancia de los grupos de padres, grupos de preparación al parto, con los profesores, etc. Creo que el artículo permite desenredar el eterno malentendido de que las funciones parentales ejercidas fuera del ámbito familiar son una infantilización o bien “algo inapropiado”, tal y como D. Alfons Icart -magistralmente- nos muestra.

Permítanme los autores que les transmita que publicar un artículo sobre la propia labor profesional es un acto de valentía y generosidad. Implica renunciar al refugio del narcisismo (el gran “enemigo” del crecimiento) y enfrentar la mirada ajena sin escudos ni artificios. No solo es un gesto de valentía, como antes decía, sino también de apertura: quien publica no se esconde, sino que se muestra en su autenticidad, su disposición al diálogo, al debate y al aprendizaje; tan deficitarios en tiempos difíciles como los actuales, que parecen ir en el sentido contrario adorando el dogmatismo y el radicalismo disfrazados de certezas absolutas. Freud, en *El porvenir de una ilusión* (1927), analiza cómo las instituciones de poder –sobre todo las que han caído en la radicalidad- pueden oponerse a la razón y al conocimiento científico para mantener su dominio. Ya que estas las amenazan seriamente. La ciencia, con su método basado en la evidencia, la revisión por pares, la constante autocrítica y el sentido común, es una herramienta poderosa para resistir los extremismos. Fomentando el pensamiento crítico, la duda razonable y la apertura a la revisión de ideas. Como Freud señala en su artículo *¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial* (1926), la verdad no es un dogma inmutable, sino una construcción en permanente revisión. Y esto es gracias a la ciencia. En este contexto, los artículos científicos representan un bastión crucial contra la manipulación y la distorsión de la realidad.

Gracias a la actitud de los autores, investigadores y clínicos sumidos en la búsqueda de un mayor “saber”, aun cuando sea a costa de renunciar a lo previamente conocido, se avanza. Distanciándose del riesgo de quedar atrapados en falsas y dogmáticas certezas. De ahí la importancia que tiene de dar el paso a dar a conocer lo investigado, lo realizado y lo escrito, pues fortalecerá a todos. Además, compartir el conocimiento con los demás no solo enriquece la comunidad profesional, sino que inspirará a quienes aún dudan en aportar sus ideas. Cada artículo publicado es una invitación a sumar voces, a construir juntos, a entender que el conocimiento crece cuando se comparte. Con ello, queremos transmitir a quienes deseen acercar sus conocimientos y experiencia a través de la revista, se animen a ello, a publicar.

Por último, he de destacar que el lenguaje nunca es neutro: al renombrar, redefinimos. Cambiar un nombre no es un acto superficial, sino un gesto que refleja y, a su vez, modela nuestra comprensión de la realidad. En este caso, la transición del nombre de la revista de “del niño y del adolescente” a “de la infancia y la adolescencia”, no es solo una cuestión terminológica, sino una invitación a pensar que estas etapas de la vida no son categorías fijas, sino procesos dinámicos de transformación. En el ámbito de la psicopatología y la salud mental, este cambio no es menor: nos aleja de una mirada esencialista que fija la identidad del sujeto en una denominación concreta, y nos acerca a una perspectiva que resalta que la infancia y la adolescencia son “territorios en construcción”, atravesados por múltiples factores psicológicos, educativos, sociales y culturales, tal y como reflejan los artículos de este y otros números de la revista. Como ocurre con toda evolución en el lenguaje, este cambio también nos desafía a reconsiderar lo que creemos conocer.

Pero también la investigación permite este proceso, quizás por llegar a poder nombrar lo que hasta el momento era innombrable por desconocido. Las palabras y la investigación crean y recrean realidades desconocidas hasta entonces. En ese sentido, contamos con la convocatoria del *XI premio de investigación* que la Fundación Orienta y la revista, con el patrocinio -inestimable e inquebrantable- del ayuntamiento de San Boi de Llobregat, convoca este año, cuyas bases podrán encontrar aquí y en la web. En última instancia, el acto de renombrar y de investigar no solo describen una transformación, sino que la impulsan y, con ello, potencian nuestro propio crecimiento y el de las personas que atendemos, con la expectativa de poderles brindar la mejor ayuda posible.

Dr. Cayetano Garcia-Castrillon Armengou
Miembro del Consejo Directivo de la Revista

Tact-Pulsión*

RÉGINE PRAT¹

RESUMEN

El primer órgano sensorial funcional en desarrollo embriológico es el tocar, sentido reflexivo que inscribe el encuentro con el otro de manera indisociable. A partir del contacto-piel, una primera forma se inscribe como el primer organizador del psiquismo. La propuesta de una pulsión originaria de tocar, *Tact-Pulsión*, define una memoria de forma que permanece operativa a lo largo de nuestra vida y constituye la base del desarrollo del proceso pulsional, en un tratamiento transmodal que permite articular el modo de comunicación integrando el lenguaje no verbal: la “cura por la palabra” se descentra hacia una “cura por la comunicación” con el fin de establecer o restablecer las capacidades de contacto. **Palabras clave:** *tact-pulsión, embriología, modo transmodal, metapsicología*.

ABSTRACT

Tact-Pulsión. The first functional sensory organ to develop during embryological growth is touch, a reflexive sense that inscribes the encounter with the other in an inseparable manner. From skin contact, a primary form emerges as the first organizer of the psyche. The proposal of an original drive to touch, *Tact-Pulsión*, defines a memory of form that remains operational throughout our lives and constitutes the foundation for the development of the drive process. This transmodal treatment articulates the mode of communication by integrating non-verbal language: the “cure through words” shifts toward a “cure through communication” in order to establish or restore contact capabilities. **Keywords:** *tact-pulsión, embryology, transmodal mode, metapsychology*.

RESUM

Tact-Pulsió. El primer òrgan sensorial funcional que es desenvolupa durant el creixement embrionari és el tacte, un sentit reflexiu que inscriu la trobada amb l'altre de manera inseparable. A partir del contacte amb la pell, s'inscriu una primera forma com el primer organitzador del psiquisme. La proposta d'una pulsó originària de tocar, *Tact-Pulsió*, defineix una memòria de forma que roman operativa al llarg de la nostra vida i constitueix la base del desenvolupament del procés pulsional. Aquest tractament transmodal permet articular el mode de comunicació integrant el llenguatge no verbal: la “cura per la paraula” es descentra cap a una “cura per la comunicació” amb l'objectiu d'establir o restablir les capacitats de contacte. **Paraules clau:** *tact-pulsió, embriologia, mode transmodal, metapsicologia*.

Mi propósito está anclado en un punto de vista histórico sobre la evolución de las ideas en el campo psicoanalítico, donde, desde el comienzo, se ha planteado la pregunta sobre el punto de vista según el cual se considera el funcionamiento psíquico. Desde un punto de vista intrapsíquico, el centro se ubica en lo pulsional, el fantasma, el ángulo económico de la circulación de la libido o el ángulo estructural del punto de vista tópico. Desde un punto de vista intersubjetivo, se tendrá en cuenta la naturaleza de las interrelaciones con el entorno (en referencia a las proposiciones iniciales de Ferenczi).

Al vincular a Freud consigo mismo, vemos que se posicionó en 1893 en un punto de vista ambiental al considerar las neurosis como resultados de las condiciones de vida: “las neurosis son perfectamente evitables, pero totalmente incurables. Toda la tarea del médico es profiláctica” (Freud, 2015, 2008). Más tarde, retomó estas ideas abogando por una educación psicoanalítica de los padres para ilustrarlos sobre la conducta a tener con sus hijos, y participando muy activamente en la creación de la escuela fundada por Anna Freud en Viena en la década de 1920 con la idea de constituir “un laboratorio

*Una versión de este artículo se publicó anteriormente en *Psicoanálisis. Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana*, 36(1), 2024.

¹Psicóloga y psicoanalista. Société Psychanalytique de Paris. Contacto: pratregine1@gmail.com

Recibido: 26/8/24 - Aceptado: 4/11/24

experimental para una educación iluminada por el psicoanálisis” (Houssier, 2010).

Los desarrollos posteriores del psicoanálisis pueden entenderse como una especialización en una u otra de estas dos direcciones. Desafortunadamente, como en todos los campos, con puntos de vista contradictorios, incluso bélicos o religiosos: en psicoanálisis se centrarán mucho en la cuestión de la legitimidad y la identidad para determinar si un punto de vista desarrollista o intersubjetivo, por ejemplo, tiene derecho al término “psicoanalítico”.

Como señala Bolognini (2022, p. 249), “el aspecto sagrado de las formulaciones clásicas como garantes únicos de la pureza teórico-conceptual original rápidamente adquirió la apariencia de excomunión: *esto no es psicoanálisis*”.

La diferencia de perspectiva es simétrica de la pregunta original y conduce a diferentes concepciones sobre cómo llevar a cabo un tratamiento: la idea de un entorno terapéutico reparador a menudo se encarnará en la modalidad de la llamada técnica “activa” de Ferenczi y un enfoque intersubjetivo; un punto de vista centrado en lo intrapsíquico se organizará más a la manera de la llamada “neutralidad” del analista, conteniendo cada enfoque sus propios riesgos de deriva, en una caricatura de la actividad o de la neutralidad.

A nivel metodológico, mi enfoque se basa en datos proporcionados por disciplinas distintas al psicoanálisis. Mi *investigación* es más parecida a lo que se definió en la prehistoria como *invención*, es decir, “una revolución en las representaciones del tiempo, más que un descubrimiento” (Labrusse y Zawisza, 2019). Propongo un cambio de representación, un cambio de mirada o de paradigma que resumiré aquí, en previsión de la próxima publicación de los muchos datos que han sustentado mis propuestas (Prat, 2023).

Esto presupone adoptar “un punto de vista *dialógico*” que “incluye la idea de que los antagonismos pueden ser estimulantes y regulatorios” (Morin, 1995, pp. 176-177). En el enfoque de Edgar Morin para pensar la complejidad, “el conocimiento debe tener instrumentos, conceptos fundamentales que permitan conectar”. Frente al efecto *si/lo*, bien conocido como factor de esterilización, donde campos altamente especializados

trabajan y progresan de forma independiente entre sí, “se necesita otro campo para reconocer que debemos cambiar el paradigma”: esto es lo que François Ansermet, psicoanalista a quien debemos el trabajo sobre plasticidad neuronal resultante de su colaboración transdisciplinaria con Pierre Magistretti, un reconocido neurocientífico, ha llamado la lógica “del punto de parada” (Fundación Agalma, 2013).

A nivel conceptual, conservaré la capacidad de transformación como la operación básica del psiquismo. La necesidad de transformar la información sensorial, es decir, las vivencias corporales accesibles, es primordial.

En su carta a Fliess 52/112 del 6 de diciembre de 1896, Freud (2008) describe “un conjunto de capas apiladas donde, de vez en cuando, el material presente bajo la forma de huellas de recuerdos se pone en orden, sufre una retranscripción según nuevas relaciones”, especificando que dicho material “está abierto en su extremo hacia lo somático y allí recoge las necesidades pulsionales que encuentran en él su expresión psíquica”: la pulsión se define allí como agente de la transformación y el pasaje entre somático y psíquico, precisión que será la base del psicoanálisis.

Me sitúo en la perspectiva de W. Bion (1962), quien pone la *transformación* en el centro de su obra teórica, y considera fundamental “el aprendizaje a partir de la experiencia”. Bion hace comenzar este aprendizaje en la vida prenatal; él ha sido ciertamente el pensador del psicoanálisis más avanzado en la concepción de la vida psíquica antes del nacimiento.

Si se considera —lo que ahora tiene consenso entre la gran mayoría de los psicoanalistas— que el cuerpo y la mente no están separados, sino profundamente intrincados el uno en el otro, la vida psíquica es el resultado de la necesidad vital de procesar las informaciones sensoriales, es decir, las vivencias corporales accesibles. Pensar el origen es indisoluble de la cuestión de la constitución originaria, y en particular hace imprescindible saber cuál es la cronología de los primeros desarrollos de la sensorialidad, es decir, las primeras informaciones accesibles sobre el mundo.

Me centraré en los descubrimientos de la embriología que nos iluminan sobre los comienzos

de la vida, a partir de los cuales podemos pensar en las consecuencias de las primeras inscripciones en la construcción de la psique (1).

El origen de la vida sensorial y la vida psíquica

Podemos considerar como establecido que en el origen de la vida hay un tríptico: tacto/movimiento/percepción amodal.

El tacto es el primer órgano de los sentidos, esbozado muy temprano en la embriogénesis: a partir de las ocho-nueve semanas de desarrollo fetal se identifican los primeros receptores táctiles en el epitelio de la boca y la zona perioral según los embriólogos. A las semanas de desarrollo fetal, al estimular el área peribucal, el embrión parece tener reacciones de alejamiento. Entre las semanas 11 y 14, la misma estimulación conllevará un acercamiento de la cabeza y posteriormente de todo el cuerpo.

Así, entre las ocho y las 11 semanas, pasaremos de una *evitación* del contacto, a una *búsqueda* de contacto: primera transformación, primera marca de un movimiento orientado; es, por tanto, en mi opinión, el primer tratamiento *psíquico* de una experiencia sensorial (2).

El movimiento es contemporáneo e indisociable del comienzo del tocar porque es esencial para ejercer la búsqueda activa del contacto. Esto es lo que permite hablar, no de una simple dualidad de hecho en la sensación táctil de presencia/ausencia, sino de un *juego*, activo, que busca reproducirse y hacer variar sus parámetros. Según Piontelli (1992), “las imágenes de ultrasonido nos muestran la emergencia de un comportamiento independiente desde las seis o siete semanas”. A las 15 semanas, “el feto dispone ya del repertorio completo de los movimientos que se observarán después del nacimiento”.

La transformación es posible por el modo transmodal de percepción (amodal o cinestésico): la capacidad de convertir un modo sensorial en otro, un sonido en una imagen, por ejemplo. Esto permitirá experimentar en una modalidad sensorial diferente, pero equivalente a la sensación inicial.

Los juegos de tocar, de exploración por el feto de su cabeza y de su rostro, que se encuentran entre los primeros movimientos organizados que se han podido observar, le permitirán

despejar modos de representación previos a la representación simbólica. Lécuyer (2014) definió niveles de representación analógica y relacional que permiten al feto abstraer los principios generales del funcionamiento del mundo. La percepción de las diferencias, las distancias y su variación en las experiencias realizadas, permitirá despejar una forma y convertirla en otra modalidad sensorial según el calendario madurativo, y así formar representaciones. Se puede plantear la hipótesis de que se constituye así un eje de desarrollo anclando la simbolización de la alternancia de presencia/ausencia y yo/otro en experiencias sensoriales y corporales, intrínsecamente ligadas al tiempo (ritmo) y al espacio (territorio). Esto permite remontar, al comienzo de la vida, la organización de un modelo que podría decirse que es un precursor del *fort-da*.

Las experiencias que el feto realiza en su tiempo de vigilia son juegos rítmicos con la presencia/ausencia de contacto, que irán enriqueciéndose y haciéndose más complejos, y aumentando su nivel de actividad: así se va a pasar de la experiencia inicial de contacto/no contacto, a eso que yo llamo lo *agarrado-soltado* que marca un aumento en la actividad, que enseguida se intensificará como poner adentro/poner afuera y agarrar/arrojar. El movimiento es tanto físico como psíquico en la conversión de un sentido en otro. El tacto se convertirá en *oír*, y *ver*, como tantas formas de mantener el contacto a través de otros modos sensoriales y de *tocar* con otros medios sensoriales y cognitivos: es decir, transformar el tocar físico en un tacto psíquico.

La ecografía del *feto del globo* muestra un feto de 15 cm y tres meses y medio, *jugando* a atrapar y soltar un coágulo de sangre, resultante de la amniocentesis: se observan movimientos de la mano palpando el *globo* que es así ubicado delante de la cara y luego puesto sobre las rodillas y rechazado por las piernas. Se asiste a este *juego de pelota* repetido a lo largo del tiempo de observación (Cahen et al., 2007, p. 22).

Alice es descrita así por el ecografista a las 24 semanas de desarrollo embriológico: “Ahora su mano está cerca de su cabeza, toca su rostro... vuelve a la pared... vuelve a la cara... luego a la pared... otra vez hacia la cara... hacia la pared... Tal vez ella pueda sentir la diferencia ... soy yo, no soy yo, yo, no yo... mueve todos sus dedos

uno por uno, el pulgar, el dedo índice, el medio, el anular, el dedo meñique. La madre se ríe y dice que a su marido le gusta tocar el piano” (Piontelli, 1992, p. 128).

El anclaje en el modelo perceptivo originario del tocar va a constituir el eje fundamental, el endoesqueleto de nuestro psiquismo, cuyo objetivo seguirá siendo el establecer el contacto, a través de sus evoluciones posteriores, resultantes de la transferencia amodal.

Así, podemos suponer que los juegos de tocar y explorar la cabeza y la cara del feto, que son algunos de los primeros movimientos que podremos observar, le permitirán identificar una forma y formarse una representación: puede percibir diferencias y distancias y variarlas.

Sólo les daré dos ejemplos, que me parecen impresionantes: Marisa López-Teijón et al. (2015) realizaron un estudio sobre el efecto de la emisión de música intravaginal en las expresiones faciales del feto. Participaron 100 mujeres embarazadas entre las semanas 14 y 39 de gestación, y los resultados mostraron que los fetos expuestos a música intravaginal tendían a mostrar expresiones faciales más positivas que los no expuestos. Esto demuestra que la percepción del sonido es mucho más temprana de lo que se pensaba. Destacó las reacciones de los fetos de 16 semanas (edad en la que el oído interno está plenamente desarrollado) a la música emitida directamente en la vagina: los fetos reaccionaban abriendo la boca y, sobre todo, sacando mucho la lengua, lo que acompañaba toda la duración de la presentación musical (a diferencia de las presentaciones externas en la pared abdominal o las emisiones internas puramente vibratorias, que no provocaban ninguna reacción).

La reactividad del feto muestra su participación y, probablemente, su participación emocional, al utilizar el repertorio expresivo de que dispone a una edad tan temprana.

Durante la exposición a la música la *Partita para flauta sola* de Bach, y no a ruidos, vibraciones o sonidos externos, alrededor del 50 % de los fetos reaccionaron de forma llamativa y característica, abriendo mucho la boca y sacando la lengua todo lo que podían. Las fotos son muy impresionantes

Si consideramos los modos de correspondencia organizados entre varios modos de

percepción, podríamos ver el acompañamiento como *tocando* el sonido con la lengua y, aún más concretamente, *buscando* activamente tocar el sonido, quizás tragándolo o chupándolo, en cualquier caso, con una experiencia de *tomar dentro*, organizada en torno a lo sensorial ya conocido: *en la boca* se hace equivalente a *en los oídos* y constituiría un buen ejemplo de percepción transmodal.

La visión será el último sentido en desarrollarse, pero los párpados se desactivan a partir de las 24 semanas y hacia el séptimo mes ya hay movimientos claros de seguimiento ocular. En el útero, el bebé se interesa por los movimientos de la luz externa.

El profesor Vincent Reid, de la Universidad de Lancaster, ha realizado investigaciones que aportan pruebas que sugieren que los bebés en el útero prefieren mirar las caras antes que cualquier otro estímulo (Reid et al., 2017). Al igual que el recién nacido, el feto tiene una acuidad visual muy pobre. Sobre la base de que los recién nacidos prefieren mirar puntos de luz dispuestos como los ojos y la boca de un rostro humano, los investigadores presentaron puntos de luz organizados como los ojos y la boca de un ser humano a través de la pared uterina a mujeres embarazadas de 34 semanas. Los científicos utilizaron un modelo informático para ver cómo se modificaba la luz al atravesar la piel y el abdomen de la parturienta, de modo que pudieran producir la misma disposición de la luz. Su estudio muestra que cuando esta imagen, organizada como una cara, se proyecta a través del útero, los bebés giran la cabeza en esa dirección. Si la disposición de la luz se presentaba al revés y, por tanto, era más difícil de reconocer como un rostro, los fetos no reaccionaban. Demuestra que la experiencia visual existe prenatalmente, en un entorno en el que la luminosidad percibida es mucho mayor de lo que se pensaba inicialmente, y en particular presenta variaciones, percibidas en los últimos meses del embarazo, que permiten experiencias visuales variadas. Reid considera que el reconocimiento de estas formas es fruto de la experiencia prenatal y no innato.

Así conservamos durante toda nuestra vida una parte de esta capacidad de trabajo en todas nuestras relaciones a través de modalidades

de comunicación infra-verbales como la empatía, las emociones estéticas... y a fortiori en la relación terapéutica: la transferencia en una otra modalidad sensorial permite seguir *tocando* con otros medios sensoriales y cognitivos, una vez que el lenguaje permite una puesta en forma verbal de sensorialidades primitivas, como en la expresión “me toca mucho” (Prat, 2016).

Esto es lo que he descrito como la “ópera del encuentro” (Prat, 2007), un modelo de comunicación polisensorial entre dos partenaires.

Esto nos hace pensar que el bebé en el útero construye su mundo y una conciencia de sí mismo ¿Es esto ya el principio de un esquema corporal?

Es muy notable que diferentes campos estén abriendo una reflexión sobre la naturaleza de la conciencia, y alejándonos del dualismo mente-cuerpo en el que estamos firmemente instalados desde el *cogito ergo sum* de Descartes, que fijaba la existencia y la conciencia de la existencia en la actividad del pensamiento, la actividad de la mente.

Estas cuestiones se han llevado a dos extremos opuestos, con el retorno, podría decirse, de la noción de alma:

- La movilización científica y ética en torno a la vida animal ha conducido a la cuestión de la existencia de la conciencia en los animales.
- El desarrollo cada vez más potente de la inteligencia artificial ha planteado cuestiones éticas y ha diferenciado la posibilidad de conciencia en las máquinas.

En 2020, una nueva palabra entró en el diccionario Larousse: *sentiencia* (del latín *sentiens*, sentimiento): para un ser vivo, la capacidad de sentir emociones, dolor, bienestar, etc. y de percibir su entorno y sus experiencias vitales de forma subjetiva. La percepción ya no es simplemente un indicador neuroanatómico, sino que está asociada a la subjetividad y a la identificación del sujeto: la idea ya no es sólo qué percibo y cómo, sino qué hago con ello, qué me hace a mí. La conciencia perceptiva, el propio sentido del yo de Damasio (2010), es objeto de numerosas investigaciones y abre la vía a conocimientos hasta hace poco inimaginables.

Cuando nace, un niño no tiene que *construir*, sino *RE-construir* algo de lo que ya tiene una

concepción (lo que Bion [1962] llamaba “pre-concepciones”, pero que ahora me parece legítimo llamar “concepciones”).

He aquí algunos ejemplos del vasto campo de la investigación sobre el desarrollo en *Baby-lab*, que resultan absolutamente fascinantes en el período postnatal, cuando el bebé somete a la prueba de la realidad lo que ha concebido a partir de sus experiencias prenatales. Por ejemplo, sacar la lengua a un recién nacido (el primer rostro humano que ve): mira atentamente, hace una pausa y repite el movimiento. Meltzoff ve en esto “un impulso real de establecer un vínculo de identidad, de comunidad, un contacto que es una base primitiva de empatía... Se dice: *Aquí hay alguien como yo*” (Meltzoff y Moore, 2005).

Los bebés detectan inmediatamente la desincronización de las comunicaciones de su pareja, es decir, de las modalidades de contacto. No sólo necesitan la presencia y la reacción esperada, sino también al momento adecuado, es decir, el momento que pueden anticipar.

R. Baillargeon ha demostrado que, si a un bebé se le presenta un acontecimiento que es imposible, según las leyes del mundo físico, muestra su sorpresa (permanencia del objeto, ley de la gravedad) (Baillargeon et al., 1985).

David Frank y Paul Bloom (The New York Times, 2010) han intentado determinar si los bebés reconocen las intenciones y cómo lo hacen: ¿prefieren los comportamientos justos o injustos? En resumen, ¿tienen los bebés un “sentido moral”? En lo que se conoce como el *paradigma de la colina*, un pequeño disco rojo *intenta* subir una colina y retrocede antes de llegar a la cima. Un pequeño triángulo amarillo aparece por detrás y *empuja* al disco rojo, que alcanza así su objetivo. Luego, en otra escena, cuando el pequeño disco rojo llega a la cima, es empujado hacia atrás por un cuadrado azul, *el malo*, que lo devuelve a su punto de partida. En el 81 % de los casos, el bebé elegirá el triángulo amarillo, que es “el que ayuda”.

Se trata de estudios llamados *cognitivos*, pero creo que es especialmente útil para los clínicos pensar en estos momentos en términos de *violación de las expectativas* y no separar la vida cognitiva de la emocional, que son igualmente importantes en la construcción del yo y de la identidad.

Con esta perspectiva, me gustaría echar un nuevo vistazo a los resultados retomando el famoso experimento del *visual cliff* (Gibson y Walk, 1960), que se ha estudiado de muchas formas distintas en los últimos 50 años y que ilustra claramente la evolución de las preguntas y los intereses científicos. En este experimento realizado por Eleanor Gibson en los años 60, el objetivo era estudiar las reacciones del bebé ante una información procedente del entorno, en este caso un procedimiento experimental que simulaba un precipicio o un acantilado: se colocaba al bebé en una gran plataforma de cristal con un decorado que daba la impresión de un precipicio o un acantilado en la mitad de su superficie. Su madre, al otro lado de la mesa, le obsequia con un atractivo juguete. Joseph Campos repitió este experimento en los años 80, haciéndolo más complejo al pedir a la madre que utilizara sus expresiones faciales para expresar ánimo y confianza en la situación o, por el contrario, miedo (Treeincement, 2010). El bebé seguirá la emoción expresada por la madre, y dará prioridad a la información afectiva de esta sobre los datos de su propia percepción: el bebé, animado por su madre, avanza con cuidado, tocando con la punta del pie la parte de la plataforma de cristal que parece un acantilado, mientras permanece sentado en la parte que parece sólida. Tras varios intentos, cada vez investigando más la solidez y la realidad del suelo, finalmente cruza el acantilado.

Cuando, en una segunda presentación, la madre sustituye la expresión asustada por otra de confianza, el bebé, tras un momento de reticencia, cruza el acantilado. Pero si seguimos el análisis propuesto por J. Rochette (2014), en este caso el bebé no tomará ninguna precaución y se “lanzará” al vacío aparente, renunciando así a su propia evaluación; es decir, experimentando por sí mismo y confiando en esta estimación, que es el resultado de dos informaciones contradictorias: la información visual que informa sobre el estado físico del lugar y el estado psíquico del lugar emocional de la madre. Podríamos decir que renuncia a confiar en sus propias capacidades y experiencias, que contradicen su primera información perceptiva; renuncia a ser activo y sujeto, y delega en su madre, confiando en ella y ateniéndose a sus emociones.

Esto me parece emblemático de las experiencias emocionales de un bebé cautivo en comunicaciones paradójicas: no puede establecer ninguna identidad interna, sino que se entrega a sí mismo, o se pega a las consignas que le ofrece el otro.

Consecuencias metapsicológicas, en particular sobre la noción de pulsión

Es indispensable una revisión para tomar en cuenta los nuevos conocimientos surgidos del campo de los trabajos sobre el apego, la psicología del desarrollo, las neurociencias y la embriología, por nombrar sólo los más obvios.

La fuerza que, desde el principio, entre las ocho y las 10 semanas, parece *empujar* a tocar/entrar en contacto, corresponde a la definición misma de la pulsión.

El hecho de que a las ocho semanas de desarrollo fetal el embrión parezca tener primero reacciones de evitación nos permite plantear la hipótesis de que un cambio del mundo, que se convierte en un nuevo mundo sensorial, hace efracción, convulsión, ruptura en el continuum y sería entonces, por esencia, traumático.

El punto identificable del comienzo de una vida psíquica sería una transformación sensorial efractante, vuelta necesaria por el hecho de que es obligatoriamente una convulsión traumática. Se trataría de la primera manifestación de una fuerza distinta a la genéticamente programada, o funcionamiento fisiológico automático o reflejo; es decir, una primera transformación esencial para la continuidad de la vida, que constituirá el prototipo de lo que será la función psíquica.

Sabemos que Freud definió, en 1915, en *Pulsión y destinos de la pulsión*, a la pulsión como el eslabón intermedio entre la excitación somática y la actividad psíquica, un concepto límite entre psíquico y somático: “un concepto-límite entre anímico y somático, como representante psíquico de los estímulos surgidos del interior del cuerpo y llegando al alma” (Freud, 1915, p. 167).

El empuje, anclado del lado de las pulsiones de vida, que invierte el movimiento de la retirada para transformarlo en búsqueda es, en mi opinión, la pulsión originaria: una pulsión de tocar, invariante básico y esencial que constituirá la base de todo el desarrollo pulsional. Se trataría

de la primera manifestación de una fuerza distinta de la programada genéticamente, funcionamiento fisiológico automático o reflejo; una primera transformación que constituye el prototipo de lo que será la función psíquica.

En esta etapa del desarrollo embrionario, donde no podemos hablar de sexual, es un invariante, una pulsión esencial que definirá el subsuelo, la energía básica. El hecho de que el tocar sea un sentido reflexivo es fundamental para un mayor desarrollo. De hecho, uno no puede tocar sin ser tocado al mismo tiempo: por lo tanto, la fuente y el objeto de la pulsión están indisolublemente ligados, lo que instala inmediatamente el vínculo con el objeto en el corazón de la experiencia primitiva. Propongo llamarlo *Tact-Pulsión*.

Tact-pulsión está en la posición de actor central para toda la vida psíquica y de organizador de todo el desarrollo. La forma primitiva derivada del contacto permanecerá en funcionamiento durante toda la vida y constituirá nuestra *memoria de forma*. Al nacer, el mundo se volverá más complejo, y el conjunto de todo lo que se ha construido en el útero tendrá que ser revisitado: el tacto será retomado y reorganizado -es decir, simbolizado-, bajo la primacía de la creación del vínculo con las personas cercanas, amigables, luego bajo el ángulo de las investiduras sociales, y seguramente de la sexualización. La sexualidad representará una de las modalidades de estar en contacto, particularmente poderosa, con un considerable valor añadido del lado del placer.

La anterioridad de *Tact-pulsión* sobre la pulsión sexual constituye una respuesta a la pregunta planteada por Didier Anzieu a raíz de los descubrimientos de Bowlby sobre el papel de la piel en la constitución de los vínculos afectivos: “¿No ha cometido el psicoanálisis un error al privilegiar la pulsión sexual? ¿No es la pulsión de apego tan primaria como la pulsión sexual?” (Anzieu, 1979). Me inscribo en esta filiación, que podemos reconsiderar ahora a la luz de los nuevos conocimientos y datos observacionales disponibles. Lo que había sido calificado por Zazzo (1973) como “revolución del apego” fue una revolución fallida para el psicoanálisis. La corriente del apego, olvidando que Bowlby fue psicoanalista hasta el final de su vida, se convirtió en tan opuesta al psicoanálisis como, en su

momento, la corriente de la relación de objeto se oponía a la corriente *intrapsíquica*.

Los nuevos conocimientos a nuestra disposición nos llevan a reconsiderar las propuestas de articulación entre enfoque intrapsíquico y enfoque intersubjetivo. Tomar en cuenta los datos de la vida prenatal influye en la propuesta de una pulsión de apego, lo que permitiría hacer *dialogar* juntos dos corpus teóricos como el psicoanálisis y la teoría del apego tan a menudo presentados como “irreconciliables” (Golse y Missonnier, 2020). Ahora podemos especificar que la noción de apego es una condensación comportamiento / afecto: después del nacimiento, la inscripción de *Tact-pulsión* en el mundo relacional se traducirá en el doble registro de la representación en afecto y de la realización en acción. Considerar *Tact-pulsión* como fundadora nos permite conectar las dos direcciones de su desarrollo: la del vínculo con el mundo externo de los objetos y las experiencias relacionales, y la de lo intrapsíquico y el contacto con el mundo interno.

La primera calificación de *Tact-pulsión* como afecto será del orden de la ternura y su realización será *en y por* los comportamientos de apego.

Esto nos permite salir del clivaje entre una concepción intersubjetiva y otra intrasubjetiva y asociar los trabajos de investigación sobre el apego a los cuestionamientos de la investigación psicoanalítica.

La ternura aparece como la primera y ya no puede considerarse como, en su definición clásica, una pulsión inhibida en cuanto a la meta. La ternura es la forma emocional que toma la *Tact-pulsión* invistiendo a un partenaire relacional, a través de los comportamientos que se califican como de apego.

Las consecuencias clínicas son considerables

Tomar en consideración una *Tact-pulsión* de la cual conservamos una memoria de forma, subyacente a la evolución del proceso pulsional, da gran coherencia al despliegue de la vida psíquica, desde sus inicios hasta nuestra experiencia clínica, y nos pone en el camino de una herramienta clínica de primera.

Existen innumerables ejemplos clínicos que

nos permiten revisitar nuestro abordaje terapéutico con el vector del contacto. Esto implica tener en cuenta todos los niveles del lenguaje, tanto en el material que surge del paciente, como en el que proviene del analista en forma de interpretación (Prat, 2021). Me limitaré, en el marco limitado de un artículo, a presentar algunas pistas de trabajo.

El desafío de los tratamientos hoy en día se refiere a los niveles de desorganización de lo identitario y los caminos singulares de las simbolizaciones primarias (Roussillon, 1999) y plurales (Baranes, 2003); esto supone ampliar nuestras modalidades de comunicación para encontrar los niveles relacionados con las experiencias arcaicas en las cuales ha tropezado el desarrollo. La inscripción del otro desde el comienzo de la vida prenatal permite articular el modo de comunicación integrando el lenguaje no verbal, con gran coherencia, desde el inicio de la organización del psiquismo hasta el trabajo clínico, en particular con los estados límite, pero también de una manera más sutil con los *momentos límite* de todo funcionamiento psíquico: *la cura por la palabra* se descentra hacia una *cura por la comunicación* con el objetivo de establecer o restablecer las modalidades de contacto, lo cual es muy consistente con los descubrimientos de las neurociencias. Así, según Schore (2011), “a pesar de la asignación del hemisferio izquierdo verbal como *dominante* debido a su capacidad para manejar los procesos del lenguaje, en realidad es el hemisferio derecho con su función de comunicación y manejo implícito de la homeostasis y la auto-conservación el que es realmente dominante en la existencia humana” (pp. 76-77).

En nuestra *mitología* fundacional, como Freud (1915) llamaba a la teoría de las pulsiones, ¿la noción de pulsión sexual nos ayuda a trabajar la cuestión del contacto, de lo íntimo en las situaciones clínicas? ¿O más bien nos estorba en nuestra capacidad terapéutica, con estos niveles primitivos de funcionamiento, cuestionando en primer lugar la seducción en el acercamiento?

Cuando no ha podido establecerse el contacto primero con el otro, en los primeros momentos de la vida después del nacimiento, prosiguiendo el juego rítmico originario de lo *tenido-soltado* iniciado en la vida prenatal, cuando el primer

contacto ha sido demasiado intrusivo o demasiado laxo, el desarrollo psíquico permanece en barbecho: la ausencia de contacto se exaspera en la búsqueda frenética de un borde, una superficie, un doble, por falta de un reflejo; la desesperación de no poder estar en contacto, se exaspera por *volver a entrar*, por *ponerse en contacto* concretamente, o se salda por un clivaje drástico de las posibilidades de contacto con sí mismo.

En este singular trabajo psicoanalítico, se trata ante todo de establecer y restablecer el contacto con el paciente, un contacto cuya modalidad irá evolucionando a medida que evolucione el tratamiento; las características de las modalidades transformacionales del analista, por obra de su trabajo interpretativo, dan cuenta de lo que Roussillon (2001) describió como un “medio maleable”, en un tándem indisoluble de las funciones del objeto, descrito por Bollas (1987) como un “objeto transformacional”. Las características de co-construcción en lo que Roussillon (2005) definió como “conversación psicoanalítica” en analogía con el *squiggle game* de Winnicott (1968) pueden considerarse fructíferamente como una manera de recuperar el contacto, sin presuponer formas o temas preestablecidos.

Mi propuesta teórica pretende sacar al contacto de la clandestinidad y ponerlo en un lugar central en los tratamientos, como ha estado en un lugar central y primero desde el comienzo del desarrollo, para reconstruir el camino desviado del encuentro con el otro.

Recorrer el camino de los orígenes, a partir de los conocimientos actuales, nos permite volver a situar la pulsión en su lugar primario y originario de vínculo intermediario entre lo somático y lo psíquico.

La primera forma de pulsión ancla la identidad del sujeto en términos precoces en una pulsión de contacto, que luego tomará otras formas, como el contacto sexual.

Esto tiene importantes consecuencias filosóficas y éticas, y abre un modelo terapéutico y de trabajo teórico y clínico.

Destacar el tacto en el centro de la pulsión pone en primer plano el sentimiento de ternura como representación afectiva que acompaña a la pulsión. Volver a situar la pulsión en el centro

y en el principio de toda experiencia vital es profundamente unificador y vincula así diversos enfoques para comprender la constitución del sujeto y abre convergencias entre la neurobiología, la perspectiva evolutiva y el psicoanálisis de adultos, niños y bebés.

Se abre así una perspectiva clínica muy coherente desde el comienzo de la vida hasta nuestra consulta.

Nuestras modalidades interpretativas también tendrán que integrar formas de tocar al otro de manera transmodal, con la preocupación de establecer contacto sin la intrusividad del tacto físico: esto actúa como contrapunto al miedo a la seducción/transgresión resultante del modelo de la pulsión sexual, identificando el modelo de la ternura como identificando de manera particularmente apropiada lo que viene del analista y *tiende* hacia el paciente; en contrapunto, el analista es una caja de resonancia para los afectos particularmente mal simbolizados que vienen del paciente, y que movilizan su empatía.

La noción de memoria de forma nos invita a tener en cuenta el mantenimiento de la problemática de las modalidades de contacto en todas las evoluciones posteriores, incluso las clásicamente sexuales. La solidez en el tiempo de esta memoria de forma, que es el fundamento de lo que Bowlby (1969) describió como *modelo operativo interno*, la convierte en una herramienta preciosa para todos los estados altamente regresivos, las discapacidades, los ancianos, etc.

En un plano más moral, filosófico o ideológico, me parece reconfortante en esta época *hipertecnificada* que el primer movimiento vital sea psíquico, y esté profundamente ligado a la curiosidad y al descubrimiento del otro y del encuentro: es el sentido del *Tact-pulsión*, cuya memoria de forma conservamos a lo largo de toda nuestra vida.

Notas

(1) Dejaré de lado la cuestión de la memoria y de la inscripción de las huellas, que ahora se puede apoyar muy sólidamente, tanto por el lado de las neurociencias mostrando los mecanismos en juego, como del trabajo catamnésico sobre las consecuencias de los traumatismos precoces. Dicha cuestión sería un tema en sí

mismo, más allá del alcance de este artículo.

(2) Se trata de una hipótesis psicoanalítica, que necesitaría ser confirmada por la investigación, actualmente en proceso.

Bibliografía

- Anzieu, D. (1979). La peau: Du plaisir à la pensée. En *L'attachement*. Delachaux et Niestlé, p. 140-154.
- Baillargeon, R., Spelke E. S. y Wasserman, S. (1985). Object permanence in five-month-old infants. *Cognition Volume*, 20(3), 191-208.
https://www.youtube.com/watch?v=hwgo2O5Vk_g
- Baranes, J. J. (2003). *Les balafrés du divan: essai sur les symbolisations plurielles*. Presses universitaires de France.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*, Tavistock.
- Bollas, C. (1987). *La sombra del objeto. Psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Amorrortu.
- Bolognini, S. (2022). Enchantements et désenchantements dans la formation et utilisation des théories psychanalytiques sur la réalité psychique. *Le Coq-Héron*, 248(1), 14-24.
<https://doi.org/10.3917/cohe.248.0014>
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Paidós.
- Cahen, F., Farges, F., Fenoglio, I., Hallé, P., Ninin, N. y Sarradet, J. L. (2007). Le fœtus au ballon: Contribution à l'étude du passage du fœtus au nourrisson. *Cahiers de PréAut*, 4(1).
<https://doi.org/10.3917/capre.004.0019>
- Damasio, A. (2010). *Y el cerebro creó al hombre*. Destino.
- Fundación Agalma (22 de enero de 2013). *Fondation Agalma. Entretien avec Catherine Malabou* [Video]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=r6rMj8ZAK1w>
- Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. XIII, pp. 163-188). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2008). Manuscrito B : la etiología de las neurosis. En *Cartas a Wilhelm Fliess: 1887-1904*. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2015). *La naissance de la psychanalyse*. Presses universitaires de France.
- Gibson, E. J. y Walk, R. D. (1960). The "visual cliff". *Scientific American*, 202(4), 64-71.

- Golse, B. y Missonnier, S. (2020). Plaidoyer pour une troisième topique. Une représentation intrapsychique du lien intersubjectif avant même la découverte de l'objet, *In Analysis*, 4(2), 139-143.
- Houssier, F. (2010). *Anna Freud et son école. Créativité et controverses*. Campagne Première.
- Labrusse, R. y Zawisza, M. (2019, 21 de mayo). *Il faut parler d'une invention de préhistoire plutôt que d'une découverte*. Le Journal Des Arts, 724. Recuperado de: www.lejournaldesarts.fr/patrimoine/il-faut-parler-dune-invention-de-la-prehistoire-plutot-que-dune-decouverte-144234
- Lécuyer, R. (2014). *La construction des premières connaissances*. Dunod.
- López-Teijón, M., García-Faura, A. y Prats-Galin, A. (2015). Fetal facial expression in response to intravaginal music emission 1. *Ultrasound*, 23(4), 216-223.
- Meltzoff, A. N. y Moore, M. K. (2005). Imitation et développement humain: les premiers temps de la vie. *Imitation et Anthropologie*, 44, 71-90. <https://doi.org/10.4000/terrain.2455>
- Morin, E. (1995). La stratégie de reliance pour l'intelligence de la complexité. *Revue internationale de systémique*, 9(2), 105-122.
- Piontelli, A. (1992). *From fetus to child: an observational and psychoanalytic study*. Routledge, 2003.
- Prat, R. (2007). La préhistoire de la vie psychique: Son devenir et ses traces dans l'opéra de la rencontre et le processus thérapeutique. *Revue française de psychanalyse*, 71(1), 97-114. <https://doi.org/10.3917/rfp.711.0097>
- Prat, R. (2016). "Se sentir bien" ou "voir rouge": la sensation comme généalogie de l'affect; *Revue française de psychanalyse*, 80(4).
- Prat, R. (2021). Exploration du concept de «Tact-Pulsión». *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 29(2).
- Prat, R. (2023). *Tact—Pulsion, la mémoire de forme de notre psychisme*. Éditions Érès.
- Rochette-Guglielmi, J. (2014). Le bébé du nouveau «désordre» épistémique: entre psychanalyse, développement et neurosciences. En M. Boubli y L. Danon Boileau (eds.). *Le bébé en psychanalyse Monographies et débats de psychanalyse*, P. U. F. 163-183
- Roussillon, R. (2001). L'objet «médium malléable» et la conscience de soi: Ces objets qui soignent. *L'Autre*, 2(2), 241-254.
- Roussillon, R. (2005). La «conversation» psychanalytique: un divan en latence. *Revue française de psychanalyse*, 69(2), 365-381.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Humensis.
- Schore, A. N. (2001). The right brain implicit self lies at the core of psychoanalysis. *Psychoanalytic dialogues*, 21(1), 75100.
- Reid, V. M., Dunn, K., Young, R. J., Amu, J., Donovan, T. y Reissland, N. (2017). The human fetus preferentially engages with facelike visual stimuli. *Current Biology*, 27(12). <http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2017.05.044>
- The New York Times (13 de mayo de 2010). *Can Babies Tell Right From Wrong?* [Vídeo]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=HBW5vdhr_PA
- Treeincement (12 de junio de 2010). *An Experiment by Joseph Campos: The Visual Cliff*. [Vídeo] YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=p6cqNhHrMJA>
- Winnicott, D. W. (1968). El juego del garabato, en *Exploraciones Psicoanalíticas II*. Paidós.
- Zazzo R. (dir.), (1973). *L'Attachement, colloque imaginaire*, Lausanne, Delachaux et Niestlé.

Sobre la necesidad de repensar la importancia del psiquismo fetal: una propuesta razonada

MARÍA DEL CARMEN COBO BECERRA¹ Y ENRIQUE GALLEGO GRANERO²

RESUMEN

El aparato psíquico del ser humano está ligado a su desarrollo emocional. Su origen se considera ya desde la etapa prenatal. El objetivo de este artículo es realizar una reflexión razonada sobre la relevancia del psiquismo fetal y su posterior influencia en la salud mental del ser humano. Después de un breve recorrido histórico, se describe el estado actual del psiquismo prenatal. Se concluye exponiendo una propuesta razonada de optimización de la cuestión para prevenir y promover la salud mental en las madres y sus bebés. *Palabras clave: psiquismo fetal, embarazo, salud mental perinatal, prevención.*

ABSTRACT

On the need to rethink the importance of the fetal psyche: a reasoned proposal. The human being's psychic apparatus is linked to its emotional development. Its origin is considered from the prenatal stage. The aim of this article is to make a reasoned reflection on the relevance of the fetal psyche and its subsequent influence on the mental health of human beings. After a brief historical overview, the current state of prenatal psyche is described. It concludes by putting forward a reasoned proposal for optimizing the issue in order to prevent and promote mental health in mothers and their babies. *Keywords: fetal psyche, pregnancy, perinatal mental health, prevention.*

RESUM

Sobre la necessitat de repensar la importància del psiquisme fetal: una proposta raonada. L'aparell psíquic de l'ésser humà està lligat al seu desenvolupament emocional. El seu origen es considera ja des de l'etapa prenatal. L'objectiu d'aquest article és realitzar una reflexió raonada sobre la rellevància del psiquisme fetal i la seva posterior influència en la salut mental de l'ésser humà. Després d'un breu recorregut històric, es descriu l'estat actual del psiquisme prenatal. Es conclou exposant una proposta raonada d'optimització de la qüestió per prevenir i promoure la salut mental en les mares i els seus nadons. *Paraules clau: psiquisme fetal, embaràs, salut mental perinatal, prevenció.*

Introducción

La pregunta de la que se parte es: ¿qué sucede en la vida intrauterina referente al aspecto psíquico? ¿existe realmente el psiquismo antes del nacimiento?

Freud fue el primero que habla del aparato psíquico y lo define como: el conjunto de funciones y procesos psicológicos (percepción, pensamiento, memoria, emoción, motivación, etc.) que constituyen la actividad mental de una persona. Su formación está ligada con el desarrollo emocional y se relaciona principalmente

por el cuidado y la relación vincular materno-filial (Ramírez, 2010). Según Moreno (2018), estos significados se relacionan con el sexo femenino, en su función materna, donde la madre-mujer continúa siendo la principal responsable del bienestar de sus hijos.

Parece que la instauración de reflejos en fetos humanos y animales, y observaciones etiológicas, como el establecimiento de improntas a estímulos prenatales, apoyan la hipótesis del inicio del desarrollo mental durante la vida fetal (Mingote y Mingote, 2023). Estas observaciones clínicas permiten, así mismo, correlacionar algunas

¹Psicóloga general sanitaria M-32973 y doctorada en Psicología por la Universidad Europea de Madrid.

²Doctor en Psicología de la comunicación y el cambio. Psicólogo general sanitario M-21098. Profesor del Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud de la Universidad Europea de Madrid. PDI Asociado del Departamento de Antropología Social y Psicología Social de la Universidad Complutense de Madrid. Contacto: psicologacarmencb@cop.es

Recibido: 4/6/24 - Aceptado: 27/1/25

manifestaciones psicopatológicas y psicológicas del adulto con vivencias aparentemente natales y prenatales (Palau, 2021). He ahí la importancia contemporánea de repensar el psiquismo fetal y sus implicaciones.

Recorrido histórico del abordaje del psiquismo fetal

Ya en el siglo VI (a.C.), se planteó la hipótesis de que el feto, a las 12 semanas, además de sentir el medio físico en el que se encontraba, también tenía la capacidad de explorar sensaciones. Empédocles, en el siglo V (a.C.), proponía que el desarrollo fetal podría estar influido por el estado mental de la madre (Leiva, 2018). Más tarde, Hipócrates (siglo IV a.C.) tenía el convencimiento de la influencia de la embarazada sobre su hijo o hija. Da Vinci pensaba que era una misma alma la que albergaba en los dos cuerpos y un mismo cuerpo los alimentaba (Medina, 2017).

Marcé, fundador de la Sociedad Marcé, escribió en 1858 el primer tratado de psiquiatría perinatal: *Traité de folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*. Realizó un exhaustivo análisis descriptivo del estado psíquico de las mujeres en el periodo perinatal y cómo podría influir en el feto en desarrollo (Boukobza, 2002).

En el siglo XX, varios autores como Rascovsky, Verny o Tomatis, entre otros, desde sus diferentes disciplinas, realizaron estudios y reforzaron la importancia del periodo perinatal. Además, constataron la idea de que el aparato psíquico se forma y graba desde antes de la gestación y hasta los seis años de vida (Verny, 2021). Parece ser entonces que en ese periodo se establecen las bases de la salud mental del futuro niño (Sutter et al., 2020).

Década de los 60

Rascovsky (1960, citado en Darre, 2018) propone la idea del psiquismo fetal. En su obra defiende que el yo fetal es el contenedor en el que se deposita y almacena la experiencia arcaica heredada a través de generaciones. Es decir, que el desarrollo psíquico del bebé se desarrollará dependiendo del mensaje transferido por la herencia genética y por la probable transmisión de singularidades adquiridas o desarrolladas, no

solo biológicas, sino también ganancias y aprendizajes culturales añadidos al genoma (Rascovsky y Feto, 2015).

Montagu (1962, citado en Ferrill, 2019) considera que, si la mujer embarazada sufre emociones fuertes, éstas podrían generar cambios químicos en el sistema nervioso y en el endocrino que son capaces de traspasar la placenta y llegar al feto, que tendría capacidad para responder a estímulos externos mediante movimientos corporales o bien acelerando su ritmo cardíaco.

Década de los 70

MacFarlane (1978, citado en Olza et al., 2018) contempla al feto como un ente consciente, que puede sentir y recordar lo que le ocurre durante los meses del embarazo, etapa en la que ya se moldean su personalidad y sus impulsos y que la promotora de esta construcción psíquica será la madre. Por su parte, Ferrill (2019) manifiesta que los bebés que después de su nacimiento tienen problemas de alimentación es porque padecen una irritabilidad que les afecta al sistema digestivo y, por ello, defiende que esta predisposición es intrauterina debido a diferentes causas referidas al entorno fetal y a las emociones de la madre embarazada. Bateson (1979), en su obra *Espíritu y naturaleza*, considera razonable creer que el embrión y después el feto poseen ya una mente que, probablemente, algún día será descrita como altamente inteligente (Prieto, 2015).

Década de los 80

Según Pichón (1985, citado en Chayo y Macchioli, 2007), la constitución del psiquismo humano debe considerarse como producto de dos factores: el hereditario y la actuación de las vivencias de la madre sobre el feto en el embarazo. En su teoría de enfermedad única (TEU), plantea que las enfermedades derivan de la tristeza o depresión en los primeros vínculos, incluido el fetal, y que lo social y cultural viene ya instalado en el psiquismo del bebé (Bernal, 2010).

A su vez, Verny y Kelly (1988, citados en Hurtado, 2016), con su obra *La vida secreta del niño antes de nacer*, evidencian que el feto ya dispone de la capacidad de oír a partir de la semana

veinticuatro el latido del corazón de su madre y también puede sentir, recordar, percibir e incluso aprender. Concluyen que el feto ya es un ser consciente, que siente y recuerda todo lo que ocurre intrauterinamente, puesto que ya existe, y que la relación afectiva que se establece entre la madre y su hijo después del nacimiento es tan solo una continuación del proceso vinculante prenatal.

Década de los 90

Tomatis (1990, citado en Hernández, 2011) indicó la transcendencia psicológica de la vida intrauterina y defendió que el feto escuchaba su entorno y la voz de su madre y cómo ésta repercute va a condicionar su bienestar. El feto puede llegar a percibir si la madre tiene miedo, angustia o alteraciones psicológicas y este sentimiento podría afectar al bebé psicológicamente durante toda su vida (Rodríguez y Sánchez, 2018).

Al mismo tiempo, Brazelton y Cramer (1993, citados en Solís, 2017) aportan la idea de que la madre, durante el embarazo, al sentir los primeros movimientos de su bebé, va a anhelar amar, proteger y cuidarlo como ella hubiera deseado que su madre la amara y cuidara.

Lebovici (1995, citado en Schejtman, et al., 2010) investigó sobre la importancia clínica de las representaciones que los padres se van formando con respecto a su bebé durante el periodo del embarazo y la relación de estas representaciones con la calidad del vínculo y cómo esta unión afectiva influirá en el desarrollo psíquico del niño.

Righetti (1996) se cuestionó cómo puede surgir una unión tan estrecha entre la madre y su bebé recién nacido en las primeras horas después del nacimiento. Para este autor, no es más que una continuación de la unión que ya se estableció mucho antes de nacer. Es un continuo de la unión entre madre y feto (Coq y Geraldin, 2020). Busnel (1999, citado en Kisilevsky et al., 2003) concluye en sus estudios que el feto es estimulado tanto con la palabra de la madre como con sus pensamientos, siempre y cuando adquieran un sentido real. Establecía que los pensamientos se transmiten mediante el agua, y el feto humano está compuesto por un 90 % de agua, sumergido en el líquido amniótico.

Años 2000

Dolto (2004) planteó que el latido de la madre es un sonido que se recuerda, es un tipo de lenguaje y símbolo para su hijo, que calma y da seguridad y que estas sensaciones placenteras se podrían ver afectadas si el ritmo cardíaco de su madre sufriera alteraciones repentinas. Según ella, la madre es vigorizante o debilitadora para el feto y detecta el deseo de esta para con él (Liaudet, 2010). Concluye que, si el feto es consciente de lo que le rodea, es también consciente de sí mismo, de su cuerpo fetal; es un ser que tiene su propio lenguaje, que está presente en toda su vida intrauterina (Sánchez, 2021).

Manzano (2005) defiende que el ser humano viene al mundo ya programado para relacionarse con los otros y se reprograma de acuerdo con estas relaciones. Por lo tanto, considera al bebé como un ser social que interactúa ya desde el útero con su madre y, después del nacimiento, con su entorno.

Nanzer et al. (2012) proponen que la madre puede sentir desamparo, indefensión, impotencia y soledad ante estos acontecimientos dolorosos y difíciles, lo que puede llegar a provocar efectos traumatógenos en su bebé. Según Larban (2013), si la capacidad de comunicación empática de la madre con su bebé intrauterino se merma, el feto puede captar ese sufrimiento y ausencia de la madre, lo que le puede producir un gran malestar y dolor emocional que afectarían a la relación materno-filial después del nacimiento. Así, podrían surgir en el bebé trastornos psicósomáticos o incluso de naturaleza autística debido a que la función materna se ha visto perturbada por sucesos perinatales de carácter traumático.

Talarn et al. (2014) apuntan a la posibilidad de una actividad psíquica prenatal como preámbulo de constitución de la base psicológica sobre la que se construye gradualmente la personalidad del individuo. Desde hace un tiempo, se acepta la idea de que el feto puede responder de una manera adaptativa o no a las respuestas emocionales y fisiológicas de su madre a acontecimientos estresantes externos, que además podría afectar a la diada materno-fetal y a sus funciones, incluyendo al desarrollo cerebral (Gaviria, 2006).

Estado del arte

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 25 % de las mujeres embarazadas experimenta algún tipo de malestar psíquico relevante (Sociedad Marcé Española, 2023). Tanto la ansiedad como la depresión son las patologías más comunes durante el periodo perinatal y se traduce en factores de riesgo a tener en cuenta para la psicopatología de la díada madre-bebé (Olza et al., 2018). Cuando a las futuras madres se les ofrece apoyo psicológico durante el periodo de gestación, los resultados a nivel obstétrico mejoran considerablemente (Bohren et al., 2017). Según Juliá et al. (2020), a esto se añade que, en la última década, la salud mental se concibe como un problema prioritario de la salud pública. Recientemente y después de la pandemia, organismos e instituciones están reuniéndose y reflexionando sobre esta problemática (Ramírez, 2021).

Varios países de Europa han ampliado su financiación para la salud mental perinatal, ya que se han dado cuenta que es un problema que atañe a nivel político, médico, social y económico. Los costes del estrés, de la ansiedad y de la psicosis perinatal pueden llegar a ser muy altos y afectan tanto a la madre como al bebé (Peristat y Macfarlane, 2018). En la última cumbre nacional sobre atención preconcepcional, se refirió a este concepto como el conjunto de intervenciones que tienen como objetivo identificar y modificar los riesgos biomédicos, conductuales y sociales para la salud de una mujer o el resultado del embarazo a través de la prevención y el manejo, enfatizando aquellos factores sobre los que se debe actuar antes de la concepción para tener el máximo impacto (Knight, 2019).

Según Ramírez (2021), con este tipo de medida preconcepcional, los resultados han demostrado beneficios como la prevención de los defectos del tubo neural y otros riesgos asociados al embarazo, así como la influencia en la mejoría de la salud mental y orgánica en las mujeres embarazadas.

La publicación del último informe de *European Perinatal Health Report, 2015-2019*, de Euro-Peristat, que desde hace unos años evalúa la salud de las mujeres embarazadas y sus bebés en Europa para medir el bienestar de su

población, declaraba que los resultados desfavorables relacionados con el periodo perinatal en la mujer pueden causar efectos en la salud mental que permanezcan a lo largo de los años y morbilidad en etapas posteriores de la vida (Peristat y Macfarlane, 2018b).

García (2016) expone que, si el feto se desarrolla en un periodo desfavorable, debido a diferentes motivos desde no ser deseado, percibir el estado afectivo o de salud de la madre tanto prenatal o postnatal, el bebé puede manifestar emociones, cogniciones y conductas negativas que influyan en el desarrollo de su personalidad. Entonces, los niños que se gestan en contextos tempranos de riesgo son más proclives a presentar problemas de ajuste. Concluye que los niños que han establecido vínculos menos seguros tienden a desarrollar un temperamento difícil y, por el contrario, si han crecido con apego seguro en su personalidad, presentan cualidades como seguridad, alegría, amor, buen estado emocional y personalidad adaptativa ante situaciones desconocidas (Velasco, 2023).

Alarcón (2017) estudia los intercambios placentarios y el flujo circulatorio a través del cordón umbilical, afectados por las angustias y tensiones de la madre. Este estado arcaico fetal deja rastros posteriores ligados al malestar o bienestar orgánico. Así mismo, Medina (2017) fundamentó la teoría de que el seno materno es el origen de las primeras experiencias del ser humano y la primera maestra es la madre, ya que a través de sus emociones le enseña en sus expresiones. El feto puede llegar a sentir, percibir, registrar acontecimientos y responder ante ellos a nivel celular en estadios muy prematuros de su desarrollo (Medina, 2018).

Para el neonatólogo Bellieni (2019), el útero no representa esa caja fuerte y tan benefactora que se suponía para el bebé, ya que este es multisensorial y además de tener memoria, acumula y almacena recuerdos de sensaciones y vivencias intrauterinas. Este autor, en el trascurso de sus investigaciones, llegó a la conclusión de que, en primer lugar, se presenta la sensibilidad táctil, después la química, a través del gusto y el olfato; luego la vestibular y, por último, se manifiesta la visual. Cada vez cobra más auge la teoría por la cual la personalidad del niño dependerá en gran medida del periodo transcendental de

la gestación y, de acuerdo a los pensamientos, emociones y sensaciones que manifieste la madre durante este proceso, formará a su hijo desde el útero (Laguna, 2017).

Según Álvarez (2021), uno de los factores más determinantes para la salud mental y la vida emocional de un ser humano es el tipo de vínculo afectivo que se ha desarrollado entre la madre y el hijo desde la concepción y los primeros años de vida. Desde la neurobiología interpersonal, cuyo precursor fue Siegel (2016), aún se desconocen todos los mecanismos implicados en esta interacción, pero afirman que, si se establece una buena vinculación prenatal, hay más posibilidades de que surjan relaciones afectivas apropiadas para favorecer la salud mental durante todo el desarrollo de la persona.

Material y método

Para el desarrollo del actual documento se ha partido del concepto de psiquismo fetal y se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos para la obtención de sus datos a través de las bases de datos de *Google Academic*, y *PubMed* como fuentes de documento, biblioteca virtual de la Universidad Europea de Madrid, *Medical Subject Heading Database* (MeSH) y libros con contenido especializado en la materia.

Se buscaron los artículos publicados desde enero 2010 hasta finales del 2023, aunque para poner en contexto la temática tratada se recurrió a libros y artículos de la primera mitad del siglo XX, que se incluyen en la bibliografía. Esta ampliación de acotación fue necesaria para poder hacer una mejora en la documentación. Se utilizaron palabras claves para la búsqueda electrónica: fetal, psiquismo, embarazo, epigenética, microquimerismo, perinatal. Para el análisis de los artículos seleccionados se extrajo la información que se consideró más destacada de acuerdo a los criterios de búsqueda. Para ello, primero se realizaron lecturas exhaustivas para familiarizarnos con los contenidos; después, se clasificaron aquellas cuyo contenido nos pareció más acorde con la investigación en cuestión y se descartaron los que no aportaron la información necesaria o eran reiterativos y así reducir el volumen del material con el que se iba a trabajar. Por último, se verificaron los conceptos

y la información y se pasó a la síntesis del artículo. Esta síntesis consistió en ordenar, combinar y condensar toda la información recabada y analizada de todas las fuentes seleccionadas. Y después, se le dio una estructura y forma más asequible y concordancia con los objetivos y fuentes trabajadas.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto hasta aquí, a continuación, se presenta una propuesta de plan formativo para la prevención y promoción de la salud mental perinatal.

Propuesta razonada de optimización de la cuestión

Sierra (2023) propone que la salud mental debería ser un compromiso para los estados en cuanto a los objetivos del desarrollo social, ya que la salud mental lleva consigo el bienestar emocional, psicológico y social de las personas y se origina, según esta autora, desde antes del nacimiento. Por lo tanto, no llevar a cabo políticas activas de prevención y atención a la salud mental perinatal conlleva a corto, medio y largo plazo un gasto desproporcionado de recursos personales y económicos públicos y privados. Estos riesgos implican, desde el punto de vista humano, grandes padecimientos en las personas y en sus entornos y cooperan a la denominada “sociedad del malestar” (Paricio, 2024).

Por tanto, la salud mental perinatal tiene como uno de sus objetivos centrales favorecer los cuidados que promueven la estabilidad emocional de la madre y del padre, el apego seguro, el desarrollo integral y el bienestar del niño o niña y la familia (Maldonado, 2011). El acceso a una buena salud mental perinatal ha de ser entendido no solo como una necesidad sino como un derecho universal. Para ello, se necesitaría crear equipos y redes de prevención e intervención y también redes multidisciplinarias e interdisciplinarias de investigación que generen conocimiento científico por y para el presente y el futuro de nuestra sociedad (Sierra, 2023).

Para poder llevar a cabo toda esta mejoría se propone:

1. A nivel institucional:
 - a) En las universidades: añadir al currículum académico de Grado en Psicología y al de Máster de Psicología General Sanitaria

(MPGS) materias relacionadas con la psicología perinatal, del mismo modo que ya se hace con la psicología infanto-juvenil o de pareja, dando así una opción más a la especialización de la psicología perinatal. De este modo, los graduados tendrán con un alto conocimiento en la materia que además pueden educar a otros. Ofrecer más opciones universitarias oficiales en psicología perinatal que aporten adquisición progresiva de conocimientos teórico-prácticos y competencias específicas en la materia. Difusión de artículos y ponencias en congresos, también de revistas y bibliografía en medios universitarios.

- b) En sanidad: disponer de más información y presencia de psicólogos perinatales en clínicas de fertilidad, en centros de maternidad y en hospitales, trabajando conjuntamente y de manera multidisciplinar todos los profesionales expertos en este periodo crítico de la vida en las familias (médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, etc.). Y, para ello, formar a los equipos en esta área organizando jornadas, charlas y conferencias, así como la difusión en las diferentes redes sociales. Esto ya se está desarrollando en algunos hospitales como el Hospital Puerta de Hierro de Madrid. Más publicidad y carteles en las consultas de ginecología, para que la mujer no se sienta culpable de tener sentimientos encontrados durante el embarazo y pueda hablar y ser atendida y acompañada.
- c) En psicología: dar más visibilidad al periodo perinatal, desde un punto de vista psicológico y no sólo orgánico, desde los organismos y colegios oficiales de psicología de cada provincia y también a nivel nacional, informando y alertando de las dificultades y problemáticas de esa etapa.
- d) En los medios informativos: difusión en radio y otros canales, como ya se hace, por ejemplo, en Multicanal-radio.
- e) En educación: crear asociaciones como la Asociación Española de Educación Prenatal (ANEP), que ya está enseñando en los colegios e institutos a los adolescentes sobre la importancia del periodo prenatal, obteniendo muy buenos resultados.

2. A nivel psicología clínica en consulta:

- a) Añadir, al cuestionario de las preguntas de anamnesis de las primeras entrevistas con los pacientes, ítems acerca de cómo fue el embarazo de sus madres cuando estaban embarazadas de ellos y cómo se sintieron ellas emocionalmente durante ese periodo de gestación. Así, poder relacionar angustias o estados mentales actuales con la huella del periodo perinatal y tener más conocimiento de por qué la paciente se siente de un cierto modo y no se sabe muy bien el motivo.
- b) Si las pacientes son madres con angustias ante la maternidad y consecuentes cargas emocionales, ayudar a desculpabilizar y desmitificar este proceso. Normalizar que una madre se puede sentir mal emocionalmente durante el periodo perinatal y posteriores etapas. Acompañarlas en este bagaje.
- c) Psicoeducar a las pacientes en esta área. La psicología clínica es el estudio de la mente. Es acompañar al ser humano a encontrar su bienestar, pensando y elaborando todo su mundo interno.

Los contenidos de las formaciones y la información que se vaya a transmitir en este plan están enfocados desde una orientación en la psicología humanista, la psicología sistémica/familiar y la psicoterapia psicoanalista, pero también desde el área educativa. Dichos contenidos se basarán en conocimientos, habilidades, estudios científicos y documentos referentes al asunto en cuestión. Los pilares de la propuesta serán hablar e informar a los adolescentes, a los futuros padres y a los que ya lo son, pero también a los profesionales sociales y humanistas, y se considera que puede ser muy enriquecedor que tenga conocimiento la sociedad en general sin límites. Las etapas que se deberían tratar son las siguientes.

Periodo de la preconcepción. Incluye hablar sobre lo que es ser padres y la importancia del periodo prenatal para la vida del futuro ser que va a nacer. Prepararlos y aportarles herramientas útiles desde el punto de vista físico, mental y emocional, para proporcionar a sus descendientes con la mayor información posible un origen de vida que les aporte bienestar y hábitos de vida saludables.

La concepción. Exponer cómo debería ser ese

momento, un acto de amor consciente, aconsejando crear para ello un espacio sano, tranquilo, agradable y limpio con un entorno de amor, belleza y armonía, y, a su vez, explicando el porqué de la importancia de ese contexto para el futuro del hijo o hija.

La gestación propiamente dicha, donde la madre tiene que tener, además de los cuidados físicos proporcionado por los médicos que llevan su embarazo, los cuidados emocionales. Explicar la importancia del papel fundamental que tiene el padre para la madre en este periodo, así como el resto de familiares y el entorno social, estableciendo un entramado que sostiene a la madre y la protege del malestar físico y mental y esta, a su vez, sostiene al hijo por nacer.

El nacimiento y la lactancia. Este periodo también es muy importante. El bebé recién nacido ha salido al mundo y necesita el máximo cuidado y atención durante esta etapa. Intentar explicar que el parto debería ser lo más natural posible. La importancia del contacto de la diada madre/hijo piel con piel, así como informar amamantamiento en el sentido amplio del término, ya sea natural o artificial, para que el niño comience el transitar de su vida con las mejores condiciones de salud, seguridad y afectos.

Si se tuviera en cuenta esta propuesta, las áreas de la psicología en las que se mejorarían y ampliarían los contenidos y los conocimientos son:

- Psicología evolutiva y psicopatología del desarrollo
- Epidemiología de los trastornos mentales en la infancia, la adolescencia y la adultez.
- Psicopatología de la infancia, el adolescente y el adulto.
- Enfermedad psicósomática.
- Neuropsicología infantil y juvenil.
- Relaciones familiares.
- Relaciones de pareja.
- Relaciones sociales, grupales e interpersonales.
- Evaluación del desarrollo psicológico
- Interconsulta entre psicología y ginecología
- Psicología del aprendizaje.
- Psicología de la atención.

Esta propuesta es necesaria en la práctica clínica actual, ya que va a aportar a profesionales de la salud nuevos caminos y respuestas escondidas en la mente del paciente, a quien se le va a ayudar a entender, desde otro punto de vista,

algo más de su padecer. No es el todo del sufrimiento del ser humano, pero sí una pieza más a tener en cuenta en el camino hacia la cura. También ayudarán a los padres, profesores, educadores, médicos, enfermeras y, en general, responsables sociales y profesionales cercanos al ser humano para entender algunas conductas de los niños, adolescentes y adultos. Se trata de una propuesta que promueve también la prevención eficaz y segura de disfunciones, ya que crea salud física y psíquica.

Algunas de estas propuestas ya se están llevando a cabo en algunas instituciones. como por ejemplo los que se detallan a continuación:

- 1) La Psicoterapia Centrada en la Parentalidad (PCP). Se trata de un tipo de terapia que se aplica durante el embarazo y el postparto, enfocada en la prevención y detección precoz de la sintomatología depresivo-ansiosa de las gestantes, en el vínculo de la diada madre-bebé y en el desarrollo del bebé. Actualmente está siendo implementada por el equipo de Atención Primaria de Salud de Roquetes-Canteres y el equipo psicoterapéutico Bruc Salut, en Barcelona (Nanzer et al., 2023).
- 2) Atención interdisciplinar desde la Atención Primaria de Salud. Se trata de un modelo de atención bio-psico-social integrada, abordando las necesidades perinatales desde un enfoque multidisciplinar, que es fundamental para el bienestar y desarrollo adecuados de adultos, adolescentes y niños, principalmente en el periodo perinatal (Prims et al., 2023).
- 3) Existen también grupos de atención a padres cuya finalidad es la observación y la intervención psicoanalítica como facilitadores de los primeros vínculos y relaciones materno filiales (Mendes de Almeida, 2023).
- 4) En Sudamérica hay varios programas, como el *programa mamá-canguro*, desarrollado para cuidar la vida y fomentar el contacto temprano madre-bebé y el cuidado mental y físico (Tuirán et al., 2023).

Conclusiones, limitaciones y prospectiva

La curiosidad por el psiquismo fetal no es algo reciente, ya que tiene su historia y goza de su

propia identidad, del mismo modo que la posee la psicología perinatal, área en la cual cada vez más profesionales se ocupan y preocupan y se están realizando nuevas investigaciones, debido al interés suscitado por el periodo de gestación. Se considera como una etapa muy crítica para la salud mental y física, tanto del bebé como de la madre, y en España han empezado a surgir instituciones interesadas en este tema, como la Asociación para la Salud Mental Infantil (ASMI) o el Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal (IESMP), integradas por psiquiatras, médicos, psicólogos, matronas, enfermeras y trabajadores sociales entre otros profesionales de la salud.

Desde la perspectiva psicodinámica y la teoría del apego, cada vez se realizan más investigaciones referentes a esta relación perinatal entre madre y su bebé. Se considera relevante porque, en general, las consultas psicológicas más frecuentes de niños, adolescentes y adultos, tienen que ver con las relaciones sociales y/o de pareja, con episodios de depresión, con ansiedad o angustia, con falta de regulación emocional y de autocontrol. Estos estados y/o patologías cada vez se vinculan más con las primeras relaciones y los vínculos iniciales entre la madre, el padre y el hijo o hija, incluyendo el periodo perinatal.

El interés por la importancia del psiquismo fetal y de la psicología perinatal ayuda a promover y prevenir la salud mental de la diada madre-hijo/a desde los inicios de la gestación y antes del nacimiento, y funcionarían como la antesala de la reciente especialidad de psicología clínica de la infancia y adolescencia, ya que cada vez aumentan más los problemas de salud mental en esas edades y hay veces que esa enfermedad ya se gesta en el embarazo.

Entre las limitaciones y/o dificultades para poder abordar el psiquismo fetal son los recursos económicos desde la sanidad privada y las resistencias a la mentalización de los profesionales de la salud de la importancia del periodo perinatal desde la salud mental, ya que durante muchos años sólo se han centrado en cómo se desarrollaban el feto y la madre desde el punto de vista orgánico/corporal.

Entre las líneas para el desarrollo de una prospectiva futura, aportar más información y formación, educar e informar desde todas las instituciones para que se propicie una mayor

difusión de este periodo y la importancia de la formación del psiquismo del ser humano y, por ende, la enfermedad mental, desde etapas tan primarias como prenatal. Esto proporcionaría una línea de partida en base a cómo se sentía la madre emocionalmente durante el embarazo y las diferentes emociones que hubiera podido transmitir a su hijo durante los primeros momentos vinculares para poder relacionarlo con las patologías psicológicas de tipo afectivo, emocional y del apego.

Bibliografía

- Alarcón, J. (2017). Fundamentos metapsicológicos de la psicología psicoanalítica. *Revista de psicoterapia y psicología del instituto de estudios psicodinámicos y psicología médica*, 93, 85-109.
- Álvarez, E. (2021). El apego desde el útero. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Volúmen, 11(2), 1. Recuperado de https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/El_apego_desde_el_uterio_E.Alvarez.pdf
- Bateson, G. (1979). *Espíritu y naturaleza*. Amorrortu editores.
- Bellieni, C. (2019). New insight into fetal pain. *Seminars in fetal and neonatal medicine*, 24 (4). 101001. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2019.04.001>
- Bernal, H. (2010). *Sobre la teoría del vínculo en Enrique Pichón Riviére. Una sistematización del texto Teoría del vínculo de Pichón* [en línea]. Recuperado de <https://principiosdepsicoterapia.files.wordpress.com/2015/03/clase-1-bernal-sobre-la-teor%C3%ADa-del-v%C3%ADnculo-de-pichon-riviere.pdf>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuza, R. K. y Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003766.pub6>
- Boukoba, C. (2002). Louis Victor Marcé: Traité de la folie des femmes enceintes: des nouvelles accouchées et des nourrices. *Figures de la Psychanalyse*, 1, 253-254. https://doi.org/10.3917/fp.006.0253#xd_cof=ZjFIYzU2YzltYzU1OS00OTRhLTk3NGYtNjh

kYmNkYWlyMjg4-

- Chayo, Y. y Macchioli, F. (2007). Una historia de las ideas sobre la esquizofrenia en la Teoría de la Enfermedad Única de Pichon-Riviere. *Epistemología e historia de la ciencia* 3, 139-145. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11086/3160>
- Coq, J. M. y Gerardin, P. (2020). Desarrollo psicológico del niño. *EMC-Pediatría*, 55(2), 1-9. [https://doi.org/10.1016/S1245-1789\(20\)43834-X](https://doi.org/10.1016/S1245-1789(20)43834-X)
- Darré, S. (2018). A 60 años del psiquismo fetal. La infancia como portal. *Humanidades. Revista de la Universidad de Montevideo* 4, 133-151. <https://doi.org/10.25185/4.5>
- Dolto, F. (2004). *En el juego del deseo*. Siglo XXI.
- Ferrill, L. (2019). *The child before birth*. Cornell University Press.
- García, G. P. (2016). *Estudio comparativo del temperamento en niños de un año de madres con antecedentes prenatales favorables y desfavorables* [Examen complejo psicología clínica, Universidad Técnica de Machala]. Repositorio institucional UN: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/8567>
- Gaviria, S. L. (2006). Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 35 (2), 210-214. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635206>
- Hernández, M. (2011). *Influencia del método TOMATIS en el desarrollo cognitivo de los niños/as autistas* [proyecto terminal, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo]. Repositorio Institucional UN: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/2021/Influencia%20del%20m%C3%A9todo%20TOMATIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hurtado, M. G. (2016). *Embarazo y prevención: Estimulación prenatal auditiva*. Punto Rojo Libros.
- Juliá, R., Aguilera, C., Megías, F. y Martínez, J. R. (2020). Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 81-85. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.014>
- Knight, M. (2019). The findings of the MBRRACE-UK confidential enquiry into maternal deaths and morbidity. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 29(1), 21-23. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2018.12.003>
- Kisilevsky, B. S., Hains, S. M., Lee, K., Xie, X., Huang, H., Ye, H. H., ... y Wang, Z. (2003). Effects of experience on fetal voice recognition. *Psychological science*, 14(3), 220-224. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9280.02435>
- Laguna, A. I. (2017). *La educación emocional comienza desde el útero materno* [en línea]. Recuperado de <http://otrasvoceseneducacion.org/archivos/248620>
- Larban, J. (2013). Transmisión psíquica inconsciente de contenido traumático. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 22, 19-26. Recuperado de <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Larban-Juan-22.pdf>
- Leiva, M. (2018). Aristóteles y el aborto: una mirada al principio de potencialidad. *Revista de Filosofía Universidad Católica de la Santísima Concepción*, 17(1), 63-76. <https://doi.org/10.21703/2735-6353.2018.17.01.03>
- Lebovici, S y Weil-Harper, F. (1995). *La psicopatología del bebé*. Siglo XXI Editores.
- Liaudet, J. C. (2010). *Dolto explique aux parents*. L'Archipel.
- Maldonado, J. M. (2011). *Salud mental perinatal*. OPS.
- Manzano, J. (2005). La evaluación psicopatológica estructural. El estatuto clínico psicodinámico, *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 39-40, 107-116. Recuperado de <http://www.sepypna.com/articulos/evaluacion-psicopatologica-estructural/>
- Medina, G. (2017). Enseñanza materna, aprendizaje fetal. *Salus*, 21(2), 19-22. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375953625005>
- Medina, G. (2018, 20 de noviembre). *El útero, la primera escuela bajo el enfoque holístico*. [tesis doctoral, Universidad de Carabobo], Venezuela. Repositorio Institucional UN. <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/7691/gmedina.pdf?sequence=1>
- Mendes de Almeida, M. (2023). Grupos de

- atención a padres y bebés: Observación e intervención psicoanalítica en microscopía clínica como facilitador de las relaciones iniciales. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, M6, 89-100.
- Mingote, J. C. y Mingote, B. (2023). La identidad del ser humano y más o menos inhumano: Algunas paradojas del presunto homo sapiens. *Encuentros multidisciplinares*, 25(73), 30. Disponible en <http://encuentros-multidisciplinares.org/revista-73/carlos-mingote.pdf>
- Moreno, E. (2018). Mito o castración, o el mito como castración de la sexualidad femenina. *Revista de psicoterapia y psicósomática del instituto de estudios psicósomáticos y psicoterapia médica*, 98, 2-24.
- Nanzer, N., Sancho Rossignol, A., Righetti-Veltma, M., Knauer, D., Manzano, J. y Palacio Espasa, F. (2012). Effects of a brief psychoanalytic intervention for perinatal depression. *Archives of women's mental health*, 15, 259-268. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0285-z>
- Nanzer, N., Gomà, M. y Llairó, A. (2023). Una psicoterapia centrada en la parentalidad para tartar la psicopatología perinatal, sostener el vínculo madre-bebé y prevenir trastornos del niño. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, M6, 21-32.
- Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., ... y Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ open*, 8(10), e020347. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>
- Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Maternal Health* [en línea]. Disponible en https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1
- Palau, P. (2021, 6 de noviembre). *Sufrimiento emocional perinatal compartido y vulnerabilidad psicósomática: síntomas funcionales y defensa intrapsíquicas tempranas* [ponencia]. Primeras Jornadas Internacionales Conecta Perinatal. Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia.
- Paricio, R. (2024). Salud materno-infantil y salud mental perinatal. Un ámbito de mejora en la Sanidad española. *Revista Española de Salud Pública*, 98, 3.
- Peristat, E. y Macfarlane, A. J. (2018). *Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015* [en línea]. Recuperado de https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_Euro-Peristat.pdf
- Prieto, F. M. (2015). *Psicobiología del estrés prenatal: implicaciones en el eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal de los bebés* [tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio Institucional UN <https://eprints.ucm.es/id/eprint/37675/>
- Prims, E., Gomà, M., Oliván, A., Cozodoy, E., Serra, L., Salas, I., Sánchez, C., Ferrer, J., Alcocer, T., Arias-Pujol, E., Martínez, M. y Llairó, A., (2023). El abordaje perinatal interdisciplinar desde atención primaria de salud (APS): El desarrollo de una atención bio-psico-social integrada. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, M6, 33-44.
- Ramírez, N. (2010). Las relaciones objetales y el desarrollo del psiquismo: una concepción psicoanalítica. *Revista de investigación en psicología* 13(2), 221-230. <https://doi.org/10.1538/rinvp.v13i2.3729>
- Ramírez, M. R. (2021, 6 de noviembre). *Salud mental en obstetricia de alto riesgo* [ponencia]. Primeras Jornadas Internacionales Conecta Perinatal. Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia.
- Rascovsky, A. y Feto, P. (2015). Psiquismo fetal (Cap. 9). *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis* (49), 14. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=886>
- Righetti, P. L. (1996). The emotional experience of the fetus: A preliminary report. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 11(1), 55. Recuperado de https://apppahjournal.birthingpsychology.com/wp-content/uploads/journal/published_paper/volume-11/issue-1/vQqaPo46.pdf
- Rodríguez, I. y Sánchez, M. (2018). Un acercamiento al Método Tomatis y su aplicación terapéutica [trabajo fin de grado inédito, Universidad de Sevilla]. Repositorio Institucional UN <https://idus.us.es/handle/11441/83896>
- Sánchez, M. D. R. (2021). Fronteras metapsicológicas del psiquismo temprano: la cesura del

- nacimiento y la castración umbilical. *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 43. Recuperado de <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2021/11/21.-GRILLO.pdf>
- Schejtman, C. R., Duhalde, C., Silver, R., Vernengo, M. P., Esteve, M. J. y Huerin, V. (2010). Los inicios del juego en la primera infancia y su relación con la regulación afectiva diádica y la autorregulación de los infantes. *Anuario de investigaciones*, 17, 253-264. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139945063>
- Siegel, D. J. (2016). *Guía de bolsillo de neurobiología interpersonal: un manual integrativo de la mente*. Eleftheria.
- Sierra, P. (2023, 15 de junio). *Mejorar la atención a la salud mental perinatal. Fundamentos, propuestas y peticiones* [ponencia]. Conecta perinatal en colegio general de la psicología de España, Madrid, España. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=D9FHbthD2g>
- Sociedad Marcé española (2023). *¿Por qué la salud materna debe ser una prioridad?* Recuperado de <https://www.sociedadmarce.org/dia-mundial-SMM.cfm/ID/6888/MARES/-por-salud-mental-materna-debe-ser-prioridad.htm>
- Solís, L. (2027). La cultura de la parentalidad como un antídoto contra la violencia y la barbarie. El orden simbólico de una sociedad violenta. *Cuadernos de psicoanálisis L: 3 y 4*, 62-99. Recuperado de <https://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/La-cultura-de-la-parentalidad-como-un-ant%C3%ADdoto.pdf>
- Sutter, A. L., Scotta, G., Lemoigne, S. y Gressier, F. (2020). Psiquiatría y embarazo: la madre y el hijo. *EMC-Ginecología-Obstetricia*, 56(4), 1-13. [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(20\)44317-6](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(20)44317-6)
- Talarn, A., Bermejo, F. S. y Cererols, A. R. (2014). *Relaciones, vivencias y psicopatología: las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo*. Herder Editorial.
- Tuirán, S., Rosero, L., Gómez, F., Jurado, G., Sánchez, A. M., Córdoba, C. y Botero, H. (2023). Bebés visibles, bebés presentes. Programa madre-bebé-canguro, creado para cuidar la vida. *Revista de psicopatología y salud mental de niño y del adolescente*, M6, 101-114.
- Velasco, M. (2023). *Criar con salud mental*. Paidós de editorial Planeta.
- Verny, T. R. (2021). 50 Years Exploring Pre-and Perinatal Psychology: A Personal Journey. *Journal of Prenatal y Perinatal Psychology y Health*, 35(3), 272-277. Recuperado de: https://apppahjournal.birthingpsychology.com/wp-content/uploads/journal/published_paper/volume-35/issue-3/taa9uPaX.pdf

La atención precoz y la especificidad de la clínica con niños pequeños

PATRICIA ENRIGHT^{1A} Y FERNANDO MACIEL^{2A}

RESUMEN

En este artículo, planteamos el dispositivo terapéutico de la atención precoz como un espacio que aborda dos áreas clínicas específicas en el campo de los problemas del desarrollo: la de los bebés y la de los niños pequeños. Proponemos justificar esta diferenciación y definir las particularidades de cada práctica para profundizar en la atención dirigida a los niños pequeños, basada en un enfoque interdisciplinario. Para ello, desarrollaremos un recorrido clínico y conceptual que permita reflexionar sobre nuestras prácticas con los niños y sus familias, adoptando una perspectiva abierta al diálogo y al trabajo conjunto con otros profesionales. A través de un caso paradigmático, mostraremos las complejas interrelaciones inherentes a este ámbito de intervención, construyendo un entramado de conceptos y prácticas que dimensionen y reconozcan los efectos en el desarrollo infantil. **Palabras clave:** *atención precoz, primera infancia, problemas en el desarrollo, clínica de niños pequeños, interdisciplina.*

ABSTRACT

Early care and the specificity of the clinical approach with young children. In this article, we consider the therapeutic device of early intervention as a framework that addresses two specific clinical areas in the field of developmental problems: babies and young children. We aim to justify this differentiation and define the particularities of each practice in order to delve deeper into the care provided to young children, based on an interdisciplinary approach. To this end, we will develop a clinical and conceptual journey that allows us to reflect on our practices with children and their families, adopting a perspective open to dialogue and joint work with other professionals. Using a paradigmatic case, we will show the complex interrelations inherent to this field of intervention, constructing a framework of concepts and practices that measure and recognize the effects on child development. **Keywords:** *early care, early childhood, developmental problems, young children's clinic, interdisciplinary*

RESUM

L'atenció precoç i l'especificitat de la clínica amb nens petits. En aquest article, plantegem el dispositiu terapèutic de la intervenció precoç com un espai que aborda dues àrees clíniques específiques en l'àmbit dels problemes del desenvolupament: la dels nadons i la dels nens petits. Pretenem justificar aquesta diferenciació i definir les particularitats de cada pràctica per aprofundir en l'atenció dirigida als infants petits, basada en un enfocament interdisciplinari. Per aconseguir-ho, desenvoluparem un recorregut clínic i conceptual que permeti reflexionar sobre les nostres pràctiques amb els infants i les seves famílies, adoptant una perspectiva oberta al diàleg i al treball conjunt amb altres professionals. A través d'un cas paradigmàtic, mostrarem les complexes interrelacions inherents a aquest àmbit d'intervenció, teixint un entramat de conceptes i pràctiques que reconeguin i dimensionin els efectes en el desenvolupament infantil. **Paraules clau:** *atenció precoç, primera infància, problemes en el desenvolupament, clínica de nens petits, interdisciplina.*

Introducción

El objetivo de este artículo es transmitir la forma en que pensamos en la actualidad el dispositivo terapéutico en la atención precoz y profundizar en la concepción que sostiene esta forma

de intervención. Fundamentalmente, apuntaremos a mostrar la especificidad y la pertinencia de pensar una clínica con niños pequeños con problemas en el desarrollo sostenido en un trabajo interdisciplinario.

Para ello, nos ocuparemos de hacer una

¹Licenciada en Psicopedagogía, Magister UBA en Psicología Educacional y profesora del Departamento de Ciencias de la Educación, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. ²Psicoanalista. Licenciado en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. ^AGrupo de trabajo interdisciplinario Lugar de infancia. Argentina.

Contacto: licfernandomaci@lugardeinfancia.com

Recibido: 16/10/24 - Aceptado: 17/2/25

lectura retrospectiva de lo que fue aconteciendo en el proceso que determinó la necesidad de construir esta clínica específica. Desde allí, buscaremos introducirnos en su especificidad: reconocer en el niño pequeño una posición que conlleva la cancelación de un lugar de bebé nos desafiará a inmiscuirnos en lo que sostiene esa diferencia, en la complejidad de estos tiempos y en sus posibles obstáculos.

Enmarcados en el campo de la infancia y de los problemas en el desarrollo, nos interesará transmitir las reflexiones y los aportes teóricos que nos permiten dar cuenta de nuestras prácticas en el territorio de la clínica con niños pequeños y que, a su vez, no dejan de ser interpelados por ellas. No se tratará, entonces, de afirmaciones definitivas sino de referencias conceptuales que la clínica con nuestros pacientes nos ha llevado a construir y que permanecen abiertas a las nuevas preguntas con las que ellos nos siguen desafiando.

Como ejemplo paradigmático, que pretende poner en evidencia sus interrelaciones complejas, acudiremos a Victoria y a la lectura de su posición y de sus producciones enmarcadas en un recorte de una sesión. De su mano, intentaremos tejer una suerte de entramado de conceptos y prácticas, de lecturas e intervenciones cuidando reconocer y dimensionar sus efectos en los niños.

Un dispositivo: la clínica de niños pequeños

En la actualidad, nadie se atrevería a poner en duda la importancia de la atención precoz como intervención que atañe a los bebés y niños que presentan algún problema en el desarrollo. Y seguramente coincidiríamos en denominar a los tiempos que conciernen a la intervención de esta práctica como los de la primera infancia.

Sabemos y reconocemos que existen múltiples criterios –etarios, madurativos, de crecimiento, cognitivos, psíquicos y sociales– que nos brindarían parámetros para definir este lapso de intervención y que no podríamos sino acordar con ellos. No obstante, preferimos reconocer en la primera infancia la complejidad de un tiempo con condiciones únicas de plasticidad neuronal y de permeabilidad al orden simbólico propicio para la constitución de un sujeto y la construcción y dominio de sus aprendizajes, de su cuerpo

y sus movimientos, de adquisición y apropiación de la lengua.

A su vez, entendemos la atención precoz como un dispositivo, del orden de lo terapéutico y, fundamentalmente, atravesado por el trabajo interdisciplinario (1).

En tanto respuesta a la necesidad de intervención en los problemas en el desarrollo en la primera infancia, la atención precoz se constituye como un dispositivo que atiende a un emergente, de lo que nace o aparece como necesidad en un momento determinado (2).

Así, hubo un tiempo en el cual la atención precoz no existía como dispositivo: su existencia se debe a que –de algún modo– se hizo lectura de un emergente que constituyó una demanda de atención y que produjo un dispositivo como respuesta.

Y hubo otro tiempo en el cual, al interior de este dispositivo, se supo operar una profunda transformación que buscó responder a que se reconociera y se habilitara la diferencia entre los tiempos de los bebés respecto al de los niños pequeños, dando lugar a dos campos específicos de intervención clínica en el territorio de los problemas en el desarrollo.

Los dispositivos tienden a perpetuarse una vez que se constituyen: su resistencia a los cambios se sostiene en el hecho de haberse erigido como la respuesta adecuada en un momento determinado. Entendemos que es el trabajo interdisciplinario el que garantizará una dinámica en la que las respuestas sean parciales –y no universales ni definitivas– con la intromisión de otras lecturas que habiliten la construcción de nuevos problemas.

Una historia para situar un presente

En los orígenes de lo que se denominara la *estimulación temprana*, la neuropediatra Dra. Lydia Coriat introduce una pregunta que resultó fundante y fundamental (3): aquella que refería a las diferencias que se observaban en los desarrollos cognitivo, psicomotor, de lenguaje, y en las relaciones con los otros y los objetos en niños que portaban una misma patología o un idéntico síndrome. Esa pregunta por esas diferencias pone en relieve que hay otros factores más allá de los biológicos que intervienen en el desarrollo y habilita la posibilidad de otorgar

otro lugar a “esos niños” (4): da lugar a lo singular en cada uno de ellos sean o no portadores de alguna patología.

Esta pregunta deja entrever el límite en la posibilidad de poseer todas las respuestas desde la neuropediatría e inaugura un campo de investigación y de abordaje clínico de los problemas en el desarrollo infantil que demanda el aporte de otros en interdisciplina.

En ese marco, como resultado del trabajo interdisciplinario en la práctica clínica de la *estimulación temprana* (5) –que comprendía en su momento el tratamiento de los problemas en la infancia entre el nacimiento y los seis años– algo comienza a recortarse como obstáculo en el trabajo terapéutico y a articular una pregunta en torno a él: la pregunta por el final de un tiempo, por el *¿hasta cuándo se trata –y tratamos– a los niños como bebés?* (6)

La clínica de los niños pequeños como campo de intervención específico no es –entonces– el resultado de inferencias teóricas sino el producto del trabajo interdisciplinario en cuya dinámica se articuló una demanda que implicó la modificación del dispositivo de la estimulación temprana vigente hasta entonces. Desde el reconocimiento de la existencia de dos momentos claramente diferenciados dentro de ese tiempo de intervención se determinan dos praxis específicas en el abordaje de los problemas en el desarrollo infantil (7) (8).

Aquella praxis que se inaugura denominándose *psicopedagogía inicial* (9) se constituye y se construye para situar y situarse en diferencia con la clínica que se ocupa de los bebés, partiendo de la pregunta por el final de un tiempo que puede correr el riesgo de eternizarse.

Es desde tal pregunta, desde el recorte de un problema, que comienza a configurarse el andamiaje teórico-clínico de esta especificidad. Es en la búsqueda de su respuesta que se van delineando las fronteras que definen a estas dos praxis diferentes: la que concierne a los bebés y la que es inherente a los niños pequeños cuando estos tiempos aparentemente espontáneos y naturales suelen cuestionarse afectados por un problema en el desarrollo.

Desde tal pregunta y en la búsqueda de su respuesta, se plasmarían diferentes recorridos, se multiplicarían dudas y nuevos interrogantes.

Entre ellos: ¿Cómo pensar esta diferencia entre los bebés y los niños pequeños? ¿Cómo fundamentar, desde ella, un dispositivo clínico específico? ¿Cómo poner a trabajar esta diferencia en el marco de este dispositivo?

Implicarnos en estos interrogantes abrió paso a esta forma de intervención específica, nos lanzó a reflexionar acerca del lugar de los bebés y del lugar de los niños pequeños en función de los tiempos lógicos y su particular atravesamiento por los tiempos cronológicos y sociales. Y nos desafió a adentrarnos en el mundo del niño pequeño: singularidad de una trama que se teje desde las complejas interrelaciones entre sus tiempos subjetivos, su organismo, su andamiaje y su dinámica cognoscitivos, el devenir de sus procesos de apropiación y dominio del cuerpo, de la lengua, de sus juegos, de sus aprendizajes, así como sus primeros movimientos –fundacionales– del espacio escolar.

¿Sería posible concebirlo dejando por fuera el armado psíquico?, ¿los procesos de adquisición de la lengua?, ¿excluyendo lo que hace a su dominio (o in-dominio) psicomotor?, ¿desestimando su juego y su “ser o no ser” jugador?, ¿marginando sus posibilidades y modalidades de aprendizaje?, ¿o a los padres como factor determinante en la constitución de una demanda diferente para él? En síntesis ¿sería posible pensar a este campo complejo sin un trabajo interdisciplinario?, ¿sin un sostén interdisciplinario?

En rigor, pensamos que es tal trabajo interdisciplinario el que sostiene y define a esta especificidad y da consistencia teórico-clínica a su praxis.

De bebés y niños pequeños: ¿cómo pensar la diferencia? ¿Cómo pensar la metamorfosis?

El “ha lugar” a un niño

El pasaje de ser bebé a ser *niño pequeño* tiene poco de espontáneo. El crecimiento y la maduración implicados en el desarrollo marcan un ritmo a los tiempos del bebé, pero es a partir de la sanción del Otro que se introduce un tope, un final a ese tiempo. Esta lectura singular, sostenida en el marco de una cultura determinada, sanciona un tiempo de *ya no más bebé*. Pero no es ello lo que explica este pasaje.

Es la demanda de quienes esperan en su hijo

a un niño pequeño porque lo suponen capaz de tomar ese lugar la que posibilita el movimiento de conquista de esta posición por parte de él. Es el deseo parental el que se anticipa a los sucesos, inaugurando un lugar para un niño antes de que él esté allí. Y se le apuesta fuerte en esa espera. Como aquella cuna vacía que espera a que un bebé llegue a ella, el lugar se constituye antes de ser tomado: si no se genera el lugar donde se lo espera, no hay qué conquistar. La articulación de esta nueva demanda de los padres, anticipadora de un nuevo lugar, no es más que el lugar futuro del niño. Este cambio en la demanda implica necesariamente un cambio de posición determinando: el final de los tiempos de bebés.

A los niños pequeños, sus papás *los esperan* o, más precisamente, cada niño, en su singularidad, se juega en la anticipación que de ellos han hecho/hacen sus papás. Aún bebés y apenas gateando, se los imaginan en su caminar, se sueñan sus palabras, sus balanceos en la “hamaca grande”, en los toboganes “de los altos”, sus primeras letras, sus partidos de fútbol. Y es esta espera, en los sentidos que esta palabra nos permite reflejar respecto a apuesta y a respeto a ciertos tiempos propios, la que anuda lazo y tensa (tironea) a este niño hacia lo que se anticipa de él.

Las respuestas primordiales para la estructuración de la relación madre-hijo hacen a esta madre omnipotente en aquel primer tiempo de constitución. Sin embargo, se hace indispensable que en toda madre se ubique su deseo *más allá del bebé*. Aquella pregunta retórica de los primeros tiempos “¿qué quiere mi bebé?”, que ella misma se respondía ejerciendo su función materna, se transforma en una pregunta que demanda la respuesta de su pequeño hijo: “¿qué quieres?”, “no sé lo que quieres, dime”. A la falta que se articula en la demanda del sujeto infantil, la madre le responde con una pregunta, o sea, con una falta de saber respecto a dónde apunta su deseo.

La experiencia clínica con niños que portan algún déficit deja al descubierto la insuficiencia del crecimiento y la maduración para explicar estas mutaciones a las que nos estamos refiriendo. Da cuenta de cómo este proceso en apariencia tan espontáneo –el de esperar a un niño

desocupando su lugar de bebé llegado cierto momento de su desarrollo- puede obturarse, enredarse, detenerse, evidenciando descarnadamente la complejidad de los avatares que en él se conjugan. En ocasiones, la anticipación, la espera por parte de los papás –en su falta o en los tejidos particulares que arman en relación con ese pequeño- se resquebrajan frente al abismo que se abre entre su hijo y aquel que es *su ideal de hijo*, ese “niño maravilloso” que es depositario del narcisismo de los padres. Donde debería reinar la suposición de un niño heredero de los emblemas parentales, en determinadas circunstancias, retorna intermitentemente el déficit tornando sospechosa la posibilidad de poder ocupar ese lugar (10).

Afirmaba ya M. Manonni (1964) que “la llegada de un niño enfermo no puede no tener incidencia sobre su madre. En efecto, en respuesta a la demanda del niño deberá proseguir, de alguna forma, una gestación eterna (que llena un deseo en el plano de la fantasía inconsciente). Dicha madre va a dejar a ese niño, que no puede liberarse de ella por agresividad, en un estado adinámico, como el pájaro empollando un huevo que jamás podrá abrirse...”, (pág. 23).

Y nos aporta Alfredo Jerusalinsky (1992): “El deseo parental tropieza con limitaciones, pero, a veces, es ese mismo deseo el que las fabrica, en las invenciones que constituye acerca de la discapacidad del hijo” (pág. 83).

¿Cómo entendemos ese “tener incidencia sobre su madre” respecto a lo que nos advierte M. Manonni? Desde el momento en que se manifiesta un déficit en su hijo, ella puede quedar cautiva de él, abandonando sus otros intereses, sus anhelos, condicionando o denegando por momentos su deseo *más allá de su hijo*. Ahora bien, es condición de la función materna que el deseo vaya más allá de su hijo. La presencia permanente, la respuesta anticipada a la demanda, las acciones sin mediación de la palabra, son los indicios que nos advierten de una devaluación de la forma de relación simbólica, a fin de privilegiar una relación de presencia amorosa, sin que haga falta ninguna palabra. Es necesario un *más allá del amor* para que se instituya un lugar materno, ese lugar de sólo amor se torna mortífero anulando el deseo infantil que, principalmente, es el de ser mayor.

Es en relación a esta falta en el Otro, en relación a esta madre que no tiene todas las respuestas, que se funda el orden simbólico. Dicho orden es condición necesaria para la apropiación del conocimiento: no existe posibilidad de que un niño pueda aprender sin antes ubicar que hay una falta en el Otro.

“La primera virtud del conocimiento es la capacidad de enfrentarse a lo que no es evidente. Tal vez ya estamos algo preparados para admitir que la falta es causa de deseo, si admitimos que ésta es igualmente la característica del orden simbólico” (Lacan, 1959).

Ya planteamos que toda cultura determina los tiempos de los bebés y de los niños pequeños e introduce sus mandatos respecto a los momentos del destete, el control de esfínteres, los tiempos de la escolarización, el final de la siesta o del chupete. No obstante, en ocasiones, nos encontramos con ciertas diferencias en la eficacia de estos mandatos cuando se trata de niños que portan algún déficit.

Así, las fantasías parentales quedan soportadas por cierto fantasma social que tiende a avalar para los bebés y niños con problemas en el desarrollo un estado de excepción (Agamben, 2004), que altera las legalidades y, entonces, lo que *para todos es de un modo, para ellos no* (11).

Es aquí por donde abrimos la brecha en la que esta praxis específica hace su entrada: a fin de operar para introducir/sostener un cambio en la demanda de los padres en el sentido de un niño, más allá del bebé. Introducir una demanda que tiree hacia el armado de esa posición que rompe con el bebé eterno como destino, como estado de excepción, en el marco de un trabajo con el niño, con sus padres y -también- en los nuevos espacios sociales por los que comienza a transitar.

Dar lugar a un *niño pequeño* cuando esta posibilidad está sospechada. He aquí un primer eslabón para pensar la posición del terapeuta en esta especificidad clínica: la de alguien que demanda porque supone/espera a un sujeto infantil que ya debería tener algo para decir desde un lugar propio. Será cuestión de ver en cada niño, en su singularidad, si es un decir con o sin palabras, si es jugando o mostrando su imposibilidad de jugar, o de dibujar, o de interactuar con los objetos. Será cuestión de

ver, esperando y esperándolo. En todo caso, demandar es siempre esperar, con el convencimiento de que es esa espera la que pone al niño en posición de tener que dar una respuesta.

A su vez, hacer lugar al niño en el discurso de los padres requerirá de un trabajo en entrevistas con el psicoanalista para generar ese lugar simbólico indispensable para que el niño lo pueda ocupar con sus juegos. La función del psicoanalista en este dispositivo interdisciplinario será sostener al “niño pregunta” (12) a quien podemos definir como el *sujeto infantil*. Dichas entrevistas no son de orientación a los padres, sino que apuntan a trabajar con ellos las fantasías que obstaculizan el armado simbólico de ese lugar.

Niño pequeño, sujeto infantil

Referíamos en el apartado anterior a la especificidad de la clínica de niños pequeños y a una operatoria terapéutica que apunta a un cambio en la demanda de los padres. Aludíamos -literalmente- a introducir una demanda que tiree hacia el armado de esa posición que rompe con el bebé eterno como destino.

Oscar Massota (1994) plantea una idea que nos resulta nodal para pensar el lugar y la posición que determinan a un bebé o a un niño pequeño: aquello “que debe estudiarse en el desarrollo del niño son las etapas de la constitución del Otro” (pág. 17). La introducción de esta dimensión de análisis nos permite pensar el desarrollo infantil no sólo desde de la calidad de las producciones del niño sino entendiéndolas en términos de respuestas del sujeto en función de la constitución del Otro. Estas etapas refieren -entonces- a lo que se articula como demanda al sujeto infantil: en la constitución del sujeto hay un tiempo que se nos revela como del sujeto infantil en tanto su posición está determinada por la demanda del Otro.

Estructuralmente, podemos referir a esta diferencia entre los bebés y los niños pequeños sostenida en los cambios que se producen en el montaje pulsional. J. Lacan (1964) plantea que “el paso de la pulsión oral a la pulsión anal no se produce por un proceso de maduración, sino por la intervención de algo que no pertenece al campo de la pulsión, por la intervención, la inversión, de la demanda del Otro” (pág. 67).

Es el Otro el que recorta estas zonas privilegiadas del cuerpo: la zona oral resalta en esas primeras relaciones con la alimentación, así como en otro momento será la zona anal la que cobrará preeminencia. Es esa demanda del Otro la que irá signando y marcando un tiempo de esas zonas que, como apoyo, cuentan con cierto apuntalamiento en las funciones del cuerpo. La diferencia en lo que el Otro demande determinará un lugar para el sujeto infantil. En los tiempos del bebé –en los que privilegia la pulsión oral– es el lactante el que espera una respuesta del Otro, que es quien asiste y lo sostiene en esa posición. En la fase anal, el sujeto infantil debe tomar una posición activa y dar una respuesta frente a la demanda del Otro. Se pasa de la espera a *que me den*, del ofrecimiento a ser asistido, a un goce relacionado con el dominio del objeto: el niño puede retener o no su orina y sus heces, dominando la forma de respuesta a la demanda del Otro y estableciendo una forma de relación.

La demanda del control de los esfínteres introduce por primera vez la dimensión de la mirada social. En la etapa oral, cuyo soporte es la necesidad de alimentación del bebé, lo que se juega es la vida o la muerte. En este otro momento en que se privilegia la zona anal, la demanda del Otro se sostiene fundamentalmente en un hecho cultural y sin riesgo para la vida, salvo en situaciones absolutamente extremas.

Si nos centramos en el proceso que hace a las identificaciones que sostienen las diferencias entre estos tiempos, nos dirá J. Lacan (1949/2009) que “el hecho de que su imagen especular sea asumida jubilosamente por el ser sumido todavía en la impotencia motriz y la dependencia de la lactancia que es el hombrecito en ese estadio *infans* nos parecerá por lo tanto que manifiesta, en una situación ejemplar, la matriz simbólica en la que el yo [je] se precipita en una forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto” (pág. 100).

El estadio o fase del espejo es una anticipación. La función materna ofrece una matriz simbólica, tramada con palabras y actos significativos, en la cual el Yo se precipita y se recorta de forma primordial, reconociéndose en una imagen. El

estadio del espejo es –entonces– la anticipación del estado futuro: esa imagen especular lo libera de su impotencia motriz y su dependencia, acto que asume con mucho placer. Esa identificación primordial le permite entrar en una dialéctica con el otro.

Al observar a una mamá con su bebé frente al espejo, cuando aún no se produjo esta primera identificación, él oscila entre mirar a los ojos de su madre y mirar en el espejo allí donde ella mira, que resulta ser su imagen reflejada. El análisis de esta escena –con la que nos encontramos con significativa frecuencia– nos permite inferir sendas cuestiones: por un lado, que este bebé aún necesita que la mirada de su madre le garantice esa imagen y, por otro, que es la mirada de su madre la que le indica insistentemente que ese que está ahí es él, reflejando su ideal: “*Ese eres tú ¿Qué haces ahí?*” (13).

La madre apoya su mirada en las palabras: mirada que deberá ir declinando para privilegiar la palabra. La matriz simbólica imprime y recorta un Yo en la imagen de los bordes de un cuerpo y en ella se precipita el sujeto identificándose. Es a partir de esa primera que advendrán otras identificaciones, apropiándose de ciertos rasgos del otro. En tanto a partir de esa primera identificación a ese rasgo que *lo hace uno*, podrá ser *otro* sin riesgo a perderse.

La palabra en los bebés y el decir de los niños

Ha habido todo un recorrido desde aquel primer llanto producto de la necesidad que la madre, en tanto Otro primordial, convirtió en un llamado. *¿Qué quiere mi bebé?*, la lanza a responder desde su saber y la calma del bebé adviene.

Búsquedas y respuestas se suceden dejando marcas de las diferencias que irán orientando al bebé en este camino. A la necesidad se le responde con palabras que hacen diferencias, que son actos, dones indispensables para la vida. De aquella sonrisa de los encuentros con los otros al descubrimiento de una diferencia en esas miradas que provocan el desencadenamiento de la angustia.

La madre lamina a ese pequeñito ser con sus decires, le trama con su deseo un futuro y le anticipa con palabras lugares que lo colocan en una estirpe y un linaje situándolo en una serie

que lo convierte en heredero. El nombrar a un heredero –precisamente– denuncia la certeza de que va haber un tiempo en el que se va a faltar. Presencia de una ausencia futura, deseo que –como los hilos en un telar– va tramando con palabras/actos, una red simbólica que podrá sostenerlo en el momento de su ausencia.

Es en este momento en que la llamada del niño hace presente la ausencia de la madre y es ahí, también, que él se localiza inaugurando un nuevo universo en el que puede separarse, ausentarse, sabiendo que existe una ligadura simbólica que garantiza el lazo, más allá de lo que se le responda. Los bebés *trastrocan* en niños pequeños y ese paso conlleva una auténtica revolución copernicana (14).

Y ¿de qué trata este *trastrocamiento*? ¿Qué es ser *niño pequeño*?

El ser un niño pequeño tiene que ver con la aparición del Yo. Los niños empiezan a sostener este lugar de sujeto infantil que el Otro le supone y, desde él, a producir en nombre propio. Comienzan a sostener algo del orden de la palabra desde esta posición y lo hacen, aunque no hablen y, sin embargo, quieran y puedan hacerse escuchar en sus gestos, con su cuerpo, con su juego...

La formación de un Yo especular ordena de forma diferente todas las relaciones del niño con el mundo, que comienza a ser su mundo, con sus cosas, sus juguetes y esto, por supuesto, con sus pares y con los adultos.

En los tiempos anteriores a la formación de un Yo especular, se hace necesario un soporte, un sostén de la mirada de la madre. En esos tiempos, la palabra debe estar acompañada de actos: los bebés, cuando comienzan a desplazarse por el espacio o a relacionarse con otros bebés, requieren de una mirada permanente para colocar límites a sus acciones. Y si bien será necesaria la palabra para que la acción tome el valor significativo, ésta aún requiere del acompañamiento de la acción.

En los tiempos de los niños pequeños, la palabra cobra potencia simbólica y comienza a operar en toda su eficacia sin el requerimiento de un soporte real en el sentido material. Este soporte real lo podemos ejemplificar en la necesidad de sostener al bebé –de tomarlo corporalmente– para acompañar el “no” que actúa de límite. O

en la de no perderlo de vista para asegurarse de que no se ponga en peligro.

De niños pequeños: ¿cómo fundamentar un dispositivo clínico específico?

Ser y conocer desde otro lugar

Dar lugar a un niño pequeño. Demandarlo a que tome esa posición cuando todo haría sospechar de su mayor o menor impotencia para tomar posesión de ese lugar. Así concebimos a la función terapéutica en esta clínica que no puede ser sin los padres y que no puede dejar afuera las primeras experiencias de su escolaridad.

El *trastrocamiento* de bebé en niño pequeño remite a posiciones que hacen eje en la constitución del sujeto y se da a ver en los recursos cognoscitivos que definen –en cada uno de estos tiempos– los problemas que los niños pueden resolver mientras interactúan con el mundo (Castorina, 1994).

Si nos centramos en los tiempos de los bebés, desde lo que nos aporta la lectura psicogenética, el recorrido sensorio-motor expresa todo un proceso de complejización de las herramientas cognoscitivas que culminan con la construcción de su universo espacio temporal y causal próximo, concreto e inmediato.

En un proceso que se ancla –como punto de partida arbitrario– en el bagaje biológico que proveen los reflejos corticalizables (los esquemas reflejos), el niño irá construyendo esquemas de acción en su interacción con el mundo que lo rodea. Estos esquemas se diferencian, se coordinan, se subordinan unos a otros con miras a resolver situaciones concretas que, en su misma transformación, van constituyendo y cambiando el punto de vista del sujeto respecto al objeto, al espacio, al tiempo y a las relaciones causales definiendo lo que puede hacer con la realidad.

El funcionamiento cognoscitivo en tiempos del pensamiento sensorio-motor restringirá al niño a moverse en un mundo en el que sólo están ordenados los movimientos percibidos y que, por lo tanto, no es estable ni disociado del yo. Es un mundo de virtualidades caóticas cuya organización comienza en presencia del sujeto (Piaget, 1937). La representación simbólica será

el instrumento que liberará al espíritu de la percepción directa dando apertura a un universo de objetos, espacios, relaciones y tiempos que trascenderán el presente, lo próximo, lo tangible.

“La representación y la deducción tienen por efecto extender el proceso de solidificación a regiones de este universo sustraídas a la acción y a la percepción” (Piaget, 1937, pág. 84)

Y este proceso en el que el mundo ausente puede comenzar a conservarse –en tanto solidificado– y hacerse presente en representaciones simbólicas, libera al niño de las restricciones de lo concreto y lo presente para habilitar la posibilidad de retomar el pasado y proyectarse hacia un futuro que se irá abriendo progresivamente.

Nos lo planteará claramente Ángel Rivière (1992): “Los símbolos no son sólo mediadores de nuestra experiencia, sino que la modifican por completo: la independizan de lo que Bruner ha llamado la “tiranía de lo particular”, la desligan del presente y del contexto espacial inmediato, le permiten desbordar los límites de la percepción y la llenan de significados culturales”.

Será arduo el trabajo cognoscitivo que deberá emprender el niño para dar cuenta de las significaciones que hacen a ese mundo que se comienza a abrir ante él más allá de su acción concreta: su pensar y su hacer dejarán en evidencia lo laborioso del desafío que enfrentan para comenzar a hablar, a jugar simbólicamente, a dibujar, a trazar sus primeras letras y números, a contar, a bromear, a mentir.

Esta nueva realidad de un universo que extiende sus fronteras en sus objetos y en sus dominios debe empezar a ser indagada e interpretada (15) por el niño en sus legalidades específicas.

Así,

- el conocimiento físico, referido a la abstracción de las propiedades de los objetos,
- las pre-operaciones lógico-matemáticas que se reflejan en las relaciones que los niños establecen entre tales propiedades,
- las primeras aproximaciones representativas a las dimensiones espacio-temporales, particularmente en lo que concierne a la conquista y transformación del dominio notacional,
- las hipótesis iniciales acerca de las letras y sus combinaciones, en su producción y su

lectura,

- los modos de pensar el número, en su uso, su representación e interpretación,
- los otros *en* y *con* sus diferencias, como interlocutores portadores de sus propios pensamientos y de sus propias voces, intencionalidades y acentos,

resultarán territorios del conocimiento que se abren –o deberían abrirse– al registro, a la indagación, a la pregunta, a la apropiación por parte de este sujeto infantil que empieza a contar con la representación simbólica como instrumento para construir el mundo.

Ser un niño pequeño se manifiesta en su capacidad para abrirse y dominar los procesos simbólicos, lo que se refleja tanto en la calidad de sus producciones como en la forma en que las crea: se pondrá en juego desde esta posición no sólo la complejidad de dichas producciones sino el modo en que se instala y se ubica ante ellas.

Jugar como jugador

“...podemos hablar de juego cuando hay un yo con el cual se identifica el sujeto. El “yo” va a permitir que se pueda hablar de un “como si”. Entonces, para que alguien pueda jugar, debe tener la posibilidad de transformarse, sin transformarse plenamente” (Maciel, 2007).

La identificación tiene que ver con la posibilidad de sostener la desaparición del Sujeto y abre la alternativa de jugar a ser otro, siendo un personaje y sin correr riesgo alguno.

El niño comienza allí a poder ser otro sin perderse, con una ganancia de placer: empieza a poder jugar en sentido estricto (16). El personaje puede ser representado por un rasgo, un atuendo, un tono de la voz o un gesto. En esta nueva condición, cualquier objeto puede entrar en otra categoría, la de ser juguete, por el hecho de poder profanarlo: el objeto deja de ser lo que es, puede romper con su uso adecuado, aquel culturalmente sacralizado, y ser colocado en una dimensión de juego desde un niño que toma el lugar de jugador (Agamben, 2015; Enright, 2016; Maciel, 2017).

Si hay algo que permite anticipar el futuro es el juego: el deseo que se juega en él es el de ser mayor. Este otro lugar es lo que permite no quedar cautivo en ese cuerpo de niño en tanto

ofrece la maravillosa posibilidad de jugar a ser otro. Como esa *otra realidad* más placentera –a la que alude Freud–, en él se produce una ganancia de placer: allí siempre es posible ganar, ya que, si se pierde, se puede volver a jugar.

Entonces, sancionar, desde nuestra lectura terapéutica, que un niño *juega*, nos presenta garantías de determinadas conquistas. En principio, conquistas con relación con su constitución como sujeto infantil: hay allí quien está inmerso en el proceso de adueñarse de ese lugar en el que *lo propio* comienza a tener nombre propio y a identificarse en primera persona (“yo”).

Y, ancladas en ellas, conquistas con relación a su posibilidad de maniobrar con el mundo que lo rodea, con ese Real que lo circunda, que lo interpela y que le exige determinadas respuestas. Conquistas cognoscitivas, podríamos sintetizar, sostenidas por este sujeto que comienza a mirar a las cosas de otra manera: como diferentes a él, como centros de acción independientes, como objetos en sentido estricto.

Sancionar que un niño juega remite a un niño en condiciones de tomar posición de jugador y de transformarse él y de transformar a los objetos sin perderse o perderlos plenamente. Para armar otra realidad, más placentera, sin riesgos y sin consecuencias en lo real. Y en la cual este jugador pone en juego su deseo de ser mayor.

Para quienes trabajamos con quienes atraviesan estos tiempos de la infancia como niños pequeños, entonces, el juego no queda restringido a una estrategia de intervención o a un observable más. El juego da cuenta de cómo un niño va armando y atravesando su infancia en tanto es lo que le permite armarse como sujeto infantil. Y en tanto se arma –y porque lo hace– se va apropiando de los instrumentos que va construyendo y de los objetos que su entorno le ofrece y le da a conocer. Y, entonces, este jugador en su jugar nos da a ver las vicisitudes de estos procesos, permitiéndonos hacer lectura de ello y analizar nuestros modos de intervención en sus *qué* y en sus *cómo*.

El juego no queda restringido a una estrategia de intervención o a un observable más porque, en tanto de la infancia se trata, el juego es eje de (en) nuestra intervención terapéutica.

Como terapeutas de niños pequeños demandamos, apostamos, promovemos, soportamos

y protegemos el jugar de un niño en tanto lo suponemos hacedor de su infancia (De Gainza y Lares, 2011) y de su posición como aprendiz.

Aprender como aprendiz

Nos propondrá Norma Filidoro (2002) una forma posible de concebir el aprender en la infancia, “un proceso de construcción y apropiación del conocimiento que se da por la interacción entre los saberes previos del sujeto y ciertas particularidades del objeto” (pág. 16).

El aprendizaje se define en la posibilidad de apropiación de los conocimientos. Y es su apropiación la que garantiza que esos conocimientos pasen a ser herramientas a disposición del niño, que se generalicen a situaciones diversas como modos de interpretar y maniobrar con ellas. Y que, por lo tanto, no queden atados a ciertos disparadores u objetos en relaciones unívocas, cristalizadas. Para ello, para apropiarse, debe haber quien esté en posición de hacer que algo de un conocimiento, de un instrumento, le sean propios: debe haber quien esté en posición de aprender.

El objeto –portador de significaciones– conmueve, interpela, interroga, si hay alguien allí en quien se encarna esa interrogación haciéndose cargo de sus efectos. Sólo en la medida en que el niño pueda construir la significación del objeto, registrar la resistencia que éste le opone a su accionar y tornarlo pregunta construirá una respuesta en la que él se represente. Esa posibilidad estará condicionada por las particularidades que hacen a la construcción de las legalidades de ese objeto, por el modo en que se lo ofrece quien se lo ofrece, por el andamiaje cognoscitivo del niño para dar cuenta de él. Pero, fundamentalmente, porque el niño esté en posición de tomar para sí la significación que construye de ese objeto desde y en sus diferencias, de interpelarlo, de transformarlo (Castorina, 1995; Filidoro, 2002).

El juego se despliega en encuentro con los objetos, los que se mueven a expensas de lo que el niño pone a jugar. Y, en ese encuentro, en el devenir del jugar, los objetos se ofrecen (o se imponen) a la interacción: plantean sus resistencias, generan preguntas y problemas desde las diferentes legalidades que portan desafiando a los niños a la inquietud de armar respuestas.

Y, ello, enclavados en el territorio del juego: territorio donde cobran sentido esas búsquedas, donde se juega su significación y –fundamentalmente– donde los objetos pierden riesgo (17).

Es, entonces, que la posibilidad de dominio y de apropiación del objeto por parte del niño se juega en el juego, revelando en su posición de jugador la del aprendiz.

“Es jugando que [los niños] se encuentran con el límite que el Otro le impone a sus juegos (...). Y en este límite comienza a delinearse una frontera, un campo de juego. Frontera que, como todas, define dos territorios y dos legalidades distintas. Y el sujeto se orienta jugando sobre las legalidades de la realidad” (Maciel, 2007).

Es jugando que un niño se hace: se constituye y construye como tal. Y es jugando que conquista su lugar de aprendiz.

Por eso, dar lugar al jugar de un niño es darle lugar a él como sujeto que aprende: a eso apunta nuestra intervención. Nos entrometemos *en y desde* el juego y sostenemos un deslizamiento hacia el objeto (a su resistencia, a su pregunta), intentando que ese deslizamiento deje un conocimiento de la legalidad del objeto, sin romper lo que el niño juega, protegiéndolo como tal.

Nos ubicamos en ese lugar en que apuntamos a sostener al niño como jugador sin dejar caer la interpelación del objeto, sabedores de que será en interacción con él –enfrentándose a sus legalidades específicas– que podrá construirlo y construirse, apropiándose de lo que él mismo construyó.

La función del terapeuta

Lo venimos afirmando y lo retomamos aquí para sintetizarlo y subrayarlo: la clínica con niños pequeños y la clínica de bebés son dos praxis terapéuticas diferentes y específicas en el marco de lo que entendemos como la atención precoz. Pensamos que dichas praxis sólo pueden ser concebidas bajo los principios del paradigma de la complejidad y sostenidas en el trabajo interdisciplinario. Estos principios resultan en una posición ética que es la que orienta nuestras intervenciones, apuntando a la constitución de un sujeto infantil.

En esta línea, *dar lugar a un niño pequeño* ofreciendo un espacio que permita la apropiación y el dominio de los objetos y de los

conocimientos sobre ellos es lo que define nuestra posición como terapeutas en este campo específico. Idea ésta –la de donar un lugar tal– que determina todos nuestros movimientos con los niños, con sus padres y con sus escuelas.

Y que –también– define los movimientos al interior y al exterior de nuestro campo terapéutico para abordar nuestro objeto de trabajo. Hace a nuestra posición la imposibilidad de aquietarnos en la eficacia de un lugar disciplinar cerrado y resguardado. Hace a nuestra posición el de convivir con la inquietud de esa falta de saber a la que el obstáculo nos precipita y que debería generar la pregunta, dejando al descubierto aquellos vacíos que nuestro reducto disciplinar no puede llenar ni completar.

Ocuparnos clínicamente de los niños pequeños nos pone en situación de interpelación y de interrogación, de necesidad de proyección hacia aquellas otras disciplinas que tienen algo para decir acerca de ellos, con la parcialidad específica que hace a su propio y respectivo saber.

Será función del terapeuta incluir a los padres en el trabajo clínico en tanto, sin ellos y su demanda, no habrá quien pueda tomar posición de niño pequeño. Y será función del terapeuta reconocer sus propios límites en las intervenciones con ellos y definir el momento en que sea necesario realizar las *interconsultas*, primer movimiento que tiende a la salida del obstáculo dentro de la dinámica del trabajo interdisciplinario.

Es en ese trabajo en interconsultas que se elaborarán y formularán los problemas/preguntas, entre ellos, aquellos a trabajar con los padres en el marco de sus entrevistas con el psicoanalista. El trabajo del psicoanalista no apunta a orientar a los padres desde un supuesto saber sobre el futuro del niño, sino que sostiene la pregunta sobre lo que ellos desean de su hijo para que sea el deseo parental el que ubique a ese niño en el lugar singular de ser *su hijo*.

¿Cómo poner a trabajar la diferencia en el marco del dispositivo clínico de niños pequeños?

Victoria, a modo de ejemplo

“Un concepto que escapa a la antinomia entre el universal y el particular y que resulta siempre familiar: eso es el ejemplo. En cualquier ámbito

que haga valer su fuerza, lo que caracteriza al ejemplo es justo que valga para todos los casos del mismo género y, en conjunto, incluso entre ellos. El ejemplo es una singularidad entre las demás, pero que está en lugar de cada una de ellas, que vale por todas” (Agamben, 1996, pág. 13).

Esa es la idea que nos anima cuando les proponemos compartir este tramo que seleccionamos de una sesión con Victoria, una niña portadora del Síndrome de Down transitando sus tres años y seis meses en el momento en que se sitúa esta lectura (18).

Victoria, una niña empezando a ser y a conocer

Victoria toma del armario una caja con un juego de piezas de distintas formas y colores que tienen la posibilidad de “enhebrarse” una tras otra. La sigo y nos sentamos en el suelo. Vuelca las piezas de la caja y yo le voy mostrando la posibilidad y el modo de enlazarlas. Ella, pendiente, va tomando la estrategia, en principio muy guiada por mí (que le ofrezco cada una de las piezas de manera que destaco el lugar en el que encastran para que ella pueda retomarlo) y, progresivamente, con la posibilidad de ir generalizándola y usarla a su antojo. Y así es que arma, desarma y vuelve a armar. La continuidad de piezas da lugar a que yo introduzca “se parece a un gusanito” y, cantando, comienzo a deslizarlo por el suelo, por sus piernas, por las mías... Victoria se hace cargo de él (“tito”) con entusiasmo y se aleja de mí, enfrentándome desde el otro extremo del consultorio con el que ahora es “su objeto” en la mano.

Entonces, yo –algo sollozante– llamo al gusano porque “se fue con Victoria... y yo lo quiero” y recibo un categórico “¡no!” como respuesta que se acompaña de una Victoria que lo aleja más cada vez que lo llamo, que casi lo esconde de mi mirada. Gusano no viene, se queda con Victoria y allí parece estar el sentido del juego, lo que le otorga consistencia: el placer de poseer este objeto que yo quiero, por el que casi imploro y que ella no sólo no me da, sino que sustrae cada vez más de mí.

Sin embargo... yo estoy escribiendo, y este sutil retiro de la escena termina por romperla. Victoria se fastidia, se despreocupa del gusano y viene a “pegarle a la hoja” en la que anoto y

“¡bata Pati!” me reta/ lo reta al papel para, ofendida, darme la espalda e irse hacia la mesa.

Situada al borde de la mesa, toma unas piezas que están allí, sueltas, todas ellas agujereadas en su parte central. Hay por allí también un bolígrafo y yo –acercándome en silencio– comienzo a encastrar en él algunas de esas formas. Se me aproxima interesada en lo que hago. “¿Quieres?” la convoco proponiéndole “una vez tú, una vez yo”.

Ambas nos entusiasmos en plasmarlo, en asistir al movimiento que van imprimiendo las piezas alrededor de ese eje (el bolígrafo) y entonces sucede que, cuando llega mi turno, Vicky me grita “¡bata!” y se queda con ellas.

“¿Pero, ¿cómo... quién lo hacía ahora?”, reacciono. Y ella me responde con un inconfundible y enfático gesto de “Yo”. Ahora seré quien, jugando, encarno a la ofendida y me alejo para sentarme en una silla, a distancia, rezongando porque “Victoria no me deja cuando me toca a mí...”.

Ella, sentada sobre la pequeña mesita, se toma su tiempo para probar diferentes encajes, distintos movimientos, para explorar mientras yo la miro hacer. En un momento, con “atá... atá” (“acá”) me convoca para que regrese, señalándome el lugar en la mesita en el que me puedo sentar. Me muestra, comparte conmigo lo que descubrió (el giro de una pieza en el bolígrafo) y apenas quiero tomarlo porque “quiero probar yo”, con un “atá... atá” (“allá”) me indica que es momento de retornar a mi silla, aquella más alejada... para retomar su investigación en soledad. Y yo otra vez mirándola hacer, a distancia, esperando... sin dejar de protestar. A eso estamos jugando.

En el momento en que transcurre esta viñeta, Victoria había culminado hacía pocos meses su tratamiento en el marco de la clínica de los bebés. Y –en ese ámbito– se propuso su pasaje al espacio de los niños pequeños (19).

Ya podía entrar sola al consultorio, después de todo un tiempo en el que tuvimos que trabajar las posibilidades de separarse de su mamá sin angustiarse, sin tener que retornar una y otra vez a la sala de espera. Ya podía moverse en él con la soltura que da el registrarlo como un espacio propio. Tenía sus objetos más significativos en dos muñecos –Winnie the Pooh y Pluto– que yo había introducido desde un primer

momento en nuestros encuentros y que siempre andaban por ahí: aunque más no fuera para ser mudos testigos en algún lugar, salidos del armario, marginales a la escena, pero en presencia. Paulatinamente, fueron haciendo su aparición algunas pocas palabras: era impactante la diferencia entre el andamiaje comprensivo de la niña y su lenguaje expresivo. Lo que más llamaba la atención era el esforzado trabajo de desprendimiento de las palabras de su boca: estas quedaban sepultadas/silenciadas por un lenguaje gestual muy rico, muy florido, del que la niña disponía para hacerse entender claramente por el otro. Vivaz y seductora como se mostraba. Pero que –en un entrampamiento difícil de romper– retenían al interlocutor en lo que ella quería “decir” mostrando: con Victoria uno quedaba atrapado en tener que mirarla todo el tiempo. Presencia del otro sin la cual su palabra/gesto carecía de interlocución, presencia del otro que ella requería para que se garantizara un incipiente despliegue de juego, para que los trazos operaran un corrimiento de la pura marca concreta hacia la intencionalidad representativa o para que los objetos no cayeran todo el tiempo (cual si rebotara entre ellos) y pudiera sostener cierta interacción constructiva...

En fin –en estos tiempos en los que nos detenemos–, a Victoria le resultaba difícil situarse en un lugar en el que la *niña pequeña* tomara la palabra desde su lenguaje y desde su hacer. Y vacilaba en una posición en que la separación del otro, la consistencia simbólica, la producción propia no terminaban de ser conquistados por ella.

Y en este devenir, no son cualesquiera las palabras que ella pone a jugar en esta escena: “no”, “basta”, “atá”, aquellas que aluden a armar un borde con el otro y al otro, que marcan y operan su separación. Y que –a su vez, con Victoria– muestran una cierta ineficacia simbólica: ella necesita resguardar la consistencia de estas palabras con la distancia (concreta) en la que pone al otro: *cuanto más lejos, mejor*. La hazaña que significan estas palabras para la niña son también un tema a destacar: hasta ellas, el modo en que podía construir un propio lugar en diferencia con el otro, era desde un “no” corporal (gesto + enojo/repliegue) que lo tomaba todo y que expulsaba al otro: su ser “yo” se resguardaba en la reacción contra la intromisión

del otro (algo así como “o yo o el otro” en una relación disyuntiva). Y esta vacilación subjetiva se expresaba en una niña que no podía enunciarse como “Yo” aún, sino que lo hacía desde el otro, “Vicky”.

Victoria, una niña comenzando a jugar y aprender

Vuelvo a releer el pequeño recorrido de este encuentro con Victoria y puedo reencontrarme con mi placer y mi contento. Reconozco mis movimientos en esa escena cuidando tomar los lugares que Victoria me asigna en y con sus “no”, sus “basta”, en sus “acá/allá”, porque es aquello que yo vengo esperando en el recorrido terapéutico y que ella está comenzando a poder hacer: escuchar menos mi palabra a fin de que aparezca la de ella, que pueda referirme así lo que quiere y lo que no y que pueda reconocer el valor de su decir en sus efectos en el otro (detenerme, ubicarme, ordenarme). Reconozco también tales movimientos en el ofrecimiento y el sostén desde mi presencia silenciosa, desde la toma de distancia que ella necesita para su hacer. Y, ello, de modo de que Victoria pudiera tomar y recrear algo de aquello que yo propongo sin que se fracture al primer intento.

Que Victoria pueda tomar (del otro/de mí, en este caso) y recrear en una versión propia: a ello se anuda su posibilidad de asumir un cierto protagonismo en la escena que –para ser preciso– no termina de ser adueñada por ella.

Intentando ser más rigurosa en esta afirmación, debo remarcar que *el jugando* de la niña es en tanto mi presencia/mirada está ahí para su ponerle el juego, para sostenerlo y para protegerlo. Y debería agregar que, si no hubiera sido así, no habría ni juego, ni jugador, ni “jugando”.

Cabe remarcar a esta altura de nuestro recorrido que esta lectura –la de su juego y, fundamentalmente, su posición en él– me permite acercarme a su modo de posicionarse frente al aprendizaje.

A Victoria le entusiasma lo que yo hago y lo que tengo. Hay un interés en ella por tomar y adueñarse de aquello que yo pongo a jugar en la escena: las diferentes estrategias (enlazar, encajar), los objetos y sus significaciones. Porque en la posesión de ese objeto, de su dominio estratégico se juega su posición: ahí aparece una

niña que puede prescindir del otro, pero en tanto -vaya paradoja- lo retenga al otro allí, a distancia, a mirada, en presencia.

Con el fin del armado/desarmado que devendrá “gusanito”, del giro que imprime a las formas en el bolígrafo (a la sazón, objeto a serme mostrado/negado por Victoria), las diferentes piezas que entran en escena requieren de estrategias específicas para poder responder a lo que la niña busca. Y requieren, en el caso de Victoria, de otro que dé apertura a la pregunta/conflicto y que ofrezca modelos de respuesta para que la ejecución y el incipiente deslizamiento significativo sean posibles, para que la escena se despliegue. En síntesis, requieren del otro para que la niña pueda tomar un lugar de *jugadora y de aprendiz* en un contexto que le presta sentido.

Victoria en los tramos finales de este escrito

Nos cuenta Victoria -desde esta lectura que vamos compartiendo acerca de ella y sus producciones- que hay otro lugar que ella está comenzando a ocupar, a tomar, a poseer. Nos cuenta Victoria con sus “no”, sus “basta” y en sus “acá/allá” que está comenzando a poder representarse en sus palabras -no sólo en sus gestos- y que con ellas puede empezar a referir lo que quiere y lo que no. Y nos cuenta también que se está pudiendo deslizar, progresivamente, hacia una interacción más sostenida con los objetos, operando cierto corte a esa atracción *de imanes* que venían ejerciendo obturando su posibilidad de encuentro, rebotando entre uno y otro. Pequeñas-grandes conquistas, podríamos decir.

Ahora bien, no podemos dimensionar estos movimientos de Victoria sin considerar los que vienen generando los padres en el sentido de articular una demanda de *niña pequeña* aún con sus propias vacilaciones y temores. Niña a quien están intentando *dejar de ver* como a “una bebé que no se sabe a dónde va a ir a parar cuando uno la deja de mirar”.

Y esta posición que está empezando a conquistar y a jugar y desde la cual está empezando a aprender nos refiere a una Victoria que, con su historia y desde su historia, se empieza a disponer a *hacer propio* lo que ya debe dejar de ser sólo del Otro.

Porque ya es tiempo.

“Quien nombra, llama. Y alguien acude, sin cita previa, sin explicaciones, al lugar donde su nombre, dicho o pensado, lo está llamando. Cuando eso ocurre, uno tiene el derecho de creer que nadie se va del todo mientras no muera la palabra que, llamando, llameando, lo trae” (Galeano, 1993, pág. 200).

Notas

- (1) Para profundizar acerca de nuestra concepción de trabajo interdisciplinario, sugerimos la lectura del artículo de F. Maciel (2001) *Lo posible y lo imposible en la interdisciplina*, cuyos datos de referencia se incluyen en la bibliografía.
- (2) Entendemos por emergente lo que surge y aún no tiene una respuesta, lo que lo hace equivalente al concepto de obstáculo. Pensamos al dispositivo como la respuesta a la demanda que se crea a partir de ese emergente: para que se geste un dispositivo es necesario que se lea el emergente en términos de demanda (Agamben, 2014).
- (3) En los tiempos en los que podemos situar esta pregunta fundante y fundamental, generadora de un modo de pensar las intervenciones en el campo de los problemas en el desarrollo infantil, la Dra. Lydia Coriat desplegaba su práctica neuropsiquiátrica y sus investigaciones en el marco del Servicio de Neurología del Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez” de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Este trabajo se continuó en el Centro de Neurología Infantil que fue fundado y dirigido por ella entre 1971 hasta su fallecimiento en 1980. Sugerimos profundizar en sus ideas e investigaciones en su libro. (Coriat, 1974, reedición digital 2017).
- (4) La alusión a “esos niños” entre comillas intenta retomar una popular expresión que tiende a generalizarlos negando las diferencias singulares existentes en el desarrollo y homogeneizándolos a partir de la patología que comparten.
- (5) Hacemos referencia a la actual Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia (FEPI), cuya área clínica es el Centro de Diagnóstico y Tratamiento “Dra. Lydia Coriat” de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. En

ese marco institucional se generaron las preguntas de las que aquí damos cuenta y que dieron lugar a una profunda reflexión que se proyectó en diferentes espacios, entre ellos, el grupo de trabajo de “Lugar de infancia” en el cual ambos autores coincidimos en la actualidad.

- (6) Entendemos al obstáculo como aquello que se torna irreductible en el trabajo clínico, es decir, aquello que no se puede eliminar y es resultado del abordaje terapéutico. Para profundizar acerca del obstáculo clínico y sus destinos proponemos la lectura del artículo de F. Maciel publicado en 2022, cuyo detalle obra en las referencias bibliográficas.
- (7) El concepto de *praxis* hace referencia, en un sentido general, a la articulación de la teoría y la práctica. Una *praxis* determina una forma de tratar a los pacientes y, a su vez, esa forma de tratarlos hace a la *praxis*.
- (8) El “problema en el desarrollo” no es equivalente a la categoría de trastorno, ni de déficit, sino que es un concepto interdisciplinario que determina una pregunta a lo singular, a lo que se hace presente como obstáculo en el desarrollo infantil. Aludir a un “problema” garantiza la permanencia de la pregunta sobre lo singular del desarrollo de todo niño, más allá del déficit que porte (Maciel, 2022).
- (9) Bajo tal denominación, “Psicopedagogía Inicial”, se funda el equipo clínico dedicado al abordaje de los niños pequeños en el marco del Centro de Diagnóstico y Tratamiento de los Problemas del Desarrollo Infantil “Dra. Lydia Coriat” dependiente de FEPI, en los albores de la década del 90. Para encontrarse con sus primeros desarrollos conceptuales, los referimos a sendos artículos de Caniza de Páez, Enright y Mokotoff (1993) y Caniza de Páez y Enright (1996) que se detallan en la bibliografía.
- (10) ¿Cuál es la diferencia entre un sujeto “sospechado” y un sujeto “supuesto”? Un sujeto supuesto es un sujeto a quien se lo supone capaz de sorprender. Un sujeto sospechado, por el contrario, es un sujeto del cual nada venido de él sabría sorprender (Didier-Weill, en Lacan, 1979) dado que se tiene respecto del sujeto sospechado una prevención, una presunción. La sorpresa, lejos de ocupar un lugar preventivo, es condición del sujeto que opera frente a un incauto que debe estar abierto a dejarse sorprender. Todos los niños con un problema en su desarrollo padecen los efectos de la oscilación de ocupar esas dos posiciones: sujeto supuesto/sujeto sospechado. Producto de ello puede aparecer una intermitencia en la demanda parental: aquella que determina a ese niño en un lugar de hijo.
- (11) Toda cultura genera *formas de excepción* para quienes son portadores de algún déficit. Nos resulta válido y valioso el concepto de “estado de excepción” (Agamben, 2004) para dar cuenta de aquellas legalidades excepcionales a las que se remiten a los bebés y niños en los que se presenta algún problema en el desarrollo. Así, nos encontramos con niños de seis o más años tomando aún biberón o con chupete o babero o sin controlar esfínteres..., coartados en su derecho de dejar de ser bebés, en estados de excepción justificados por su déficit que recortan una legalidad especial a sus formas de relación con los otros y los objetos.
- (12) Planteará Jorge Fukelman (2013) “¿será que hacer de un niño pregunta, es el trato del que allí está como analista?”.
- (13) Superados estos tiempos de infancia, cuando vemos nuestra imagen en un espejo, no dudamos en decir “ahí estoy yo” identificándonos sin duda con ella.
- (14) Entendemos el término *trastrucar* con el sentido en el que lo plantea el Diccionario de la Real Academia Española. “Mudar el ser o estado de algo, dándole otro diferente del que tenía”.
- (15) Nos referimos a los *dominios o campos del conocimiento* como zonas cognoscibles de la realidad que exhiben cierta especificidad del objeto y un tipo de interacción constructiva asociada a dicha especificidad (Castorina, 1994).
- (16) Los bebés –en sentido estricto– no juegan, sino que están en posición de ser jugados por el otro. Es desde quien puede comenzar a situarse desde el Yo que podemos hablar de un sujeto infantil en condiciones

de ponerse a jugar (y jugarse) en una relación en la que los objetos pasan a estar bajo el dominio de sus propias significaciones. Es respecto a un niño en esta posición que será posible referirnos a lo que produce como *juego simbólico* –en términos piagetianos– o como *juego imaginario* si apelamos a Vigotsky.

- (17) Para profundizar en la línea que propone este análisis, remitimos a la lectura del artículo de F. Maciel (2017) y al capítulo de P. Enright (2016) mencionados en las referencias bibliográficas.
- (18) La lectura terapéutica respecto a Victoria que aquí se refiere en primera persona es la que se ha construido en el marco de su tratamiento en el dispositivo clínico de niños pequeños, a cargo de la Lic. Patricia Enright. El Lic. Fernando Maciel es quien ha llevado a cabo el trabajo con sus padres en las entrevistas psicoanalíticas inherentes al abordaje terapéutico de esta niña.
- (19) Nos referimos a dos equipos clínicos del Centro “Dra. Lydia Coriat” de la Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia (FEPI), ya citado. Ellos son el de Estimulación Temprana, abocado al trabajo con bebés y el de Psicopedagogía Inicial, definido por su especificidad en el campo de la clínica de niños pequeños.

Bibliografía

- Agamben, G. (1996). Ejemplo. En *La comunidad que viene*. Giulio Einaudi Editores.
- Agamben, G. (2004). Estado de excepción- *Homo Sacer II, I*. Adriana Hidalgo Editora.
- Agamben, G. (2014). *¿Qué es un dispositivo?* Adriana Hidalgo Editora.
- Agamben, G. (2015). Elogio a la profanación. En *Profanaciones*. Adriana Hidalgo Editora
- Caniza de Páez, S., Enright, P. y Mokotoff N. (1993). Psicopedagogía Inicial. De ser bebé a ser nene. En *Escritos de la Infancia N° 2*, Ediciones FEPI.
- Caniza de Páez S. y Enright, P. (1996). ¿Qué se juega cuando jugamos? La intervención diagnóstica en la clínica de la Psicopedagogía Inicial. En *Escritos de la Infancia N° 7*. Ediciones FEPI.
- Castorina, J. A. (Ed.) (1994). La posición del objeto. *Problemas en Psicología Genética*. Miño y Dávila Editores.
- Castorina, J. A. (1995). La significación social de las teorías de aprendizaje. En *La disyuntiva de enseñar o esperar a que el niño aprenda*. Homo Sapiens.
- Coriat, L. (1974/2017). *Maduración psicomotriz en el primer año del niño* [en línea]. Recuperado de www.lydiacoriat.com.ar/libro/
- De Gainza, P. y Lares, M. J. (2011). El juego sitúa al niño. En *Conversaciones con Jorge Fukelman*. Lumen.
- Enright, P. (2016). El juego en la intervención clínica. En N. Filidoro, P. Enright P. y L. Volando (ed.). *Prácticas psicopedagógicas. Interrogaciones desde/hacia la complejidad*. Editorial Biblos.
- Filidoro, N. (2002). La especificidad de la intervención clínica. En *Psicopedagogía: conceptos y problemas*. Biblos.
- Fukelman, J. (2013). *Notas de Lectura. Material de circulación interna*. Manuscrito no publicado.
- Galeano, E. (1993). Ventanas sobre la memoria III. En *Palabras andantes*. Catálogos Editorial
- Lacan, J. (1959). *Clase 11. Seminario 6* [en línea]. Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/lacan/08%20Seminario%206.pdf>
- Lacan, J. (1964). *Clase 14. La pulsión parcial y su circuito. Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Psikolibro.
- Lacan, J. (1979). *Clase 9. Participación de Alain Didier-Weill. Seminario 26* [en línea]. Recuperado de <http://www.psicoanalisis.org/lacan/26/9.htm>
- Lacan, J. (1949/2009). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos 1. Siglo XXI*.
- Jerusalinsky, A. (1992). *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil*. Ediciones Nueva Visión.
- Maciel, F. (2001). Lo posible y lo imposible en la interdisciplina. *Desenvolupa, La Revista d'Atenció Precoç*, 17-18, (12/2001).
- Maciel, F. (2007). *Psicoanálisis. Curso virtual “Lenguaje y aprendizaje en la infancia: lectura*

- desde una praxis interdisciplinaria*" dictado por Lugar de Infancia, La Plata, Buenos Aires.
- Maciel, F. (2017). Reflexiones: El juego como estructura de la infancia. Publicado en Curso Virtual de Postgrado "*Lenguaje y estructura. Entramado que se ponen en juego en el aprendizaje*", Hospital Alvarez, CABA.
- Maciel, F. (2022). El concepto de problema en el desarrollo en la clínica interdisciplinaria. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 39, 49-62.
- Manonni, M. (1964). *El niño retardado y su madre*. Paidós.
- Masotta, O. (1994). *Lecciones de introducción al Psicoanálisis*. Gedisa Editorial
- Piaget, J. (1937). *La construcción de lo real en el niño*, Proteo, 1965.
- Riviére, A. (1992). Origen y desarrollo de la función simbólica en el niño. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll, *Desarrollo psicogenético y Educación I. Psicología Evolutiva*. Editorial Alianza.

Análisis del plan de actuación comunitaria en un hospital de día de autismo

JENIFER GIL MERINO^{1A}, MÓNICA GÓNGORA VILARDELL^{2A}, FÁTIMA CASTILLO MOYANO^{3A},
GLÒRIA SALVADOR FABREGAT^{1A} Y JORDI RODRÍGUEZ GONZÁLEZ^{4A}

RESUMEN

Se analiza la intervención que, desde el hospital de día de trastorno del espectro autista (HDTEA), se realiza con los niños y adolescentes ingresados en el programa intensivo, con el fin de conocer cuál es el grado de vinculación que éste tiene a recursos comunitarios, tanto lúdicos como educativos, teniendo en cuenta la evolución desde que ingresan en la unidad, hasta que se les da el alta del servicio. Valorar la vinculación comunitaria es esencial, puesto que ésta fomenta la interacción entre iguales, además de trabajar de manera no formal las habilidades sociales de los menores. **Palabras clave:** comunitaria, autismo, extraescolar, trabajo en red, recursos, familia, escuela.

ABSTRACT

Analysis of the community action plan in an autism day hospital. An analysis is made of the intervention that the autism spectrum disorder day hospital (ASDDH) carries out with children and adolescents admitted to the intensive program, in order to ascertain the degree of linkage it has to community resources, both recreational and educational, considering the evolution from the time they are admitted to the unit until they are discharged from the service. Assessing community involvement is essential, as it encourages interaction between peers, as well as working on the social skills of minors in a non-formal way. **Keywords:** community, autism, extracurricular, networking, resources, family, school.

RESUM

Anàlisi del pla d'actuació comunitària a un hospital de dia d'autisme. S'analitza la intervenció que, des de l'hospital de dia de trastorn de l'espectre autista (HDTEA), es realitza amb els nens i adolescents ingressats en el programa intensiu, amb l'objectiu de conèixer quin és el grau de vinculació que aquest té amb recursos comunitaris, tant lúdics com educatius, tenint en compte l'evolució des que ingressen a la unitat fins que se'ls dona l'alta del servei. Valorar la vinculació comunitària és essencial, ja que aquesta fomenta la interacció entre iguals, a més de treballar de manera no formal les habilitats socials dels menors. **Paraules clau:** comunitària, autisme, extraescolar, treball en xarxa, recursos, família, escola.

Introducción

El trastorno del espectro autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo que conlleva desafíos significativos en el desarrollo social y emocional. La falta de vínculos comunitarios puede profundizar estos desafíos al reducir las oportunidades de interacción social y la integración en la vida diaria (Mason et al., 2020). Esto puede llevar a un mayor aislamiento y generar dificultades como una menor autonomía, un im-

pacto negativo en la calidad de vida del menor, así como de sus familias y limitaciones en el acceso a recursos y apoyos esenciales (Ozonoff et al., 2015).

Un paralelismo interesante puede encontrarse en la figura mitológica de Hefesto, el dios griego de la forja, quien fue rechazado por su apariencia física y vivió gran parte de su vida apartado de la comunidad de los dioses. A pesar de su exclusión, Hefesto se destacó por su habilidad excepcional como artesano, creando armas y

¹Integradora Social, ²Enfermera, ³Trabajadora Social, ⁴Educador Social. ^AHospital de Día de Autismo, Hospital Universitario Mutua Terrassa (Barcelona).

Contacto: teammutuaterassa@gmail.com

Recibido: 23/7/24 - Aceptado: 13/1/25

herramientas de valor incalculable. Este aislamiento que sufrió Hefesto puede compararse con las experiencias de muchas personas con TEA, que enfrentan dificultades para integrarse socialmente debido a su forma particular de percibir e interactuar con el mundo. Al igual que Hefesto, que encontraba refugio y sentido en su taller, las personas con TEA a menudo desarrollan intereses intensos y talentos extraordinarios en áreas como la programación, el arte o la música.

Sin embargo, estos talentos pueden pasar desapercibidos o subestimarse si no se les brinda la oportunidad de participar plenamente en la sociedad.

Otra similitud se observa en la manera en que Hefesto enfocaba sus habilidades prácticas y su trabajo creativo, centrándose en lo concreto y tangible, lo que puede reflejar la tendencia de algunas personas con TEA a preferir tareas estructuradas y lógicas, como el diseño o la resolución de problemas técnicos. Aunque Hefesto fue excluido del Olimpo por su diferencia física, su capacidad para crear objetos esenciales para los dioses muestra que, cuando se les apoya de manera adecuada, las personas con TEA también pueden hacer contribuciones valiosas a su entorno y a la sociedad en general. Facilitar la vinculación comunitaria es clave para que sus talentos no queden relegados y para fomentar una inclusión efectiva.

En particular, la ausencia de una red comunitaria robusta puede restringir la capacidad de los menores con TEA para desarrollar habilidades esenciales para la vida diaria, afectando su independencia y participación en actividades cotidianas (McConnell, 2002). Además, la calidad de vida de las familias también se ve comprometida, ya que la falta de apoyo comunitario puede incrementar el estrés y la carga emocional asociada al cuidado de un niño con TEA (Lecavalier et al., 2006). Este panorama resalta la necesidad de evaluar cómo la falta de vinculación comunitaria influye en estos aspectos y cómo podría mejorarse la situación.

A raíz de los ítems anteriormente citados, es donde el enfoque comunitario en salud mental, particularmente en los hospitales de día infanto-juveniles, ha ganado relevancia en las últimas décadas debido a la creciente comprensión de

que el entorno social y familiar es un componente fundamental en el tratamiento de trastornos del neurodesarrollo, como el trastorno del espectro autista (TEA). Este enfoque promueve la participación activa de los niños y adolescentes en sus comunidades mientras reciben tratamiento especializado, buscando reducir el aislamiento y fomentar su inclusión en la sociedad (World Health Organization, 2001; Cooper et al., 2020).

Los planes de actuación comunitaria surgen como una respuesta integral para abordar no solo las necesidades clínicas y terapéuticas de los menores con TEA, sino también su bienestar en un contexto más amplio. Este concepto parte de la idea de que el tratamiento debe ir más allá del ámbito hospitalario, incorporando intervenciones en el entorno cotidiano de los pacientes, como la familia, la escuela y otros espacios sociales (Fundación Conectea, 2021). El objetivo es facilitar la transferencia de habilidades adquiridas en el hospital de día a la vida diaria, promoviendo una mayor autonomía y participación social.

En este sentido, los hospitales de día infanto-juveniles han sido pioneros en la implementación de estos planes de actuación comunitaria, ofreciendo un espacio intermedio entre la atención ambulatoria y la hospitalización completa. Esto permite a los menores recibir intervenciones intensivas durante el día, mientras permanecen conectados con su entorno familiar y comunitario (Smith et al., 2021).

Evolución de los hospitales de día infanto-juveniles en TEA

El concepto de hospital de día surge como una alternativa a la hospitalización completa, permitiendo a los pacientes recibir un tratamiento intensivo durante el día y regresar a casa por las tardes. En el contexto de los niños y adolescentes con TEA, estos centros han evolucionado para ofrecer una atención altamente especializada que incluye intervenciones multidisciplinarias en áreas como la comunicación, habilidades sociales, comportamiento y bienestar emocional (Gillberg, 2010). En muchos casos, los hospitales de día infanto-juveniles trabajan en estrecha colaboración con las familias,

las escuelas y otros servicios de la comunidad.

Los hospitales de día dedicados a la atención del TEA se han consolidado como una respuesta efectiva para brindar tratamientos intensivos sin desarraigar al menor de su entorno social y familiar, facilitando la integración de las habilidades aprendidas en el hospital en su entorno natural. Esto es particularmente importante en niños y adolescentes con TEA, ya que los desafíos en la socialización, la comunicación y la adaptación al entorno requieren un enfoque que no solo trate los síntomas, sino que también promueva la inclusión y la participación activa en la comunidad (Hodgson et al., 2017).

Enfoques teóricos y metodológicos de los planes de actuación comunitaria

Los planes de actuación comunitaria se basan en varios marcos conceptuales que buscan potenciar la integración social y mejorar la calidad de vida de los menores con TEA. Entre los enfoques más destacados, se incluyen los siguientes.

Modelo biopsicosocial

Este enfoque, propuesto por Engel (1977), resalta la interdependencia de los factores biológicos, psicológicos y sociales en el tratamiento de cualquier trastorno. En el caso de los menores con TEA, el plan de actuación comunitaria considera no solo los aspectos clínicos, sino también la integración social y el apoyo familiar como elementos cruciales para el éxito del tratamiento (Engel, 1977).

Intervención basada en la comunidad

Este enfoque se fundamenta en la idea de que la intervención terapéutica debe estar alineada con el contexto en el que vive el paciente. En los hospitales de día infanto-juveniles, esto se traduce en la inclusión activa de la familia y la escuela en el tratamiento, asegurando que las habilidades trabajadas en el centro puedan ser practicadas y reforzadas en los entornos naturales del menor (Lisbona, 2005).

Modelo de apoyo conductual positivo (PBS)

Este enfoque es ampliamente utilizado en el tratamiento de menores con TEA, ya que prioriza la intervención en entornos naturales y el

uso de refuerzos positivos para fomentar conductas adaptativas. Los planes de actuación comunitaria aplican este modelo, asegurando que las estrategias de apoyo conductual puedan ser implementadas tanto en el hospital de día como en la comunidad (Carr et al., 2002).

Modelo ecológico

Basado en las ideas de Urie Bronfenbrenner (1979), este modelo plantea que el desarrollo de un niño está influenciado por múltiples capas de su entorno, desde la familia hasta la comunidad más amplia. Los planes de actuación comunitaria en hospitales de día reconocen esta interrelación y trabajan en conjunto con las familias, las escuelas y los servicios comunitarios para crear un entorno de apoyo coordinado que facilite el desarrollo del niño con TEA (Bronfenbrenner, 1979).

Objetivos

Los objetivos de este estudio son, en primer lugar, evaluar el impacto de la intervención interdisciplinaria del programa intensivo del hospital de día TEA en la mejora de la vinculación comunitaria de los menores ingresados. Asimismo, en segundo lugar, se busca analizar las variables familiares y sociales que condicionan dicha vinculación, identificando los factores que influyen en su éxito. La hipótesis plantea que, aunque la vinculación de los niños con TEA es deficitaria de base, la intervención del equipo terapéutico del HDTEA mejora significativamente su integración en la red comunitaria.

Método

El presente estudio forma parte de un proyecto cuantitativo y unicéntrico que se desarrolla en diferentes entidades comunitarias y recursos académicos, durante un periodo de seis años (del 2018 al 2023 ambos incluidos).

Sujetos

Un total de 65 pacientes procedentes del hospital de día TEA integraron la muestra final. La edad osciló entre 9 y 17 años (media = 13,8; Desviación estándar = 2,29). Un 42 % ($N = 38$) eran del género masculino. El único criterio de

inclusión fue que estuvieran ingresados en el programa intensivo del hospital de día TEA. Los criterios de exclusión fueron: a) Los menores ingresados en otro programa del hospital de día TEA; y b) los menores con un ingreso inferior a las seis semanas (45 días). Se obtuvo el consentimiento por escrito de todos los progenitores o tutores legales de los participantes del estudio.

Procedimientos

El estudio se estructuró en cuatro fases. En la primera, se inició con una recogida de datos a través de diferentes intervenciones. Se iniciaba con una primera visita conjunta con los progenitores, en la que la trabajadora social y el educador social llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas. Estas se basan en el modelo de Virginia Satir, que permite combinar preguntas abiertas y cerradas y facilitan a los profesionales guiar la conversación sin perder la flexibilidad, con el fin de obtener una base de datos (BBDD) con una visión detallada del contexto familiar, la dinámica social y las posibles barreras o facilitadores que pudieran influir en la vinculación comunitaria de los pacientes. Paralelamente, se recogieron datos clínicos y educativos a través del programa terapéutico individual (PTI), permitiendo tener una visión integral que incluyera tanto aspectos médicos como sociales y educativos.

Posteriormente, en una segunda fase, el equipo terapéutico multidisciplinar se reunía semanalmente en PTI para revisar la información recopilada y compartir sus observaciones desde sus áreas de competencia, permitiendo añadir o modificar información a la base de datos. El docente aportó información sobre el rendimiento escolar y las relaciones del menor en el entorno educativo, mientras que la enfermera proporcionó detalles sobre el estado de salud general del niño y cualquier tratamiento adicional que pudiera estar recibiendo. Por su parte, los integradores sociales evaluaron las interacciones sociales del menor en el HDTEA y las oportunidades de inclusión dentro de su comunidad, una vez conocidos sus intereses. Esta fase de trabajo en equipo multidisciplinar fue esencial para asegurar que cada profesional aportara una perspectiva diferente, enriqueciendo el análisis y ofreciendo una comprensión más completa del grado de vinculación comunitaria.

A partir de la información obtenida en estas reuniones, se inició la tercera fase, donde el educador social elaboró el plan de actuación comunitaria. Su diseño se centró en fomentar la integración del menor en su entorno, fortalecer las redes de apoyo social y escolar con actividades de su interés, garantizando un seguimiento adecuado de los progresos durante el ingreso en el HDTEA. Se mantuvo siempre una comunicación fluida con la familia, que fue considerada un actor clave en la ejecución del plan. Este enfoque permitió no solo una monitorización constante de los progresos, sino también la posibilidad de realizar ajustes oportunos en función de las circunstancias cambiantes del menor. En esta tercera fase se continuaba añadiendo información a la BBDD, que posteriormente en la cuarta fase fue analizada con el objetivo de evaluar el plan de actuación comunitaria en el hospital de día de autismo de Mutua Terrassa, que podremos observar en el apartado *Resultados*.

No se realizó ninguna visita específica para el estudio. Los datos, tal y como hemos mencionado al inicio de este apartado, se recogieron retrospectivamente a través de la revisión de la primera entrevista social y de la historia clínica de los pacientes. Concretamente, se revisan los informes de alta colgados en la historia clínica informatizada (HCIS), así como de la información semanal que se extrae de los PTI.

La recogida de datos no implicó ninguna modificación en la asistencia de los usuarios en la unidad; por lo tanto, las actividades propias de la práctica asistencial habitual no se vieron alteradas.

Resultados

El análisis del plan de actuación comunitaria en el hospital de día de autismo de Mutua Terrassa ha proporcionado resultados significativos respecto a los factores que influyen en la vinculación comunitaria de los niños y adolescentes con TEA. De la muestra total, el 42 % de los casos corresponden al sexo biológico femenino, mientras que el 58 % al masculino.

Uno de los principales hallazgos es la relación entre la duración del ingreso y la vinculación comunitaria. Se observa una tendencia clara: a mayor duración del ingreso, mayor es el nivel de

vinculación. Para obtener mejoras significativas en la vinculación comunitaria, se identificó que es necesario un ingreso mínimo de tres meses. Sin embargo, se detecta una ligera disminución de la vinculación a partir de los 4,5 meses, lo cual podría atribuirse a la mayor complejidad de los casos que requieren estancias más largas.

En términos generales, al momento del alta, se registró un incremento del 21 % en la vinculación comunitaria en comparación con el momento del ingreso. Este incremento fue más notable en el sexo biológico femenino, que mostró un 15 % más de vinculación respecto al sexo biológico masculino.

La edad de los niños y adolescentes no resultó ser una variable significativa en la vinculación comunitaria, descartándose así como factor relevante para predecir el éxito de la intervención en este ámbito.

Por otro lado, el número de hermanos se reveló como un factor importante en la vinculación comunitaria. A menor número de hermanos/as, se registraron mejores índices de vinculación. Este resultado sugiere que los niños con menos hermanos/as podrían tener una mayor facilidad para integrarse en su comunidad, posiblemente debido a una mayor disponibilidad de recursos familiares o atención individualizada.

En cuanto al tipo de familia, se observaron diferencias sustanciales. Los niños pertenecientes a familias nucleares (79 %) y familias extensas (100 %) mostraron una vinculación comunitaria significativamente superior en comparación con los de familias monoparentales (58 %) y familias reconstituidas (67 %). Este hallazgo pone de relieve la importancia del apoyo familiar en el proceso de integración comunitaria, donde las familias con redes de apoyo más amplias tienden a favorecer una mejor vinculación.

Discusión

Con el presente artículo no pretendemos ofrecer un modelo de intervención que poder replicar en diferentes ámbitos, ya sean clínicos o educativos, porque somos conscientes que los recursos multidisciplinares de que dispone el HDTEA son inalcanzables para otros centros. Esta diversidad profesional hace posible los resultados presentados en este estudio con un

colectivo cuyas características inherentes hacen de especial complejidad su vinculación.

En definitiva, el estudio destaca la importancia de un enfoque integral y personalizado en el tratamiento de niños y adolescentes con TEA. La combinación de un equipo interdisciplinario eficaz, la duración adecuada del tratamiento y el apoyo específico a diferentes tipos de familias son clave para mejorar la vinculación comunitaria y, por lo tanto, la calidad de vida de estos menores y sus familias.

Continuar en esta línea y adaptar las estrategias según los hallazgos obtenidos permitirá continuar avanzando en la inclusión social y el desarrollo integral de las personas con TEA.

Conclusiones

El estudio realizado en el HDTEA de Mutua Terrassa demuestra que la intervención interdisciplinaria intensiva tiene un impacto positivo en la vinculación comunitaria de niños y adolescentes con TEA. A continuación, a través de destacar cuatro ítems, proporcionamos una comprensión más profunda de los hallazgos y sus implicaciones.

El primero sería la eficacia del trabajo interdisciplinario, puesto que éste ha mostrado ser altamente efectivo. Este enfoque permite abordar de manera holística las diversas necesidades de los niños y adolescentes con TEA, no solo en términos clínicos sino también en su integración social. La mejora del 21 % en la vinculación comunitaria observada al alta es un indicador claro del éxito de estas intervenciones.

Otro ítem destacable son las diferencias de género. El estudio muestra una diferencia significativa en la vinculación comunitaria según el sexo biológico, con un incremento del 15 % más en las niñas respecto a los niños. Esta observación sugiere que las estrategias de intervención pueden necesitar ser adaptadas para abordar las diferencias de género y maximizar la eficacia en ambos grupos.

En tercer lugar, encontramos la duración del ingreso, un factor crítico para la vinculación comunitaria. El análisis muestra que, a mayor duración del ingreso (hasta aproximadamente 4,5 meses), la vinculación mejora significativamente. Sin embargo, una ligera disminución en la

vinculación se observa después de este periodo, probablemente a causa de la mayor complejidad de los casos que requieren estancias más largas. Esto indica que hay un umbral óptimo para la duración del tratamiento intensivo que maximiza la vinculación comunitaria.

El último sería la influencia del entorno familiar, donde la estructura y el apoyo familiar son determinantes importantes en la vinculación comunitaria.

En definitiva, el estudio destaca la importancia de un enfoque integral y personalizado en el tratamiento de niños y adolescentes con TEA. La combinación de un equipo interdisciplinario eficaz, la duración adecuada del tratamiento y el apoyo específico a diferentes tipos de familias son clave para mejorar la vinculación comunitaria y, por lo tanto, la calidad de vida de estos menores y sus familias. Continuar en esta línea y adaptar las estrategias según los hallazgos obtenidos permitirá continuar avanzando en la inclusión social y el desarrollo integral de las personas con TEA.

Bibliografía

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Carr, E. G., Dunlap, G., Horner, R. H., Koegel, R. L., Turnbull, A. P., Sailor, W. y Fox, L. (2002). Positive behavior support: Evolution of an applied science. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 4(1), 4-16.
- Cooper, K., Smith, L. G. y Russell, A. J. (2020). Social inclusion and autism: Exploring the role of social networks in the participation of young people on the autism spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(9), 3385-3397.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Fundación Conectea (2021). *El Modelo de Intervención Centrado en la Familia en el autismo* [en línea]. Recuperado de <https://www.fundacionconectea.org/2021/01/26/el-modelo-de-intervencion-centrado-en-la-familia-en-el-autismo/>
- Gillberg, C. (2010). The ESSENCE in child psychiatry: Early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1543-1551.
- Hodgson, A. R., Freeston, M. H., Honey, E. y Rodgers, J. (2017). Facing the unknown: Intolerance of uncertainty in children with autism spectrum disorder. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 30(2), 336-344.
- Lecavalier, L., Aman, M. G., Scahill, L., McDougle, C. J., McCracken, J. T., Vitiello, B., ... y Kau, A. S. (2006). Validity of the autism diagnostic interview-revised. *American Journal on Mental Retardation*, 111(3), 199-215.
- Lisbona, A. (2005). El concepto de comunidad en los proyectos de intervención comunitaria. *Revista de Psicología Comunitaria*, 18(1), 45-60. Recuperado de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-70172023000100061
- Mason, T., Wang, S., Di Stefano, M. y Horowitz, L. (2020). Community engagement and social challenges in individuals with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(8), 2795-2810.
- McConnell, S. R. (2002). Interventions to facilitate social interaction for young children with autism: Review of available research and recommendations for educational intervention and future research. *Journal of autism and developmental disorders*, 32, 351-372.
- Ozonoff, S., Young, G. S., Landa, R. J., Brian, J., Bryson, S., Charman, T., ... e Iosif, A. M. (2015). Diagnostic stability in young children at risk for autism spectrum disorder: a baby siblings research consortium study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(9), 988-998.
- Smith, I. M., Zaidman-Zait, A., Mirenda, P., Szatmari, P., Duku, E., Zwaigenbaum, L., ... y El-sabbagh, M. (2021). Profiles and predictors of academic and social school functioning among children with autism spectrum disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50(5), 656-668.
- World Health Organization (2001). *Mental health: New understanding, new hope*.

Intervenciones psicoterapéuticas en pequeños grupos para adolescentes con desregulación emocional

ALDO DIAVOLETTO^{12A}, FRANCA BOTTIGLIERI^{34A}, MARIANNA SESSA^{3A} Y GRAZIELLA LA TORRE^{1A}

RESUMEN

El artículo describe el concepto de desregulación emocional y los factores subyacentes a los problemas relacionados con esta en la edad de desarrollo y, en particular, en la adolescencia. La literatura enfatiza la relevancia de las relaciones tempranas con respecto al posible fracaso de los mecanismos que modulan las emociones. Se relata la experiencia de un pequeño grupo terapéutico con adolescentes con diagnósticos relativos a problemas de desregulación emocional en una fase de estabilización de su historia clínica y del proceso de asunción del caso. **Palabras clave:** *desregulación emocional, neuropsiquiatría infanto-juvenil, pequeño grupo, psicoterapia.*

ABSTRACT

Psychotherapeutic interventions in small groups for adolescents with emotional dysregulation. The article describes the concept of emotional dysregulation and the factors behind the problems associated with it in developmental age and, in particular, in adolescence. Research emphasizes the relevance of early relationships with respect to the possible failure of the mechanisms that modulate emotions. The experience of a small therapeutic group with adolescents diagnosed with emotional dysregulation problems is related in a phase of stabilization of their clinical history and of the process of case assumption. **Keywords:** *emotional dysregulation, child and adolescent neuropsychiatry, small group, psychotherapy.*

RESUM

Intervencions psicoterapèutiques en petits grups per a adolescents amb desregulació emocional. L'article descriu el concepte de desregulació emocional i els factors subjacents als problemes relacionats amb aquesta durant les etapes de desenvolupament i, en particular, en l'adolescència. La literatura subratlla la rellevància de les relacions primerenques respecte al possible fracàs dels mecanismes que modulen les emocions. Es relata l'experiència d'un petit grup terapèutic amb adolescents amb diagnòstics relacionats amb problemes de desregulació emocional en una fase d'estabilització de la seva història clínica i del procés d'assumpció del cas. **Paraules clau:** *desregulació emocional, neuropsiquiatria infantil i juvenil, petit grup, psicoteràpia.*

Introducción

La desregulación emocional (DE) ha sido definida como “la experiencia frecuente e intensa de emociones combinada con una incapacidad para hacer frente a su aparición” (Matusiewicz et al., 2014; Ibraheim et al., 2017).

La DE depende de factores constitucionales, eventos traumáticos y, especialmente, de características de las experiencias relacionales tempranas.

La DE es, por tanto, una condición que atraviesa todos los cuadros sintomáticos de la psicopatología del desarrollo y se manifiesta como un procesamiento desadaptativo de estímulos internos o externos cuando los sistemas de regulación emocional están alterados. La estabilidad interna de los procesos mentales relacionados con la regulación constante y dinámica de las actividades de cerebro-mente-cuerpo se ve “interrumpida”, por así decirlo. En la mayoría de los casos, la alteración es significativa e

^AUnidad Operativa de Neuropsiquiatría Infantil y Adolescente Salerno (UONPIA), departamento de Salud Mental, Servicio de Salud Local (ASL) de Salerno (Italia). ¹Neuropsiquiatra infantil, ²Responsable de la UONPIA, ³Psicóloga, ⁴Psicoterapeuta. Contacto: aldodiavolletto61@gmail.com

Recibido: 3/6/24 - Aceptado: 11/11/24

incapacitante en todos los contextos de la vida. Las reacciones parecen excesivas, inadecuadas con respecto a las reglas más básicas de la vida social: tanto en la escuela como en el deporte o en otros contextos recreativos con compañeros y adultos se producen reacciones de excitabilidad extrema, inestabilidad del estado de ánimo, irritabilidad, hipersensibilidad y hasta excesos en el comportamiento y la agresividad.

Si en la infancia la DE se revela desde el principio como un camino de sufrimiento que tensiona los contextos familiares, escolares y vitales, en la adolescencia la DE se asocia a las transformaciones típicas del período y, juntas, conducen a graves disfunciones en el estado de ánimo, el comportamiento y el funcionamiento adaptativo.

A diferencia de la infancia, en la adolescencia se observa una expansión de la esfera de relaciones sociales de los individuos. Este período se caracteriza por una inmadurez del lóbulo frontal, responsable de la evaluación y la inhibición, en contraste con el sistema límbico, que rige el procesamiento emocional. En consecuencia, ante estímulos emocionales intensos, se producen impulsos vigorosos y búsqueda de sensaciones que no pueden controlarse fácilmente. Esto hace que los adolescentes tengan mayores dificultades para gestionar las emociones que los adultos y los niños (Dahl, 2004).

Bases y modelos de la regulación emocional

A nivel anatómico-funcional, Blok et al. (2022) sostienen que los síntomas están relacionados con alteraciones del volumen cortical en determinadas áreas: “los síntomas psicopatológicos se relacionaron con desviaciones negativas del desarrollo típico del volumen cortical en regiones difusas de la corteza y la subcorteza, y con desviaciones positivas del desarrollo típico para el grosor cortical en la órbita frontal, polo frontal, regiones pericalcarina y cingulada corteza posterior”.

La génesis de la regulación emocional tiene que ver también con las relaciones tempranas, como una co-regulación en sintonía con el cuidador. De hecho, desde los primeros años de vida, el niño se dedica activamente a lograr una estabilidad interna una especie de homeostasis,

que depende de las funciones reguladoras del tronco encefálico. Estas funciones son responsables de mantener bajo control los ritmos de sueño-vigilia, la respiración, la hidratación y otras funciones vitales básicas (Siegel, 2001). Durante esta fase, el cuidador desempeña un papel esencial para facilitar estos procesos y en ayudar al niño a desarrollar una capacidad cada vez más sofisticada para regular sus estados internos.

Los procesos de regulación se desarrollan, por tanto, en estrecha relación con las interacciones sociales, que son fundamentales para permitir que el niño evolucione de un modo reactivo a un modo emocional en los primeros doce meses de vida. Más adelante, con el desarrollo progresivo de las estructuras cerebrales, se desarrollan mecanismos de autorregulación cada vez más articulados y complejos (Siegel, 2001).

En los niños pequeños, la DE afecta principalmente al comportamiento y, a veces, a la parte somática. En cuanto a los correlatos relacionales, según varios autores, entre los dos años y medio y los cinco años aproximadamente, los síntomas parecen estar relacionados con la depresión materna y las escasas habilidades educativas de la madre (Hammen, 2009).

Otras investigaciones relacionan la DE en torno a los 10 años con dificultades en las habilidades sociales, concretamente con la capacidad de tomar decisiones (Weller et al., 2021).

En referencia a la teoría del apego, las diferentes configuraciones que se estructuran desde la primera infancia y luego se articulan y diferencian en la edad preescolar y escolar, pueden verse tanto como patrones de comportamiento interactivos observables, pero también, sobre todo, como modos de regulación emocional: es en el marco de los procesos de apego que se modulan los estados emocionales y las disposiciones conductuales relacionadas; contextos de desarrollo específicos caracterizados por formas particulares de inseguridad que conducen a desregulaciones emocionales específicas (Lambruschi, 2012).

Las experiencias diádicas caracterizadas por la discontinuidad de la respuesta materna conducen, por el contrario, a un estilo de regulación emocional hiper-activador, de carácter neurofisiológico y conductual, a veces incluso exagerado y teatral. Por otro lado, otras

(desorganizadas), en el que el contexto de los cuidados está caracterizado por intensas experiencias de amenaza al yo, pueden llevar a una expresividad emocional caótica y notablemente inestable (Lambruschi, 2012).

El estilo parental puede ser un factor de resiliencia, cuando apoya al niño en la exteriorización de las emociones, o un factor de fragilidad. De hecho, una vez diagnosticado un trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) con DE, el apoyo parental en la regulación de las emociones puede evitar que el niño desarrolle desórdenes comórbidos como el trastorno de conducta o el trastorno negativista desafiante (Steinberg y Drabick, 2015).

Por otro lado, algunas investigaciones (Gregory et al., 2019) recuerdan la utilidad de la relación y del juego con el padre en el niño respecto a la regulación emocional en la adolescencia, mientras que otras aportaciones (Cheung et al., 2020) recuerdan la importancia transgeneracional de la regulación emocional, es decir, las características de la regulación emocional de los padres.

La DE en los niños también suele estar relacionada con el TDAH, tal y como evidencian varias investigaciones (Lugo-Candelas et al., 2017). Según una primera hipótesis, la DE en el TDAH estaría vinculada a una dimensión temperamental, independiente del control cognitivo, mientras que, según otra hipótesis (Barkley, 1997), el descontrol conductual se correlaciona con otras funciones ejecutivas (como la memoria de trabajo, la motivación para la tarea, el lenguaje interno, la gestión de errores, procesos generalmente contemplados dentro de las funciones ejecutivas).

La hipótesis de que el TDAH está relacionado con un déficit en las funciones ejecutivas está respaldada por investigadores que han observado cierta similitud entre el comportamiento en el TDAH y las características de pacientes con lesiones prefrontales (Pennington y Ozonoff, 1996; Shallice et al., 2002). Sin embargo, según algunos autores, los dos modelos son compatibles, ya que el temperamento influye en la atención, el comportamiento y la reacción a un estímulo: concepto de *effortful control* (control voluntario comprometido). El control del temperamento formaría parte de las funciones

ejecutivas (Steinberg y Drabick, 2015).

Los síntomas de DE en la adolescencia, con los correlatos clínicos previsibles, han sido atribuidos por algunos autores a acontecimientos estresantes y desadaptativos en la infancia: en una muestra de 3915 adolescentes se destacó el papel del maltrato infantil y la impulsividad en las conductas autolesivas no suicidas (Liu et al., 2022).

Cambios en la regulación emocional en la adolescencia

La adolescencia representa un período particularmente crítico para las habilidades de regulación emocional y muchos autores creen que estas se caracterizan por transiciones no lineales (Somerville et al., 2010; Steinberg, 2005). En este sentido, un modelo muy interesante es el de cambio desadaptativo (*maladaptive shift*), que sostiene que durante la adolescencia se produce un cambio disfuncional en la regulación emocional, que podría explicarse por cambios biológicos y cambios psicológicos (Somerville et al., 2010). En particular, se ha afirmado que los cambios neuroendocrinológicos que acompañan a la pubertad se producen, entre otras cosas, junto con las nuevas y desafiantes tareas de desarrollo que los adolescentes tienen que afrontar en su camino hacia la autonomía (Steinberg, 2005). Numerosas evidencias sugieren, de hecho, que los adolescentes experimentan emociones negativas con mayor frecuencia e intensidad que los niños y los adultos (Somerville et al., 2010) en ausencia de estrategias de control cognitivo suficientemente eficaces, y esto puede inducir una disminución del uso de estrategias de regulación adaptativas y un aumento de las desadaptativas (Zeman et al., 2006). La intensidad, de hecho, depende también del estado de ánimo en un momento concreto, de modo que a veces algunas respuestas emocionales pueden parecer exageradas, mientras que otras veces la sensibilidad puede reducirse en relación con los estímulos externos. En el modelo de Gross (2007), existen cinco estrategias de regulación, de las cuales las cuatro primeras tienen que ver con el antecedente; es decir, se implementan antes de que se genere la emoción, y la quinta se centra en la modulación

de la respuesta posterior a la emoción. Son las siguientes: selección de la situación (*situation selection*); cambio de situación (*situation modification*); despliegue de la atención (*attention deployment*); reevaluación cognitiva (*cognitive change*); y modulación de la respuesta emocional (*response modulation*). La primera, la *selección* de la situación, se refiere a la adopción de conductas dirigidas a gestionar las emociones a través de la elección del entorno circundante. El *cambio de situación* se refiere al proceso de regulación que implica la modificación de las condiciones ambientales y puede asociarse al “enfrentamiento centrado en el problema”, cuyo objetivo es intervenir directamente en la situación para reducir el estrés (Lazarus y Folkman, 1984). El *uso de la atención* se refiere, por otro lado, al centrarse en aspectos concretos de la situación, con el fin de desviar la atención de la situación emotigénica que se está presentando. El *cambio cognitivo* se refiere a la alteración del sentido personal asociado a una situación para influir en las respuestas experienciales, fisiológicas o conductuales. Por último, la *modulación de la respuesta* tiene que ver con los intentos de modificar la respuesta de una emoción una vez que se ha activado, inhibiendo las expresiones de las emociones, a menudo exteriorizadas. Entre los diversos mecanismos de control de las emociones, la conciencia también desempeña un papel crucial, ya que influye en la forma en que se gestionan las emociones. La conciencia permite la autoevaluación que favorece la consecución de objetivos específicos y la aplicación de respuestas adaptativas. Los estados emocionales internos también pueden comunicarse mediante expresiones externas, que pueden variar de una cultura a otra en función de normas sociales a menudo no escritas, que llamamos reglas de exposición (*display rules*) (Malatesta-Magai, 1991).

Según un estudio de Silvers y colaboradores (2012), los procesos de gestión de las emociones están influenciados por diversos factores, entre ellos la edad, las circunstancias situacionales y las diferencias en disposiciones individuales. Esta investigación es crucial para comprender las variaciones individuales en el desarrollo y manifestación de formas de psicopatología. Los resultados indican que las diferencias relacionadas con

la edad en la capacidad de regular las emociones son más pronunciadas en respuesta a estímulos sociales que a estímulos no sociales, y que los individuos con una alta sensibilidad al rechazo tienden a tener más dificultades para gestionar sus respuestas emocionales ante situaciones aversivas, especialmente a una edad temprana. Estos hallazgos sugieren que aprender a regular las propias emociones constituye un reto y un proceso evolutivo, que la mayoría de las personas afronta con éxito en el transcurso de la adolescencia.

Sin embargo, los individuos con una alta sensibilidad al rechazo pueden desarrollar una baja autoestima y experimentar dificultades en las interacciones sociales durante la adolescencia media y tardía (Silvers et al., 2012). Una vez más, como señala Gross (1998), varios procesos entran en juego en la modificación de un estado emocional antes de la “desregulación” general que puede observarse finalmente. Estos procesos incluyen la capacidad del individuo para seleccionar, prestar atención y evaluar los estímulos que activan las emociones y llevan a experimentar un estado emocional, tanto fisiológica como conductualmente.

Posteriormente, los esfuerzos de modulación acontecen a nivel inconsciente y consciente en respuesta a ese estado emocional para promover una respuesta emocional adaptativa.

Por lo general, en la adolescencia el cuerpo representa el ámbito privilegiado en el que expresar el sufrimiento psíquico: el cuerpo desnutrido, el cuerpo herido por cortes, el cuerpo negado o retirado de la socialidad o, peor aún, eliminado, o el cuerpo maltratado, consumido en la promiscuidad y la hiperestimulación por sustancias. La complejidad del tratamiento de la DE reside en el hecho de que se estructura a lo largo del tiempo como una estrategia de defensa y evitación como la disociación, el adormecimiento o el desapego; estas estrategias conllevan beneficios secundarios nada despreciables y pueden persistir incluso después de la mejoría o la resolución de la sintomatología principal. Varios autores destacan la centralidad de la DE en el desarrollo del trastorno límite de la personalidad, así como en conductas autolesivas e intentos de suicidio (Sloan et al, 2017; D’agostino et al., 2017; Chapmann, 2019; Mirkovic et al., 2021).

Por desgracia, la importancia del trabajo emocional a menudo no se reconoce, empezando por los propios pacientes hasta los adultos remitentes. Por el contrario, es esencial proceder con un enfoque progresivo de contacto con las propias emociones perturbadoras para luego utilizar técnicas más articuladas que conduzcan a la plena toma de conciencia y al procesamiento. Para ello, nos parece de especial utilidad clínica el concepto de “ventana de tolerancia” introducido por Daniel Siegel en 2012. La “ventana de tolerancia” no es otra cosa que una especie de “fluctuación” fisiológica del estado de excitación hacia abajo y hacia arriba, con respecto a situaciones que actúan como activadores o calmantes. El joven paciente con DE, de hecho, es incapaz de encontrar estrategias para volver a entrar en la ventana de tolerancia cuando se encuentra fuera de ella, ya sea en términos de hiper o hipo excitación.

Fluctuar dentro de la ventana es normal para una persona adulta estructurada, mientras que para un niño o un adolescente puede ser más fácil percibirse subjetivamente a sí mismo como “fuera de control” o “agotado” y eso puede causar un profundo estado de malestar.

De esto se deduce fácilmente cómo es una premisa indispensable ser consciente de cómo las emociones se mueven en nuestro interior, poder identificarlas, nombrarlas, compartirlas y procesarlas; en una palabra, haber desarrollado una buena inteligencia emocional en el camino del crecimiento, empezando por la familia y la escuela.

El concepto de inteligencia emocional frente al concepto de niveles de adquisición cognitivo-prestación-aprendizaje es relativamente reciente. El tema del “coeficiente intelectual” (CI) ha prevalecido durante mucho tiempo en los intereses de los estudiosos del desarrollo respecto al “coeficiente emocional” (CE), y sólo en las últimas décadas el CE se ha convertido en digno de atención en el desarrollo de la personalidad y la adaptación a los acontecimientos y al entorno de un sujeto en desarrollo (Goleman, 1995, 1998). Así pues, aunque ahora por fin se reconoce que las emociones desempeñan un papel importante en el proceso de crecimiento de un individuo, por otra parte, el “entrenamiento emocional” y la educación a las emociones

no es la norma ni en las familias ni en la escuela o en contextos recreativos. A menudo, los niños suelen ser abandonados a su suerte a la hora de enfrentarse al mundo emocional; no se les ayuda a leer sus propios estados emocionales ni a decodificar los de los demás y, en consecuencia, a aprender estrategias para afrontar las frustraciones de la vida cotidiana y la complejidad de las relaciones interpersonales.

El contexto y las respuestas de los servicios

Las rápidas y profundas transformaciones socioculturales de los últimos años revelan en los jóvenes y sus familias un creciente malestar psicológico que conduce inevitablemente a necesidades de atención complejas, nunca encontradas en el pasado, a las que los padres y adultos en general, así como los servicios, no parecen absolutamente preparados. En una cultura impregnada de competencia, retos, rapidez de comunicación y la ilusión de alcanzar fácilmente objetivos ambiciosos, la vulnerabilidad, la sensibilidad, la competencia emocional de la persona siguen considerándose defectos que hay que evitar. Además, el mundo adulto no parece tener una autoridad sólida para orientar hacia los límites y la conciencia de ellos, y experimenta dificultades para desempeñar su papel de orientación y contención de las generaciones más jóvenes, especialmente en el nivel emocional.

Si incluso la figura del *padre como amigo de los hijos* parece decaída, dado que por fin somos más conscientes del daño que produce, ¿qué alternativa queda a la del padre que ya no es padre-patrón y autoritario, y que ya no es amigo de igual a igual?

El rol paterno actual no se ha transformado de pleno en padre con autoridad, es decir, normativo pero benevolente, firme en contención y dirección, así como emocionalmente competente. Más a menudo, ante las necesidades de los niños y jóvenes, somos testigos de padres desvirtuados y marginados (junto a madres angustiadas), por lo tanto, en dificultad para replantearse su papel, atemorizados o en fuga; en una familia que, aunque más flexible y “ampliada”, adolece de problemas relativos a la relación de pareja; en un momento histórico en el que la relación entre los sexos, fuera y dentro de la familia, está

en una crisis profunda.

También como consecuencia de la situación de gran malestar provocada por la pandemia de covid-19, las peticiones de ayuda a los servicios han aumentado y los trastornos han aumentado en prevalencia e incidencia, especialmente entre menores y jóvenes (Malerba et al., 2022; Samji et al., 2022). Son especialmente preocupantes las implicaciones a medio y largo plazo que un trastorno en la edad de desarrollo conlleva, incluyendo un deterioro significativo en numerosas áreas de funcionamiento y una mayor probabilidad de manifestar trastornos psicológicos/psiquiátricos en la edad adulta (Copeland et al., 2009).

En este contexto de cambio de roles y necesidades, la acogida y atención del malestar de menores y familias se realiza dentro de un escenario diferente y más complejo. Los servicios de NPJA para el desarrollo en edades de 0 a 18 años se han distinguido siempre por su peculiar carácter de encrucijada. Esto se debe a la necesidad de colaboración e interrelación constante con otros organismos e instituciones que también trabajan con menores, tales como los tribunales de menores, las escuelas, los servicios sociales, las comunidades y los programas de rehabilitación. Esta cooperación es fundamental para abordar las problemáticas descritas anteriormente, ya que cada pequeño usuario y sus familias presentan una diversidad de necesidades que requieren respuestas coordinadas y especializadas desde distintos ámbitos.

Entre las distintas respuestas que el servicio público debe ofrecer a niños y jóvenes, se incluye el apoyo psicológico y la psicoterapia, que puede llevarse a cabo de manera individual, familiar o grupal. Este tipo de intervención se considera de segundo nivel y se distingue de las intervenciones educativas o rehabilitadoras. Su objetivo es modificar de forma más profunda y reestructurar las estructuras intrapsíquicas e interpersonales que subyacen al malestar y al sufrimiento psicológico.

Inevitablemente, en las psicoterapias, uno se enfrenta a emociones ya en la primera interacción clínica, en la llamada relación transferencial: en efecto, el nivel emocional actúa como regulador de la alianza terapéutica y de la motivación para lograr los cambios necesarios. Con

los pacientes pequeños y jóvenes es necesario iniciar la alianza terapéutica, en primer lugar, también con los padres en el nivel emocional, “leyendo” el malestar dentro de todo el sistema familiar, buscando un sentido al sufrimiento psíquico en la configuración emocional de todos los miembros.

El enfoque del síntoma a través del “trabajo emocional” es agotador, largo. Implica tener en cuenta determinados modelos de regulación emocional de los adultos y/o hermanos de referencia. La mayoría de las veces supone intentar una modificación de la dinámica disfuncional partiendo precisamente del malestar emocional que se esconde detrás del síntoma.

Con el adolescente, en particular, el escenario terapéutico debe tener necesariamente en cuenta la ambivalencia del periodo de la vida. La alianza terapéutica, incluso en este caso, debe ser basada en la comprensión del nivel emocional, pero el equilibrio entre dependencia y la autonomía, la pertenencia y la separación, es uno de los ejes en torno a los cuales se delinea el itinerario terapéutico. Dejando a un lado las implicaciones clínicas específicas relativas a los diversos síntomas, nos gustaría destacar aquí cómo la DE es una especie de “matriz transdiagnóstica común” que se encuentra casi siempre en todas las diversas manifestaciones clínicas del sufrimiento psicológico en la adolescencia.

El entrenamiento emocional en el proceso psicoterapéutico vuelve los pacientes más conscientes y resilientes globalmente, más responsables de reconocer y gestionar, es decir, de procesar emociones simples y complejas. En otras palabras, la adquisición de una buena regulación emocional permite no recaer en la sintomatología y alejarse y renunciar progresivamente a lo que llamamos los beneficios secundarios de la enfermedad.

En la observación clínica, se observa con bastante frecuencia que el DE puede persistir en algunos casos, incluso cuando se logra una mejora clínica o la remisión de los síntomas. Parece actuar como una especie de mecanismo defensivo frente a la enfermedad, permaneciendo activo como un *baluarte*. Además, puede reaparecer de manera más intensa cuando los pacientes enfrentan frustraciones particulares o atraviesan acontecimientos difíciles.

Nuestra experiencia

En la experiencia del equipo clínico de UON-PIA Salerno hemos experimentado con una intervención específica para tratar el DE *residual* de aquellos procesos psicoterapéuticos llegados casi a término, que normalmente tenían un seguimiento tradicional, y que, en los controles clínicos, todavía se encontraban evidencias de comportamientos y vivencias desregulados, a pesar de las satisfactorias evoluciones psíquicas y remisión de los síntomas. De ahí la idea de iniciar pequeños grupos psicoterapéuticos con pacientes que habían completado su curso clínico individual pero que aún necesitaban algún tipo de entrenamiento y apoyo a nivel emocional.

Existe una amplia literatura sobre la validez del grupo terapéutico, incluso en la edad de desarrollo, en relación con una amplia variedad de problemas clínicos. El entorno grupal representa el contenedor ideal tanto en relación con el objetivo clínico-organizativo del servicio, como con respecto a los objetivos de mejora de la autoestima y la conciencia emocional.

En resumen, los objetivos pueden considerarse los siguientes: conciencia y discriminación emocional; gestión de estados de ánimo desagradables; aceptación de uno mismo y de los demás; mejora de la autoestima; mejora de las habilidades sociales.

Además, este tipo de intervención, en opinión de los autores, se sitúa a mitad de camino entre la psicoterapia y la rehabilitación psicosocial, ya que el enfoque en el mundo interno y relacional se cruza con la necesidad de recuperar las capacidades funcionales a la adaptación social y escolar en su totalidad. Varios autores destacan la eficacia del grupo terapéutico en estados ansioso-depresivos en la adolescencia (Thorslund et al, 2020; Lassen et al., 2019). Además, la terapia de grupo, tanto por parte de los llamados clásicos (Yalom y Leszcz, 2008), como en trabajos más recientes (O'Shea et al., 2015; Fawcett, 2020) se considera una alternativa válida en todos los aspectos a la terapia individual, en términos de resultados clínicos.

La idea básica es que fomentar y poner en práctica una conciencia de lo que ocurre en la dinámica relacional permite trabajar en la gestión de las emociones y consolida el trabajo

realizado en el proceso anterior desde una perspectiva diferente.

Nuestra intención como servicio público era ofrecer más ayuda a los pacientes jóvenes cuando hubiera un cuadro clínico suficientemente estabilizado para poder apoyar las intervenciones en grupo. En la interacción entre iguales, la activación emocional puede ser muy intensa, tanto en sentido positivo como negativo, y la capacidad de comprenderla en el otro y regularla en uno mismo es fundamental para que la interacción sea exitosa.

Además, como afirma Baldascini (2023), “el grupo, por un lado, actúa como un prisma que descompone la multiplicidad interna de cada componente y, por otro, actúa como un espejo que devuelve, a menudo amplificado, al individuo lo que éste proyecta sobre los demás. Asumir esta multiplicidad descompuesta por el grupo contribuye en gran medida a la búsqueda de la propia identidad”.

El grupo de psicoterapia, en nuestra experiencia, consta de ocho pacientes, todas mujeres, de 12 a 17 años. Todas han realizado, al menos, un ciclo de psicoterapia individual y/o familiar y hasta un máximo de tres ciclos de ocho encuentros. Cuatro tuvieron tratamiento farmacológico, además del curso psicoterapéutico.

Para cada una de ellas, se ha establecido una intervención individualizada en sus diversos aspectos clínicos. En concreto, las pacientes presentan los siguientes cuadros clínicos:

- Paciente de 13 años con trastorno de ansiedad de prestación y rasgos de dependencia afectiva
- Paciente de 14 años con diagnóstico de trastorno de ansiedad con rasgos obsesivos con desregulación emocional
- Paciente de 14 años con diagnóstico de desregulación del estado de ánimo con riesgo de estructura de personalidad compleja con funcionamiento intelectual límite
- Paciente de 16 años con diagnóstico de trastorno de ansiedad y fobias específicas con desregulación emocional
- Paciente de 15 años con diagnóstico de trastorno del estado de ánimo en comorbilidad con trastorno de la conducta alimentaria de tipo bulímico
- Paciente de 16 años con diagnóstico de trastorno

de ansiedad generalizada con leve discapacidad intelectual

- Paciente de 12 años con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria de tipo restrictivo con marcados rasgos de introversión y aislamiento
- Paciente de 16 años con diagnóstico de trastorno del estado de ánimo en comorbilidad con trastorno de la conducta alimentaria de tipo bulímico.

Se pudo observar que los adolescentes seleccionados para el trabajo en grupo presentaban remisión de los síntomas y una readaptación positiva a diversos contextos vitales, pero aún habían necesitado experimentar vivencias emocionales correctoras para poder desarrollar nuevas estrategias de implicación en la experiencia con el yo y el otro.

La elección del pequeño grupo de ocho pacientes de entre 12 y 17 años estuvo dictada, sobre todo, por la conciencia de iniciar un trabajo de tipo experimental, en cierto modo complejo y nunca antes experimentado en nuestra Unidad Operativa, donde ya se ofrecen normalmente vías psicoterapéuticas individuales y familiares dentro de las múltiples y diferenciadas actividades clínicas entre el primer y el segundo nivel que deben proponerse a los usuarios según los principios de las clásicas tres «E» (eficacia, eficiencia, economicidad). Es bien sabido que la psicoterapia es una de las actividades más complejas en términos de compromiso cualitativo y cuantitativo y, como tal, no siempre prestada por los servicios públicos y los servicios NPJA, que están cargados de tareas institucionales siempre apremiantes y dedicados a tareas vinculadas principalmente a la externalización de las intervenciones.

El grupo, que comenzó en enero de 2023, se reunía inicialmente con frecuencia quincenal. Actualmente, se reúne aproximadamente cada tres semanas. La intervención dura unas dos horas y media y es atendida por dos psicoterapeutas sistémico-relacionales.

Para la mayoría de los pacientes, el inicio de la psicoterapia de grupo coincidió con el final del itinerario individualizado y el inicio del seguimiento. Gradualmente, se ha intentado introducir en el grupo a dos pacientes que no habían terminado el tratamiento, pero que mostraban

características como para beneficiarse especialmente del encuentro con las compañeras.

Al principio, la misión del grupo consistía, sobre todo, en proporcionar apoyo y dirección para un seguimiento centrado en los aspectos críticos restantes de la DE. Más adelante, se trató también de dar cabida a aquellos casos en los que los problemas de DE paralelos a los síntomas patológicos más comunes, de hecho, dificultaban su resolución.

Esto, en la creencia de que las jóvenes *más competentes* podían actuar como remolque para las que aún no habían completado el proceso.

Una y otra vez, en el grupo, se estimula una reflexión común sobre los temas a tratar, partiendo de las necesidades expresadas por las participantes, o se proponen diversas *activaciones*, ejercicios que, básicamente, exploran, solicitan siempre una lectura emocional de los acontecimientos y las dinámicas subyacentes.

Casi no hace falta decir que el grupo representa un espacio de acogida, en el que están prohibidos los juicios de valor, las competiciones y tienen que ser gestionados y procesados con la intervención del terapeuta. A veces, cuando un acontecimiento o una experiencia propuestos crean un clima emocional, se intenta solicitar resonancias emocionales apropiadas y el reflejo de partes de uno mismo en el otro en un contacto auténtico que, a través de la pertenencia al grupo, tiende a promover un nuevo sentido de sí mismo.

Poco más de un año después del inicio del proyecto, las mejoras en las chicas del grupo pueden observarse en diferentes niveles: una mayor capacitación emocional está estrechamente ligada a una mayor eficacia interpersonal y social; una mayor competencia emocional es un factor protector frente al recrudecimiento de los síntomas y a largo plazo produce estabilidad en otras áreas de la personalidad (especialmente en el ámbito cognitivo-rendimiento, social-relacional y de comunicación con los adultos de referencia).

Conclusiones

A la luz de nuestra experiencia, parece, por tanto, oportuno destacar que la DE representa la dimensión común de diferentes cuadros clínicos y trayectorias psicopatológicas, a menudo

presentes en comorbilidad. Mientras que en el niño pequeño se declina principalmente a nivel conductual (Asmussen, 2022), en el preadolescente y el adolescente suele tomar la vía de trastornos tanto internalizantes como externalizantes. Además, el foco en el nivel emocional-afectivo en general en la cura de la angustia y el sufrimiento en la edad del desarrollo, se convierte en la mejor forma de dar respuestas terapéuticas adecuadas, en el marco de una intervención necesariamente multimodal y en equipo.

También queremos señalar que la psicoterapia de grupos pequeños puede incluirse permanentemente entre los recursos terapéuticos a disposición del equipo encargado del menor y su familia en los servicios públicos. Según nuestra experiencia en el llamado grupo de seguimiento, el trabajo sobre la regulación emocional constituyó, a la vez, un contenedor de problemas intrapsíquicos aún no del todo resueltos y consolidados, así como un acelerador de procesos psíquicos aún en ciernes. Por último, el trabajo en grupo fue y representa una formación continua también para el equipo asistencial, ya que las resonancias emocionales dejan inevitablemente huellas incluso también en los operadores implicados y representan, si se utilizan adecuadamente, un importante elemento formativo y un pegamento para el equipo. Desde este punto de vista, la supervisión e intervención de los operadores representan un elemento esencial para la salud de los equipos y para el éxito de los procesos asistenciales.

Traducción del italiano de Elena Venuti.

Bibliografía

- Asmussen, J., Skovgaard, A. M. y Bilenberg, N. (2022). Trajectories of dysregulation in preschool age. *European child & adolescent psychiatry*, 31(2), 313–324.
<https://doi.org/10.1007/s00787-020-01689-z>
- Baldascini, L. (2023). *La psicoterapia relazionale con l'adolescente. Narciso e Dioniso nell'epoca contemporanea*. Franco Angeli Editore.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*, 121(1), 65–94.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>
- Blok, E., Geenjaar, E. P. T., Geenjaar, E. A. W., Calhoun, V. D. y White, T. (2022). Neurodevelopmental Trajectories in Children With Internalizing, Externalizing and Emotion Dysregulation Symptoms. *Frontiers in psychiatry*, 13, 846201.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.846201>
- Chapman, A. L. (2019). Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Development and psychopathology*, 31(3), 1143–1156.
<https://doi.org/10.1017/S0954579419000658>
- Cheung, R. Y. M., Chan, L. Y. y Chung, K. K. H. (2020). Emotion dysregulation between mothers, fathers, and adolescents: Implications for adolescents' internalizing problems. *Journal of adolescence*, 83, 62–71.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.07.001>
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J. y Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of general psychiatry*, 66(7), 764–772.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.85>
- D'Agostino, A., Covanti, S., Rossi Monti, M. y Starcevic, V. (2017). Reconsidering Emotion Dysregulation. *The Psychiatric quarterly*, 88(4), 807–825.
<https://doi.org/10.1007/s11126-017-9499-6>
- Dahl, R. E. (2004). Adolescent brain development: a period of vulnerabilities and opportunities. Keynote address. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 1–22.
<https://doi.org/10.1196/annals.1308.001>
- Fawcett, E., Neary, M., Ginsburg, R. y Cornish, P. (2020). Comparing the effectiveness of individual and group therapy for students with symptoms of anxiety and depression: A randomized pilot study. *Journal of American college health*, 68(4), 430–437.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1577862>
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ?* Bantam Books.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. Bantam Books.
- Gregory, J., Kivisto, K. L., Perdue, N. H. y Estell, D. B. (2019). Father-child play, child emotional dysregulation, and adolescent internalizing symptoms: A longitudinal multiple mediation analysis. *Development and psychopathology*,

- 31(4), 1325-1338.
<https://doi.org/10.1017/S0954579418000767>
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, 74(1), 224-237.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.74.1.224>
- Gross J. J. (2007). *Handbook of Emotion Regulation*. The Guilford Press.
- Hammen, C. L. (2009). Children of depressed parents. En Gotlib I. H. y Hammen C. L. (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 275-297). The Guilford Press.
- Ibraheim, M., Kalpakci, A. y Sharp, C. (2017). The specificity of emotion dysregulation in adolescents with borderline personality disorder: comparison with psychiatric and healthy controls. *Borderline Personal Disorder & Emotional Dysregulation*, 4, 1.
<https://doi.org/10.1186/s40479-017-0052-x>
- Lambruschi, F. y Bertaccini, R. (2012). Presa in carico di casi clinici nei servizi ASL: l'ADHD in un'ottica cognitivo-evolutiva. En L. Cena, A. Imbasciati y F. Baldoni, *Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori*. Springer-Verlag.
- Lassen, N. F., Hougaard, E., Arendt, K. B. y Thastum, M. (2019). A disorder-specific group cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in adolescents: study protocol for a randomized controlled study. *Trials*, 20(1), 757.
<https://doi.org/10.1186/s13063-019-3885-3>
- Lazarus, R. S. y Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Liu, J., Gao, Y., Liang, C. y Liu, X. (2022). The potential addictive mechanism involved in repetitive nonsuicidal self-injury: The roles of emotion dysregulation and impulsivity in adolescents. *Journal of behavioral addictions*, 11(4), 953-962.
<https://doi.org/10.1556/2006.2022.00077>
- Lugo-Candelas, C., Flegenheimer, C., McDermott, J. M. y Harvey, E. (2017). Emotional Understanding, Reactivity, and Regulation in Young Children with ADHD Symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 45(7), 1297-1310.
<https://doi.org/10.1007/s10802-016-0244-7>
- Malatesta-Magai, C. (1991). Development of emotion expression in infancy: General course and patterns of individual difference. En J. Garber y K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 49-68). Cambridge University Press.
- Malerba, A., Iannattone, S., Casano, G., Lauriola, M. y Bottesi, G. (2022). The Trap of the COVID-19 Pandemic: Italian Adolescents Fare Well at First, Maybe Thanks to Protective Trait Expression. *Children*, 9(11), 1631.
<https://doi.org/10.3390/children9111631>
- Matusiewicz, A., Weaverling, G. y Lejuez, C. W. (2014). Emotion Dysregulation Among Adolescents with Borderline Personality Disorder. En: C. Sharp y J. L. Tackett (ed.), *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*. Academic.
- Mirkovic, B., Delvenne, V., Robin, M., Pham-Scottez, A., Corcos, M. y Speranza, M. (2021). Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation. *BMC psychiatry*, 21(1), 393.
<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03377-x>
- O'Shea, G., Spence, S. H. y Donovan, C. L. (2015). Group versus individual interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(1), 1-19.
<https://doi.org/10.1017/S1352465814000216>
- Pennington, B. F. y Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 37(1), 51-87.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1996.tb01380.x>
- 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>
- Shallice, T., Marzocchi, G. M., Coser, S., Del Savio, M., Meuter, R. F. y Rumiati, R. I. (2002). Executive function profile of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental neuropsychology*, 21(1), 43-71.
https://doi.org/10.1207/S15326942DN2101_3
- Siegel, D. (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Raffaello Cortina Editore.

- Siegel, D. J. (2012). *Pocket guide to interpersonal neurobiology: An integrative handbook of the mind*. W W Norton & Co.
- Silvers, J. A., McRae, K., Gabrieli, J. D., Gross, J. J., Remy, K. A. y Ochsner, K. N. (2012). Age-related differences in emotional reactivity, regulation, and rejection sensitivity in adolescence. *Emotion*, 12(6), 1235-1247.
<https://doi.org/10.1037/a0028297>
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H. y Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*, 57, 141-163.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
- Somerville, L. H., Jones, R. M. y Casey, B. J. (2010). A time of change: behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive environmental cues. *Brain and cognition*, 72(1), 124-133.
<https://doi.org/10.1016/j.bandc.2009.07.003>
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in cognitive sciences*, 9(2), 69-74.
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.005>
- Steinberg, E. A. y Drabick, D. A. (2015). A Developmental Psychopathology Perspective on ADHD and Comorbid Conditions: The Role of Emotion Regulation. *Child psychiatry and human development*, 46(6), 951-966.
<https://doi.org/10.1007/s10578-015-0534-2>
- Thorslund, J., McEvoy, P. M. y Anderson, R. A. (2020). Group metacognitive therapy for adolescents with anxiety and depressive disorders: A pilot study. *Journal of clinical psychology*, 76(4), 625-645.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22914>
- Yalom, I. D. y Leszcz, M. (2008). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Bollati Boringhieri
- Weller, J. A., Parker, A. M., Reynolds, M. y Kirisci, L. (2021). Developmental trajectory classes in psychological dysregulation predict later decision-making competence. *Addictive behaviors*, 112, 106650.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106650>
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C. y Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 27(2), 155-168.
<https://doi.org/10.1097/00004703-200604000-00014>

Grupos psicoterapéuticos de adolescentes y padres en un hospital de día como continente. Contenido y evolución

ALICIA SANCHO SALINAS¹

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es investigar si las funciones terapéuticas grupales y el fortalecimiento de la cohesión grupal contribuyen a un mayor *insight*, comprensión y responsabilidad sobre el cambio. Para ello, se propone un análisis cualitativo de los temas emergentes en los grupos de psicoterapia de padres y adolescentes en un hospital de día y si se observa una progresión de una posición más externalizante a otra más internalizante y reflexiva del sufrimiento que comparten. *Palabras clave:* adolescencia, psicoterapia grupal, padres, independencia, función reflexiva.

ABSTRACT

Psychotherapeutic groups of adolescents and parents in a day hospital as a continent. Content and evolution. The objective of this paper is to investigate whether therapeutic group functions and the strengthening of group cohesion contribute to greater insight, understanding and responsibility for change. To this end, a qualitative analysis is proposed of the emerging themes in the psychotherapy groups for parents and adolescents in a day hospital and whether a progression is observed from a more externalizing position to a more internalizing and reflective one of the suffering they share. *Keywords:* adolescence, group psychotherapy, parents, independence, reflective function.

RESUM

Els grups psicoterapèutics d'adolescents i pares en un hospital de dia com a continent. Contingut i evolució. L'objectiu d'aquest treball és investigar si les funcions terapèutiques grupals i l'enfortiment de la cohesió grupal contribueixen a una major introspecció, comprensió i responsabilitat sobre el canvi. Per a això, es proposa una anàlisi qualitativa dels temes emergents en els grups de psicoteràpia de pares i adolescents en un hospital de dia i si s'observa una progressió d'una posició més externalitzant a una altra de més internalitzant i reflexiva del patiment que comparteixen. *Paraules clau:* adolescència, psicoteràpia grupal, pares, independència, funció reflexiva.

Introducción

El hospital de día de adolescentes es un recurso asistencial cuya herramienta de trabajo fundamental es la psicoterapia de grupo, lo cual facilita la aplicación del marco teórico que proporciona el grupoanálisis.

La adolescencia es un periodo de transición entre la infancia y la vida adulta, donde el adolescente busca construir una identidad propia y diferenciada. Aparecen sentimientos de incompreensión, inestabilidad emocional, cambios

relacionales y problemas con la imagen de sí mismos. El desarrollo de la identidad requiere lograr un funcionamiento autónomo e independiente de las figuras parentales. Los procesos de individuación y separación forman parte de la crisis propia de la adolescencia. Existen factores que confieren una mayor vulnerabilidad para la consecución de su desarrollo; por ejemplo, en el contexto actual, la pandemia supuso un cambio a nivel económico y social e implicó un incremento de consultas en los centros de salud mental infanto-juveniles.

¹Psicóloga Clínica. Hospital de Día de Adolescentes del Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

Contacto: aliciasanchosalinas@gmail.com

Recibido: 6/6/24 - Aceptado: 23/12/24

El hospital de día comunitario permite la representación de los aspectos del desarrollo intrapsíquico del individuo que se han visto dañados y las relaciones que se establecen entre el marco social e institucional y familiar. Los síntomas tienen significado dentro de la historia relacional del paciente. El hospital de día crea las condiciones favorables para desplegar la dimensión individual, familiar e interpersonal y vivir experiencias emocionales correctivas. Potenciar la autonomía y el crecimiento yoico a través de las relaciones que se establecen en los espacios grupales es uno de los principales objetivos de este recurso asistencial.

Algunos fundamentos conceptuales básicos

Definición y funciones en el hospital de día

Los programas de hospital de día son recursos psicoterapéuticos intensivos, cuya finalidad es preservar la máxima funcionalidad del adolescente en su comunidad, al posibilitar una menor ruptura con su ambiente, y permitir la implicación de las personas de su entorno en el tratamiento. El abordaje es integral desde una perspectiva biopsicosocial, atendiendo a las áreas emocional, familiar, social y escolar. En el hospital de día de este estudio se atiende la patología de adolescentes en edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, que cumplen criterios clínicos de diagnóstico de trastorno mental grave. El equipo está formado por dos psicólogas clínicas, dos psiquiatras, dos enfermeras especialistas y una terapeuta ocupacional.

Psicoterapia grupal en el hospital de día

Aparecen en la literatura diferentes definiciones de psicoterapia de grupo. Según Sunyer (2008), “la psicoterapia de grupo es una intervención técnica realizada por un especialista, dirigida a las personas que padecen un trastorno psíquico y basada en el conocimiento de los procesos de la psique que denotan y denuncian una seria dificultad para poder ser y vivir con determinados y relativos niveles de satisfacción tanto personales como familiares y sociales.”

Los factores terapéuticos son aquellos elementos del grupo que facilitan y promueven el cambio. Podemos entenderlos como fruto de la dinámica e interacciones que se producen en

él. Yalom y Vinogradov (1996) describieron los once siguientes:

Infundir esperanza. En los momentos de altas o en la incorporación de un nuevo miembro, se aprecia cómo, en la bienvenida o despedida, existe un mensaje esperanzador a los que llegan o de los que se van: “cuando llegamos no imaginábamos que este momento llegaría”, dijeron los padres de un adolescente en la última sesión de su grupo.

Universalidad. El grupo permite las identificaciones entre sus miembros, ver que su sufrimiento no es exclusivo de ellos, que existen semejanzas y algo común que les ha traído aquí. Esto tranquiliza y favorece el libre intercambio. Son varios los grupos donde expresan “esto no puedo hablarlo en otro sitio”, reforzando la idea de que cada paciente se siente identificado con las cosas que se comparten.

Transmitir información. El intercambio de ideas y pensamientos permite transmitir diferentes maneras de ver, experimentar y entender las situaciones vitales que comparten. Normalmente, demandan una pauta o solución que sea la adecuada; sin embargo, el acompañamiento del grupo, el cuestionar y dejarse cuestionar es lo que favorece ir entendiendo a cada uno sus propias pautas, y encontrar unas menos dolorosas. En los grupos no se trabaja de forma puramente didáctica, pero los elementos psicoeducativos se hacen presentes cuando los propios miembros comparten lo que han aprendido sobre el momento evolutivo en el que se encuentran; por ejemplo, pudiendo así ayudar a otros miembros.

Altruismo. Yalom y Vinogradov (1996) describen este factor como exclusivo de la terapia grupal al poder uno sentirse útil para el otro y reforzar su autoestima. Comparten experiencias similares como respuesta a alguien que ha planteado un problema y expresan su deseo “de que esto te sirva”. García Badaracco (1990) lo define como la vivencia de utilidad; esta vivencia permite, en suma, que sus experiencias dolorosas no causen rechazo, sino que sean tomadas como modelos para otros, en contraposición a la vivencia de inutilidad que muchas veces tienen.

Desarrollo de técnicas de socialización. De forma más o menos explícita, las habilidades

sociales se trabajan en diferentes momentos en el transcurrir de los grupos. Por ejemplo, en un grupo de adolescentes, un chico que siempre habla con tono de voz bajo fue interpelado por otra compañera diciéndole que no le respondía por falta de interés, sino porque no le escuchaba bien.

Comportamiento imitativo. La imitación de la conducta o estrategias de otros miembros pueden ser oportunidades de aprendizaje de otras formas de proceder y de relación, hasta llegando a hacerlas propias, si le funcionan: “el otro día hice lo que Lucía hace, me fui a dar un paseo y llegué más tranquila a casa”.

Catarsis. Se entiende como expresión intensa de una experiencia emocional en grupo, mostrando aspectos de su mundo interno hasta ser aceptado. Esto por sí solo no promueve el cambio, pero a posteriori puede facilitar la comprensión de su significado en el grupo y, luego, fuera de él. Una adolescente rompió a llorar en una sesión cuando otra compañera del grupo le dijo “parece que tú no tienes sentimientos”. A esta observación, contó entre lágrimas que siempre intentaba aparentar que no le importaba y le daba igual lo que pasara a su alrededor, porque su madre estaba muy enferma y no podía derribarse.

Recapitulación correctiva del grupo familiar primario. En el grupo se reproducen patrones de comportamiento procedentes de nuestra familia de origen y esto puede ser una oportunidad para cambiarlos. El establecimiento paulatino de una experiencia de vínculo seguro proporciona una experiencia emocional correctiva que promueve la función reflexiva y ayuda a aumentar su campo exploratorio de experiencias interpersonales más maduras e integradas; examinar cómo uno interpreta la conducta de los demás y qué espera de ellos permite explorar y mostrar posibles conexiones entre su pasado y el presente. M. es una paciente diagnosticada de anorexia nerviosa, cumplidora y evitadora del conflicto. Trasladaba al equipo terapéutico las altas expectativas de funcionamiento exigidas en su casa acudiendo, aún enferma, al grupo como una perfecta paciente. El grupo pudo confrontarle estas situaciones y M. se permitió pensar más en sus necesidades y no en lo que los otros esperaban de ella.

Los factores existenciales. Las preocupaciones existenciales del ser humano (la muerte, el aislamiento, la libertad y la carencia de sentido) afloran en diferentes momentos de los grupos. El fallecimiento del abuelo materno de un adolescente derivó en un clima depresivo tras hablar sobre otras pérdidas significativas familiares y de animales que habían tenido hasta la fecha.

Cohesión. Las relaciones significativas entre los miembros de un grupo son facilitadoras del cambio y mejoría. La cohesión grupal facilita la creación de una matriz grupal, y esto posibilita que el grupo sea percibido como un lugar seguro y de confianza. Las interacciones en este contexto permiten moldear, experimentar, *pensar y pensarse* de manera que favorezcan el crecimiento yoico. La matriz grupal es la base sobre la que toman lugar los procesos interpersonales y transpersonales. Es un campo emocional de fuerzas desde el que uno va adquiriendo mayor autonomía. En un grupo, cuanto más significado adquieran las experiencias emocionales individuales, más se renovará la matriz básica de su *sí mismo*.

El aprendizaje interpersonal. “Las patologías psíquicas surgen cuando las interacciones con otras personas significativas provocan distorsiones fijas (...), distorsiones en la forma de percibir a los demás y en la comprensión de las propias necesidades y de las necesidades de los demás, en la forma de reaccionar ante diversas interacciones interpersonales” (Yalom y Vinogradov, 1996, p. 33). Las interacciones que se producen en el grupo favorecen diferentes experiencias relacionales y la posibilidad de traducir los síntomas en un idioma interpersonal.

A medida que progresa el trabajo grupal, va construyéndose una matriz, un sentimiento de pertenencia, de confianza y seguridad que permiten que se den los factores terapéuticos antes mencionados.

Dentro de las funciones descritas por el grupoanálisis (convocante, presencial, higienizante, verbalizante y teorizante), la *función verbalizante*, según Sunyer (2008), “tiene el matiz de poder ir describiendo las líneas que se establecen entre las personas que componen el grupo, de señalar cómo cada cual ocupa un lugar en la relación con los demás, y, desde esta posición,

determina y condiciona el comportamiento del otro y los significados, así como los significados asociados al mismo". La función *verbalizadora* aviva el intercambio y traducción, permitiendo una mayor comprensión de lo que nos trae aquí. Según López y Blajakis (2012), las emociones son entendidas como producto de la interrelación y no como algo exclusivo de un individuo, generándose climas emocionales que facilitan el trabajo grupal. A través de la función verbal, se puede pasar de una postura más regresiva, externalizadora y de unos mecanismos de defensa más primitivos, a un mayor *insight* y mecanismos mentales más adaptativos a sus circunstancias vitales.

Grupos psicoterapéuticos de adolescentes

En los grupos del hospital de día, todo transcurre en presencia de los otros y el hecho de compartir la misma etapa vital introduce un modificador definitivamente importante. Lo que un adolescente dice o hace es una oportunidad para el otro, una experiencia que facilita a los otros su propio proceso terapéutico. El grupo permite pensar conjuntamente a través de las identificaciones e intercambios que se producen. Cada uno ve a sí mismo, o una parte de sí mismo, reflejada en las interacciones de los otros miembros, con la que se puede identificar o no (como él lo haría o en lo contrario). Lo igual, lo compartido, nos permite identificarnos, y lo diferente nos enseña y enriquece.

Durante la adolescencia se llevan a cabo unas tareas descritas por Aberastury y Knobel (1970): la búsqueda de sí mismo y la identidad, la separación progresiva de los padres y la búsqueda de nuevos objetos idealizados en su necesidad de diferenciarse y afirmarse.

El adolescente deja de percibir a los adultos como referentes y muchas preocupaciones versan sobre las relaciones que establecen con los iguales, los conflictos con los padres y los conflictos consigo mismo, con su cuerpo y evolución sexual y la extrañeza que les genera. A nivel cognitivo, la adolescencia da comienzo al periodo de las operaciones formales, donde uno puede comenzar a pensar sobre sí mismo de forma abstracta y desarrolla el pensamiento hipotético-deductivo (Piaget e Inhelder, 1985).

El grupo es un espacio para poder pensar

sobre las dificultades que tienen en esta transición, a menudo cargados de ansiedad y temor. Proporciona la experiencia en la que ir desarrollando la capacidad de comunicarse con ellos mismos y con los otros. La actitud de escucha va restableciendo también la capacidad de escucharse a sí mismo. El espacio grupal es el soporte emocional necesario, como un espacio en el que tienen lugar de un modo natural estos fenómenos, donde el adolescente se separa y adquiere una conciencia de identidad y de sus propias emociones.

En línea con el pensamiento de Winnicott (1971), el grupo podría considerarse *el ambiente suficientemente bueno*, un espacio potencial y transicional. Esta experiencia compartida y *co-creada* representa la intersubjetividad y favorece la mentalización y la función reflexiva. El espacio de confianza permite que puedan ver en otros contenidos y estados mentales no reconocidos y ser mostrados a través de las relaciones que se construyen. Así, puede uno acercarse a lo que va sintiendo con el fin de hacerlo suyo y poder reflexionar sobre ello, ampliando su mundo experiencial.

En los comienzos de un grupo, las cuestiones que afloran son menos conflictivas; se trata de conocer a quién tiene uno delante y, a medida que se gana confianza y seguridad, ir dejándose conocer. Los temas cambian sin un guion establecido, siendo el propio grupo el que marca la *profundidad máxima* hasta dónde pueden llegar, casi siempre marcado por el ritmo del "más lento". El grupo se vuelve más íntimo al igual que las experiencias que se comparten. De fuera o dentro del hospital de día, de relaciones nuevas o relaciones de "siempre", con la familia o con amigos, van y vienen buscando cómo ubicarse para encontrarse mejor. Inicialmente, atribuyen la causa de su malestar a factores externos, como "la sociedad que no comprende", "los padres que me exigen demasiado" o "los compañeros que me causan incomodidad". Estas experiencias se relatan en un clima de ilusión grupal inicial, donde todos han pasado por lo mismo y, progresivamente, se van acompañando de otras diferentes.

La experiencia de confusión interna actúa como motivación para irse encontrando en el grupo: este proceso se da a través de ir entendiendo sus

límites y los de los otros, compartiendo el dolor generado por la ausencia de esas miradas necesarias y que son reclamadas con una expresión sintomatológica.

Todo ello va y viene y no siempre de la forma como desearían, facilitando la adaptación a la realidad y la tolerancia a la frustración que esto implica.

Importancia del trabajo grupal con los padres

Como se ha mencionado antes, la adolescencia implica la separación y diferenciación de los padres. Ello explica que el trabajo conjunto sea fundamental y complementario. Los grupos promueven simultáneamente un espacio de reflexión sobre la crisis que atraviesa la familia y la oportunidad de extraer un aprendizaje significativo.

Los objetivos son: fomentar una buena alianza terapéutica que permita el cuestionamiento propio; restablecer unas funciones parentales adaptativas y la capacidad reflexiva; explorar la respuesta y el significado que cada padre atribuye a lo que observa; y facilitar que las actitudes y respuestas ayuden al cambio. Casi todos los padres van planteando una secuencia de temas e inquietudes en función de su propia evolución. El grupo oscila de la culpa a la responsabilidad, de la confusión a la diferenciación, de la demanda de pautas a reflexionar sobre sus propias dinámicas, de la ignorancia al aprendizaje. Muchas veces, a partir de la experiencia grupal, hay padres y/o madres que buscan una atención especializada individual al comprender la interdependencia que existe en el conflicto parento-filial y toman conciencia de los beneficios de este cambio, no sólo para el hijo, sino también para sí mismos.

En muchos grupos, sobre todo en las primeras fases o con la incorporación de algún miembro nuevo, emerge el concepto de enfermedad / diagnóstico, que actúa como un elemento externo sobre el que se deposita la angustia y, además de generar alivio, elude la responsabilidad de tener que pensar más allá de lo sintomatológico. También suele adoptarse una posición victimista, al traer una visión de sus hijos disociada, colocándolos como víctimas incomprensidas. A medida que se da un trabajo grupal y una comprensión de la tarea que les trae aquí, se ofrece

otra visión de las historias donde quede incluida la posibilidad de que esos sucesos puedan ser pensados con el aporte de los compañeros, así como otros aspectos de una realidad más integrada y un sentimiento de mayor competencia (López y Blajakis, 2012). Se evoluciona desde la inseguridad, la indefensión, la vergüenza, la soledad a un acompañamiento empático con esperanza y desculpabilización. Se da paso a un encuentro de hablar con ellos y no de ellos, entre todos y no cada uno.

Objetivos y metodología

El objetivo de este trabajo es ver si las funciones terapéuticas grupales y el logro de una mayor cohesión favorecen un mayor *insight* y sentimiento de agencia sobre la responsabilidad del cambio. Para ello, se propone un análisis cualitativo de los emergentes grupales y analizar si existe progresión de una postura más externalizante a otra más internalizante del sufrimiento que comparten.

Según Caparrós (2010), el grupo se estructura alrededor de la tarea, que es la actividad que el grupo emprende, y esto es el emergente construido por el grupo mismo. En este estudio, se ha llevado a cabo una revisión de las transcripciones recogidas por el observador participante, presente en cada una de las sesiones, que estaban conformadas por intervenciones emergentes consideradas significativas en los grupos de padres y de los adolescentes. Entendemos como emergentes a los temas principales sobre los que se trabaja a lo largo del grupo y qué postura adoptan los miembros acerca de ellos. Los emergentes eran clasificados a posteriori, en los espacios post grupo, en las categorías *externalizante*, *ambivalente* e *internalizante*.

Podemos considerar una postura más *externalizadora* cuando sienten poco control sobre lo que les sucede, atribuyen a causas externas las razones de su malestar, suelen manifestar emociones de enfado y rabia junto con sentimientos de injusticia e impotencia. Por otro lado, la postura más *internalizante* implica mayor sensación de control, responsabilidad y agencia sobre aquello que les sucede, muestran mayor grado de reflexividad, así como mayor apertura al cambio, flexibilidad y capacidad de transformación.

Se han analizado las transcripciones de 10 sesiones semanales de los grupos de adolescentes y de padres entre los meses de noviembre, diciembre del 2023 y enero del 2024. La duración de los grupos de psicoterapia era de 90 minutos.

La muestra del grupo de adolescentes está formada por un total de ocho pacientes. La media de la muestra del grupo de padres era de 12, siendo más inestable que la de los adolescentes. No todos los padres acudían a todas las sesiones, habiendo sesiones en que se alternaban ambos progenitores. La conducción estaba a cargo de las psicólogas clínicas.

El método de trabajo en los espacios de psicoterapia está basado en principios grupoanalíticos, con el objetivo de fortalecer los recursos propios y nuevas formas de comunicación y relación a través del grupo como agente terapéutico.

A continuación, se realiza una descripción de algunos de los emergentes transcritos en los grupos como muestra de su transcurso y evolución. Este análisis descriptivo se acompaña de un análisis cualitativo basado en el estudio de la frecuencia total y la comparación entre ambas muestras y la constatación de si existe una progresión y en qué dirección. Para ello, se ha empleado la prueba de *Chi-Cuadrado* como procedimiento estadístico para determinar si existen diferencias significativas entre los resultados esperados y los observados en una o más categorías.

Resultados

A partir de un análisis descriptivo de los emergentes recogidos del grupo de padres, se observa que los temas aparecen inicialmente en forma de pregunta hacia algún terapeuta o preocupación sobre algún acontecimiento reciente que quieren compartir.

Las mejoras y/o empeoramiento es una cuestión recurrente. La traducción de lo que se manifiesta sintomatológicamente fluctúa a lo largo de un continuum entre una postura más reflexiva y otra más externalizante. Como ejemplo, en una sesión, unos padres reflejan enfado por la conducta oposicionista de su hijo para ir a cenar en familia, prefiriendo pasar tiempo en su

habitación jugando al ordenador: “debería el gobierno hacer algo, limitar su uso, y sin embargo ahora en el colegio también se usan”. Otro padre añadía: “en mi época no era así, esto era impensable en mi casa, ni cuando yo iba al colegio pasaba todo lo que pasa ahora”. Evocan a lo social e institucional como germen de sus dificultades y, también, por extensión, como solución de ellas: “debería el gobierno hacer algo, no dejar que se usen también en clase encima también, están enganchados”. Hay padres que interrogan, desde su propia experiencia, e invitan al cuestionamiento y reflexión, aportando perspectiva y contexto, y responsabilidad en su quehacer: “también prefieren ya no cenar siempre con nosotros y pasar más tiempo en su habitación. Yo también lo hacía. Pregúntale si es que le pasa algo, a nosotros nos sirve tener unos horarios para el ordenador”. Esto plantea no solo el trabajo sobre las habilidades parentales, sino el cambio generacional y dificultades de adaptación en las que se encuentran muchos de ellos.

En una sesión próxima a la Navidad, se habló sobre los encuentros familiares y el mayor tiempo disponible para estar juntos. Esta etapa sirve como balance del año para muchos de ellos. La evolución como un proceso no lineal y complejo emerge en estas fechas a la vez que es razón de preocupación para algunos de ellos. Una madre se quejaba de la actitud de su hija: “yo no entiendo cómo teniéndolo todo, pudiendo ver a sus primos que nunca los ve y siempre están pendientes de ella, está así de desagradable con todos. Parece que quiere fastidiarnos estas fechas porque a ella no le gustan”. Esta atribución de intencionalidad al comportamiento de su hija despertó en otro padre una lectura alternativa de su conducta: “a nosotros el año pasado nos pasó lo mismo que cuentas. La verdad que uno acaba harto de tanto encuentro y a mí me acaba poniendo nervioso... pero la vuelta al colegio sabemos que le pone nerviosa y estamos más pendientes”.

La revisión sobre el periodo en que estaban sirvió para diferenciar lo que es de cada uno sobre lo que sucede, sus expectativas y exigencias: “M. va algo mejor, pero yo quiero que vaya todo bien ya”. Una madre le devolvió acertadamente: “cuentas que ella dice que se siente mejor. Que

fuera todos los días a clase y estudiar todas las tardes es para ti que estuviera bien, pero eso es para ti”.

Los ingresos que, en ocasiones, se requieren a lo largo del tratamiento son también objeto de ser pensados en el grupo. Una madre comentó el reciente ingreso programado de su hija por un empeoramiento anímico progresivo en las dos últimas semanas. Con un tono de frustración, relató los últimos días: “otra vez estamos en lo de siempre”. A medida que compartía la evolución hasta el ingreso, pudo ir construyendo un relato de lo que estaba pasando y reflexionar sobre ello: “mi hija lleva queriéndose morir desde los 14 años, ¿Cómo es posible que se quiera morir todos los días?”. Un padre le devolvió que era un ingreso programado: “se quiere morir, pero ha pedido ayuda”, introduciendo la idea de cambio. La madre reconoció una mejoría en la comunicación, una mayor capacidad para autorregularse y también el deseo de no empeorar.

Hay sentimientos que viven con vergüenza y pudor. El clima de confianza grupal favorece hablar de sí mismos y pensar sobre la interrelación entre cómo están ellos y sus hijos: “sí, habla mucho más conmigo y me cuenta más cosas. Pero después de todo este ingreso querrá volver a hacer cosas conmigo como si nada, y a mí no me apetecerá, la verdad, me molesta”. “Hay momentos que desearía no haberlo tenido”. El grupo comienza a ser también un espacio de ayuda para ellos: “tú también tienes que cuidarte, y mejor que lo estés hablando aquí, porque si tú no estás bien no vas a poder estar bien con ella cuando vuelva a casa y la veas animada”.

El sentimiento de culpabilidad también emerge o está latente en muchas sesiones. La culpa dificulta el poder pensar sobre lo que está pasando e imposibilita poder hacer algo diferente a lo hecho hasta ahora: “Lo hemos hecho mal” (decía un padre que se acababa de incorporar al grupo), “yo solo he sido una madre que he seguido indicaciones. En mi trabajo yo doy indicaciones y, si las sigues, bien, sino las cosas no van bien”. El diálogo que se construye favorece otras visiones que ayudan a desatascar la sensación de impotencia e incapacidad: “yo lloré mucho cuando la derivaron aquí, pero voy encontrando maneras de acompañarla en estos momentos, aunque lo que sirva un día, igual no

sirva otro, pero hablamos más y me siento más cerca de ella”.

El adolescente atraviesa un duelo por los padres infantiles y los padres también por sus hijos pequeños. El reconocimiento de los sentimientos de pérdida permite una mayor comprensión de la etapa en la que se encuentran: “la realidad ahora es esta y estamos todos diferentes. Ella ha cambiado, pero nosotros también. Es distinto, pero no tiene por qué ser peor, sino diferente”. Esto dio pie a hablar de aspectos de la adolescencia normal, la necesidad de intimidad y separación de los padres. En muchas ocasiones, por parte de los padres, es leído de forma problemática: “antes me contaba todo, ahora la escucho hablando con sus amigas por teléfono y así es como me entero”. Señalan la dificultad que les supone, “ya no me lo cuentan a mí”, y también aflora la rivalidad que les despierta: “ahora os lo cuenta a vosotras” (aludiendo al equipo terapéutico).

El duelo también emerge en los momentos del alta. Algunos padres comienzan a despedirse a lo largo de varias sesiones. Otros lo hacen en la última sesión en la que están presentes, reflejo de las dificultades para despedirse. Es un momento en el que el mensaje esperanzador del que se va se entremezcla con el temor del que continúa o acaba de incorporarse. El miedo e inseguridad (“no sé cómo lo haremos”), la tristeza por la separación de las figuras de cuidado con las que han vinculado (“ya no estaréis aquí si necesito algo”) coexisten con un mensaje de capacidad y validación de sus propios recursos por parte de otros miembros del grupo.

De lo transcrito de las sesiones de adolescentes, los emergentes versan sobre la necesidad de afirmarse y diferenciarse, la construcción de una identidad, la separación de las figuras parentales, la rivalidad entre hermanos, las dificultades relacionales y la identificación, expresión y regulación emocional. El grupo es el espacio de exploración de todo ello y favorece la construcción de unos límites más claros y menos difusos sobre sí mismos.

Las relaciones con los iguales durante la adolescencia les ayudan en su reafirmación y les da estabilidad. Los conflictos que tienen y la manera en que se ubican en la relación es objeto de ser trabajado y pensado por todos. Cómo se

sienten y la comunicación que establecen con los otros muchas veces refuerza sentimientos de inseguridad y aislamiento en su entorno. La expresión y validación de sus emociones y preferencias comienzan a tener lugar en un entorno grupal seguro. Muchas veces se encuentran paralizados por su fuerte deseo de aceptación: “no me importa, prefiero no decir nada por si se enfadan... sé que me hace daño guardarme las cosas, pero no quiero que me tomen por tonta si digo algo”; o bloqueado por su historia y entorno familiar: “siempre estoy con una careta puesta... hago como que todo está bien... así los demás están bien”.

La inseguridad, la duda y las comparaciones les producen dificultad para aceptarse como son, sintiéndose diferentes a los demás y experimentando desconfianza en los otros. La construcción de una identidad, en ocasiones, es en función de las expectativas que creen que tienen los otros sobre ellos, generándoles temor a ser dañados si no las cumplen: “no me gusta como soy y siempre se aprovechan de mí o acaban haciéndome daño”. Progresivamente, comienzan a reafirmarse en sus criterios propios, a diferenciarse de los demás y a poder elegir, construyendo un mayor sentimiento de confianza en sí mismos: “mi hermano y yo jugamos al baloncesto... mi padre es lo que quiere... a mí no me gusta, prefiero pintar y voy a decírselo”. Asimismo, el sentirse aceptados y seguros en un espacio grupal y poder compartir sus problemas, mejora su comunicación con los demás, en el grupo y fuera de él: “aquí me entendéis, no juzgáis... puedo expresarme mejor ahora”.

La separación y los duelos pasados y presentes son objeto de trabajo grupal. La despedida de la terapeuta ocupacional despertó sentimientos de abandono, incomprensión, enfado y culpa: “¿por qué se va? Todos se acaban yendo y cansando”, “yo no la he tratado bien, me aburro en sus grupos, quiero pedirle perdón y que no se vaya”. Es una oportunidad para considerar al otro diferenciado de sí mismo y considerar diferentes alternativas: “será mejor para ella, tendrá sus motivos que le hacen tomar esta decisión y me alegro por ella, ¿podemos traer cosas para la merienda de despedida?”. Los diferentes tipos de despedidas, como las inesperadas, las inconclusas, las anticipadas, despiertan emociones en

ocasiones difíciles de integrar: “me enfada que se vaya, la verdad, pero también me alegro por ella”.

Las relaciones con sus padres y hermanos son exploradas a través de algún conflicto o desencuentro que han vivido. Esto permite pensar sobre las dinámicas en las que están inmersos, las exigencias, mandatos, expectativas y comparaciones que realizan. También les permite construir una narrativa con significado para ellos, que les ayude a entender lo que les pasa: “a mis padres les doy igual... mi hermana siempre ha sido la mimada, nació prematura y a ella siempre le ofrecían comida y le dejaban elegir, yo tenía que pedirlo...” (esta adolescente sufre una anorexia nerviosa); “mi madre está todo el día gritando con mi padre y luego la veo llorar, no quiero yo preocuparla con lo mío”; “¿por qué a él no se lo dicen y, a mí, sí?” (en relación a su hermano).

En la tabla 1 del anexo se muestra la distribución gráfica de los emergentes por sesiones en ambos grupos, a partir del análisis cualitativo de los emergentes descritos.

En la tabla 2 del anexo se muestra la evolución de los emergentes de manera independiente.

Los resultados estadísticos encontrados en el análisis cualitativo son los siguientes (ver tablas 3 a 12).

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de emergentes externalizantes entre las primeras sesiones y últimas ni en el grupo de padres (*Chi cuadrado* = 0,1535) ni en el de adolescentes (*Chi cuadrado* = 0,4787) (tablas 3 y 4 del anexo).

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la presencia de internalizantes entre las primeras sesiones y las últimas en el grupo de adolescentes, existiendo una mayor presencia en las últimas sesiones (*Chi cuadrado* = 0,01415) (tabla 5 del anexo).

Sin embargo, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en presencia de internalizantes entre las primeras sesiones y las últimas en el grupo de padres (*Chi cuadrado* = 0,100187105) (tabla 6 del anexo).

En las primeras sesiones, de los emergentes internalizantes, se ve que los adolescentes presentan menos que los padres de forma estadísticamente significativa (*Chi cuadrado* = 8,834)

(ver tabla 7 del anexo). No se encuentran diferencias entre ambos en las últimas sesiones. (*Chi cuadrado* = 0,8529) (ver tabla 8 del anexo).

En general, de todos los emergentes aparecidos en todas las sesiones, los padres han presentado más internalizantes que los adolescentes, de forma estadísticamente significativa (*Chi cuadrado* = 0,00422612) (ver tabla 9 del anexo).

En las primeras sesiones, de los emergentes externalizantes, los adolescentes presentan de forma estadísticamente significativa más que los padres (*Chi cuadrado* = 0,032294371) (ver tabla 10 del anexo). Sin embargo, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las últimas sesiones (*Chi cuadrado* = 0,897190173) (ver tabla 11 del anexo).

En general, de todos los emergentes externalizantes aparecidos en todas las sesiones, no hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de padres y el de adolescentes (*Chi cuadrado* = 0,10776176) (ver tabla 12 del anexo).

Discusión

La postura más reflexiva, favorecedora del cambio, está presente en mayor o menor medida en todos los grupos. Los resultados encontrados muestran que el tratamiento ha favorecido la capacidad reflexiva de los dos grupos, siendo el cambio significativo en el de adolescentes.

Inicialmente, en este último, existe una mayor presencia de una postura más externalizante, algo esperable, considerando un frágil sentimiento de agencia y siendo el objetivo terapéutico el de fortalecerlo a lo largo del tratamiento. De tener en cuenta la etapa evolutiva en la que se encuentran, la influencia que ejercen unos sobre otros por una necesidad de aceptación puede favorecer una postura más ambivalente o cambiante dentro de una sesión. No obstante, en las sesiones finales, se observa una evolución hacia una mayor presencia de internalizantes. Los temas procuran una mayor capacidad de regulación emocional y diferenciación de sí mismos, comunicación asertiva, autenticidad, autocuidado, confianza en uno mismo y en el grupo.

Respecto a los grupos de padres, adoptan una postura más reflexiva a lo largo de las sesiones, siendo la traducción de los síntomas una constante a lo largo de estas. Muestran un discurso

más consistente y menos cambiante, y manifiestan una imagen más conservada y segura de sí mismos (quizás lo que piensan que se espera de ellos como padres). Esto puede ocultar enfados o contrariedades que se generan en el propio grupo con tal de preservar su imagen. No obstante, los resultados muestran una postura con mayor *insight* de lo que les trae aquí y esto sería resultado de un beneficioso trabajo psicoterapéutico grupal.

Conclusiones

El trabajo psicoterapéutico grupal en ambos grupos está interrelacionado. Lo adquirido por los padres fruto de su reflexión va a ser un valor en su experiencia de parentalidad y va a influir en la mirada hacia sus hijos. Aumenta la capacidad de conectarse con el hijo y la posibilidad de ver al hijo real. Los síntomas ya no son lo constituyente. Va germinando una mayor reflexividad en este entrelazamiento relacional en el que se encuentran, un equilibrio en esta intersubjetividad entre las necesidades de autonomía del adolescente y las necesidades y funciones parentales. Además, estos cambios repercuten en el entorno y en las comunicaciones intrafamiliares. Podemos entender estos elementos como facilitadores de la mayor capacidad reflexiva progresiva observada en los adolescentes.

Como conclusión final, señalar que, en todos los grupos, siempre hay voces que representan diferentes percepciones de un mismo emergente; es lo enriquecedor y lo que permite el crecimiento de los miembros. La interacción e intercambio entre los integrantes de un grupo en un espacio de confianza mutua enriquece la amplitud de mira y acompaña a desprenderse de aquellas que mantienen interdependencias patológicas. Va cambiando la manera de mirar y mirarse a uno mismo. Permite a uno reconocer la realidad intersubjetiva, verse como sujeto agente de acción y como sujeto paciente de las acciones y sentimientos por parte de los otros. La cohesión grupal favorece cuestionar y cuestionarse en un continente que pueda sostener el contenido que les preocupa y trae aquí. Los grupos son el escenario de seguridad donde se puede pensar de forma conjunta: todos son co-terapeutas.

Limitaciones

Las limitaciones de este trabajo contemplan las desventajas de un análisis cualitativo:

- Sesgo introducido a la hora de categorizar los emergentes según criterio subjetivo. En los espacios post grupales se realizaba la transcripción mediante papel y lápiz y la puesta en común con el equipo terapéutico buscaba encontrar el máximo acuerdo.
- Los grupos son abiertos; esto implica menor estabilidad entre sus miembros, aunque permite trabajar otros acontecimientos vitales significativos como, por ejemplo, las despedidas.
- El tamaño de la muestra es pequeño, por tanto, la solidez de los resultados estadísticos no es muy grande y no son generalizables a otros grupos. Hay que tener presente que el objetivo de una investigación cualitativa no es generalizar los resultados sino evaluar el proceso grupal.

Bibliografía

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1970). *La adolescencia normal*. Paidós.
- Caparrós, N. (2010). El modelo analítico-vincular del grupo. *Teoría y práctica grupoanalítica*. 1(0), 49-59.
- García Badaracco, J. E. (1990). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Tecnipublicaciones S. A.
- López Atienza, J. L. y Blajakis, M. I. (2012). El clima emocional en los grupos multifamiliares: su construcción y contribución al cambio. *Teoría y práctica grupoanalítica*, 2(1), 81-93.
- Piaget, J. e Inhelder, B. (1985). *De la lógica del niño a la lógica del adolescente*. Paidós.
- Sunyer, J. M. (2008). *Psicoterapia de grupo grupoanalítica*. Biblioteca Nueva.
- Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y Juego*. Gedisa, 2009.
- Yalom, I. D. y Vinogradov, S. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós.

Anexos

Tabla 1. Distribución gráfica de los emergentes por sesiones en ambos grupos

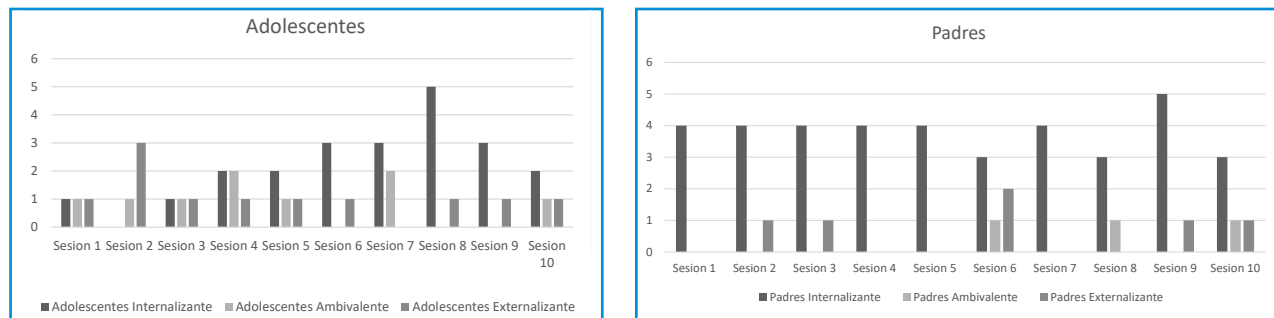


Tabla 2. Evolución de los emergentes de manera independiente

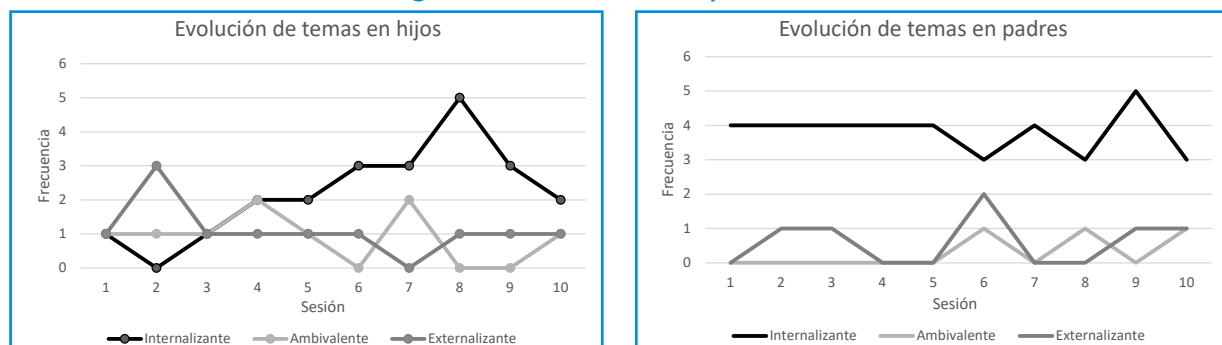


Tabla 3. Presencia de externalizantes en las primeras sesiones respecto las últimas en el grupo de adolescentes

Adolescentes OBSERVADO	Externalizante	Otros		
1as sesiones	7	12	19	36,84244
Últimas sesiones	4	19	23	17,39130
	11	31	42	

Tabla 4. Presencia de externalizantes en las primeras sesiones respecto las últimas en el grupo de padres

Padres OBSERVADO	Externalizante	Otros		
1as sesiones	2	20	22	9,0909
Últimas sesiones	4	21	25	16
	6	41	47	

Tabla 5. Presencia de internalizantes en las primeras sesiones respecto las últimas en el grupo de adolescentes

Adolescentes OBSERVADO	Internalizante	Otros		
1as sesiones	6	13	19	31,57894737
Últimas sesiones	16	7	23	69,56521739
	22	20	42	

Tabla 6. Presencia de internalizantes en las primeras sesiones respecto las últimas en el grupo de padres

Padres OBSERVADO	Internalizante	Otros		
1as sesiones	20	2	22	90,90909091
Últimas sesiones	18	7	25	72
	38	9	47	

Tabla 7. Emergentes internalizantes en las primeras sesiones en el grupo de adolescentes respecto el de padres

Primeras sesiones OBSERVADO	Internalizante	Otros		
Adolescentes	6	13	19	31,57894737
Padres	20	2	22	90,90909091
	26	15	41	

Tabla 8. Emergentes internalizantes en las últimas sesiones en el grupo de adolescentes respecto el de padres

Últimas sesiones OBSERVADO	Internalizante	Otros		
Adolescentes	16	7	23	69,56521739
Padres	18	7	25	72
	34	14	48	

Tabla 9. Emergentes internalizantes en general en el grupo de adolescentes respecto el de padres

General OBSERVADO	Internalizante	Otros		
Adolescentes	22	20	42	52,38095238
Padres	38	9	47	80,85106383
	60	29	89	

Tabla 10. Emergentes externalizantes en las primeras sesiones en el grupo de adolescentes respecto el de padres

Primeras sesiones OBSERVADO	Externalización	Otros		
Adolescentes	7	12	19	36,84210526
Padres	2	20	22	9,090909091
	9	32	41	

Tabla 11. Emergentes externalizantes en las últimas sesiones en el grupo de adolescentes respecto el de padres

Últimas sesiones OBSERVADO	Externalización	Otros		
Adolescentes	4	19	23	17,39130435
Padres	4	21	25	16
	8	40	48	

Revisión: autoestigma en chicas con problemas de consumo de sustancias e historia de trauma*

ANNA ROBERT SEGARRA¹

RESUMEN

La exposición a experiencias traumáticas durante la infancia o la adolescencia se relaciona con síntomas clínicos y abuso de sustancias. Las chicas con trastornos por estrés posttraumático (TEPT) y trastornos por uso de sustancias (TUS) suelen tener un autoconcepto bajo, y sufren un estigma extremo. Para esta revisión se ha llevado a cabo una búsqueda en Pubmed (cinco últimos años) sobre trauma y TUS centrados en el estigma entre las adolescentes. De los 153 resultados iniciales, finalmente se incluyen tres trabajos. A pesar de que se argumenta la importancia del estigma o autoestigma negativo en mujeres con síntomas de TEPT y consumo de sustancias, existe poca investigación al respecto. Se necesita más estudios para comprender la relación entre el uso indebido de drogas, las comorbilidades de salud mental (depresión, ansiedad) y las conductas sexuales de riesgo en mujeres adolescentes con historia de trauma previo. Además, comprender los sentimientos de vergüenza, culpa y el estigma asociado, así como los problemas de afrontamiento de estas jóvenes, e incluirlos en la terapia, es fundamental para mejorar su salud mental y su calidad de vida. **Palabras clave:** *trauma, uso de sustancias, adolescentes, género, estigma.*

ABSTRACT

Review: self-stigma in girls with substance use problems and a history of trauma. Exposure to traumatic experiences during childhood or adolescence is related to clinical symptoms and substance abuse. Girls with post-traumatic stress disorder (PTSD) and substance use disorder (SUD) tend to have low self-esteem and suffer extreme stigma. For this review, a search was carried out in PubMed (last five years) on trauma and SUDs focused on stigma among adolescent girls. Of the 153 initial results, three papers were finally included. Although the importance of stigma or negative self-stigma in women with PTSD symptoms and substance use is well-argued, there is little research on the subject. More studies are needed to understand the relationship between drug abuse, mental health comorbidities (depression, anxiety) and risky sexual behavior in adolescent women with a history of previous trauma. In addition, understanding the feelings of shame, guilt and associated stigma, as well as the coping problems of these young women, and including them in therapy, is essential to improve their mental health and quality of life. **Keywords:** *trauma, substance use, adolescents, gender, stigma.*

RESUM

Revisió: autoestigma en noies amb problemes de consum de substàncies i antecedents de trauma. L'exposició a experiències traumàtiques durant la infància o l'adolescència està relacionada amb símptomes clínics i l'abús de substàncies. Les noies amb trastorns per estrès posttraumàtic (TEPT) i trastorns per ús de substàncies (TUS) acostumen a tenir un autoconcepte baix i pateixen un estigma extrem. Per a aquesta revisió s'ha realitzat una cerca a PubMed (últims 5 anys) sobre trauma i TUS centrats en l'estigma entre les adolescents. Dels 153 resultats inicials, finalment s'inclouen tres treballs. Tot i que es posa en relleu la importància de l'estigma o l'autoestigma negatiu en dones amb símptomes de TEPT i consum de substàncies, existeix poca investigació sobre aquest tema. Es necessiten més estudis per comprendre la relació entre el consum indegut de drogues, les comorbiditats de salut mental (depresió, ansietat) i les conductes sexuals de risc en dones adolescents amb antecedents de trauma previ. A més, comprendre els sentiments de vergonya, culpa i l'estigma associat, així com els problemes d'afrontament d'aquestes joves, i incloure'ls en la teràpia, és fonamental per millorar la seva salut mental i qualitat de vida. **Paraules clau:** *trauma, ús de substàncies, adolescents, gènere, estigma.*

*Este artículo es una revisión de Robert Segarra, A. (2024). Trastorno por estrés posttraumático y trastorno por uso de sustancias entre adolescentes: Autoestigma y perspectiva de género. *Health and Addictions/Salud Y Drogas*, 24(2), 1-8. <https://doi.org/10.21134/999>, publicado bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 y disponible en <https://haaj.org/?journal=haaj&page=article&yop=view&path%5B%5D=999>
¹Psicóloga clínica. Área de adolescentes. Benito Menni CASM. Sant Boi de Llobregat (Barcelona).
Contacto: anna.robertsegarra@fundacionhospitalarias.org

Recibido: 31/12/24 - Aceptado: 20/1/25

Introducción

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) y los trastornos por uso de sustancias (TUS) suelen coexistir. La comorbilidad entre el uso problemático de sustancias y el TEPT no es infrecuente en población adulta y causa un deterioro funcional significativo. La depresión mayor es el trastorno psiquiátrico más comúnmente asociado con el TEPT (Blakey et al., 2019), seguida de los trastornos de ansiedad y los trastornos por uso de sustancias. Sorprende el escaso interés entre los profesionales por la presencia de TEPT y TUS en población adolescente, y su imbricación en el desarrollo de la personalidad y la identidad.

De manera general, en población adulta, se ha estudiado la relación entre los síntomas de estrés postraumático, las estrategias de afrontamiento, la capacidad de regulación emocional, el aumento de la impulsividad y la prevalencia de conductas de riesgo como variables mediadoras entre las experiencias traumáticas y el abuso de sustancias (Adams et al., 2021; Narvaez et al., 2019; Park et al., 2019; Freeman et al., 2020).

En la guía diagnóstica CIE-11 de la Organización Mundial de la Salud (2019), se ha recogido el diagnóstico *estrés postraumático complejo* (TEPTC) como aquel malestar significativo que se desarrolla con posterioridad a la exposición a múltiples estresores traumáticos a lo largo del tiempo. Estos estresores suelen ser de naturaleza interpersonal y tienen efectos perjudiciales para la estructuración de la personalidad, la identidad, el autoconcepto, el establecimiento de relaciones interpersonales estables y la regulación emocional. A pesar de que la CIE-11 recoge este diagnóstico, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR) no lo contempla y hay muy poca investigación respecto a su relación con el consumo de sustancias en la adolescencia.

Basedow et al. (2022) encuentran que el consumo en personas jóvenes con TEPT parece un intento de automedicar los síntomas (Hawn et al., 2020); es decir, de afrontar las experiencias traumáticas que les causan sufrimiento mental haciendo uso de alcohol (Berenz et al., 2021; Lee et al., 2019; Paltell et al., 2020; Witte et al., 2020), el cannabis (Jordan et al., 2020), la MDMA, el éxtasis, la cocaína o los opioides. Parece, pues,

que utilizan las sustancias para reducir la culpa, el malestar, y la vergüenza, poniendo en juego un mecanismo de afrontamiento evitativo (Melchior et al., 2019). Además, se sabe que en adolescentes con trauma y diagnóstico de TPET, la respuesta emocional a una señal de trauma aumenta los deseos momentáneos de consumir alcohol (Rodríguez y Read, 2020) y probablemente otras drogas.

Si se considera el factor género (Davis et al., 2020; Bremer-Landau y Caskie, 2019; Jordan et al., 2019), las experiencias de abuso psicológico/emocional, sexual y negligencia a lo largo de la vida son más frecuentes entre mujeres (DiGiuseppi et al., 2022). Entre chicas adolescentes, el abuso sexual muy a menudo se relaciona con síntomas de trastorno por estrés postraumático y abuso de sustancias, así como con un funcionamiento límite. Esta comorbilidad, a largo plazo, se ha relacionado con peores indicadores de calidad de vida y de adaptación social en la vida adulta, siendo un caso extremo de desajuste psicosocial el de las internas en centros penitenciarios con condenas por delitos relacionados con el consumo y el tráfico de drogas (Moreland et al., 2018), o el de las prostitutas (Yeo et al., 2022).

Más allá de estos autores, hay poco recogido sobre los sentimientos de vergüenza y rechazo social relacionados con el TEPT y los TUS entre las adolescentes, y su relación con otras comorbilidades de salud mental en la vida adulta. Esta revisión pretende una actualización sistemática del tema.

Método

Se realizó una búsqueda en Pubmed. La estrategia de búsqueda contó con los siguientes términos MeSH: "PTSD and substance addiction". Como filtros se aplicaron: publicaciones en los últimos cinco años; género, femenino; y edad, adolescentes.

De los 153 resultados (acceso 4, julio de 2023), 125 artículos fueron inicialmente excluidos de la revisión por la información del resumen. Las razones de la exclusión fueron: no centrarse en la relación entre TEPT y TUS o centrarse únicamente en la población adulta, trauma como resultado de una catástrofe natural, poblaciones

muy acotadas (población penitenciaria, bajo tutela de la administración y residentes en centros de acogida, veteranos o militares, o usuarios de un servicio de urgencias hospitalario), trauma por lesión física o enfermedad/trastorno (e.g., amputación de una extremidad, lesión cerebral, hepatitis C, VIH, trastornos del espectro alcohólico-fetal) o resumen no disponible (y título no sugerente de focalizar en TEPT/TUS).

A pesar de no ser claramente el tema de este estudio, inicialmente también se incluyeron: estudios realizados en adultos jóvenes o población adulta si existía referencia a la aparición más temprana de traumas y problemas de abuso de drogas (Sonnier et al., 2019), estudios de estigma o vergüenza en mujeres adultas o trabajadoras sexuales con TEPT/TUS.

De los 28 resultados incluidos en el segundo análisis y recogidos en el apartado de referencias bibliográficas, finalmente solo se seleccionaron tres. Las razones para su inclusión fueron: que el tema principal pivotara sobre el TEPT/TUS, que se centraran en población de adolescentes/jóvenes o población adulta con experiencias de TEPT durante la infancia, que tocaran la cuestión del estigma o constructos relacionados con él (p. ej., autodesprecio y vergüenza), y que el género femenino representara al menos el 50 % de la muestra en el estudio.

Resultados

En el estudio de Melchior et al. (2019), se estudiaron 343 mujeres con TUS/TEPT. Los resultados van en la línea que el autoestigma parece estar relacionado con la depresión de una manera más fuerte que el TEPT. Y que, por tanto, a la hora de la intervención, centrarse en los constructos psicológicos con adolescentes resulta crucial para procurar prevenir trastornos emocionales graves en la edad adulta.

Sonnier et al. (2019) estudiaron a 376 estudiantes de pregrado (77,9 % mujeres, con una edad media de 19 años). Los síntomas de TEPT en esta muestra están indirectamente asociados con el consumo peligroso de alcohol a través de vínculos con el autodesprecio/la autodevaluación. Los autores encuentran que esta asociación parece compleja, y que conviene más investigación al respecto.

Ellenbogen et al. (2018) contrastaron los correlatos de salud mental de 287 adolescentes (56,1 % mujeres, edad media = 15,9) que habían sufrido abuso físico o sexual y que recibieron servicios de protección. Contrariamente a lo esperado, entre las chicas, la vergüenza relacionada con el abuso sexual no contribuyó a la predicción del consumo de sustancias.

Discusión

La investigación sobre la vergüenza, la culpa o el estigma relacionados con el trauma es poco extensa entre los adolescentes consumidores de sustancias, y no cuenta con datos clínicos.

En el terreno de la clínica, con chicas en situación de crisis y con historia de trauma complejo, es común encontrar que los sentimientos de vergüenza y culpa se relacionan con trastornos de la conducta alimentaria, conductas autolesivas y con ideación e intentos suicidas, así como con mayor riesgo de sufrir agresiones sexuales y presentar problemas con el consumo de sustancias. El estigma autopercebido, el rechazo por parte del entorno de iguales, las dudas identitarias, la falta de un plan de futuro o de un “sentido de vida”, y la culpa pueden tener un rol agencial en los comportamientos de daño autoinfligido. Este daño, en lenguaje de las propias víctimas, alivia el sufrimiento que con toda probabilidad produce el dolor no elaborado por las agresiones sufridas. A menudo, las chicas comentan que las autolesiones son “una adicción”. Volviendo a las teorías de la evitación del daño producido por el trauma, tienen, pues, la función de permitir disociar momentáneamente la culpa, y dotar de control sobre el propio cuerpo y dolor. La psicoterapia, pues, debe centrarse en los sentimientos y vivencias de culpa, vacío y soledad, y en permitir recuperar el autocontrol y la autorregulación (física y mental) que las vivencias traumáticas impidieron desarrollar en plenitud. En concreto, debe incidir en el funcionamiento límite que presentan estas chicas, y ponerlo en relación con las circunstancias vividas, como elemento clave para la integración y la elaboración de dichas circunstancias, así como para garantizar el compromiso terapéutico y motivar para el cambio (Robert, 2024). Pero no solo esto, sino que conviene incorporar a la familia en el tratamiento, partiendo de una evaluación

inicial de las dinámicas, de los patrones comunicativos y de los distintos roles; a la vez que indagar en la significación que otorgan a los síntomas de la adolescente y de su actitud general hacia la psicoterapia.

Volviendo a la literatura sobre el trauma, la vergüenza se ha relacionado con el abuso sexual. Pero cualquier forma de maltrato, incluido el acoso, puede generar sentimientos de vergüenza, culpa y aislamiento en la víctima, en parte debido al estigma asociado. Otro hallazgo importante es que las víctimas de múltiples traumas (trauma complejo) reportan mayores niveles de vergüenza (Ellenbogen et al., 2018), de manera “dosis-depediente”: a mayor cantidad de maltrato, más vergüenza. La vergüenza es, simplemente, una consecuencia de un abuso severo que parece causar inadaptación por razones distintas a la propia vergüenza. Y es una emoción que se tiene muy poco en cuenta en el día a día del acompañamiento a estas jóvenes, tanto desde la familia y la escuela, como desde los propios recursos sanitarios y/o comunitarios. A menudo, también por vergüenza o por temor al rechazo, las jóvenes no exteriorizan la ambivalencia hacia las figuras abusadoras familiares o del entorno cercano, incluida la necesidad de contactar con ellas, o las ensoñaciones y fantasías que las confunden o turban, y que conviene poder ir abordando desde el encuadre y la reestructuración que permite un marco psicoterapéutico.

El estigma social se define como la desaprobación o discriminación contra un individuo o grupo basándose en características percibidas que sirven para distinguirlo de otros miembros de una sociedad. El estigma también puede ser contra uno mismo, derivado de atributos personales vistos negativamente, estrechamente relacionados con el autodesprecio. El autoestigma o el disgusto hacia uno mismo se asocian con una baja autoestima, baja esperanza y bajo empoderamiento, además de correlacionar positivamente con la depresión y la gravedad de los síntomas de los trastornos mentales y el abuso de sustancias. Es, por tanto, un constructo muy nuclear en el malestar de personas que han sufrido traumas, a la par que muy desatendido como foco de investigación, en parte por su dificultad para operativizarlo y medirlo en diseños experimentales.

Hasta la fecha, existe consenso sobre la importancia de abordar los síntomas del TEPT como un factor de riesgo modificable para reducir los efectos de las experiencias traumáticas y el consumo de sustancias en población de alto riesgo. Así como la importancia de considerar sensiblemente las experiencias de polivictimización (Davis et al., 2019) y revictimización, por su relación con un mayor riesgo de presentar problemas a largo plazo (Pahl et al., 2020).

Los modelos de regresión muestran que ser mujer y ser joven son variables relacionadas con la comorbilidad TEPT/SUD y predicen una peor salud mental (por ej., tasas más altas de trastorno depresivo mayor) en la edad adulta.

Respecto al abuso de sustancias o los trastornos por uso de sustancias en mujeres con diagnóstico de TEPT, considerar la relación entre las señales emocionales -que producen hiperactivación emocional- y la necesidad de consumir alcohol u otras sustancias para reducir o regular esta activación es crucial en los entornos de tratamiento. Muchos síntomas psiquiátricos, a menudo, tienen una función de *cortina de humo* respecto a estos posibles disparadores/activadores emocionales que generan malestar: desvían la atención de las pacientes y, por ende, la de los terapeutas, hacia cuestiones concretas, por ejemplo: problemas alimentarios o cortes. Así de una manera menos o más consciente, se evita traer al aquí y ahora de la consulta las experiencias previas de abuso. Como las adolescentes acostumbran a vivir con sus familias, o en centros de acogida por tiempo limitado, a veces las cortinas de humo también previenen que salgan a la luz conflictos o delitos intrafamiliares que todavía las pondrían en una situación de más riesgo de sufrir violencia o desamparo. Por esta razón, el tratamiento debe pasar por la familia siempre que sea posible, y que el terapeuta se encuentre preparado y formado para ello. En este contexto, no es extraño que salgan a la luz sentimientos de desprotección o rabia, y fenómenos vividos de desvalorización y/o desconfirmación, que deberán ser abordados de manera conjunta a los problemas de disociación y de funcionamiento límite.

La desregulación emocional y la respuesta emocional desmesurada se describen en jóvenes con síntomas de TEPT y TUS. Pueden

caracterizarse como un “estilo afectivo” (Rodríguez y Read, 2020) presente también en niñas con bajo autoconcepto y sentimientos de soledad y rechazo social. Causa o consecuencia del PTSD o del TUS, el estigma puede impactar sobre otras identidades estigmatizadas, convirtiéndose en un estigma interseccional. A mayor fragilidad y vulnerabilidad social en las mujeres jóvenes, peores efectos sobre la salud y el bienestar.

Conclusiones

Como principales conclusiones, en el ámbito clínico: es crucial evaluar y tratar los sentimientos de vergüenza, autoestigma y estigma social percibidos en adolescentes con experiencias traumáticas y trastornos por uso de sustancias. Considerando esto, probablemente incidiremos en el uso de sustancias y otras comorbilidades, así como en la disociación y otras estrategias de afrontamiento disfuncionales que empeoran la presentación clínica y el estado de salud general.

El mejor enfoque clínico a la luz de la investigación actual (Blanco et al., 2020) es: el tratamiento integrado cognitivo-conductual centrado en el trauma del TEPT (terapia cognitiva focalizada en el trauma) o la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), junto al abordaje motivacional y el tratamiento cognitivo-conductual para abordar los problemas de uso de sustancias comórbidos (Mills et al., 2020); al mismo tiempo que el tratamiento psiquiátrico para aliviar los principales síntomas (“craving” o deseo de consumir, hiperactivación, ansiedad, insomnio, tristeza); y siempre teniendo en cuenta los sentimientos experimentados por las mujeres jóvenes y el estigma social percibido. Algunos de los estudios revisados (Hahn et al, 2020; Danielson et al., 2020) focalizan en la necesidad de aplicar la terapia familiar sistémica (estratégica breve) de manera combinada al tratamiento del trauma y los problemas de consumo. Estos modelos combinados multimodales se sugieren más eficientes, y ayudan a reprocesar el trauma y su impacto tanto a nivel individual, como a nivel de dinámicas y funcionamiento familiar.

Centrarse en el género, como moderador

potencial de la asociación TEPT/TUS en mujeres jóvenes, proporciona implicaciones importantes para la práctica, la investigación y la prevención que deben considerarse. En un muy reciente estudio de Molina-Fernández et al. (2024) sobre el consumo de sustancias en función del género, los autores concluyen que las mujeres tienen necesidades y vulnerabilidades específicas que deberían ser consideradas y atendidas a la hora de ofrecerles tratamiento, pero que en realidad no lo son. Sin estas consideraciones, *llueve sobre mojado*, y no hacemos más que aumentar el autoestigma, la vivencia de fracaso, la vergüenza y la culpa, y la exclusión social.

Considerando esto, es necesario poner sobre la mesa y visibilizar las dificultades de las jóvenes que han sufrido experiencias de abuso para pedir ayuda y recibir una atención selectiva y adecuada. No solo los profesionales, sino la sociedad en general, deben poder cambiar la mirada hacia este colectivo, y ofrecerles recursos específicos de tratamiento, rehabilitación, y reinserción si es necesaria.

Bibliografía

- Adams, Z. W., Hahn, A. M., McCart, M. R., Chapman, J. E., Sheidow, A. J., Walker, J., de Arellano, M. y Danielson, C. K. (2021). Predictors of substance use in a clinical sample of youth seeking treatment for Trauma-related mental health problems. *Addictive behaviors*, 114, 106742.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106742>
- Basedow, L. A., Wiedmann, M. F., Roessner, V., Golub, Y. y Kuitunen-Paul, S. (2022). Coping motives mediate the relationship between PTSD and MDMA use in adolescents with substance use disorders. *Addiction science y clinical practice*, 17(1), 46.
<https://doi.org/10.1186/s13722-022-00329-y>
- Berenz, E. C., Edalatian Zakeri, S., Demos, A. P., Paltell, K. C., Bing-Canar, H., Kevorkian, S. y Ranney, R. (2021). Negative affect and alcohol craving in trauma-exposed young adult drinkers. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 45(7), 1479-1493.
<https://doi.org/10.1111/acer.14641>
- Blakey, S. M., Yi, J. Y., Calhoun, P. S., Beckham,

- J. C. y Elbogen, E. B. (2019). Why do trauma survivors become depressed? Testing the behavioral model of depression in a nationally representative sample. *Psychiatry research*, 272, 587-594.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.150>
- Blanco, L., Sió, A., Hogg, B., Esteve, R., Radua, J., Solanes, A., Gardoki-Souto, I., Sauras, R., Farré, A., Castillo, C., Valiente-Gómez, A., Pérez, V., Torrens, M., Amann, B. L. y Moreno-Alcázar, A. (2020). Traumatic Events in Dual Disorders: Prevalence and Clinical Characteristics. *Journal of clinical medicine*, 9(8), 2553.
<https://doi.org/10.3390/jcm9082553>
- Bremer-Landau, J. D. y Caskie, G. I. L. (2019). Gender as Potential Moderator of Associations Among Trauma Exposure, Posttraumatic Stress Disorder Symptoms, and Alcohol Use Disorder Symptoms in Young Adults. *Journal of traumatic stress*, 32(4), 586-594.
<https://doi.org/10.1002/jts.22419>
- Danielson, C. K., Adams, Z., McCart, M. R., Chapman, J. E., Sheidow, A. J., Walker, J., Smalling, A. y de Arellano, M. A. (2020). Safety and Efficacy of Exposure-Based Risk Reduction Through Family Therapy for Co-occurring Substance Use Problems and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 77(6), 574-586.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4803>
- Davis, J. P., Dworkin, E. R., Helton, J., Prindle, J., Patel, S., Dumas, T. M. y Miller, S. (2019). Extending poly-victimization theory: Differential effects of adolescents' experiences of victimization on substance use disorder diagnoses upon treatment entry. *Child abuse & neglect*, 89, 165-177.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.01.009>
- Davis, J. P., Christie, N. C., Dworkin, E. R., Prindle, J., Dumas, T. M., DiGuseppi, G., Helton, J. J. y Ring, C. (2020). Influences of victimization and comorbid conditions on latency to illicit drug use among adolescents and young adults. *Drug and alcohol dependence*, 206, 107721.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107721>
- DiGuseppi, G. T., Ring, C. R., Rice, E. R. y Davis, J. P. (2022). Sex differences in poly-victimization among youth experiencing homelessness prior to substance use treatment. *Child abuse & neglect*, 129, 105670.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105670>
- Ellenbogen, S., Colin-Vezina, D., Sinha, V., Chabot, M. y Wells, S. J. R. (2018). Contrasting mental health correlates of physical and sexual abuse-related shame. *Journal of child and adolescent mental health*, 30(2), 87-97.
<https://doi.org/10.2989/17280583.2018.1485569>
- Freeman, T. E., Jordan, H. R. y Madson, M. B. (2020). Coping Styles Mediate the Association between Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Alcohol Outcomes in College Students. *Substance use y misuse*, 55(14), 2371-2378.
<https://doi.org/10.1080/10826084.2020.1817083>
- Hahn, A. M., Adams, Z. W., Chapman, J., McCart, M. R., Sheidow, A. J., de Arellano, M. A. y Danielson, C. K. (2020). Risk reduction through family therapy (RRFT): Protocol of a randomized controlled efficacy trial of an integrative treatment for co-occurring substance use problems and posttraumatic stress disorder symptoms in adolescents who have experienced interpersonal violence and other traumatic events. *Contemporary clinical trials*, 93, 106012.
<https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.106012>
- Hawn, S. E., Bountress, K. E., Sheerin, C. M., Dick, D. M. y Amstadter, A. B. (2020). Trauma-related drinking to cope: A novel approach to the self-medication model. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 34(3), 465-476.
<https://doi.org/10.1037/adb0000552>
- Jordan, H. R., Madson, M. B., Nicholson, B. C., Bravo, A. J., Pearson, M. R. y Protective Strategies Study Team (2019). Posttraumatic stress disorder symptoms and problematic alcohol use in college students: The moderating role of alcohol protective behavioral strategies and gender. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 11(3), 247-255.
<https://doi.org/10.1037/tra0000417>
- Jordan, H. R., Madson, M. B., Bravo, A. J., Pearson, M. R. y Protective Strategies Study Team (2020). Post-traumatic stress and marijuana outcomes: The mediating role of marijuana

- protective behavioral strategies. *Substance abuse*, 41(3), 375–381.
<https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1635965>
- Lee, J. Y., Brook, J. S., Finch, S. J., Kim, W. y Brook, D. W. (2019). Single and dual diagnoses of major depressive disorder and post-traumatic stress disorder predicted by triple comorbid trajectories of tobacco, alcohol, and marijuana use among urban adults. *Substance abuse*, 40(2), 221–228.
<https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1572047>
- Melchior, H., Hüsing, P., Grundmann, J., Lotzin, A., Hiller, P., Pan, Y., Driessen, M., Scherbaum, N., Schneider, B., Hillemacher, T., Stolzenburg, S., Schomerus, G., Schäfer, I. y Canas Study Group (2019). Substance Abuse-Related Self-Stigma in Women with Substance Use Disorder and Comorbid Posttraumatic Stress Disorder. *European addiction research*, 25(1), 20–29.
<https://doi.org/10.1159/000496113>
- Mills, K. L., Barrett, E., Back, S. E., Cobham, V. E., Bendall, S., Perrin, S., Brady, K. T., Ross, J., Peach, N., Kihlas, I., Cassar, J., Schollar-Root, O. y Teesson, M. (2020). Randomised controlled trial of integrated trauma-focused psychotherapy for traumatic stress and substance use among adolescents: trial protocol. *BMJ open*, 10(11), e043742.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043742>
- Molina-Fernández, A. J., Saiz-Galdos, J., Arribas-Tiemblo, I. M., Hansen-Rodríguez, G., Sánchez-Iglesias, I., Ayllón-Alonso, E. y Mena-García, B. (2024). Gender Perspective and Women Drug Users: Specific Needs in Relation to Substance Use Treatments. *Psychiatry International*, 5, 939–948.
<https://doi.org/10.3390/psychiatryint5040064>
- Moreland, A. D., Walsh, K., Hartley, C., Hanson, R., Danielson, C. K., Saunders, B. y Kilpatrick, D. G. (2018). Investigating longitudinal associations between sexual assault, substance use, and delinquency among female adolescents: results from a nationally representative sample. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 63(3), 320–326.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.04.002>
- Narvaez, J. C. M., Remy, L., Bermudez, M. B., Scherer, J. N., Ornell, F., Surratt, H., Kurtz, S. P. y Pechansky, F. (2019). Re-traumatization cycle: sexual abuse, post-traumatic stress disorder and sexual risk behaviors among club drug users. *Substance use y misuse*, 54(9), 1499–1508.
<https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1589521>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados* (11ª ed.) [en línea]. Recuperado de:
<https://icd.who.int/>
- Pahl, K., Williams, S. Z., Lee, J. Y., Joseph, A. y Blau, C. (2020). Trajectories of violent victimization predicting PTSD and comorbidities among urban ethnic/racial minorities. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(1), 39–47.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000449>
- Paltell, K. C., Smith, R. L., Kansky, J., Cox, C. M., Amstadter, A. B., Dick, D. y The Spit For Science Working Group, Salvatore, J. E. y Berenz, E. C. (2020). Posttraumatic stress disorder symptoms, relationship quality, and risky alcohol use among trauma-exposed students. *Addictive behaviors*, 102, 106216.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106216>
- Park, T., Thompson, K., Wekerle, C., Al-Hamdani, M., Smith, S., Hudson, A., Goldstein, A. y Stewart, S. H. (2019). Posttraumatic Stress Symptoms and Coping Motives Mediate the Association Between Childhood Maltreatment and Alcohol Problems. *Journal of traumatic stress*, 32(6), 918–926.
<https://doi.org/10.1002/jts.22467>
- Robert, A. (2024). Trastorno por estrés postraumático y trastorno por uso de sustancias entre adolescentes: Autoestigma y perspectiva de género. *HAAJ*, 24(2), 1–8.
<https://doi.org/10.21134/999>
- Rodriguez, L. y Read, J. P. (2020). Momentary emotional responding and emotion regulation in PTSD-related drinking urge. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 28(1), 99–111.
<https://doi.org/10.1037/pha0000292>
- Sonnier, H., Alex Brake, C., Flores, J. y Badour, C. L. (2019). Posttraumatic stress and hazardous alcohol use in trauma-exposed young adults: indirect effects of self-disgust. *Substance use*

& misuse, 54(7), 1051-1059.

<https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1517173>

Witte, T. H., Weymouth, B. B., Gajos, J. M., Penunuri, A. y Levy, S. (2020). Trauma exposure and problem drinking in late adolescence: a latent profile analysis. *Journal of traumatic stress*, 33(6), 1048-1059.

<https://doi.org/10.1002/jts.22599>

Yeo, E. J., Hlongwane, K., Otworld, K., Hopkins, K. L., Variava, E., Martinson, N., Strathdee, S. A., Coetzee, J. y Milovanovic, M. (2022). Key risk factors for substance use among female sex workers in Soweto and Klerksdorp, South Africa: A cross-sectional study. *PloS one*, 17(1), e0261855.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261855>

Cómo potenciar la salud mental comunitaria. Las funciones parentales en el desarrollo del niño

ALFONS ICART¹ Y JORDI FREIXAS²

RESUMEN

La salud mental debe abarcar tanto la prevención primaria como la secundaria y la terciaria. Un apego seguro favorece el desarrollo psicológico del niño hasta el momento crítico de la adolescencia. Para ello es necesario el desempeño adecuado de las funciones parentales básicas no sólo por parte de los padres sino de todas las personas que contribuyen al desarrollo del niño. Es importante, pues, proporcionar formación en Salud Mental a todos los profesionales que trabajan con niños, grupos de preparación al parto y a la maternidad y grupos de padres de los niños con problemas de salud mental. *Palabras clave:* prevención, apego, salud mental, funciones parentales, maternidad, adolescencia.

ABSTRACT

How to strengthen community mental health. Parental functions in child development. Mental health should cover primary, secondary and tertiary prevention. A secure attachment favors the psychological development of the child until the critical moment of adolescence. For this to happen, it is necessary for basic parental functions to be carried out properly, not only by parents but by all those who contribute to the child's development. It is therefore important to provide education in mental health to all professionals who work with children, childbirth and maternity preparation groups and groups of parents of children with mental health problems. *Keywords:* prevention, attachment, mental health, parental functions, maternity, adolescence.

RESUM

Com potenciar la salut mental comunitària. Les funcions parentals en el desenvolupament de l'infant. La salut mental ha d'abastar tant la prevenció primària com la secundària i la terciària. Un aferrament segur afavoreix el desenvolupament psicològic del nen fins al moment crític de l'adolescència. Per això és necessari l'exercici adequat de les funcions parentals bàsiques no només per part dels pares, sinó de totes les persones que contribueixen al desenvolupament de l'infant. És important, doncs, proporcionar formació en Salut Mental a tots els professionals que treballen amb infants, grups de preparació al part i a la maternitat i grups de pares dels nens amb problemes de salut mental. *Paraules clau:* prevenció, aferrament, salut mental, funcions parentals, maternitat, adolescència.

Introducción

Desafortunadamente, en nuestro país la prevención primaria en salud mental infanto-juvenil sigue siendo insuficiente. Predomina un modelo médico en el que el diagnóstico determina si un niño o adolescente está enfermo o no. Si no presenta

problemas evidentes, no se considera necesario intervenir; y si está enfermo, el enfoque se centra en corregir los síntomas. En el mejor de los casos, se aborda el trastorno mediante un tratamiento psicológico que generalmente se entiende como una modificación conductual o como la resolución de conflictos intrapsíquicos.

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

Recibido: 17/2/25 - Aceptado: 17/3/25

Proponemos una concepción alternativa de la salud mental, una que potencia tanto la prevención primaria como la secundaria y terciaria. Esta concepción se basa en el desarrollo del niño a lo largo de su infancia hasta llegar a la adolescencia. En lugar de ver los problemas del niño o adolescente como un trastorno, los entendemos como una falta de adaptación a un momento evolutivo. Una visión como esta permite actuar no cuando el trastorno ya ha ocurrido, sino, en la mayoría de los casos, antes de que se produzca.

El objetivo sería intervenir cuando el niño comienza a mostrar señales de tener dificultades para adaptarse a la etapa de su desarrollo evolutivo, enfocándose en programas comunitarios que prioricen la prevención y la promoción de la salud mental comunitaria. Para lograr esto, es fundamental comprender cómo se estructura la personalidad del niño y cómo se lleva a cabo su proceso de desarrollo.

En la década de los setenta, con el inicio de la creación de los *centros de higiene mental* en Catalunya, uno de los objetivos era el de la prevención y, especialmente, la potenciación de la salud mental comunitaria. Se crearon las redes públicas de atención a la salud mental (la de adultos en los años ochenta y la infanto-juvenil más adelante). Cuarenta años después, seguimos sin decantar suficientemente nuestro trabajo en la prevención y en potenciar la salud mental comunitaria. Demasiados centros en un modelo privado individualizado.

Salud mental infanto-juvenil y desarrollo

El desarrollo psicológico del niño es un proceso. Sigue unas determinadas líneas evolutivas, en las que se detectan unos hitos: de la dependencia a la autonomía; del egocentrismo a la socialización con la entrada a la escuela; de la incontinencia al control de esfínteres; de la irresponsabilidad hacia la responsabilidad; de la lactancia al destete, a comer por sí mismo y a la alimentación racional; de los primeros sonidos a las primeras palabras; del juego con el cuerpo a los juguetes, de los juguetes al juego con los iguales y del juego psicomotor al juego simbólico. Así, el yo va convirtiéndose progresivamente en más organizado, más integrado, más

complejo. Tiene más capacidad de desarrollar la función organizativa en cada momento. Cuando consideramos que este proceso es saludable, el niño irá aprendiendo a tolerar la angustia y la espera, a tolerar el no. Así, irá integrando las bases psicológicas para afrontar la adolescencia.

Actualmente, estamos observando que estas carencias están en la base de los problemas que presentan muchos niños al llegar a la adolescencia. En la mayoría de los casos, el conjunto de estas carencias es lo que llamaríamos *falta de autonomía o inmadurez emocional*.

El apego seguro

El apego es el vínculo emocional profundo que se forma entre una persona y sus figuras de apego primarias, generalmente los padres o cuidadores principales. Según Bowlby (2023), un recién nacido necesita desarrollar una relación con al menos un cuidador principal para que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad.

Cuando los cuidadores responden de manera sensible y constante a las señales y necesidades del bebé, se establece un apego seguro, lo que promueve un desarrollo saludable y una base segura desde la cual el niño podrá explorar su entorno.

El apego seguro puede preparar a un individuo, especialmente a un niño, para afrontar y manejar de manera más saludable las separaciones. Un apego seguro se caracteriza por una relación de confianza y seguridad entre el niño y sus cuidadores, generalmente los padres. Esta relación sólida y afectuosa puede proporcionar al niño una base emocional firme que le permite enfrentar situaciones de separación con menos ansiedad y estrés.

El apego seguro prepara para una buena separación porque proporciona:

Seguridad emocional. Los niños con un apego seguro tienen confianza en que sus necesidades emocionales serán satisfechas por sus cuidadores. Esta seguridad emocional les permite sentirse respaldados y protegidos incluso cuando enfrentan la separación de sus padres.

Autoestima y autonomía. Un apego seguro promueve la autonomía y una autoestima saludable en los niños. Cuando un niño se siente

amado y valorado, desarrolla una mayor confianza en sí mismo y en su capacidad para enfrentar desafíos, como la separación de sus padres.

Habilidades de afrontamiento. Los niños con un apego seguro suelen desarrollar habilidades de afrontamiento efectivas. Saben que pueden acudir a sus cuidadores en busca de apoyo y consuelo, lo que les permite gestionar mejor la ansiedad que puede surgir durante una separación.

Recuperación y adaptación más rápida. Cuando se produce una separación, un niño con un apego seguro puede experimentar emociones naturales de tristeza o ansiedad, pero tiende a recuperarse más rápidamente y a adaptarse a la situación. Esto se debe a la confianza en que la relación con sus cuidadores permanecerá intacta a pesar de la separación temporal.

Mantenimiento de la relación. Durante la separación, los padres con una relación de apego seguro continúan proporcionando apoyo y afecto a sus hijos. Esto fortalece el vínculo de apego y les permite mantener una conexión emocional a pesar de la distancia física.

En resumen, el apego seguro proporciona una base emocional sólida que permite a los individuos, y en particular a los niños, enfrentar las separaciones de una manera más saludable. Este apego seguro facilita, en términos de Melanie Klein (1946), el paso de la *posición esquizoparanoide* a la *posición depresiva* y, en términos de Otto Kernberg, la integración de un yo organizado. Ofrece a los niños la confianza y las habilidades necesarias para manejar la ansiedad y el estrés que pueden surgir durante una separación, así como para mantener una relación estable con los cuidadores a pesar de la distancia temporal.

Diferentes momentos clave desde la infancia hasta la adolescencia

El proceso de diferenciación madre-hijo se inicia con el nacimiento, cuando bebé y madre dejan de compartir el mismo cuerpo. A los dos o tres meses, el niño comienza a distinguir lo que le pertenece de lo que corresponde a la madre. Este es el comienzo de su interacción con objetos, experiencias nuevas, familiares y su entorno. En este momento, el niño también

toma conciencia de las sensaciones placenteras y displacenteras, lo que se denomina *intersubjetividad primaria* (Trevarthen, 1979), marcando así el inicio de la diferenciación.

Entre los ocho y los diez meses, el niño comienza a interactuar de manera más compleja con sus figuras de cuidado, momento en el que surge la *intersubjetividad secundaria* (Trevarthen y Hubley, 1978). En esta etapa, el niño empieza a reconocer que su relación con la madre o los cuidadores no es exclusiva ni completamente bajo su control. Es entonces cuando se produce la *triangulación*, ya que el niño percibe la existencia de terceros en sus interacciones y comprende que la madre o los cuidadores pueden alejarse. Esta toma de conciencia marca el inicio de la percepción de vulnerabilidad y el surgimiento de *ansiedades catastróficas*, relacionadas con el temor a la separación y la pérdida del vínculo de seguridad.

Al mismo tiempo que ocurre la diferenciación con la madre, el niño va adquiriendo experiencias y relacionándose con su entorno.

Los padres o cuidadores comienzan a retirarse gradualmente de la influencia directa sobre el niño, acompañando y respetando su proceso de diferenciación. Este proceso es fundamental para la construcción de una identidad propia. A medida que el niño desarrolla la capacidad de pensar, reorganizar su juego y llevar a cabo acciones de forma autónoma, resulta crucial que los cuidadores faciliten este proceso sin interferencias excesivas. Permitir que el niño experimente por sí mismo, tolere la frustración y comprenda que ciertos logros requieren tiempo y esfuerzo contribuye a la consolidación de su estructura psíquica y al desarrollo de su capacidad de autorregulación.

El desarrollo no sigue un programa inevitable o uniforme. Además del desarrollo intrínseco, hay etapas pautadas socialmente: la transición de la familia nuclear a la interacción con otras personas, la entrada en la guardería, el inicio de la escolarización, la transición de la familia a los amigos y la adolescencia psíquica (que no es lo mismo que la pubertad). Estos son momentos críticos en el desarrollo, y la manera en que el niño haya afrontado las etapas anteriores influirá en su capacidad para enfrentar y superar las siguientes.

Cada niño es diferente, y cada familia también lo es. La Dra. Eulàlia Torras (2004) afirmaba que “el mismo adolescente puede tener una evolución terriblemente conflictiva con algunos padres, mientras que con otros padres podría desarrollarse de manera satisfactoria”.

El desarrollo puede distorsionarse. Las discapacidades físicas interfieren en el desarrollo, al igual que las experiencias relacionales. Siempre es necesario plantearse cómo es el desarrollo saludable y considerarlo en su contexto. En este sentido, es fundamental comprender que las normas que son válidas hoy pueden no serlo en el futuro. Lo que es bueno para un niño puede no serlo para otro. Lo que funciona bien en una familia puede no ser adecuado para otra.

Cada etapa evolutiva supone una crisis, entendida tanto como un desafío y, a la vez, como una oportunidad de desarrollo. Hasta la adolescencia, el niño debe afrontar múltiples retos que, si no se gestionan adecuadamente, pueden obstaculizar su maduración emocional y cognitiva. Sin embargo, por falta de información o formación, padres y educadores no siempre facilitan la resolución de estas crisis de la mejor manera. En muchos casos, los adultos, con la intención de proteger al niño del sufrimiento o de experiencias negativas, intervienen excesivamente y resuelven los problemas en su lugar. Esta sobreprotección, lejos de ser beneficiosa, limita la capacidad del niño para enfrentarse a dificultades, aprender de la experiencia y desarrollar estrategias propias para alcanzar sus objetivos. Como consecuencia, aunque su desarrollo físico pueda progresar con normalidad, su autonomía y capacidad de autorregulación pueden verse seriamente comprometidas.

Esta falta de ajuste puede ser también un indicador de que, probablemente, los padres no están ejerciendo las funciones parentales de manera suficientemente adecuada.

Ser consciente de estos aspectos proporciona una herramienta poderosa para la salud mental comunitaria: en lugar de intentar reparar lo que ya está dañado, se puede prevenir que se deteriore. Y en los casos en que ya existe un problema, se puede evitar que empeore.

Las funciones parentales

Las funciones parentales desempeñan un papel clave en el desarrollo psicológico del niño,

ya que le proporcionan seguridad emocional, estructura y apoyo en su proceso de crecimiento. Estas funciones incluyen el establecimiento de límites adecuados, la transmisión de normas y valores, el reconocimiento y validación de las emociones del niño, así como la capacidad de responder a sus necesidades de manera sensible y coherente.

El ejercicio adecuado de estas funciones permite que el niño construya una identidad sólida, desarrolle autonomía y adquiera habilidades socioemocionales. Sin embargo, las funciones parentales no necesariamente deben ser desempeñadas exclusivamente por los progenitores biológicos. En ausencia de estos, otros familiares, padres adoptivos o incluso figuras externas significativas, como maestros, educadores, entrenadores o monitores, pueden asumir en mayor o menor medida este rol, contribuyendo al bienestar del niño.

El equilibrio en la función parental es fundamental. La sobreprotección excesiva puede impedir que el niño desarrolle resiliencia y autonomía, mientras que la negligencia o la falta de apoyo emocional pueden generar inseguridad, dificultades en la regulación emocional y problemas en la construcción de relaciones saludables. Por ello, es esencial que quienes ejercen estas funciones comprendan la importancia de acompañar al niño en la gestión de sus propias dificultades sin sustituir sus experiencias, permitiéndole enfrentarse a desafíos y aprender de ellos.

Las funciones parentales pueden dividirse en dos grandes áreas interdependientes: *el cuidado y el afecto*, por un lado, y *la normativa y el establecimiento de límites por otro*. Ambas son fundamentales para el desarrollo psicológico del niño, ya que le proporcionan tanto la seguridad emocional necesaria para explorar el mundo como la estructura que le permite comprenderlo y desenvolverse en él.

El afecto y el cuidado constituyen la base de la seguridad emocional del niño. Sentirse amado, protegido y validado favorece la construcción de una autoestima saludable y una confianza básica en los demás. Sin este sostén emocional, el niño puede experimentar inseguridad, ansiedad y dificultades en la regulación emocional.

Por otro lado, la *función normativa*—poner

límites, contener y proporcionar sentido de realidad—desempeña un papel clave en el desarrollo de la autonomía y la responsabilidad. Lejos de ser una imposición restrictiva, los límites bien establecidos aportan seguridad y estructura. Ayudan al niño a gestionar su propio comportamiento, evitando estados de descontrol emocional y favoreciendo la internalización de normas sociales y valores éticos.

El *equilibrio entre afecto y normativa* es fundamental. Una educación basada exclusivamente en el control, sin calidez ni comprensión, puede generar rigidez, miedo al error o rebeldía extrema. Por el contrario, la ausencia de límites claros puede derivar en dificultades para tolerar la frustración, falta de autocontrol y problemas en la convivencia social.

A medida que el niño crece y se acerca a la adolescencia, la función parental se transforma. Ya no se trata solo de establecer normas, sino de fomentar la *autonomía progresiva*, permitiendo que el adolescente desarrolle su identidad y aprenda a autorregularse. En este sentido, la función parental no se limita al ámbito familiar, sino que también influye en la manera en que el joven se relaciona con la sociedad, *internalizando principios éticos y morales* que guiarán su comportamiento en diferentes contextos.

En otras palabras, estas funciones son, por una parte, *amar, cuidar y proteger*, y, por otra, *contener física y mentalmente*, introducir el sentido de realidad y establecer límites.

Idealmente, la relación entre padres e hijos debería seguir un modelo de “maridaje”. Los padres actuarían como sumilleros, que no eligen el vino basándose en su propio gusto, sino en lo que mejor complementa cada comida. De la misma manera, no se trata de imponer lo que los padres prefieren, sino de conocer qué es lo más adecuado para el niño en cada momento de su desarrollo.

Para cumplir con este rol, los padres deben formarse adecuadamente, como lo haría un sumiller en su especialidad. Al igual que el sumiller debe conocer las características de los alimentos y los vinos para hacer las mejores recomendaciones, los padres deben conocer las diferentes etapas del desarrollo de sus hijos, para poder guiarlos de la manera más adecuada en cada fase de su vida.

A medida que el niño crece, los padres deben saber retirarse progresivamente, permitiendo que el niño adquiera independencia y madurez. Saber esperar y tolerar que no siempre todo saldrá como se espera, o que a veces es necesario postergar gratificaciones, son aprendizajes cruciales en el proceso de maduración del yo.

Sin embargo, algunos padres y entornos con una mentalidad narcisista tienden a tratar a los niños como si fueran una extensión de sí mismos. Estos padres, en lugar de permitir que el niño se desarrolle de acuerdo a su propia identidad, proyectan sus propios ideales sobre ellos o los ven como instrumentos para satisfacer sus propios deseos. En ambos casos, dificultan el desarrollo de la autonomía del niño.

Es importante señalar que, aunque estos factores puedan dificultar la formación de un apego seguro en la infancia, las personas no están condenadas a mantener el mismo estilo de apego a lo largo de su vida. Con la terapia adecuada y el apoyo necesario, es posible comprender y modificar los estilos de apego, lo que puede llevar al desarrollo de relaciones más saludables y seguras en la adultez.

La sobreprotección

Si la protección que el niño obtiene a través de un apego seguro es altamente deseable, la sobreprotección, en cambio, no lo es, ya que dificulta la estructuración de la personalidad. A menudo observamos cómo los padres y cuidadores protegen en exceso a los niños. Dirigir en exceso su vida puede bloquear su proceso de desarrollo, lo que lleva a la configuración de una personalidad infantilizada.

Es fundamental que los niños tengan la oportunidad de experimentar por sí mismos y construir su propia identidad. Sin embargo, los padres sobreprotectores, en su afán de protegerlos, terminan limitando su capacidad de explorar y desarrollarse de manera autónoma. Al restringir sus experiencias, no solo les impiden descubrir quiénes son, sino que también condicionan su percepción del mundo. En lugar de explorar sus múltiples facetas, estos niños solo acceden a la realidad filtrada por la visión de sus padres, perdiendo así la oportunidad de formar su propio criterio y comprensión del entorno.

Cuanto más intentan los padres transmitir a

sus hijos sus propios valores, ideas y forma de pensar, menos espacio les dejan para desarrollar su identidad de manera autónoma. Como resultado, al llegar a la adolescencia, estos jóvenes presentan un desfase entre su desarrollo físico y su maduración psicológica: poseen un cuerpo de adolescente, pero conservan una forma de pensar y comportarse más propia de la infancia. Esta situación les impide culminar el proceso de diferenciación respecto a los adultos y a sus propios padres.

El exceso de normas

Si la sobreprotección no facilita un buen desarrollo, el exceso de normas tampoco. Cuando la “comunicación” entre padres e hijos está cargada de un exceso de normas, consejos y valores familiares impuestos, se dificulta el entendimiento entre ambas partes. En este caso, ya no se puede hablar de comunicación, sino de imposición. Para que exista una comunicación saludable, es necesario crear condiciones que eviten cualquier intento de influir en el otro, de hacer que piense como queremos o como creemos que son las cosas. Es fundamental permitir que cada individuo interprete la realidad por sí mismo, de acuerdo con su propio criterio. Esto implica captar la emoción del otro, escuchar lo que quiere comunicar y comprender qué espera que entendamos. Este proceso requiere una atención cuidadosa.

Para que haya una verdadera comunicación entre padres e hijos, primero debe haberse dado una diferenciación entre ambos. Es esencial comprender que son seres distintos, con perspectivas y experiencias propias. Si no existe esta diferenciación, difícilmente se puede hablar de una comunicación real entre ellos. La comunicación solo puede darse entre dos seres diferenciados, ya que una entidad no se comunica consigo misma.

Por lo tanto, para que se establezca una comunicación efectiva entre padres e hijos, primero se debe alcanzar en cada momento un grado suficiente de diferenciación entre el *self* y el objeto. Luego, es necesario desarrollar la capacidad de diferenciar la propia manera de pensar y valorar las cosas de la forma en que el otro las percibe y expresa. Solo así puede haber una comunicación real, un intercambio de ideas, emociones y sentimientos.

El exceso de normas por parte de los padres, cuidadores y educadores, así como el deseo de que el niño sea el mejor, que alcance su ideal del yo o que represente el yo ideal de los adultos, suele imponerse con la mejor intención. Los padres y maestros intentan guiar al niño por el “buen camino”, prevenirle de los problemas de la vida o alejarlo de malas influencias.

Sin embargo, esta presión para que los niños sean como los adultos quieren puede tener el efecto contrario: puede bloquear al niño, impedirle experimentar a su propio ritmo, disfrutar de lo que hace y tomar conciencia de sus propias percepciones, deseos y capacidades.

Si se bloquea el proceso evolutivo, cuando el niño llegue a la adolescencia tendrá un cuerpo de adolescente, pero una estructura mental infantil. Es en este punto cuando pueden aparecer manifestaciones psicopatológicas graves.

Lamentablemente, todavía es frecuente que los adultos ridiculicen a los niños, invalidando sus emociones y dificultando la construcción de una identidad autónoma. En el pasado, los abusos físicos por parte de los adultos hacia los niños y adolescentes eran habituales, reflejando una dinámica de poder en la que no se respetaba su individualidad. Hoy en día, además, han salido a la luz numerosos casos de abuso sexual, todos ellos perpetrados por personas significativas para el niño o el joven. Este tipo de abuso no solo vulnera su integridad, sino que también interfiere gravemente en su desarrollo emocional, generando una estimulación que el niño no está en condiciones de comprender ni de integrar. En consecuencia, su capacidad para diferenciarse de los adultos y construir una identidad propia se ve aún más afectada, reforzando dinámicas de dependencia y fragilidad psicológica que pueden perdurar en la adolescencia y la vida adulta.

Hábitos

La educación de los hábitos comienza muy temprano. La enseñanza del control de los esfínteres es quizás el hito más evidente en este proceso. Sin embargo, la adquisición de hábitos de higiene es igualmente fundamental. También es importante que los niños comprendan que existen límites y que deben respetarlos, aprendiendo y asimilando qué comportamientos son

adecuados en cada situación. Además, deben asumir responsabilidades en las tareas cotidianas, como recoger sus juguetes, hacer los deberes y colaborar en las tareas domésticas. A medida que el niño crece, va adquiriendo nuevas responsabilidades.

Asimismo, los hábitos que contribuyen al desarrollo de las habilidades sociales y que expresan civismo y respeto hacia los demás son esenciales. Este aprendizaje comienza en el entorno familiar, con los padres, y se extiende luego a los hermanos y compañeros de escuela. Más adelante, el niño deberá establecer rutinas de estudio, organizarse y gestionar eficazmente su tiempo de aprendizaje.

Es cierto que la familia es el núcleo del desarrollo infantil. No obstante, el entorno en el que el niño crece y se desarrolla a lo largo de su infancia cobra cada vez más importancia. La escuela, el entorno social y las actividades de ocio juegan un papel clave en su evolución. Por ello, si queremos garantizar un desarrollo integral del niño, debemos tener en cuenta sus momentos evolutivos más importantes, así como los espacios donde se relaciona, especialmente en el ámbito del ocio y el deporte.

Adquirir buenos hábitos es fundamental, ya que estos constituyen la columna vertebral de la personalidad del niño. Fomentan su autonomía y refuerzan su confianza en sí mismo. Aprender a tomar decisiones y asumir responsabilidades de manera gradual ayuda a los niños a desarrollar una mentalidad más independiente y segura.

Educar a través de la escolarización y las actividades deportivas y de ocio

Es fundamental que el niño transite desde la indiferenciación con la madre hacia la autonomía, con el fin de afrontar la adolescencia de manera saludable. En este proceso, la escuela y las actividades extraescolares desempeñan un papel clave, incluyendo la guardería, los espacios deportivos y las actividades de ocio.

Por ello, es importante que los docentes y las personas responsables de la guardería, los espacios deportivos y de ocio, entre otros, aprendan a tratar adecuadamente a los niños que están a su cargo. Además, deben comprender la relevancia de fomentar el desarrollo de nuevas capacidades, conocimientos y habilidades,

lo que estimulará a los niños en su proceso de crecimiento personal y social.

Creemos que es fundamental la creación de espacios de formación para que todos los profesionales involucrados en la educación infantil comprendan la importancia de promover en los niños un rol activo en la adquisición de habilidades para la convivencia y el aprendizaje de las propias actividades.

La escuela debe centrarse en la educación integral del niño, priorizando el desarrollo de habilidades y valores por encima de la mera acumulación de contenidos. En el deporte, más allá del rendimiento individual, es fundamental fomentar el espíritu de equipo, el respeto, la diversión y la deportividad. Del mismo modo, el ocio debería ser un espacio para disfrutar de nuevas experiencias, favorecer el aprendizaje social y fortalecer el compañerismo y la camaradería, contribuyendo así al crecimiento personal y relacional del niño.

Propuestas para potenciar la Salud Mental Comunitaria

A continuación, presentamos tres propuestas clave para mejorar la salud mental comunitaria.

En primer lugar, es esencial la formación de los profesionales que trabajan en todas las etapas del desarrollo infantil y adolescente, desde las guarderías y parvularios hasta las escuelas, los centros de ocio y las actividades extraescolares. Esta formación debe centrarse en potenciar la creatividad y el desarrollo emocional de niños y niñas, dotándolos de herramientas para afrontar los desafíos de su crecimiento.

En los últimos tiempos, la aplicación de políticas sociales vinculadas al estado del bienestar ha sido, en muchas ocasiones, malinterpretada y mal ejecutada. En términos generales, podríamos resumirlo en la siguiente premisa: no se trata de “dar el pescado”, sino de “enseñar a pescar”. Es decir, no basta con resolver los problemas de las personas, anticiparse a sus dificultades o satisfacer todos sus deseos, sino que es fundamental ayudarles a desarrollar sus propias capacidades y dotarlos de recursos para enfrentar los retos de manera autónoma. La clave está en fomentar la resolución de problemas y la confianza en sus propias habilidades.

Este enfoque debe aplicarse desde la infancia, a través de una política educativa que estimule el desarrollo de los niños, promoviendo su autonomía y evitando una sobreprotección excesiva que pueda limitar su creatividad y capacidad de iniciativa.

Primera acción: formación en Salud Mental

Uno de los pilares fundamentales para fortalecer la Salud Mental Comunitaria es la implementación de programas de formación dirigidos a los profesionales que intervienen en el desarrollo evolutivo de niños, adolescentes y sus familias (Grupo de Atención Temprana, 2000). Esto incluye a sanitarios, educadores, entrenadores, monitores y otros agentes clave en su entorno.

Es esencial comprender que la infancia es una etapa de gran potencial creativo, donde la experimentación desempeña un papel crucial en la construcción de la confianza en sí mismos. A través de esta exploración, los niños desarrollan seguridad, autoestima e ilusión por aprender. Por ello, resulta imprescindible que los profesionales que los acompañan adopten esta perspectiva y la integren en su labor diaria, priorizando el desarrollo emocional y el aprendizaje sobre la mera obtención de resultados o logros externos.

El programa de formación debe abordar en profundidad el proceso de desarrollo infantil y sus distintas etapas evolutivas, ofreciendo herramientas para una intervención adecuada en cada fase. Además, se trabajará en la identificación temprana de señales de alerta que puedan indicar dificultades en el desarrollo.

Para garantizar la calidad y eficacia del programa, la formación deberá ser impartida por especialistas en salud mental, quienes proporcionarán orientación sobre los hitos de autonomía que los niños deben alcanzar en cada etapa y ofrecerán estrategias para favorecer un crecimiento equilibrado.

Segunda acción: preparación para el parto y organización del vínculo

En segundo lugar, queremos centrar la atención en las primeras relaciones del niño con su madre. En los últimos tiempos se ha hablado mucho sobre la familia y su importancia en el proceso evolutivo del niño. Y es cierto, pero incluso antes de que el niño llegue al mundo, existe el

periodo de gestación en el vientre materno, una etapa de vital importancia para la madre, que debe vivirla con el apoyo necesario.

Durante el embarazo, la madre, acompañada por su pareja si la tiene, va preparando un espacio mental que luego le permitirá construir el espacio físico para acoger a su hijo y constituir la familia. Es fundamental prestar atención a este proceso y brindar a las futuras madres el apoyo adecuado para llevar adelante su embarazo con seguridad y tranquilidad.

Tanto si se trata de madres primerizas como si ya han pasado por la experiencia de la maternidad, es crucial que en el embarazo se sientan acompañadas y contenidas. Esta seguridad emocional beneficiará al recién nacido, asegurando un buen inicio en su vida. La diferenciación madre-hijo, los primeros cuidados, la lactancia y la creación de un vínculo emocional sólido en los primeros meses de vida son aspectos fundamentales para el bienestar del bebé.

Aunque el control médico del embarazo está bien establecido, muchas futuras madres expresan una falta de atención a los aspectos emocionales de la transición a la maternidad (Gomà et al., 2021). No obstante, si estas dificultades no se abordan adecuadamente, pueden generar conflictos internos que dificulten el proceso de adaptación a la parentalidad y aumenten el riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad o depresión (Nanzer et al., 2023).

Por ello, proponemos la creación de grupos de apoyo para mujeres en los últimos tres meses de embarazo y para bebés de hasta seis meses, en la línea de los que ya se realizan en algunos centros de atención primaria, como el del Equipo de Atención Primaria Roquetes-Canteres de Barcelona (Prims et al., 2023). Se trataría de un espacio físico donde las madres y los padres pudieran acudir con sus hijos para prepararse para el parto y, posteriormente, asegurar un buen apego en los primeros meses de vida. Por supuesto, estos grupos contarían con la participación de profesionales especializados que brindarían el soporte necesario a las familias (madres, padres y bebés).

Tercera acción: preparación para la adolescencia

El tercer punto que proponemos es preparar

a los niños y sus familias para que, cuando lleguen a la preadolescencia, estén listos y tengan suficiente autonomía para afrontar esta etapa, lo que llamamos la *crisis de la adolescencia*. Debemos tener presente que la gran mayoría de los problemas que surgen en esta etapa están relacionados con la falta de preparación, tanto del adolescente como de la familia, para afrontar este proceso evolutivo.

Ni el adolescente ha adquirido la suficiente autonomía personal para enfrentar este momento, ni los padres están preparados para acompañar a su hijo en este paso. Lo que debería ser un proceso natural de crecimiento, en el cual el adolescente deja atrás la dependencia infantil para integrarse en el entorno de los jóvenes de su edad, a menudo se convierte en un conflicto de reproches y discusiones entre padres e hijos.

Por ello, proponemos evaluar el nivel de autonomía y madurez de chicos y chicas de entre 10 y 12 años para determinar si están preparados para afrontar la adolescencia. Se pueden utilizar cuestionarios que detecten dificultades emocionales y conductuales en diferentes contextos (escolar, familiar) y desde diferentes perspectivas (la del propio menor, la de los padres y la de los profesores), como el BASC-3 (Reynolds y Kamphaus, 2015) o desde dimensiones más clínicas, como el CBCL (Achenbach y Rescorla, 2001). Aquellos que no hayan alcanzado una diferenciación suficiente entre el *self* y el *objeto*, es decir, la autonomía personal necesaria, deberían recibir apoyo para evitar que experimenten una adolescencia problemática.

Para poder ayudar, primero es necesario detectar el problema. Por ello, las pruebas psicológicas contribuyen a determinar si han adquirido la autonomía suficiente para afrontar esta etapa.

En el caso de aquellos niños que no hayan alcanzado una autonomía personal adecuada, se reunirá a los padres y se les aconsejará pedir ayuda. En Catalunya, existe el *Programa de col·laboració entre l'atenció a la salut mental i les addiccions, i l'atenció primària i comunitària* (PCP), en el que profesional especializado en salud mental (psicólogos clínicos, psiquiatras y enfermeras de salud mental) atiende a menores que presentan síntomas que cumplen con los criterios diagnósticos de un trastorno mental, siempre y cuando estos síntomas no afecten

significativamente su funcionamiento (Enfedaque et al., 2023). La atención se realiza, de manera individual, familiar o grupal, en el ambulatorio del territorio.

Como hemos visto, cuando un niño tiene dificultades para adquirir autonomía, a menudo se debe a que los padres también tienen dificultades para acompañarlo en este proceso. Para afrontar la adolescencia, el niño debe renunciar a su anterior estado de dependencia, y los padres deben aceptar la transición, dejando atrás al niño pequeño y dando la bienvenida al adolescente que emerge.

En los casos en los que se detecte que el preadolescente podría enfrentar dificultades significativas en la adolescencia debido a la falta de autonomía personal, se les puede orientar a que consulten en atención primaria para que sean atendidos desde el PCP, donde se le ofrecerán programas específicos para abordar este problema de diferenciación y ayudarlo a desarrollar una identidad más autónoma.

Conclusiones: la adolescencia como plataforma para entrar en la edad adulta

En relación con la adolescencia, existe un debate sobre si es posible diferenciar entre una patología de la personalidad y un trastorno evolutivo, como la “crisis adolescente” o la crisis de identidad, debido a la creencia de que la personalidad aún no está completamente formada. Mientras que la patología de la personalidad tiene sus orígenes en la infancia, las “crisis adolescentes” son características de esta etapa del desarrollo, en la que se observa un aumento significativo de la impulsividad, cambios de humor debido a la intensificación de sentimientos como el vacío y la vergüenza, dificultades severas en las relaciones sociales e incluso conductas antisociales (De Vito, 2002).

Por otro lado, hay que distinguir entre las crisis propias de la adolescencia, las cuales llamaremos “crisis evolutivas” (que no suelen ser graves), y aquellas que se dan en adolescentes que no han superado su diferenciación *self-object* y que, por lo tanto, tienen un cuerpo de adolescente, pero una mentalidad infantil. Estos casos necesitan, primero, resolver su indiferenciación y dotarse de suficiente autonomía personal antes

de poder afrontar su adolescencia de manera saludable (Icart y Freixas, 2020).

La adolescencia es el tiempo que el niño necesita para evolucionar, madurar y crecer, para encontrar las herramientas que le permitirán moverse en el nuevo entorno adulto con autonomía personal. Esto significa que, durante el período de preadolescencia, tendrá que conocer su propio funcionamiento mental, así como sus emociones, impulsos, deseos, las prohibiciones y reglas que rigen el funcionamiento humano, incluyendo las normas que transmite el superyó. Como hemos visto, este grado de madurez que el adolescente debe desarrollar para integrarse en su entorno adolescente vendrá determinado por el proceso de diferenciación entre el *self* y el objeto que haya superado, es decir, por el grado de autonomía personal que haya alcanzado. Pero a menudo son los mismos padres los que impiden o frenan este proceso evolutivo de sus hijos, ya sea por sus propias dificultades o por el deseo de que estos sean los mejores o hagan lo que ellos no han podido hacer. Estas presiones no permiten que los hijos estructuren su propia identidad. Pero los padres no siempre saben que deben dejar que el niño se abra paso en la vida por sí mismo, ni son conscientes de las consecuencias que pueden sufrir si sobreprotegen a su hijo o lo quieren llevar hacia donde ellos creen que es lo mejor.

Es por eso que creemos que es importante ayudar a los padres a entender este proceso de desarrollo normal que debe hacer el adolescente, para lograr la autonomía personal. A menudo, esto ayuda a evitar muchos problemas familiares cuando el hijo llega a la adolescencia.

En resumen, el adolescente no solo debe conocer su funcionamiento mental, sino también debe aprender a relacionarse con él mismo y con su entorno. Debe aprender a tolerar la angustia, la frustración y la espera, conceptos básicos que configuran su personalidad.

Para finalizar, podemos enumerar las siguientes conclusiones.

Importancia de la salud mental comunitaria. La salud mental debe abordarse desde una perspectiva comunitaria, promoviendo la prevención y la intervención temprana para evitar la cronicación de los trastornos. Un enfoque integral que involucre a diferentes actores (sanitarios,

educadores, trabajadores sociales, familias) es clave para garantizar el bienestar de la población.

Necesidad de formación especializada. Se destaca la importancia de formar a los profesionales que trabajan con infancia y adolescencia en aspectos de salud mental. La capacitación de educadores, entrenadores y sanitarios es fundamental para detectar señales de alarma y fomentar el desarrollo emocional saludable.

Prevención como estrategia clave. No se debe esperar a que aparezca un trastorno para intervenir. La prevención primaria es esencial para reducir la incidencia de problemas de salud mental en la comunidad, especialmente en la infancia y la adolescencia, donde el desarrollo emocional es determinante.

Equilibrio entre autonomía y apoyo. Un aspecto central del documento es la necesidad de encontrar un equilibrio entre protección y autonomía en la crianza. La sobreprotección y la falta de límites pueden generar dificultades en el desarrollo de la identidad y la madurez emocional de los niños y adolescentes.

Colaboración entre sectores. La salud mental no puede abordarse únicamente desde el sistema sanitario. Es necesario fortalecer la cooperación entre atención primaria, servicios de salud mental y redes comunitarias, promoviendo un modelo de atención integrada.

Papel de la familia y el entorno. La familia y el entorno juegan un papel esencial en la salud mental infantil y juvenil. La promoción de dinámicas familiares saludables y el acceso a recursos de apoyo contribuyen a prevenir el desarrollo de trastornos psicológicos.

Perspectiva de futuro. Se enfatiza la importancia de seguir investigando y promoviendo programas de intervención basados en la evidencia. El reto es consolidar políticas de salud mental comunitaria que sean accesibles, eficaces y sostenibles en el tiempo.

Estas conclusiones reflejan la necesidad de un enfoque integral, preventivo y multidisciplinar para potenciar la salud mental comunitaria, con especial atención a la infancia y la adolescencia.

Bibliografía

Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the Child Behavior Checklist and 1.5-5*

- and 6-18 forms. Achenbach System of Empirically Based Assessment.
- Bowlby, J. (2023). *El apego: el apego y la pérdida*. Paidós.
- De Vito, E. (2002). Disturbi de personalitat e disturbo borderline in adolescenza. En M. Ammaniti (ed.), *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Raffaello Cortina Editore.
- Enfedaque, B., Garcia, O., Gil, E., Ruiz, R., Cid, J., Lobo, E. y Vegué, J. (2023). *Programa de col·laboració entre l'atenció a la salut mental i les addiccions, i l'atenció primària i comunitària*. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Recuperado de https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9424/programa_collaboracio_entre_atencio_salut_mental_addiccions_atencio%20primaria_comunitaria_2023.pdf?sequence=1
- Gomà, M., Martínez, M., Blancafort, X., Muniente, G., Antón, S., Lara, S., Arias-Pujol, E., Llauro, A. y Nanzer, N. (2021). Detection of depressive-anxiety symptomatology and associated risk factors among pregnant women in a low-income neighborhood. *The Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 42(4), 293-299.
- Grupo de Atención Temprana (2000). *Libro blanco de la atención temprana*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, p. 87-89.
- Icart, A. y Freixas, J. (2020). *A mí no me pasa nada*. Octaedro.
- Kernberg, O. F. y Caligor, E. A. (2005). Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. En M. F. Lenzenweger y J. F. Clarkin (Eds.), *Major Theories of Personality Disorder*. Guilford Press.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-110.
- Nanzer, N., Gomà, M. y Llauro, A. (2023). Una psicoterapia centrada en la parentalidad para tratar la psicopatología perinatal, sostener el vínculo madre-bebé y prevenir los trastornos en el niño. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, M6, 21-32.
- Prims, E., Gomà, M., Oliván, A., Cozodoy, E., Serra, L., Salas, I., Sánchez, C., Ferrer, J., Alcocer, T., Arias-Pujol, E., Martínez, M. y Llauro, A. (2023). El abordaje perinatal interdisciplinar desde Atención Primaria de Salud (APS): el desarrollo de una atención bio-psico-social integrada. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, M6, 33-44.
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (2015). *Behavior Assessment System for Children (3rd ed.)*. Pearson.
- Torras de Beà, E. (2004). La adolescencia como interacción: adolescentes en la clínica. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 3, 53-64. Recuperado de: <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/03/Torras-Eulalia-3.pdf>
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: a description of primary intersubjectivity. En M. Bullowa (ed.), *Before speech: the beginning of interpersonal communication*. Cambridge University Press, 321-47.
- Trevarthen, C. y Hubley, P. (1978). Secondary Intersubjectivity: Confidence, Confiding, and Acts of Meaning in the First Year. En J. Lock (Ed.), *Action, Gesture and Symbol*. Academic Press, 183-229.

Ferrer Tirado, L. (ed.) (2024). *Adolescentes de alta complejidad. Recursos terapéuticos comunitarios actuales en salud mental*. Herder.

Este es un libro importante. Laia Ferrer lleva dos décadas trabajando con niños y adolescentes en la red pública de salud mental y, con este libro, intenta plasmar tanto su modelo de la psicopatología como los posibles tratamientos en un marco comunitario y público. Y vaya si lo consigue. Ella es la autora de la mayoría de los capítulos, pero ha contado con colegas que también son referentes en su campo desde este marco público y comunitario.

Sergi de Diego, que ha coordinado y contribuido enormemente a desarrollar muchos de los equipos descritos en el libro, firma el prólogo. Desde las primeras páginas, ya podemos intuir su influencia en muchos de los aspectos que defiende el modelo teórico y práctico presentado aquí: la huida de los dogmatismos y del pensamiento único, la búsqueda de la integración en la comprensión de la psicopatología y el desarrollo de la técnica y “una actitud curiosa y un genuino deseo de ayudar” (p. 15) al paciente. El prólogo ya nos avanza de la mirada que van a tener las intervenciones hacia los adolescentes: multidisciplinares, comunitarias y desde la observación “en un abordaje que parte de la comprensión y que necesita ser integrado e integrador” (p. 17).

El libro está estructurado en tres partes: la primera nos sitúa el contexto teórico sobre la comprensión del adolescente complejo; la segunda, describe los diferentes trastornos característicos de la psicopatología del adolescente; la tercera presenta los diferentes recursos asistenciales de la red pública de salud mental infantil y juvenil de Catalunya.

La primera parte, *Adolescencia de alta complejidad*, describe la complejidad de la adolescencia actual y cómo en esta se pueden desencadenar los problemas de salud mental. Desde la teoría del apego, se propone la focalización en la conexión con el adolescente en cualquier intervención terapéutica, ya que “el ser humano traumatizado se recupera en un contexto de relaciones” (p. 49). A partir del concepto de confianza epistémica se desarrollan propuestas para conectar con el adolescente: cuidar los tiempos, contención, flexibilidad y buena capacidad de tolerar la frustración (p. 56 a 59). Finaliza esta parte un

capítulo sobre los factores de riesgo en la adolescencia que firma Jordi Artigue, que desarrolló el LISMEN, un cuestionario para explorarlos minuciosamente.

La segunda parte, *Psicopatología del adolescente en crisis*, describe cómo puede observarse y tratarse la clínica en esta etapa vital: depresión, suicidio y autolesiones, conducta alimentaria, trastornos de la conducta, consumo de tóxicos, trastornos límite, inhibición, psicosis y autismo. A pesar de no abandonar una base teórica clásica para la comprensión de la psicopatología, Ferrer ofrece una aproximación contemporánea tanto de la descripción de esta como de las propuestas de intervención. Y este, para mí, es una de las virtudes de este manual: la capacidad para proponer una mirada novedosa y actual sin renunciar a una base teórica sólida y arraigada. Además, la autora es generosa en ejemplos clínicos y en propuestas concretas, cosa que los psicoterapeutas agradecemos enormemente por su finalidad práctica. Esta parte se cierra con tres capítulos esenciales: el abordaje de la familia, el tratamiento psicofarmacológico y cómo impacta toda esta problemática descrita en los equipos asistenciales.

La última parte, *Recursos asistenciales comunitarios para atender a los jóvenes en situación de crisis*, describe los diferentes equipos de la red de salud mental para adolescentes: los centros ambulatorios (CSMIJ, en Catalunya), los recientes programas de atención a las crisis y los equipos guía, los hospitales de día y el Equipo Clínico de Intervención a Domicilio (ECID). A pesar de que estos recursos son propios de la Red asistencial de Catalunya, se encuentran algunos equivalentes en España y en Europa, y muestran propuestas diferentes según el grado de complejidad o de la crisis adolescente.

Hace tiempo que desde la Revista trabajamos para potenciar la difusión de experiencias desde la primera línea de intervención, desde la comunidad, desde la Red pública. A los psicoterapeutas que trabajamos en este ámbito nos cuesta encontrar trabajos tan orientados a la práctica y que nos ofrezcan directrices claras, realistas y actuales. Este libro nos hacía mucha falta.

Xavier Costa es psicólogo, psicoterapeuta y jefe de redacción de la *Revista de psicopatología y salud mental de la infancia y la adolescencia*.

Pegenaute Lebrero, F. (2022). *L'atenció precoç una feina feta amb il·lusió*. Associació Catalana d'Atenció Precoç (ACAP).

Es difícil hablar del libro *La Atención Temprana*. Un trabajo hecho con ilusión sin relacionarlo estrechamente con su autora, Fátima Pegenaute. Su profesión ha estado dedicada al trabajo con niños y niñas con dificultades y con sus familias. A su vez, ha favorecido el trabajo con el equipo interdisciplinario y ha sido promotora de entidades que han reunido a los Equipos de Atención Temprana de toda Cataluña, como fue el caso de la ACAP. Más adelante, participó con los equipos de diferentes provincias españolas para elaborar el *Libro Blanco de la Atención Temprana* con el Grupo de Atención Temprana (GAT), que actualmente es un referente para todos los equipos.

A lo largo de todo el recorrido del libro, se evidencia cómo la lucha persistente y la pedagogía en defensa de las necesidades de la población infantil (0-6) con dificultades, dio frutos en la creación de los Centros de Atención Temprana en Cataluña (CDIAP), pioneros en el Estado Español.

Hoy, afortunadamente, todos los profesionales, los centros educativos y las familias necesitadas

tenemos muy integrada la existencia y el buen funcionamiento de los CDIAP. No hace tantos años, sin embargo, esta asistencia universal y gratuita para estas familias y los niños y niñas no existía.

El libro de Fátima Pegenaute explica la importancia que ha tenido, a lo largo del tiempo, la investigación, la formación y la promoción de vínculos con universidades para crear Másteres en Atención Temprana que han formado a muchos de los profesionales que hoy trabajan en los equipos asistenciales. Ella ha sido el hilo conductor durante muchos años del desarrollo de todas estas iniciativas.

El relato de la historia debe darnos a todos los profesionales un crecimiento personal que permita, desde la *memoria*, establecer nuevas metas en el futuro.

Gracias, Fátima, por tu interesante y necesaria labor de recoger los documentos y los testimonios que han facilitado la elaboración de la historia de la Atención Temprana y por tu generosa dedicación como profesional, como compañera y, para muchos de nosotros, como entrañable amiga.

Remei Tarragó Riverola es psiquiatra infantil.

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, 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) renunciias, 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*) Nº
☐ Ejemplar individual papel: 18 euros (Otros Países) Nº
☐ Ejemplar individual **on line**: 10 euros Nº
☐ Artículo individual **on line**: 5 euros Título y autor:

Nombre y Apellidos:.....

Dirección:..... núm..... piso.....

Población:..... Cód. postal:..... Provincia:..... País:.....

Tel:..... Fax:..... e-mail:.....

Forma de pago:

- ☐ 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...

Análisis de la relación entre el uso de Instagram con la depresión, la ideación suicida y la soledad en estudiantes universitarios

Iris Catalán Pérez y Helena Garrido-Hernansaiz (Madrid)

Evaluación sistemática de resultados en salud mental y atención precoz: la experiencia de ARSISAM

*Júlia Miralbell, Elena Lloberasa, Carles Descalzi, Jordi Riba,
Teresa Ribalta y Francesc Vilurbina (Barcelona)*

Drama en vivienda de alquiler social: escenas y actitudes de cuidado

Rémy Puyuelo (Toulouse)

NÚMERO 45 - ABRIL 2025

Tact-Pulsión
Régine Prat

Sobre la necesidad de repensar la importancia del psiquismo fetal: una propuesta razonada
María del Carmen Cobo Becerra y Enrique Gallego Granero

La atención precoz y la especificidad de la clínica con niños pequeños
Patricia Enright y Fernando Maciel

Análisis del plan de actuación comunitaria en un hospital de día de autismo
*Jenifer Gil Merino, Mónica Góngora Vilardell, Fátima Castillo Moyano,
Glòria Salvador Fabregat y Jordi Rodríguez González*

**Intervenciones psicoterapéuticas en pequeños grupos para adolescentes
con desregulación emocional**
Aldo Diavoletto, Franca Bottiglieri, Marianna Sessa y Graziella La Torre

**Grupos psicoterapéuticos de adolescentes y padres en un hospital de día como continente.
Contenido y evolución**
Alicia Sancho Salinas

Revisión: autoestigma en chicas con problemas de consumo de sustancias e historia de trauma
Anna Robert Segarra

**Cómo potenciar la salud mental comunitaria.
Las funciones parentales en el desarrollo del niño**
Alfons Icart y Jordi Freixas