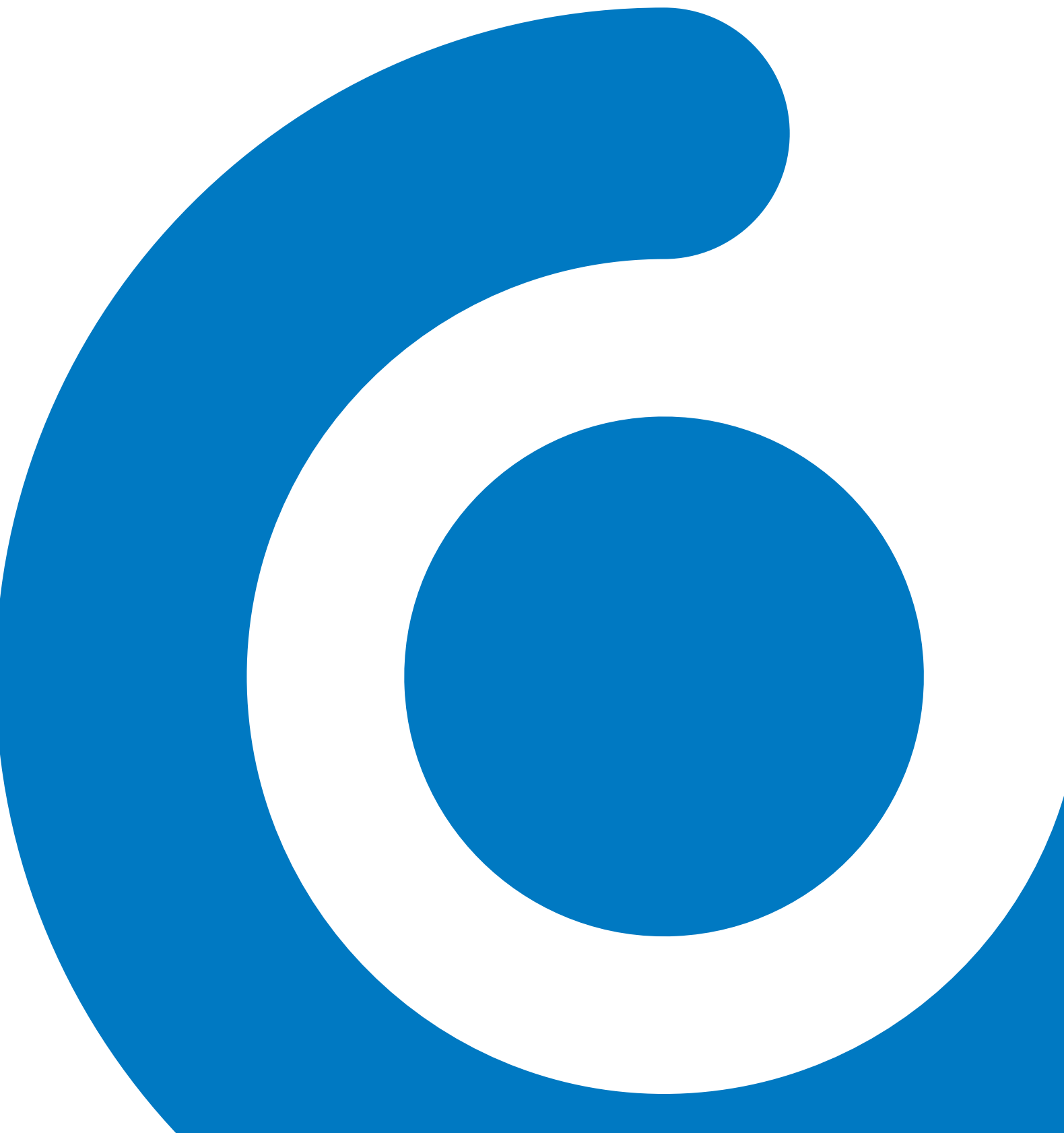


REVISTA DE
**PSICOPATOLOGÍA
Y SALUD MENTAL**
DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Noviembre 2023 • Nº 42



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

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

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

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

Publicación semestral

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

Tel. +34 93 635 88 10
E-mail: revista@fundacioorienta.com
Facebook: www.facebook.com/revistadepsicopatologia
Página web: www.fundacioorienta.com

En la página web pueden consultarse los sumarios y resúmenes de los números publicados hasta la fecha, así como las normas de publicación y las condiciones para establecer canje o suscribirse a la revista.

La *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente* publica los resúmenes también en catalán en soporte a la lengua propia de Catalunya, donde la Fundación Orienta tiene su sede.

Impresión: AGPOGRAF. Impressors
ISSN: 1695-8691
Dep. Legal: 13716/2003

La opinión expresada en los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores.
La reproducción, utilizando cualquier método, de cualquier artículo de esta revista se tendrá que solicitar previamente, por escrito, a la redacción.

La *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente* está incluida en los índices bibliográficos siguientes: ISOC-CSIC, Psicología y Sumarios ISOC; PSICODOC, del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; LATINDEX; COMPLUCOC, Universidad Complutense de Madrid, IBECS, de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III y DIALNET.

CONSEJO DIRECTIVO

Director:

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

Vocales:

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

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

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

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

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

CONSEJO ASESOR Y LECTOR

Eulàlia Anglada (Barcelona) ^I	Carles Pérez Testor (Barcelona) ^I
Alejandro Ávila (Madrid) ^I	Antonio de la Plata (Sevilla) ^{A F AP}
Jordi Artigue (Barcelona) ^{AP}	Vanessa R. Pousada (Ourense) ^A
Marta Biempica (Barcelona) ^{PSM}	Roque Prego (Santander) ^{PI PSM}
Teresa Brouard (Bilbao) ^{PI A AR}	Noelia Reyes (Barcelona) ^I
Lourdes Busquets (Barcelona) ^{PI}	Emilio Rojo (Barcelona) ^{1P I}
Natalia Calvo (Barcelona) ^I	Teresa Ribalta (Barcelona) ^{A F}
Miguel Cárdenas (Barcelona) ^{PSM}	Núria Ribas (Barcelona) ^I
Marc Dangerfield (Barcelona) ^A	Víctor Ribes (Barcelona) ^I
Sergi de Diego (Barcelona) ^E	Maria Jesús Rufat (Barcelona) ^I
M ^a Dolores Domínguez (Santiago) ^{AP}	Jaume Sabrià (Barcelona) ^{PSM}
Fernando Dualde (Valencia) ^F	Luis San (Barcelona) ^{AP}
Ricardo Fandiño (Ourense) ^A	Eulàlia Sayrach (Barcelona) ^{F AR}
Marc Ferrer (Barcelona) ^I	José Andrés Sánchez (Barcelona) ^{1P}
Anna Fornós (Barcelona) ^{AP}	Assumpció Soriano (Barcelona) ^A
Jordi Freixas Dargallo (Barcelona) ^{AP F}	Brenda Tarragona (Barcelona) ^A
Miriam Fuentes (Barcelona) ^{AR}	Mercè Teixidó (Barcelona) ^A
Pablo García (Granada) ^{F PI}	Carme Tello (Barcelona) ^{PI}
Fernando González Serrano (Bilbao) ^{A PSM}	Jorge Tió (Barcelona) ^{A AR}
Carmen Grifoll (Barcelona) ^{AP}	Jordi Torner (Barcelona) ^{PI}
Antònia Grimalt (Barcelona) ^{PI}	Llúcia Viloca (Barcelona) ^{PI}
Laura Hernández (Barcelona) ^{AR 1P}	
Guillem Homet (Barcelona) ^{PSM}	
Alfons Icart (Barcelona) ^F	Fernando Araos (Chile) ^{AP 1P}
Ana Jiménez (Ciudad Real) ^A	Graciela Ball (Argentina) ^{AP}
Lluís Lalucat (Barcelona) ^{PSM}	Hilda Botero (Colombia) ^{PI}
José Luís Lillo (Barcelona) ^A	Elena Castro (Chile) ^{PI}
Norka Malberg (Barcelona) ^{F I PI}	Elisabeth Cimenti (Brasil) ^{AP}
Marta Mascarell (Barcelona) ^{1P}	Eduardo Jaar (Chile) ^{AP}
Lluís Mauri (Barcelona) ^I	Clotilde Juárez (México) ^I
Marina Mestres (Barcelona) ^I	Marta Lapacó (Argentina) ^{A F AR}
Josep Mercadal (Barcelona) ^I	María Inés Nieto (Colombia) ^{AP}
Júlia Miralbell (Barcelona) ^I	Giancarlo Rigon (Italia) ^A
Maite Miró (Barcelona) ^{AP}	Jani Santamaría (México) ^{PI E AR}
Josep Moya (Barcelona) ^{PSM SMC}	Monica Santolalla (Argentina) ^{PI E}
Diego Padilla (Madrid) ^{A F I}	Leandro Stitzman (Argentina) ^{AP AR 1P}
Montserrat Palau (Barcelona) ^{PI E}	Carlos Tamm Lessa de Sa (Londres) ^{AP AR}
Fátima Pegenaute (Barcelona) ^{PI}	Elena Toranzo (Argentina) ^{AP}

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

REVISTA DE PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Noviembre / November 2023

42

Editorial.....7

Artículos / Articles

La Intencionalidad de los niños como Origen del Significado Compartido

[Children's Intentionality as the Origin of Shared Meaning](#)

Jonathan Delafield-Butt, Àngels Morral Subirá, Lourdes Busquets Ferré, Júlia Miralbell Blanch y Marina Mestres Martorell.....9

Las barreras autistas: un infortunio de orden sensorial

[Autistic barriers: a sensory misfortune](#)

Mara Sverdlik.....25

Implementación de pruebas audiológicas en atención precoz

[Implementation of audiological tests in early care](#)

Sergio Martín Tarrasón, Eva Comas Valls, Marta Galvan Manso y Pol Penalva Falguera.....37

Mantener al niño en la mente de los padres: tratamiento basado en mentalización en familias centrado en el niño

[Keeping the child in the parents' mind: child-centered mentalization-based treatment in families](#)

Tuulikki Trias.....45

Programas de hospital de día para niños y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria

[Day hospital programs for children and adolescents with eating disorders](#)

Federico Cardelle-Pérez y María Dolores Domínguez-Santos.....63

Mediación audiovisual como estrategia de acercamiento y visualización de la salud mental

[Audiovisual mediation as a strategy for approaching and visualizing adolescent mental health](#)

Francisco Javier María Marcos.....73

Lo malo quita lo bueno, pero lo bueno no quita lo malo The bad takes away the good, but the good does not take away the bad Alfons Icart, Jordi Freixas y Xavier Costa.....	83
La guerra por la independencia en la adolescencia: Terapia Focalizada en la Transferencia grupal The struggle for Independence in adolescence: Focused Therapy in Group Transference Teresa Ribalta.....	95
Expectativas sanitarias y satisfacción de los usuarios en los servicios de neuropsiquiatría infantil y adolescente Health expectations and user satisfaction in child and adolescent neuropsychiatry services Aldo Diavoletto, Franca Bottiglieri, Marianna Sessa y Anna Tortorella.....	105
En primera persona / Personal experience	113
Reseñas bibliográficas / Books reviews	117
Noticias / News	119
En el próximo número / In the next number	127

Editorial

El 6 de octubre de este año, celebramos los 20 años de la publicación de nuestra *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*. Y lo celebramos con un acto con tres temas, o mesas diferentes.

Coordinó el acto el periodista Antoni Bassas, conocido por su larga trayectoria radiofónica y, actualmente, miembro del equipo directivo del diario ARA. Entre mesa y mesa, un dueto de guitarra i flauta nos brindó su música.

La primera mesa versó sobre la *vulnerabilidad y desamparo en la infancia: Experiencia en América Latina*. Participaron en la mesa Hilda Botero, de Colombia; Aline Pinto, de Brasil; y Carmen Rosa, de Perú. *Cuando un niño nace, depende totalmente del entorno*. En la medida en que se desarrolla, va sintiendo curiosidad y tomando conciencia del entorno que le rodea. En este momento, la función principal del entorno es la de transmitirle confianza y seguridad para que sienta que este le ayuda a estar abierto a experimentar, a reducir los miedos y potenciar su confianza en él. El niño va tomando conciencia de sí mismo y de lo que le rodea. Ahora es importante que los padres y cuidadores le transmitan seguridad. Cuanto más seguro se sienta el niño, mayor será su deseo de investigar su entorno y más abierto estará a hacer descubrimientos que, después, serán muy importantes para él.

En la medida en que el niño va ampliando sus contactos con el entorno, es importante que los padres se retiren progresivamente. Que dejen de ser el único mundo del niño y que permitan que esté abierto a otras cosas. Así, los padres no impiden que el niño explore y se enriquezca de nuevas experiencias; y que los padres toleren que se equivoque y él mismo corrija. Se trata de un proceso en el que la familia va tolerando que el niño se vaya integrando en el entorno que le rodea y esto estimula su creatividad y seguridad. Su evolución será más enriquecedora cuanto más tolere su relación con el entorno, la experimentación, el aprendizaje.

Sin embargo, muchos padres, que tienen una estructura de personalidad narcisista, quieren transmitir sus valores a su hijo y desean que se adecue a su *yo ideal*. Esto bloquea el proceso de experimentación del niño.

La segunda mesa trató sobre *el adolescente en su mundo y en el mundo*. Participaron Asunción Soriano y Lourdes Fañanás, de Barcelona. El niño crece y, cuando se acerca a la preadolescencia, debería tener una autonomía personal suficiente para afrontar este momento. Tiene lugar una transformación física en su cuerpo y el preadolescente se proyecta hacia un mundo que ya no es el de la familia sino un mundo de proyectos, de ilusiones, de sexo, dentro del entorno juvenil.

En ese momento también es importante el papel de la familia. Antes era necesario que los padres ofrecieran mucha protección a su hijo. Ahora, en cambio, lo necesario es que le den seguridad y que tengan la capacidad de tolerar que el preadolescente se abra camino hacia el mundo externo. Como en todo proceso de aprendizaje, ahora los padres tendrán que tolerar que haga errores y que el propio adolescente aprenda a corregirlos y cambiar. Esta es la parte más difícil para los padres, que deben saber estar junto a su hijo/a, viendo cómo aprende a entrar en este nuevo mundo y busca su lugar. Es un proceso difícil para el adolescente, que produce frustración, desengaños, ilusiones y desilusiones. Debe desarrollar la capacidad de convivir con la alegría de los nuevos logros, pero a la vez con la incertidumbre y la frustración. Y con la angustia que todo esto despierta. Debe aprender a convivir con la ansiedad.

Así como el niño investiga su entorno, los objetos que le rodean, los mira, los toca y construye con ellos cosas nuevas; se intriga por cómo son, lo que puede hacer con ellos, y disfruta y se enriquece de nuevas maneras de relacionarse con ellos, y sobre todo de nuevas experiencias. También el preadolescente y el adolescente investigan cómo situarse en el nuevo entorno en el que le ha colocado su evolución: su mundo adolescente. Y hacen experimentos, amplían su entorno relacional, comparten sus deseos, preocupaciones, ideales, etc., con sus compañeros;

lo cual genera un momento de desorientación y preocupación en sus padres, que se dan cuenta de que el/la muchacho/a ya no quiere depender tanto de ellos sino de sus compañeros y de sí mismo. Es un momento de grandes cambios para el adolescente, que va dejando de depender de los padres y quiere encontrar su manera propia de vivir este nuevo momento; y conlleva también una gran preocupación para los padres, que suelen vivir este momento como de pérdida de su hijo.

Estas mesas representan un resumen de lo que es la historia de la salud mental del niño y del adolescente. El niño investiga su entorno y aprende a descubrir nuevas maneras de relacionarse con su entorno. El adolescente descubre su entorno adolescente y aprende a relacionarse cada día mejor con este. Y la familia y las personas al servicio del niño y del adolescente han de acompañar en este proceso, en el cual su implicación pasa de ser muy imprescindible al principio de su vida a una relación más distante, y saber tolerar que el adolescente sea autónomo y aprenda a ser responsable de sí mismo.

La tercera mesa se centró en una reflexión sobre la situación actual y el futuro de las revistas especializadas, coordinada por Carles Pérez Testor, de la Universidad Ramon Llull. Allí dialogaron Rosa Jaitin, directora de AP-SYLIEN (Lión) y Xavier Costa, jefe de redacción de la Revista. Los profesionales investigan sobre la salud mental, y sobre la manera de conseguir los mejores resultados en la atención a los trastornos de la salud mental de los niños y adolescentes en el menor tiempo posible. Y por medio de estas investigaciones se va creado una ciencia nueva. Esto ha dado lugar a grandes descubrimientos; y últimamente los avances tecnológicos han permitido realizar grandes progresos, en cuanto a nuevas maneras de entender los problemas de la salud mental y nuevas maneras de tratar los trastornos mentales, poniendo más énfasis en la familia, y en el entorno del niño y del adolescente. Obviamente, la investigación sería inútil si no fuera compartida en la comunidad científica y profesional. Reunir, agrupar y difundir estas investigaciones es la labor de las publicaciones científicas y, en particular, de nuestra revista, que permite hacer llegar a todo el mundo los resultados de las investigaciones.

La historia evolutiva del niño y del adolescente es la historia de una búsqueda de cómo situarse mejor en el mundo. La de las publicaciones científicas y la de nuestra Revista es una investigación cuyo objetivo es mejorar la salud mental de los niños y los adolescentes. Es por este motivo que creamos el premio a la investigación, patrocinado por el Ajuntament de St. Boi de Llobregat.

Se evidenció que, del mismo modo como el niño y el adolescente investigan sobre su entorno, los profesionales deben hacer lo mismo, sólo que en este caso su entorno son los propios niños y adolescentes. La celebración fue un éxito. Recogió una reflexión sobre el proceso de desarrollo del niño, la importancia de la familia para el niño y el adolescente y la importancia de la investigación para prestar una mejor atención a niños y adolescente y a sus familias. Como conclusión, el director de la Revista Alfons Icart dio por terminado el acto invitando a los participantes a brindar con una copa de cava. En el próximo número de la Revista (abril 2024), publicaremos un resumen de las aportaciones que hemos comentado aquí.

Para finalizar, este número que tienen entre manos es un buen ejemplo de estos esfuerzos para investigar y reflexionar sobre la salud mental de los niños y los adolescentes. Se inicia con dos artículos sobre los últimos avances sobre la comprensión del autismo (de J. Delafield y profesionales de Carrilet, el primero; de Mara Sverdlik el segundo) para seguir hablando de la primera infancia de la mano del equipo de atención precoz del Maresme. Después, un artículo dedicado a la mentalización en familias pero centrada en el niño (de T. Trias). Seguimos con el mundo adolescente: desde experiencias del hospital de día (Cardelle y María) a tratamientos individuales especializados (Icart, Freixas y Ribalta), para finalizar con una reflexión sobre la satisfacción de los usuarios, a cargo del equipo de A. Diavoletto. Cerramos el número con las secciones habituales (en primera persona, reseñas y noticias).

Alfons Icart, director

La Intencionalidad de los niños como Origen del Significado Compartido

JONATHAN DELAFIELD-BUTT^{1A}, ÀNGELS MORRAL SUBIRÀ^{2BC}, LOURDES BUSQUETS FERRÉ^{34BD},
JÚLIA MIRALBELL BLANCH^{6BE} Y MARINA MESTRES MARTORELL^{35BF}

RESUMEN

La intencionalidad de los niños como origen del significado compartido. Este artículo está basado en la presentación realizada en el primer webinar internacional organizado por Carrilet (1) y pretende reflexionar acerca de cómo los niños llegan a entender el mundo que les rodea y a construir significados compartidos con otras personas a partir de sus acciones corporales intencionadas más precoces. Las últimas investigaciones apuntan que el autismo es una alteración sensoriomotora del *self* nuclear (Delafield-Butt et al., 2022). A partir de estas aportaciones teóricas, se desarrollan las aplicaciones clínicas profundizando en la comprensión del cuerpo del niño con TEA. Se presenta un caso clínico en la práctica psicomotriz. **Palabras clave:** *autismo, self nuclear, movimiento, intencionalidad sensoriomotora primaria, psicomotricidad.*

ABSTRACT

Infant Intentions as the Origins of Shared Meaning. This article is based on a presentation given during the first international webinar held by Carrilet. It explores how children come to understand the world around them, and to build shared meanings with others through their earliest intentional movements. Recent research would indicate that autism is a sensory-motor disturbance of the core self (Delafield-Butt et al., 2022). Based on these theoretical findings, clinical applications were developed, delving deeper into an understanding of the active bodies of children with ASD, and their affective and intentional aspects. A clinical case of a particular psychomotricity practice with a child with autism is presented and discussed. **KEYWORDS:** *autism, core self, movement, primary sensorimotor intentionality, psychomotricity.*

RESUM

La intencionalitat dels infants com a origen del significat compartit. Aquest article està basat en la presentació realitzada en el primer webinar internacional organitzat per Carrilet i pretén reflexionar sobre com els infants arriben a entendre el món que els envolta i a construir significats compartits amb altres persones a partir de les seves accions corporals intencionades més primerenques. Les darreres investigacions apunten al fet que l'autisme és una alteració sensoriomotora del *self* nuclear (Delafield-Butt et al., 2022). A partir d'aquestes aportacions teòriques, es desenvolupen les aplicacions clíniques, aprofundint en la comprensió del cos de l'infant amb TEA. Es presenta un cas clínic en la pràctica psicomotriu. **Paraules clau:** *autisme, self nuclear, moviment, intencionalitat sensoriomotora primària, psicomotricitat.*

Introducción

Las acciones corporales intencionadas más precoces de los niños y niñas (la intencionalidad sensoriomotora primaria) son clave para la construcción de una primera noción de yo, el

self nuclear, y de los significados compartidos con otras personas (Delafield-Butt, 2018; Delafield-Butt et al., 2022, 2023).

Investigaciones recientes sugieren que, en el autismo, existe una falla en esta intencionalidad sensoriomotora y también en la construcción

¹Profesor de neurodesarrollo infantil y autismo. ²Terapeuta psicomotriz y maestra de educación especial. ³Psicóloga sanitaria ⁴Psicoterapeuta. ⁵Fisioterapeuta. ⁶PhD. Neuropsicóloga. ^ALaboratorio para la Innovación en Autismo Universidad de Strathclyde, Glasgow. Escocia. ^BCentro de Investigación y Formación Carrilet. Barcelona. Cataluña. ^CCor de Calella. Calella. Cataluña. ^DCentro de Desarrollo y Atención Precoz (CDIAP) Equip40. Sant Vicenç dels Horts, Sant Feliu de Llobregat, Molins de Rei y Vallirana. Cataluña. ^EDepartamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Barcelona. Cataluña. ^FEspai Essen. Lleida. Cataluña. Contacto: amorral@carrilet.org

Recibido: 19/9/23 - Aceptado: 25/9/23

del *self* nuclear (Trevvarthen y Delafield-Butt, 2017; Delafield-Butt et al., 2022, 2023). Estas permiten explicar el autismo como un trastorno en el desarrollo más temprano del movimiento intencional y el vínculo afectivo (Trevvarthen y Delafield-Butt, 2013a, 2023), que implicarían dificultades para entender el propio cuerpo, las emociones y los estados mentales propios y ajenos (la comprensión social) y que llevaría como consecuencia a ansiedad, frustración y aislamiento.

En este sentido, si las dificultades de movimiento están en la base del autismo, comprender y abordarlo desde el cuerpo es esencial para la detección y la atención más temprana.

El Centro Carrilet de Barcelona, cooperativa de profesionales dedicados a la atención de las personas con autismo y sus familias, realiza un abordaje educativo y terapéutico de línea psicodinámica donde el trabajo corporal ha sido un pilar fundamental ya desde sus inicios (Viloca, 2012).

El presente artículo presenta el resultado del primer seminario internacional organizado por Carrilet, que tiene el objetivo de dar a conocer los trabajos más pioneros sobre la intencionalidad primaria de la mano de uno de sus autores, Dr. Jonathan Delafield-Butt. Además, pretende establecer enlaces con el autismo y la práctica clínica a través de la presentación de un caso. En concreto, se presenta un caso de abordaje corporal desde la práctica psicomotriz (Aucouturier, 2004): un trabajo basado en el movimiento, la intencionalidad y la imitación que permitieron poder construir, en un niño con autismo grave, una comunicación corporal y posibilitar el desarrollo de un pensamiento primario.

Intencionalidad sensoriomotora primaria

La **intencionalidad sensoriomotora primaria**, ya presente desde los inicios de la vida uterina, permite a las personas unir un propósito e intención con la meta o el resultado, a partir de una acción corporal (Delafield-Butt y Gangopadhyay, 2013). Por ejemplo, el propósito y el deseo de alcanzar un objeto permite, mediante el movimiento, agarrarlo. El cuerpo, con un movimiento coordinado y secuencial, trabaja

unido hacia una misma dirección, y esto constituye una sensación de un “yo” integrado, agente de la acción.

La intencionalidad sensoriomotora primaria consiste, pues, en las acciones o movimientos del cuerpo coordinados por las intenciones del agente; es decir, aquellas que organiza la propia persona prospectivamente, con antelación y vistas al futuro. Según Trevvarthen (Trevvarthen y Delafield-Butt, 2013b), tener la intención de hacer algo produce una historia, y esta historia se despliega a través de las acciones del cuerpo, que pueden compartirse con otras personas.

La intencionalidad sensoriomotora primaria es clave para el desarrollo de la relación y el vínculo. Moverse de forma coordinada con otra persona (bailar, jugar, hablar, etc.) también produce placer y ello aporta un sentido intersubjetivo al intercambio, a la interacción encarnada. Moverse y lograr objetivos produce una sensación de satisfacción. Por ejemplo, el bebé, cuando acaba de nacer, coordina su mirada, sus intenciones y acciones corporales para agarrarse al pezón. Una vez completada la tarea, se obtiene una sensación de satisfacción que es vivida tanto por la madre como por el bebé; ambos han logrado su objetivo y experimentan, con esta sensación, unas respuestas fisiológicas sensoriales, tónicas y motoras profundas (Delafield-Butt, 2018).

El movimiento también es la raíz de la comunicación; es decir, nos movemos para comunicar (Lee, 2005, 2009). La comunicación siempre se realiza en movimiento (lenguaje, gesto), pero los movimientos que no pretenden ser comunicativos también son comunicativos, porque muestran y expresan estados internos que los demás pueden observar. Este aspecto es muy importante para entender cómo se comunica un bebé, que lo hace siempre a través del movimiento. Por ejemplo, el bebé, tumbado en la cuna, alza sus manos para ser agarrado por su padre porque quiere consuelo ante la angustia de despertarse y sentirse solo. Unos meses después, el bebé comienza a caminar poniendo un pie delante del otro en una nueva serie de acciones organizadas. Comparte la experiencia con sus padres y, de esta manera, su acción solitaria se convierte en un acto social. Ello genera una historia que guardará en

su memoria, y la experiencia de este acto se convertirá en un recuerdo que formará parte de sus planes y acciones de futuro.

A nivel neurobiológico, la intencionalidad sensoriomotora primaria depende de estructuras subcorticales, especialmente del tronco encefálico, que se conecta al sistema músculo-esquelético desde la semana 16 de gestación. Panksepp (Panksepp, 2006; Panksepp y Northoff 2009; Panksepp y Biven, 2012) describió esta zona como *self* (yo) nuclear. Sabemos que hay tres niveles de procesamiento neuronal, cada uno de los cuales genera una conciencia del *self* en relación con los entornos interno y externo, y que media entre ambos (Trevarthen y Delafield-Butt, 2017). Existe una **conciencia primaria**, mediada por el tronco cerebral, que es capaz de estructurar y comunicar las acciones o intencionalidades motoras y sensoriales. Los filósofos la denominan *conciencia fenoménica* porque todavía no es una conciencia a la que se pueda acceder. El tronco encefálico accede a los órganos exteroceptivos: los ojos, los oídos, el tacto y el olfato; así como a los sentidos interoceptivos, como la fisiología, la temperatura, el ritmo cardíaco, etc. y a la propiocepción: el cuerpo en movimiento, y es capaz de integrar todas estas modalidades sensoriales para actuar con un propósito. Después hay un **nivel de conciencia secundario**, mediado por el sistema límbico. Por ejemplo, en la amígdala basolateral y central, residen el miedo y el aprendizaje emocional basado en la afectividad. Esta conciencia ayuda a almacenar recuerdos y los evalúa como beneficios o riesgos de daño. Organiza la experiencia pasada para que pueda ser recuperada y desplegada para ayudar a organizar la acción en el momento presente y al servicio de objetivos futuros. Finalmente, existe la **conciencia terciaria** (donde suele centrarse la neurociencia), que está mediada por la corteza y se ocupa del pensamiento simbólico, de la organización conceptual del pensamiento en el lenguaje y de la capacidad de reflexionar sobre experiencias pasadas y considerar experiencias futuras. La conciencia terciaria también está implicada en la capacidad de actuar con intenciones, pero son diferentes que las mediadas por los niveles primario y secundario, que son más inmediatas. El psicólogo y filósofo Searle (1980,

1983) identificó la intención-acción (primaria), como la subjetividad inmediata inherente directamente a la acción, y la intención-a-actuar (terciaria), como una intención mental abstracta y reflexiva separada de la inmediatez del movimiento, pero que en última instancia debe canalizarse a través de este movimiento.

Esta clasificación de la consciencia es especialmente relevante, pues pone de manifiesto que la corteza cerebral no es indispensable para actuar con intención, sino que esta puede llevarse a cabo mediante estructuras subcorticales ya funcionales desde los primeros momentos de vida (Penfield y Jasper, 1954; Merker, 2007; Delafield-Butt y Gangopadhyay, 2013; Panksepp, 2005, 2011).

Los tres niveles de consciencia, sin embargo, trabajan de forma integrada. Cuando se vive una experiencia inmediata, los niveles primario, secundario y terciario actúan juntos de forma integrada en el presente inmediato de dicha experiencia para recordar el pasado y poder anticipar, planificar, actuar con perspectiva y organizar el futuro. Sería casi como decir que el ego está en los niveles secundario y terciario, con el id en la base -en el nivel primario- y con el superego y el aspecto social alrededor (Solms y Panksepp, 2012; Freud, 1915) (ver figura 1 del anexo).

La organización de la acción, es decir, la organización de movimientos muy simples como mover la mano para agarrar algo y llevarlo a la boca, masticarlo, tragarlo, etc., son acciones organizadas en serie, que pasan del nivel primario al nivel secundario, consolidando por ejemplo el concepto de cenar. Si es una cena formal, pondremos velas y la vajilla buena, y los invitados conversarán durante la velada. Todo seguirá un patrón, pero no solo durante los segundos o décimas de segundo en los que se realiza la acción de comer, sino a lo largo de todos los rituales culturales de la cena. Dichos rituales se organizan en el nivel terciario, en el nivel mediado por la corteza, porque la mera acción de comer y compartir una comida con otra persona ocurre en los niveles básicos, en los niveles primario y secundario. La sincronización y la secuenciación de cada acción (nivel primario) es fundamental para su expresión e interacción en el nivel de orden superior (terciario) (Fantasia y Delafield-Butt, 2023).

Los orígenes de la intencionalidad sensoriomotora primaria

La intencionalidad sensoriomotora primaria está presente desde la etapa fetal. El bebé realiza movimientos coordinados y coherentes, que están muy orientados a un objetivo y son muy focalizados. Esta intencionalidad es prereflexiva y preconceptual, orientada al futuro, sencilla pero inteligente, basada en el conocimiento de lo que está por venir.

Los primeros movimientos aparecen entre las ocho y las diez semanas de gestación. En los embarazos gemelares, los gemelos se tocan entre sí con un patrón de acción diferente al que emplean para tocar el cordón umbilical o la placenta, o para tocarse la cara. Esto significa que, a las 14 semanas de gestación, los gemelos son capaces de diferenciar un ente social o un ente animado de los objetos inanimados del entorno. A las 18 semanas de edad gestacional, existe una planificación motora evidente. Entre el segundo y tercer trimestre, el feto se acerca la mano a la boca para chuparse el dedo y la boca se abre al anticipar la acción (Myowa-Yamakoshi y Takeshita, 2006; Reissland et al., 2014). Piontelli (1992, 2010) ha dirigido interesantes estudios observacionales y longitudinales del feto en los que demuestra, a través de ecografías, que el feto mueve las piernas haciendo la bicicleta o que mueve las manos para explorar el entorno. Negri (2011) observa en ecografías dos personalidades interuterinas y diferentes maneras de reaccionar para la regulación del estrés. Se observa que unos bebés se agarran al cordón umbilical, tocan al gemelo, la placenta; mientras que otros se repliegan en sí mismos, en su propio cuerpo y la sensorialidad.

A esta edad fetal tan temprana, la corteza cerebral aún no se ha desarrollado y no está laminada, y las proyecciones talamocorticales no han alcanzado sus puntos de conectividad sináptica. A todos los efectos, la corteza cerebral está desactivada, pero dichos movimientos son los movimientos intencionados de un agente. La intencionalidad comunicativa también se ha observado en los primeros meses de vida. Estudios de recién nacidos de Trevarthen (Trevarthen y Delafield-Butt, 2013b) muestran la capacidad innata del bebé para responder ante

la presencia de otra persona de forma interesada, que es sensible al ritmo y a las armonías del movimiento humano expresivo, así como a las narrativas miméticas de la intención humana. En los estudios de Beebe (Beebe et al., 2010) se ha observado que las primeras interacciones entre madres y bebés a los cuatro meses son de tipo corporal: a través de actividades de ajuste corporal, imitaciones recíprocas, juegos cara a cara, de balbuceos, gestos y expresión facial.

El diagrama de Trevarthen (ver figura 2 del anexo), con unas imágenes de la tesis doctoral de Ávila (2016), refleja la danza social creativa de la interacción con otras personas. Esta cooperación se basa en el intercambio de sentimientos e intenciones y desarrolla la comprensión y los ciclos recíprocos. Cuando estos ciclos recíprocos se completan o alcanzan su propósito, dan paso a una sensación de satisfacción y alegría elaboradas. De este modo, un proyecto solitario se convierte en un proyecto social, y los proyectos sociales se coordinan en un tiempo compartido con un ritmo sincronizado. Nuestros cuerpos, ya sean cuerpos infantiles o adultos, comparten el mismo pulso regular de la acción motora, con una construcción rítmica de la voz y con pulsos rítmicos en las acciones corporales y los gestos. Todas estas interacciones rítmicas comienzan a formar historias o narrativas (Delafield-Butt y Trevarthen, 2015). La interacción se divide en varias fases: introducción, desarrollo, clímax y conclusión o resolución. Bruner (1986, 1990) denomina a este ciclo “narrativa”, mientras que Malloch y Trevarthen (Malloch y Trevarthen, 2009; Malloch, et al., 2019) hablan de “narrativas de musicalidad comunicativa”. Estas narrativas están presentes en todas partes: en el arte, el teatro, la danza, la poesía y la música, así como en las interacciones de los padres con sus hijos. Se repiten una y otra vez en la vida cotidiana (McGowan y Delafield-Butt, 2022).

El autismo como alteración sensoriomotora del self nuclear

La evidencia actual sugiere que en el autismo existe una falla en esta intencionalidad sensoriomotora primaria; es decir, en el desarrollo de los sistemas del tronco encefálico que programan la sincronización, la coordinación en serie

y el control prospectivo de los movimientos y que regulan las evaluaciones afectivas de las experiencias (Trevarthen y Delafield-Butt, 2013a, 2023; Travers et al., 2015). También afecta la consciencia primaria, que afecta a la cohesión intra e interpersonal.

En este sentido, se hipotetiza que las dificultades de relación entre las otras características prototípicas del autismo serían consecuencias secundarias, que se desarrollan como compensaciones a la falla primaria de integración sensoriomotriz y afectiva e intenciones pobremente reguladas. La falta de coordinación en los movimientos de los niños y niñas con autismo y sus dificultades para unir su deseo e intención con un objetivo a través de la acción corporal, los llevaría a frustración, estrés y ansiedad. Delante de tal sufrimiento se puede observar aislamiento social, desconexión o una compensación con un exceso de hiperactividad.

Se han observado señales de alarma en el cuerpo y el movimiento de los niños/as con autismo desde el primer año de vida a través del análisis retrospectivo de vídeos domésticos de niños posteriormente diagnosticados de autismo (Mestres y Busquets, 2016; Purpura et al., 2017; Busquets et al., 2018; Lim et al., 2021). Es muy prototípica la dificultad que muestran para unir sus esfuerzos hacia una intencionalidad motriz: bebés tumbados boca arriba (decúbito supino) que presentan ausencia de movimiento, posturas abiertas con las extremidades superiores e inferiores totalmente abiertas hacia los lados y sin la presencia de movimientos generales y *fidgety* (movimientos continuos, circulares y tridimensionales de todas las extremidades).

Hay una inmovilidad en sus cuerpos. Sus posturas muchas veces son asimétricas con algunos de los reflejos primarios activados cuando ya por edad cronológica tocaría su desaparición o bien su transformación (Teitelbaum, 2012). Cualquier postura asimétrica dificulta la integración del yo corporal y también la funcionalidad y la intencionalidad de cualquier movimiento (Morral y Pallás, 2017). Esta inmovilidad de sus extremidades propicia que los brazos y las manos del bebé no se alarguen buscando, por ejemplo, tocar o poner la mano dentro de la propia boca o de la figura cuidadora. Se observan manos abiertas, que no buscan, no tocan, no agarran.

Esta inmovilidad y la ausencia de los movimientos circulares precede a la dificultad en la integración de la línea media del cuerpo más o menos a los cuatro meses de edad, que ayuda a la integración del cuerpo y a la noción de un yo mismo unido.

Este patrón de movimientos se mantiene hasta la edad adulta, observando dificultades de coordinación e integración corporal (Bhat, 2020; Cook et al., 2013; Anzulewicz et al., 2016; Chua et al., 2022; Lu et al., 2022). En sus manifestaciones corporales (Morral, 2022), podemos ver cuerpos que están en constante movimiento, un movimiento sensorial y estereotipado; asimetría importante en las extremidades superiores, posturas corporales abiertas, alteraciones en el tono muscular por exceso o defecto o en la regulación o diálogo tónico afectivo (Ajuaguerra, 1993), andar de puntillas, bocas que permanecen siempre semiabiertas, que no mastican los alimentos, manos que no agarran, manos no funcionales, torpes, con poca precisión, manos que no pueden soltar, tirar objetos, etc. (Morral y Mestres, 2021).

En resumen, el cuerpo y el movimiento en las personas con autismo nos comunican *sin palabras* que existe una alteración de la experiencia encarnada y de la cohesión del *self* nuclear primitivo que tiene relación con el cuerpo y con el investimento o encarnación subjetiva de este (Morral, 2023). En el autismo, el propósito, que es mental, no se conecta con el movimiento del cuerpo y esta falla provoca graves dificultades en la planificación y organización de las acciones, así como en la comprensión social que pasa por entender los estados mentales propios y los ajenos.

Los estudios muestran que los niños y niñas con autismo tienen dificultades en el procesamiento sensorial de la información y para integrar las sensaciones que vienen por los diferentes canales sensoriales (Meltzoff y Borton, 1979). Estas sensaciones no son solo de tipo exteroceptivo: hipo o hipersensibilidades a los ruidos, los estímulos visuales, los estímulos táctiles, olores, sino también sensaciones interoceptivas: señales fisiológicas internas que nos envía nuestro cuerpo y que nos ayudan a entender necesidades básicas como el hambre o la sed, pero también nuestras propias emociones, que

ayudan a entender las de los demás pero también propioceptivas, que vienen de la posición y el movimiento, y que les ayudan a construir una imagen de sí mismos, con límites corporales, con piel que separa la propia existencia, lo que viene de dentro, de la del otro, lo de fuera.

En la clínica, se observa que los niños con autismo, a través de manifestaciones corporales de la sensorialidad o de su relación con los objetos, buscan desarrollar una “segunda piel” que contiene los estados de no-integración y les da una sensación de falsa seguridad (Bick, 1968). Estas manifestaciones son debidas a una falla de la construcción del *self* nuclear y no permiten que se integre la unidad corporal (Taipale, 2023).

Estas dificultades al registrar, modular e integrar las sensaciones interfieren en la habilidad de crear mapas mentales internos del cuerpo (Marshall y Meltzoff, 2015) pero también en la posibilidad de crear una interacción significativa con los demás, el espacio y los objetos y en explorar nuevas formas de interacción construyendo una imagen primitiva del otro como alguien capaz de contener (Ávila, 2016; Viloca, 2012). También dificultan el entender los ritmos en la interacción, si los movimientos son rápidos – lentos, de aceleración – desaceleración, tónicos y duros – o hipotónicos y flojos o notar y aceptar el envoltorio a través del abrazo del otro, a través de la musicalidad del habla o las canciones. Todo esto está en la base de la regulación (Schore, 2022; Greenspan y Wieder, 2012; Daniel et al., 2023). La primera regulación, por tanto, es de tipo corporal a través de lo tónico afectivo y se construye en los primeros años en relación con la figura materna (Stern, 2000).

Los niños con autismo fallan en las interacciones precoces, es decir, en la capacidad de diálogo tónico afectivo (Ajuriaguerra, 1993), de ajustarse al cuerpo del otro y a su movimiento; un baile que se va construyendo y que es el precursor de la comunicación. También del entender los turnos, las esperas y que el otro y yo somos diferentes y que llevaría a la teoría de la mente (Baron Cohen et al., 1985), un pensamiento de tipo abstracto y terciario que se construye en base a procesos mucho más primitivos. La habilidad de leer la mente de los demás empieza

primero al leer el cuerpo y el movimiento de uno mismo y del otro.

La función sensoriomotora de la acción motora y la percepción sensorial que sustentan el funcionamiento de las neuronas espejo está alterada en las personas con autismo (Rizzolatti y Sinigaglia, 2006; Ramachandran y Oberman, 2007; Iacoboni, 2009). Gracias a estas neuronas de tipo motor y sensorial, imitamos al otro y vivimos dentro de nuestro cuerpo lo que está viviendo, a través de la simulación encarnada (Gallese, 2001). Estas neuronas se conectan a través de la imitación que los otros hacen del propio movimiento o acción. Por sus dificultades de coordinación de movimiento y dispraxias, a las personas con autismo les cuesta imitar y sus movimientos, sin propósito, son estereotipados y repetitivos y se hacen difíciles de imitar también por quien interactúa con ellos. La imitación está conectada con la percepción de que los otros pueden tener similitudes y diferencias con uno y con la capacidad de entender las mentes (Meltzoff y Gopnick, 1993; Meltzoff, 2005).

Todo esto hace que el otro sea alguien no predecible y anticipable. Acaban prefiriendo los objetos, que ofrecen respuestas contingentes y perfectas, predecibles siempre, a las personas, que en la relación ofrecen desajustes y esperas (Muratori, 2008-2009).

El sistema sensoriomotor es fundamental en el autismo y necesitamos seguir trabajando para entender exactamente el papel que desempeña. En cualquier caso, está claro que el sentido básico de organización del movimiento aparece alterado en el autismo, y esta alteración ocurre a nivel del proceso primario.

Caso clínico: el pensamiento se construye sobre la experiencia corporal

Pablo fue un niño escolarizado en el Centro educativo y terapéutico Carrilet desde los tres hasta los 12 años de edad. Presentaba un diagnóstico de autismo sin lenguaje verbal y que cursaba con una discapacidad intelectual y un funcionamiento marcadamente sensorial. Realizó sesiones individuales de terapia psicomotriz de los tres a los ocho años. Los alumnos del centro realizan sesiones individuales o en pequeño grupo según la afectación y clínica que

presenten. A partir de los ocho años y hasta los 12 (momento en que termina la escolaridad en el centro), todos los alumnos hacen actividades de educación física y/o deportes adaptados. En el caso de Pablo, a partir de los ocho años empezó a realizar actividades deportivas individuales como patinaje, atletismo y bicicleta.

A los 12 años, Pablo estaba inmerso en la búsqueda de sensaciones (Viloca, 2012) a través del movimiento: un movimiento estereotipado, sensorial y repetitivo que se presentaba de forma continua en todos los quehaceres de su vida cotidiana. Era una búsqueda constante de sensaciones en una continuidad sin principio ni fin, sin conexión, ni ningún aspecto emocional. En el patio, Pablo corría y saltaba sin parar, traspasaba los columpios, se subía en los bordes de las ventanas, movía la arena con las manos, creando formas mientras realizaba con la voz unos sonidos repetitivos que acompañaban los movimientos (ver imagen 1 del anexo [2]).

En el aula, tiraba objetos constantemente y le gustaba manipular los ordenadores reproduciendo de forma constante las mismas imágenes. Tenía una gran agilidad moviendo los dedos en las pantallas táctiles pero, en el día a día, Pablo solo utilizaba sus manos para realizar estereotipias y movimientos sensoriales. Tal y como describe Subirana (1983, p. 293): “el niño autista evita la prensión para mantener la indiferenciación, para no sentir los límites de su cuerpo, como forma de no contactar con la realidad exterior y concienciar así la separación del objeto”.

También mostraba una especial predilección por los objetos alargados estilo cordones, cables, cintas y los hacía mover de forma constante, rápida y frenética. Me gustaba observar a Pablo y sus movimientos en las diversas situaciones de su día a día. Parecía que dibujara formas en el aire creando unas figuras móviles y onduladas que atraían la mirada de la mayoría de personas que estaban a su alrededor. Pablo externalizaba, a través de sus acciones (Coromines, 1998), una angustia arcaica de falta de límites (Aucouturier, 2004) muy primaria, fruto de una falla en la construcción de la corporalidad y una ausencia de sí mismo. Vivía en la indiferenciación, en una continuidad absoluta formada por unas impresiones cinestésicas,

táctiles, visuales y auditivas que lo mantenían en un mundo de sensaciones formando una segunda piel (Bick, 1968). Esta le daba una sensación de falso sostén, un llenar de forma invasiva y sensorial todas las experiencias de discontinuidad; dificultaba la comunicación y, por lo tanto, el proceso de diferenciación (Morral y Mestres, 2021). Vivía inmerso en un mundo de sensaciones, rodeado de una envoltura sensorial que no le permitía integrar su propio cuerpo y que bloqueaba el acceso a la comunicación y la relación (ver imagen 2 del anexo).

A la edad de 12 años, Pablo ya no asistía a las sesiones de psicomotricidad. Aun así, seguía subiendo a la sala de psicomotricidad; entraba y le gustaba permanecer en ella. A veces solo miraba por la ventana; otras, se movía por la sala saltando y dando giros. En algunas ocasiones, cogía material y lo manipulaba de forma estereotipada moviéndolo por toda la sala. Cuando yo estaba presente, le miraba y aprovechaba sus visitas para recordar todos los años que habíamos estado juntos. Pronto me di cuenta de que Pablo me pedía (en este último curso de su escolarización en Carrilet) volver a tener un espacio y un tiempo para él dentro de la sala. Presenté la demanda de Pablo al equipo de profesionales del centro que, al ser su último año, pensaba que era oportuno que pudiera volver a la sala de psicomotricidad.

En esta vuelta a las sesiones de psicomotricidad, aprovechando la presencia en la sala de una persona que estaba realizando sus prácticas para formarse como psicomotricista, todas las sesiones fueron gravadas. También pensé en organizar las sesiones de una forma diferente. Quería poder integrar todos estos movimientos sensoriales que Pablo realizaba con las cintas alargadas en las sesiones para ir transformándolas en comunicación, estableciendo un puente entre Pablo y yo. Organicé las sesiones manteniendo la misma forma: el ritual de entrada daba paso a una secuencia de tres melodías que se repetían de la misma manera en todas las sesiones. En la primera melodía, se ofrecía a Pablo unas cintas largas y se le permitía moverlas y manipularlas durante el tiempo que duraba la primera música mientras yo le miraba atentamente. En la segunda canción, yo también cogía unas cintas e imitaba de la forma más mimética

posible los movimientos que realizaba. En la tercera melodía, buscaba poder encontrar en Pablo la interacción y el placer compartido a través del movimiento intencional y el reconocimiento del otro. La sala de psicomotricidad y sus rituales de entrada y de despedida nos daban un encuadre espacial y temporal que ayudaban a Pablo a poder diferenciar lo que se vivenciaba dentro de la sala. Las tres músicas diferentes, pero repetidas en todas las sesiones, nos daban también un encuadre y posibilitaban a Pablo poder anticipar y, posteriormente, recordar. Tener las sesiones grabadas permitía analizar toda la evolución y las secuencias de las tres melodías anteriormente descritas. En las primeras sesiones sentía que todo aquello no nos llevaba a ningún sitio, pero poco a poco las cosas fueron cambiando (ver imagen 3 del anexo).

A través de la repetición significativa y la imitación comenzaron a aparecer momentos de conexión (Arias et al. 2015). Él ya no sólo movía la cinta por toda la sala como si no estuviera. Pablo empezó a darse cuenta de que yo estaba también dentro de la sala y que estaba haciendo lo mismo que él. Empezó a hacer movimientos con la cinta y esperar a que yo los repitiera con la mía. Todo ello hacía que la acción fuera tomando forma de danza compartida, acompañada de miradas expresivas y vocalizaciones de sonidos. De la vivencia inicial de confusión, de sentirme anulada, pasé a sentir como si la cinta de Pablo y mi cinta hablaran en una comunicación sin palabras. La emoción y el placer compartido poco a poco fueron llenando el espacio y pasando de una sensorialidad bidimensional y adhesiva (Meltzer, 1979) a una interacción con más elementos comunicativos y afectivos (ver imagen 4 del anexo).

Cuando ya se acercaba el final del tratamiento, antes de acabar la sesión, introduje un ordenador para mirar alguna de las imágenes que habíamos grabado. A Pablo le gustaba poder ver toda la filmación y ya no tenía la necesidad constante de mover el ratón buscando de forma repetitiva una imagen, sino que podía estar atento y concentrado mirando conmigo y recordando diferentes momentos de las sesiones.

En la última sesión, Pablo, emocionado, juntó las dos manos con fuerza delante de él mientras sonreía y me miraba fijamente. De manera

espontánea, yo imité el gesto de juntar las manos y le dije que me parecía que le gustaba y que estaba contento. Con este gesto de las manos juntas, tan diferente a los movimientos que realizaba en el patio, Pablo comunicaba y expresaba a nivel corporal (juntando las manos en la línea media mientras me miraba directamente y sonreía) una emoción de alegría compartida al poder recordar la vivencia de las cintas (ver imagen 5 del anexo).

A partir de esta experiencia corporal, rítmica, gestual, auditiva y visual compartida fuimos creando y construyendo pensamiento. Las sensaciones pudieron ser integradas en el cuerpo y en la relación. La vivencia compartida pudo ser recordada y, por lo tanto, pensada.

Conclusión

La intencionalidad sensoriomotora primaria implica la capacidad de realizar actos motores con un objetivo y se ha observado desde la etapa fetal. Es clave para la coordinación sensoriomotora pero también para el desarrollo de la comprensión social y de los estados mentales de las personas. Depende de áreas cerebrales subcorticales, especialmente del tronco encefálico, que se ha definido también como la región clave del *self* nuclear o consciencia primaria.

Estudios recientes sugieren que, en el autismo, existe una falla primaria en este sistema sensoriomotor y se ha hipotetizado que podría estar en la base de las características prototípicas de esta condición, como la construcción del propio *self* y las dificultades de comprensión social, de interacción social recíproca y el procesamiento de la información.

La comprensión del autismo desde el cuerpo es importante porque favorece la detección y atención temprana. Estudios recientes muestran que las dificultades motrices en el autismo se pueden observar desde el primer año de vida, tanto en el cuerpo en movimiento como en el cuerpo en relación con un otro significativo (las figuras cuidadoras) (Busquets et al., 2019). Estas señales de alarma precoces podrían representar la posibilidad de establecer un trabajo a partir de la vía corporal que favoreciera la construcción de este *self* nuclear o consciencia primaria a través del movimiento significativo.

El abordaje del autismo desde el cuerpo y el movimiento en estadios muy precoces es esencial para posibilitar dotar de intencionalidad comunicativa el movimiento.

La experiencia clínica y ahora también la evidencia científica enfatizan la importancia de construir de “abajo a arriba” en el acompañamiento terapéutico de las personas con autismo: no se trata de trabajar a partir del juego y el pensamiento simbólico, sino de construir, como lo hace el bebé, desde antes de la etapa sensoriomotora. Hay que trabajar desde la base del yo corporal para ir llegando a entender el pensamiento y el mundo social. Es decir, construir la conciencia más primaria (sensación y movimiento) para poder ir desarrollando, progresivamente, la secundaria (emoción) y la terciaria (pensamiento).

En este sentido, es importante trabajar con lo que la persona con autismo manifiesta, sus conflictos y angustias más internos, desde su sensorialidad, estereotipias y disfrutar de la interacción compartida. Así se potencia la construcción de una identidad propia, sin contribuir a un exceso de camuflaje o un falso *self* (Winnicott, 1979). Tal y como la Dra. Júlia Coromines nos propone con su esquema psicopegagógico (1998): poner nombre a la acción que realiza, a las sensaciones que le produce y las emociones que debe sentir para luego estimular el recuerdo y el pensamiento sobre la experiencia y anticipar de futuras.

Lo que hace tiempo que se trabaja desde la comprensión psicodinámica está ahora avalado por los nuevos estudios neurocientíficos.

En el caso clínico, se muestra la importancia de ayudar progresivamente al niño con autismo a la integración, es decir: acompañarlo a transitar a lo largo de todo el proceso de individuación y diferenciación. La construcción de una corporalidad, un cuerpo investido y subjetivado sustentará el proceso hacia la diferenciación. El cuerpo y el movimiento son la base de todos los procesos madurativos en la primera infancia. Tal y como observamos al principio del tratamiento psicomotriz, las acciones del niño eran muy primitivas, sensoriales, y con una falla en la secuencialidad para obtener objetivos no inmediatos. Durante el proceso terapéutico, se muestra un avance, hasta poder llegar a mirarse, en el video,

a sí mismo en interacción con el otro y compartir la emoción de este impacto con el otro.

Se trata de compartir un momento, una coordinación entre cuerpo y mente que genere un valor compartido y una comprensión compartida ... La experiencia se construye sobre la estructura de la experiencia ... y debe estar motivada por algo que sale del interior del agente (Delafield-Butt, 2022, 1r webinar Carrilet).

Notas

(1) 1r Seminario web internacional “Construyendo puentes para el autismo”, Carrilet. Barcelona, 13 de mayo 2022. 1st international webinar “Building bridges for autism”, Carrilet, Barcelona. May 13th, 2022.

(2) Las imágenes se han publicado con la autorización de la familia, siguiendo la ley vigente de protección de datos (25/5/18).

Traducción al castellano de la parte del Prof. Delafield-Butt de Patrick Bones.

Bibliografía

- Ajuriaguerra, J. (1993). Ontogénesis de la postura. Yo y el otro, *Psicomotricidad. Revista de estudios y experiencias*, 45, 19-20.
- Anzulewicz, A., Sobota, K. y Delafield-Butt, J. T. (2016). Toward the autism motor signature: Gesture patterns during smart tablet game-play identify children with autism. *Scientific Reports*, 6.
<https://doi.org/10.1038/srep31107>
- Arias, E., Fieschi, E., Miralbell, J., Castelló, C., Soldevila, A., Anguera, M. T. y Mestres, M. (2015). Efectos de la imitación en la interacción social recíproca en un niño con Trastorno del Espectro Autista grave. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 25, 9-20.
- Aucouturier, B. (2004). *Los fantasmas de la acción y la práctica psicomotriz*. Graó.
- Ávila, D. (2016). *A musicalidade comunicativa das canções*. Tesis doctoral, Universidade de Sao Paulo, Brazil.
- Baron-Cohen, S., Leslie A. M. y Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21(1):37-46.

- Beebe, B., Jaffe, J., Markese, S., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Bahrack, L., Andrews, H. y Feldstein, S. (2010). The origins of 12-month attachment: a microanalysis of 4-month mother-infant interaction. *Attachment Human Development*, 12(0), 3-141.
- Bhat, A. N. (2020). Is Motor Impairment in Autism Spectrum Disorder Distinct From Developmental Coordination Disorder? A Report From the SPARK Study. *Physical Therapy*, 100(4), 633-644.
<https://doi.org/10.1093/ptj/pzz190>
- Bick, E. (1968). L'expérience de la pel·l en les relacions d'objecte primerenques. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, X/1-2, 77-81.
- Brentano, F. (1874). *Psychologie vom Empirischen Standpunkte [Psychology from an Empirical Standpoint]*. Routledge and Kegan Paul Humanities Press.
- Bruner, J. S. (1986). *Actual Minds, Possible Worlds*. Harvard University Press.
- Bruner, J. S. (1990). *Acts of Meaning*. Harvard University Press.
- Busquets, L., Miralbell, J., Muñoz P., Muriel, N., Español N., Viloca, L. y Mestres, M. (2018). Detección precoz del trastorno del espectro autista durante el primer año de vida en la consulta pediátrica. *Pediatría Integral de interés especial*, 22 (2).
- Busquets, L., Sánchez, M., Miralbell, J., Ballesté, J., Mestres, M. y Sabrià, J. (2019). Detección precoz del TEA en la consulta pediátrica: un proyecto piloto en la red pública. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, (33), 9-21.
- Coromines, J. (1998). *Psicopatología arcaica y desarrollo: ensayo psicoanalítico*. Paidós Ibérica.
- Chua, Y. W., Lu, S. C., Anzulewicz, A., Sobota, K., Tachtatzis, C., Andonovic, I., Rowe, P. y Delafield-Butt, J. (2022). Developmental differences in the prospective organisation of goal-directed movement between children with autism and typically developing children: A smart tablet serious game study. *Developmental Science*, 25 (3).
<https://doi.org/10.1111/desc.13195>
- Cook, J. L., Blakemore, S. J. y Press, C. (2013). Atypical basic movement kinematics in autism spectrum conditions. *Brain*, 136 (9), 2816-2824.
- Daniel, S., Wimpory, D., Delafield-Butt, J. T., Malloch, S., Holck, U., Geretsegger, M., Tortora, S., Osborne, N., Schögler, B., Koch, S., Elias-Masiques, J., Howorth, M.-C., Dunbar, P., Swan, K., Rochat, M. J., Schlochtermeyer, R., Forster, K. y Amos, P. (2022). Rhythmic Relating: Bidirectional Support for Social Timing in Autism Therapies. *Frontiers in Psychology*, 13.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.793258>
- Delafield-Butt, J. (2018). The Emotional and Embodied Nature of Human Understanding: Sharing narratives of meaning. En C. Trevarthen, J. Delafield-Butt y A.-W. Dunlop (Eds.), *The Child's Curriculum: Working with the natural voices of young children*. Oxford University Press.
- Delafield-Butt, J. T. y Gangopadhyay, N. (2013). Sensorimotor intentionality: The origins of intentionality in prospective agent action. *Developmental Review*, 33 (4), 399-425.
<https://doi.org/10.1016/j.dr.2013.09.001>
- Delafield-Butt, J. T. y Trevarthen, C. (2015). The Ontogenesis of Narrative: From moving to meaning. *Frontiers in Psychology*, 6, 01157.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01157>
- Delafield-Butt, J. y Trevarthen, C. (2017). On the brainstem origin of autism: Disruption to movements of the primary self. En E. Torres y C. Whyatt, C. (Eds.), *Autism: The movement sensing perspective* (pp. 119-138). Taylor & Francis CRC Press.
- Delafield-Butt, J. T., Freer, Y., Perkins, J., Skulina, D., Schögler, B. y Lee, D. N. (2018). Prospective organization of neonatal arm movements: A motor foundation of embodied agency, disrupted in premature birth. *Developmental Science*, 21(6).
- Delafield-Butt, J., Trevarthen, C., Rowe, P. y Gillberg, C. (2019). Being misunderstood in autism: The role of motor disruption in expressive communication, implications for satisfying social relations. *Behavioral and Brain Sciences*, 42, e86.
- Delafield-Butt, J., Dunbar, P. y Trevarthen, C. (2022). Disruption to the core self in autism, and its care. *Psychoanalytic Inquiry*, 42(1), 53-75.
- Delafield-Butt, J., Dunbar, P. y Trevarthen, C. (2023). Alteración del self nuclear en el autismo y su cuidado. *Aperturas psicoanalíticas*, (73), 1-32.

- Fantasia, V. y Delafield-Butt, J. (2023). Time and sequence as key developmental dimensions of joint action. *Developmental Review*, 69, 101091.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.dr.2023.101091>
- Freud, S. (1915). Lo inconsciente. En *Sigmund Freud. Obras Completas (Vol. 14)*. Amorrortu (edición 1996).
- Gallese, V. (2001). The shared manifold hypothesis. *Journal of Consciousness Studies*, 8, 33-50.
- Greenspan, S. y Wieder, S. (2012). *Comprendiendo el autismo*. RBA.
- Lacoboni, M. (2009). *Las neuronas espejo. Empatía, neuropolítica, autismo, imitación, o de como entendemos a los otros*. Katz.
- Lee, D. N. (2005). Tau in Action in Development. En J. J. Rieser, J. J. Lockman y C. A. Nelson (Eds.), *Action as an Organiser of Learning*. Erlbaum.
- Lee, D. N. (2009). General Tau Theory: evolution to date. *Perception*, 38(6), 837-850.
<https://doi.org/10.1068/pmklee>
- Lim, Y. H., Licari, M., Spittle, A. J., Watkins, R. E., Zwicker, J. G., Downs, J. y Finlay-Jones, A. (2021). Early Motor Function of Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Pediatrics*, 147(2).
- Lu, S.-C., Rowe, P., Tachtatzis, C., Andonovic, I., Anzulewicz, A., Sobota, K. y Delafield-Butt, J. (2022). Swipe kinematic differences in young children with autism spectrum disorders are task- and age-dependent: A smart tablet game approach. *Brain Disorders*, 100032.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.dscb.2022.100032>
- Malloch, S., Delafield-Butt, J. y Trevarthen, C. (2019). Embodied Musicality of Infant Intersubjectivity in Learning and Teaching. In M. A. Peters (Ed.), *Encyclopedia of Teacher Education* (pp. 1-5). Springer Singapore.
https://doi.org/10.1007/978-981-13-1179-6_75-1
- Malloch, S. y Trevarthen, C. (2009). Musicality: Communicating the vitality and interests of life. En S. Malloch y C. Trevarthen (Eds.), *Communicative Musicality: Exploring the basis of human companionship* (pp. 1-12). Oxford University Press.
- Marshall, P. J. y Meltzoff, A. N. (2015). Body maps in the infant brain. *Trends in cognitive science*, 19, 9.
- McGowan, T. y Delafield-Butt, J. (2022). Narrative as co-regulation: A review of embodied narrative in infant development. *Infant Behavior and Development*, 68, 101747.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2022.101747>
- Meltzer, D. (1979). *Exploración del autismo: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires.
- Meltzoff, A. N. y Borton, R.W. (1979). Intermodal matching by human neonates. *Nature*, 282, 403-404.
- Meltzoff, A. N. y Gopnik, A. (1993). The role of imitation in understanding persons and developing a theory of mind. En S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusbergand y D. J. Cohen (eds.), *Understanding other minds: Perspectives from autism*, 335-366. Oxford University Press.
- Meltzoff, A. N. (2005). Imitation and Other Minds: The "Like Me" Hypothesis. En S. Hurley y N. Chater (Eds.), *Perspectives on imitation: From neuroscience to social science: Vol. 2. Imitation, human development, and culture* (pp. 55-77). MIT Press.
- Merker, B. (2007). Consciousness without a cerebral cortex: A challenge for neuroscience and medicine. *Behavioral and Brain Sciences*, 30 (1), 63-134.
- Mestres, M. y Busquets, L. (2016). Los signos de autismo durante el primer año de vida: la detección a través de un caso clínico. *Revista Maremágnum*, (20), 19-36.
- Morral, A. (2022). Los registros no verbales en el TEA. Una forma de comunicar. *Cuadernos de Psicomotricidad*, 54, 22-37.
- Morral, A. (2023). La Terapia Psicomotriz: Una mirada relacional. *Revista de psicoterapia. Monográfico*, 34, 125.
- Morral, A. y Mestres, M. (2021). Terapia psicomotriz con un niño con TEA. "De la autosensoresialidad a la unidad corporal". *Revista Chilena de psicomotricidad*, 6, 8-31.
- Morral, A. y Pallás, F. (2017). Padovan desde una experiencia relacional: una experiencia con niños pequeños con TEA. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y técnicas corporales*, 42, 163-175.
- Muratori, F. (2008-2009). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad

- primaria (I y II Parte). *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 12, 39-49 y 13, 21-30.
- Myowa-Yamakoshi, M. y Takeshita, H. (2006). Do human foetuses anticipate self-oriented actions? A study by four-dimensional (4D) ultrasonography. *Infancy*, 10 (3), 289-301. https://doi.org/10.1207/s15327078in1003_5
- Negri, R. (2011). Un estudi preliminar sobre besons. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 28, 23-32.
- Panksepp, J. (2005). Affective consciousness: Core emotional feelings in animals and humans. *Consciousness and Cognition*, 14, 30-80.
- Panksepp, J. (2006). The core emotional systems of the human brain: The fundamental substrates of human emotions. En *About a Body: Working with the embodied mind in psychotherapy*. Routledge.
- Panksepp, J. (2011). Cross-Species Affective Neuroscience Decoding of the Primal Affective Experiences of Humans and Related Animals. *PloS One*, 6(9), e21236. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021236>
- Panksepp, J. y Biven, L. (2012). *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. Norton.
- Panksepp, J. y Northoff, G. (2009). The trans-species core SELF: The emergence of active cultural and neuro-ecological agents through self-related processing within subcortical-cortical midline networks. *Consciousness and Cognition*, 18, 193-215. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2008.03.002>
- Penfield, W. y Jasper, H. H. (1954). *Epilepsy and the functional anatomy of the human brain*. Little, Brown and Co.
- Piontelli, A. (1992). *From Fetus to Child*. Routledge.
- Piontelli, A. (2010). *Development of Normal Fetal Movements: The first 25 weeks of gestation*. Springer-Verlag.
- Purpura, G., Costanzo, V., Chericoni N., Puopolo, M., Scattoni, M. L., Muratori, F. y Apicella, F. (2017). Bilateral Patterns of Repetitive Movements in 6- to 12-Month-Old Infants with Autism Spectrum Disorders. *Frontiers in Psychology*, 8, 1168.
- Ramachandran, V. S. y Oberman, L. M. (2007). Espejos rotos. Una teoría del autismo. *Investigación y ciencia*, 364, 22-29.
- Reissland, N., Francis, B., Aydin, E., Mason, J. y Schaal, B. (2014). The development of anticipation in the fetus: A longitudinal account of human fetal mouth movements in reaction to and anticipation of touch. *Developmental Psychobiology*, 56 (5), 955-963. <https://doi.org/10.1002/dev.21172>
- Rizzolatti, G. y Sinigaglia, C. (2006). *Las neuronas espejo: los mecanismos de la empatía emocional*. Paidós Ibérica.
- Schore, A. (2022). *El Desarrollo de la mente inconsciente*. Eleftheria.
- Searle, J. R. (1980). The Intentionality of Intention and Action. *Cognitive Science*, 4, 47-70.
- Searle, J. R. (1983). *Intentionality: An essay in the philosophy of mind*. Cambridge University Press.
- Solms, M. y Panksepp, J. (2012). The "Id" Knows More than the "Ego" Admits: Neuropsychanalytic and Primal Consciousness Perspectives on the Interface Between Affective and Cognitive Neuroscience. *Brain Science*, 2, 147-174. <https://doi.org/10.3390/brainsci2020147>
- Stern, D. N. (2000). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Development Psychology* (Second ed.). Basic Books.
- Subirana, V. (1983). Algunos aspectos dinámicos para la comprensión del autismo. En *Plan-teamiento actual de las psicosis. III Symposium internacional*. Centro Neuropsiquiátrico Sagrado Corazón. Martorell, Barcelona. <https://doi.org/10.3390/brainsci2020147>
- Taipale, J. (2023). Caught on the surface: Tustin on autistic experience. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1243310>
- Teitelbaum, P. (2012). *¿Tiene autismo tu bebé? Cómo detectar las primeras señales de autismo en los niños*. Ediciones Obelisco.
- Travers, B. G., Bigler, E. D., Tromp, D. P. M., Adluru, N., Destiche, D., Samsin, D., et al. (2015). Brainstem white matter predicts individual differences in manual motor difficulties and symptom severity in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 3030-3040.
- Trevarthen, C. y Delafield-Butt, J. T. (2013a). Autism as a developmental disorder in intentional movement and affective engagement. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 7, 49.

Trevarthen, C. y Delafield-Butt, J. T. (2013b). Biology of shared meaning and language development: Regulating the life of narratives. En M. Legerstee, D. Haley y M. Bornstein (Eds.), *The infant mind: Origins of the social brain* (pp. 167-199). Guildford Press.

Trevarthen, C. y Delafield-Butt, J. T. (2017). Development of Consciousness. En B. Hopkins, E. Geangu y S. Linkenauer (Eds.), *Cambridge Encyclopedia of Child Development*

(pp. 821-835). Cambridge University Press.

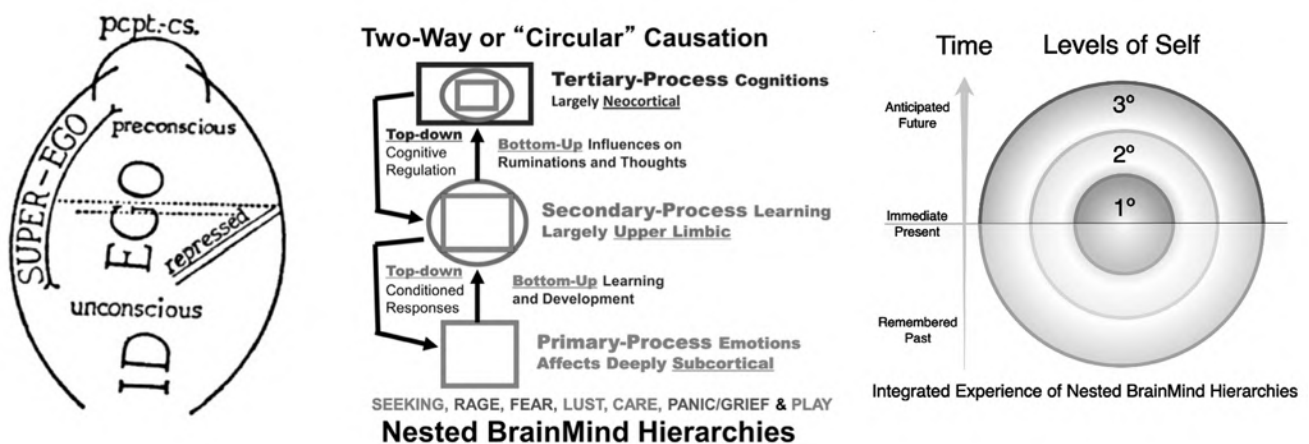
Trevarthen, C. y Delafield-Butt, J. (2023). L'autisme com a trastorn del desenvolupament en el moviment intencional i el vincle afectiu. *Eipea - escoltant i pensant els autismes*, 14, 34-56.

Viloca, L. (2012). *El niño autista: detección, evolución y tratamiento*: Colecciones Carrilet. Libro original de ediciones CEAC, 2003.

Winnicott, D. W. (1979). *Realidad y juego*. Gedisa.

Anexos

Figura 1. Esquemas de las capas del self en el cerebro



La Figura 1 está reproducida bajo licencia CC BY 3.0 de Solms y Panksepp (2012). La figura sobre los niveles del self ("Levels of Self") está reproducida por cortesía de Aperturas Psicoanalíticas, bajo licencia CC BY 4.0 de Delafield-Butt et al., 2023.

Figura 2. Regulaciones sinríticas

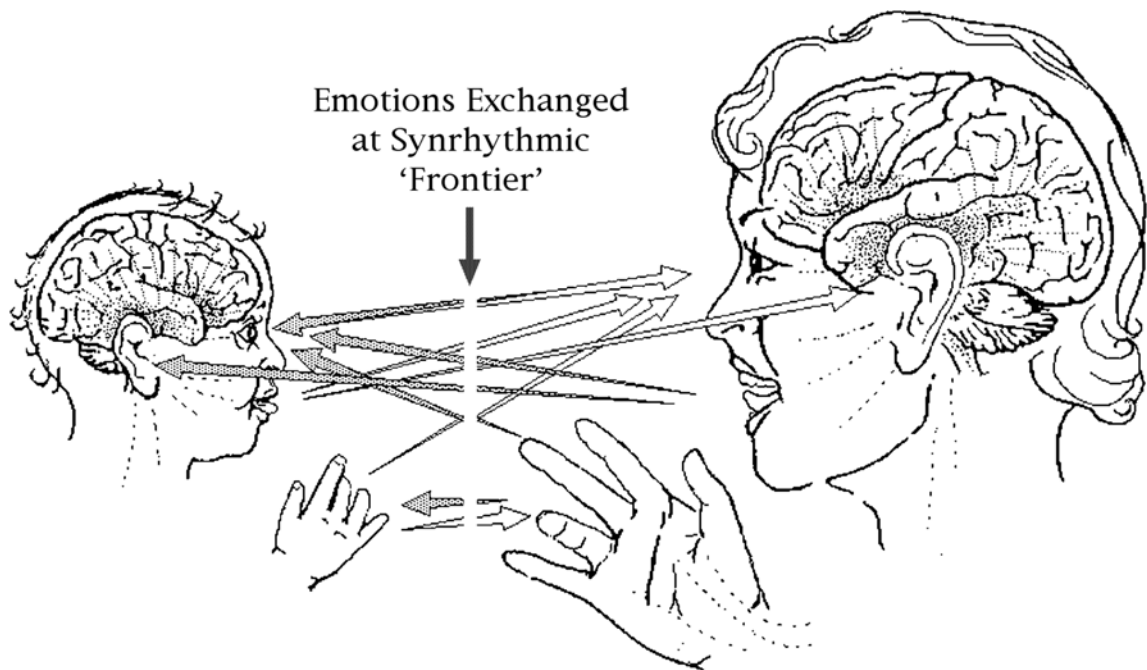


Imagen 1. "En el patio, Pablo corría y saltaba sin parar, traspasaba los columpios, se subía en los bordes de las ventanas, movía la arena con las manos creando formas mientras realizaba con la voz unos sonidos repetitivos que acompañaban los movimientos"



Imagen 2. “Vivía inmerso en un mundo de sensaciones, rodeado de una envoltura sensorial que no le permitía integrar su propio cuerpo y que bloqueaba el acceso a la comunicación y la relación”

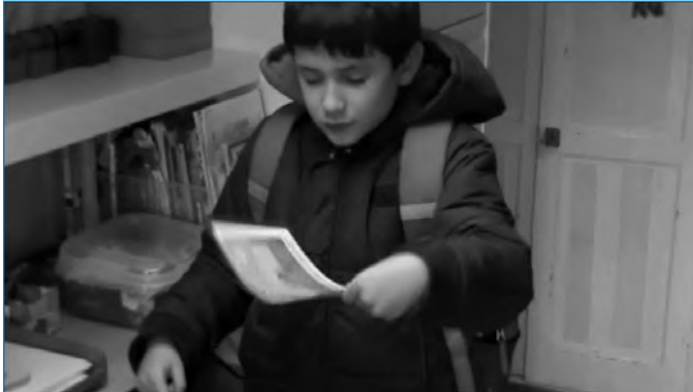


Imagen 3. “En las primeras sesiones sentía que todo aquello no nos llevaba a ningún sitio, pero poco a poco las cosas fueron cambiando”



Imagen 4. “La emoción y el placer compartido poco a poco fueron llenando el espacio y pasando de una sensorialidad bidimensional y adhesiva (Meltzer, 1979) a una interacción con más elementos comunicativos y afectivos”



Imagen 5. “Con este gesto de las manos juntas, tan diferente a los movimientos que realizaba en el patio, Pablo comunicaba y expresaba a nivel corporal (juntando las manos en la línea media mientras me miraba directamente y sonreía) una emoción de alegría compartida al poder recordar la vivencia de las cintas”



Las barreras autistas: un infortunio de orden sensorial

MARA SVERDLIK¹

RESUMEN

Las barreras autistas: un infortunio de orden sensorial. El presente artículo propone una revisión del concepto “barrera autista” de Francis Tustin a fin de recoger su potencia explicativa y enriquecerlo con los aportes conceptuales de diversos autores en el marco del paradigma del psicoanálisis contemporáneo. El objetivo es precisar un modelo procesual que nos permita entender la articulación de las formas intrapsíquicas e intersubjetivas que se van codeterminando en la construcción de una barrera autista como forma fallida de estructuración de límites del psiquismo temprano con las consiguientes dificultades de construcción representativa y simbólica partiendo de las primeras formas de la percepción que quedan alteradas. **Palabras clave:** *barrera autista, modelo procesual, psicoanálisis contemporáneo.*

ABSTRACT

Autistic barriers: a sensory misfortune. The present article proposes a revision of the concept Autistic Barrier from Francis Tustin in order to collect its explanation potency and to feed it with other author's contributions in the frame of Contemporary Psychoanalysis. The aim of this work is to define a processual model that allow us to articulate the inner subjective forms with the inter-subjective process in co-determination to think the failures in building the early frontiers or limits in child's psyche with the logical consequences about perception and symbolic development that become altered. **Key words:** *autistic barrier, processual model, contemporary psychoanalysis.*

RESUM

Les barreres autistes: un infortuni d'ordre sensorial. El present article proposa una revisió del concepte “barrera autista” de Francis Tustin per tal de recollir la seva potència explicativa i enriquir-lo amb les aportacions conceptuals de diversos autors en el marc del paradigma de la psicoanàlisi contemporània. L'objectiu és precisar un model processual que ens permeti entendre l'articulació de les formes intrapsíquiques i intersubjectives que es van codeterminant en la construcció d'una barrera autista com a forma fallida d'estructuració de límits del psiquisme primerenc amb les dificultats consegüents de construcció representativa i simbòlica, partint de les primeres formes de la percepció que queden alterades. **Paraules clau:** *barrera autista, model processual, psicoanàlisi contemporània.*

Introducción

Mucho se ha escrito acerca de las patologías del espectro autista. Todos aquellos que trabajamos con niños: pediatras, maestras de educación inicial, psicólogos, logopedas, nos encontramos con que esta problemática es cada vez más frecuente. *Este es el hecho novedoso: su frecuencia.* Se hace necesario pensar en esta

expansión de una modalidad subjetiva que, sin patologizar a sus protagonistas, deja restos de dificultades tanto en los procesos de pensamiento como en las vinculaciones afectivas y sociales. En el decir de Francis Tustin (1987), producen *escombros de insensatez*, ya que las alteraciones perceptivas de inicio afectan directamente la construcción del sentido subjetivo singular y de coordinación adaptativa a la lógica

¹Doctora en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Profesora invitada de Psicopedagogía Clínica del Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Docente y supervisora en la Asociación Clínica Contemporánea de Sevilla (España) y en la Escuela de Psicoterapia Psicoanalítica de Maringá (Brasil).

Contacto: marasverdlik@gmail.com

Recibido: 14/5/23 - Aceptado: 9/9/23

social. He aquí el asunto más importante que señala la autora y que es necesario prestar atención: *se trata de un trastorno fundamental de la percepción*.

En este asunto, los psicoanalistas, desde el Proyecto de Freud de 1895, tenemos mucho que aportar respecto de la construcción social de la percepción, ya que, como lo señala el autor, se construye en principio un mundo interno caótico carente de organización, de huellas de impresiones sensoriales de diverso origen; táctiles, olfativas, gustativas, propioceptivas, auditivas, visuales, que, en su conjunto, producen representaciones en forma de Magma (Castoriadis, 1989) o *Pictograma* (Aulagnier, 1994) o *Cámara representativa e intensidad libidinal* (Lyotard, 1990) o como *Indiscriminación/discriminación de afecto-representación* (Green, 1999a). Todos estos autores que siguen el camino freudiano de la *experiencia de satisfacción* señalan como condición de la construcción psíquica de los orígenes a la representación que es base, aloja y constituye a los procesos perceptivos. Según Green (1996), el aparato psíquico es un aparato de representación. La representación es el resto que queda del encuentro entre la pulsión y el objeto. Se parte, en los inicios del aparato psíquico, del proceso de formación de la representación, que como su nombre lo indica es una *re-presentación*: un volver a presentarse. ¿Qué es lo que vuelve a presentarse? La energía psíquica, el empuje vital que, en sí mismo, no tiene presentación directa en el aparato psíquico, pues es un concepto límite: entre el cuerpo y la psique. Su acceso a la psique es a través de sus representantes, que son huellas que quedan del encuentro del sujeto con el objeto. El resultado es un conjunto de huellas de distintas sensaciones sin referencia alguna al objeto externo objetivo-real, sino la pura emergencia de un mundo cerrado, propio y singular, regulado por el principio de placer. Las huellas que se imprimen son huellas de placer y este será un principio regulador fundamental para la construcción psíquica. Aún si tomamos a Husserl, representante de la línea fenomenológica en filosofía, en la mirada de Derrida (1985), nos dirá que el fenómeno parte de una interioridad que son indicios que se relacionan con la presencia del otro. No hay pura presencia de la

representación sino en vínculo con el otro. No solo Freud, no solo Husserl, sino también Piaget (Piaget e Inhelder, 1969) nos habla de los procesos circulares primarios como modos de construcción de las representaciones de inicio que se hacen en el marco del juego del bebé.

Psicoanálisis, filosofía y teoría cognitiva ubican el fenómeno perceptivo no como maduración biológica endógena, sino como una producción psíquica nacida del vínculo con el otro. ¿Por qué reeditar en las propuestas de las neurociencias o las teorías del desarrollo, el tradicional empirismo inglés donde el sujeto recibe estímulos directamente del exterior y donde las neuronas sustituyen la función de representación? Se reactiva un modelo biológico que ignora la función psíquica fundamental de la representación que constituye el núcleo de la *imaginación básica o radical* (Castoriadis, 1989). *El sujeto humano en sus inicios imagina el mundo exterior antes de poder percibirlo*. La percepción como tal constituye un punto de llegada que implica un trabajo psíquico complejo en el marco de la actividad lúdica, que es el modo de relación más importante que se establece con los objetos que sostienen la crianza (Winnicott, 1986). Si logramos comprender cómo se construye el proceso perceptivo en un modelo complejo, tendremos más herramientas conceptuales para entender tanto la alteración de la percepción (que no es neurológica exclusivamente, sino que ese es un nivel de base que requiere ser complejizado) como su vinculación a los fenómenos propios de la crianza actual, que trasciende la lectura patologizante de la subjetividad parental para poner énfasis en las formas actuales de criar y las modalidades lúdicas en el marco de la subjetividad propia del capitalismo tardío. El psicoanálisis contemporáneo ofrece un modelo de pensamiento que permite entender la percepción como una construcción psíquica elaborada en el contexto de la actividad lúdica con los otros encargados de la crianza y que, en esa perspectiva, se puede comprender su disfunción, alteración o déficit sin apelar al misterio de la genética, de la embriología o las incógnitas sin resolver de la biología que se apresuran en naturalizar su funcionamiento psíquico sin apostar a su complejización. Con la mirada puesta en una dificultad de funcionamiento biológico de base, la oferta

terapéutica no se despliega en el plano de la construcción psíquica desde las formas más básicas del juego, las capacidades figurativas y la verbalización integrada al afecto y el sentido. Al contrario, se apuesta a una presión adaptativa (por urgencias de la escolaridad o de saldar con rapidez los problemas más urgentes) en formas de entrenamientos que generan serios déficits en el despliegue de la imaginación y, por ende, del afecto, que son la base de los procesos de simbolización que conforman el pensamiento reflexivo. Es así como se constituyen configuraciones subjetivas donde la memoria tiene características de información enciclopédica, el lenguaje se presenta robotizado con escasa capacidad de referirse a sentidos propios y dificultades en la comprensión, se manifiesta falta de empatía y puesta en juego de afectos variados y discriminados, se da un predominio del pensamiento operatorio lógico-matemático y la completa o parcial dificultad para entender la lógica del intercambio social. Estas características no necesariamente se deben consolidar como una típica modalidad autista, sino que son algunos de los fenómenos que se rigidizan en los dispositivos terapéuticos adaptativos que adiestran a los niños para que desarrollen *capacidades* sin atravesar las lógicas lúdicas de la crianza normal.

La atención en conflicto como marco subjetivo en los procesos de crianza

Se ha reflexionado, en los últimos tiempos, acerca de las modalidades subjetivas que se establecen y consolidan en las formas de producción del capitalismo tardío y sus exigencias específicas: pérdida del vínculo con el trabajo y reemplazo por la hiperproductividad singular, dominio del valor de cambio y pérdida completa del valor de uso, hiperestímulo de consumo y, fundamentalmente, atravesamiento de todos los ámbitos de la vida singular y social por la hiperestimulación en la producción y consumo de imágenes heterogéneas en su forma de circulación y sentido. En esta línea de pensamiento, Amador Fernández Sabater (2023) propone que la atención es un trabajo negativo: atender es dejar de atender a la atención programada, codificada y guionada y poder prestar esa atención a la situación presente. Y prestar atención

al otro trae un encuentro no ordenado en pautas a cumplir, con predominio de horarios y objetivos donde la experiencia lúdica se pierde como fuente de creación perceptiva singular. Esta emerge cuando hay disponibilidad a la presencia placentera no condenada por los criterios de la adaptación. Los efectos de las imágenes superpuestas, sin relato, que se consumen en forma reiterativa y ocupan parte del tiempo en las actuales infancias tempranas generan un empobrecimiento perceptivo. Si a esto sumamos las dificultades de los adultos para ofrecer un juego no destinado a cumplir pautas de orden cognitivo, sino de contacto placentero y sorpresivo con el mundo que está naciendo para el cachorro humano, todo ello impacta de manera directa en la construcción subjetiva. No se trata de volver atrás a ningún mundo idílico, se trata de estar ahí jugando: compartiendo, donando y nutriendo el mundo de los implicados en el juego, aunque sea un rato corto o que acompañe al baño o al dormir. Una atención que se presta y vuelve enriquecida.

Modelo complejo del psicoanálisis para abordar la subjetividad contemporánea

El psicoanálisis contemporáneo no es una referencia temporal a la actualidad, sino una posición epistemológica basada en el modelo de la complejidad donde se afirma una renovación metapsicológica a partir de las novedades que traen las modalidades subjetivas propias de la formación económico-social del capitalismo tardío. Green (2003) conceptualiza este movimiento epistemológico que, en palabras de Urribarri (2011), produce un giro en la teoría a partir de los años 2000 donde señala que, históricamente, nos ubicamos en el post-postfreudismo; es decir, en los desarrollos teóricos posteriores a Melanie Klein y Jacques Lacan. Psicoanalistas que no tienen una posición unificada, desde la década del 70, han renovado distintos aspectos de la teoría, a partir de la ampliación de los nuevos problemas que los pacientes traían a consulta, dejando de pensar en los ejes de la neurosis-perversión o psicosis para avanzar en los límites de la analizabilidad (ampliar la posibilidad de alojar mayor diversidad de pacientes en el encuadre del psicoanálisis) y dar cuenta de

estas modalidades de frontera que constituyen los pacientes no-neuróticos. Se hace referencia a los aportes, entre otros, de Bion, Aulagnier, Castoriadis, Lyotard, Tustin, McDougall, Anzie, Laplanche y el mismo André Green. Y fue D. Winnicott, en la oferta de transicionalidad teórica, quien abrió las puertas para poder pensar en una activa apertura de la producción psicoanalítica. Urribarri (Green y Urribarri, 2015) expone el modelo clínico contemporáneo que apunta a integrar los aportes y superar los *impasses* de los modelos freudiano y postfreudiano, proponiendo concebir al sujeto psíquico como producto de un proceso heterogéneo de representación que simboliza las relaciones entre lo intrapsíquico (centrado en la dinámica de la pulsión y del sujeto) e intersubjetivo (centrado en la dinámica del objeto). En la clínica, los casos límites se constituyen en los casos paradigmáticos desde los cuales se explora la extensión y límites de la analizabilidad y de las variaciones del método. *Hago mención aquí a un aspecto importante de la renovación metapsicológica que plantea Green (1999b) que se refiere al eje del narcisismo. Se trata de un andamiaje donde se despliegan los modos en que el Yo se constituye y muestra su multiplicidad de aspectos y funciones.* El postfreudismo frenó el trabajo conceptual sobre el narcisismo y el Yo tanto en la propuesta de M. Klein que da prioridad a lo endógeno (el bebé nace ya con una florida organización psíquica) o en la modalidad especular y de alteridad que propone J. Lacan (El Yo se unifica en el Espejo). El Yo no era confiable porque se lo pensaba sin conflictos o con una organización compleja desde el primer año de vida o porque era la sede de locas imagerías. Los autores mencionados expanden sus teorizaciones en campos aledaños a las psicosis y traen conceptualizaciones abiertas acerca de los procesos de representación y límites del aparato psíquico que ponen al Yo y la imaginación en el centro de nuevos descubrimientos. Green (2014) pone especial énfasis en considerar que el conflicto psíquico nodal que activa el aparato psíquico es la pulsión de vida en tensión con la pulsión de muerte, que se despliega en el terreno del narcisismo. El narcisismo como estructura encuadrante aloja a las fuerzas internas pulsionales del sujeto, genera modos de autorregulación y produce los recursos necesarios para

la complejización psíquica en interacción con las funciones intersubjetivas. El conflicto psíquico está centrado en la capacidad de *objetalizar* (poner energía e interés) y crear objetos (variados, sustituibles y de diversas características, siendo los funcionamientos psíquicos capaces de funcionar como objetos a invertir) o de desinvertir y destruir objetos (quedarse fijado a un objeto único, perder rápidamente el interés o bien retirar bruscamente la energía en un objeto) y se despliega en el terreno del Yo. Es necesario pensar un Yo que se constituye de manera procesual, en tensión entre el afuera y el adentro, que va construyendo sus propios recursos y se va complejizando tanto en sus procesos representativos (fantasías, pensamientos, percepciones) como de auto construcción de límites (membranas psíquicas, continente, defensas), que lo lleva a abrirse y cerrarse para vincularse con los distintos vasallajes (Ello-inconsciente-superyó-ideales-realidad-otredad) y que corre el riesgo de los excesos en ese cierre o apertura. Tenemos en la tradición psicoanalítica un predominio de modelos del Yo que hablan de formas de apego o formas especulares, que se construyen muy tempranamente donde, ya sea que se identifique el Yo con cuidados maternos o con imágenes o funciones especulares, domina el proceso identificatorio como forma única de construir el Yo. Tanto en las teorías del apego como en las teorías especulares, se limita el pensamiento del Yo a formas de causalidad directa tanto endógena (que viene de dentro del sujeto) como exógena (de fuera y del otro) y no se trabaja sobre formas de co-determinación entre lo intersubjetivo y lo intrapsíquico. Ese Yo pensado sin *procesualidad* unifica en determinado momento el polimorfismo sexual de los orígenes y es atravesado luego por fases sucesivas de la sexualidad infantil; o bien es pensado como *self* sin tensión o conflicto pulsional, momento de unificación, más o menos temprano en el primer año de vida. Apego de inicio, positivo o negativo o bien integración especular ligada a la imagen y enunciados del otro. En este marco explicativo, no hay lugar para entender cómo se constituye una *barrera autista* porque requiere volver sobre las propuestas conceptuales de los orígenes y revisar en detalle ese proceso de construcción psíquica y porque, fundamentalmente,

el problema perceptivo de base se vincula al cierre del propio Yo en sus primeras fronteras o construcción de límites; riesgo de exceso que veremos cómo se despliega.

Un modelo que integra representaciones y límites

Para comprender la barrera autista es necesario sostener un modelo conceptual que pueda integrar la producción de representaciones con las fronteras del Yo. *Las alteraciones en la construcción de la percepción se vinculan a formas fallidas de construcción de los límites del Yo*. Green (1994), en diálogo con Bion y Anzieu, propuso elevar a la categoría de concepto el término de límite, membrana o continente, ya que se intrincaba con los procesos de representación y despliegue del lenguaje y pensamiento. A diferencia de ellos, consideró comprender las formas en que se constituyen los límites en la primera infancia no exclusivamente como producto de un proceso identificatorio con la figura materna. Para Green (1995), los límites se constituyen vinculados al trabajo de lo negativo (separación, pérdida, ausencia y fallas), donde las defensas de lo negativo (alucinación negativa, escisión, negación, desmentida, represión primaria) son estructurantes del narcisismo de vida cuando predomina la objetualización. Las defensas (positivas y negativas) organizan las representaciones internas que, articuladas, producen formas de pensar; trabajo de lo negativo en riesgo de exceso y potencial organización de un narcisismo de muerte vinculado a las vicisitudes de los objetos encargados de la crianza.

En esta línea de elaboración conceptual, hemos intentado abrir las conceptualizaciones de los orígenes (Sverdlik, 2014); desplegar procesos que hasta entonces se pensaban como dinámicas del primer año de vida para precisar fenómenos y procesos que se dan durante la primera infancia y permiten diferenciar momentos muy definidos en edades específicas. Estas construcciones psíquicas que se organizan en torno de las defensas y su articulación con las diferentes formas de la representación conforman la creación del pensamiento en los orígenes (Sverdlik, 2010).

Nos vamos a detener posteriormente en la

alucinación negativa, que es la defensa que se altera en la barrera autista para comprender la falla temprana de la construcción perceptiva.

Francis Tustin y la barrera autista

Para Tustin, la barrera autista es una defensa frente a las experiencias tempranas que no resultaron satisfactorias. La barrera es un límite fallido frente a una separación dolorosa. Queda un registro traumático de la separación que autoengendra conductas automáticas que compensan el daño producido en el déficit de sensaciones y protegen al niño de la amenaza de aniquilamiento. La dificultad se da en el déficit que tiene el niño para codificar y procesar estímulos al producirse una mala separación física de la madre. Este movimiento hacia adentro es descrito por Tustin como un encapsulamiento que tiene una fijación sensorial, figuras y objetos autistas, conductas autoengendradas, terrores intensos, alteraciones de la percepción y las representaciones internas y dificultades en la constitución de la imagen corporal cohesionada. Tustin considera que se trata de una ruptura de la superficie corporal, conjuntamente con la sensación de continuidad de la existencia y de la representación de sí mismo. Vemos aquí cómo la autora señala la idea de ruptura de membranas primarias: del cuerpo, de la percepción y de sí mismo. Esta ruptura es producto de una separación fallida de la función materna que no logra cumplir el rol de sostén, en la oferta y el intercambio sensorial creador de objetos que permitan salir de la indiferenciación para procurar separaciones creadoras de subjetividad. Es el ritmo de seguridad el que se encuentra dañado en este intercambio que falla. La madre (o quien ejerza la función) no posee un filtro adecuado para la recepción y despacho de estímulos y, por lo tanto, se genera un déficit para codificar y procesar la información. *En lugar de la piel, dice Tustin, se genera una barrera artificial inerte. La protección anti-estímulo es deficitaria y los estímulos, amenazantes.* ¿Qué es, entonces, una barrera autista? Tustin presenta la barrera como una formación reactiva, una *contra-cátesis* (una fuerza que opera contra otra fuerza) permanente, que se constituye como forma de funcionamiento predominante, por lo cual no le

permite al sujeto usar otros mecanismos de defensa cuando hay amenaza o peligro pulsional y se considera que el peligro siempre está presente (por eso es una defensa deficitaria, porque no defiende al sujeto). Las formaciones reactivas pueden ser muy localizadas y manifestarse por un comportamiento parcial (en un ritual, por ejemplo) hasta constituir rasgos de carácter más o menos integrados en el conjunto de la personalidad. En el caso de las barreras autistas, es una barrera que lo protege fundamentalmente de los estímulos del mundo exterior, ya que el sujeto pierde los filtros para la recepción y organización de los estímulos. La barrera produce un bloqueo de los estímulos y queda paralizada la aprehensión de la realidad: *nada puede entrar y nada puede salir*. Es ahí donde se estancan los procesos psíquicos que se abrirían en ese espacio potencial; y el trabajo creador del niño para elaborar y ajustar ilusiones se ve interrumpido. Las sensaciones del cuerpo también experimentan una extraña transformación (quedan adheridas, fragmentadas e indiscriminadas) porque no se complejizan con las formas de las fantasías y sirven de material para su propio juego. Predominan las sensaciones táctiles, muchas veces autoinducidas. Los estímulos excesivos (cualquier estímulo lo puede ser por su calidad o intensidad) producen una ruptura en la continuidad corporal y en la percepción de los objetos. El único estímulo confiable es táctil. Se menoscaba el funcionamiento de las sensaciones auditivas y visuales que permiten la creación de objetos perceptivos en la distancia. Según la autora, se producen sensaciones, figuraciones y experiencias tamizadas por el encapsulamiento. La vinculación con el otro se corta y se aferra a estos objetos inanimados que interrumpen el despliegue del afecto, la empatía y la imaginación que se queda sin material para constituirse. Cuando se observa un niño con estas modalidades de retracción (en dirección hacia adentro) en la consulta, veremos que no mira, no le llaman la atención los estímulos de los juguetes y los juegos del otro; se queda jugando con su propio juguete en forma reiterada casi mecánica y muchas veces sin despliegue de la verbalización o alguna modalidad gestual expresiva. *Se trata de un trastorno fundamental de la percepción*: observamos que se forma una membrana

gruesa con forma de barrera protectora que no deja que entren y salgan estímulos; que la única modalidad de vínculo con el afuera y el adentro es de sensibilidad táctil, que da continuidad y seguridad, y que se alteran los estímulos que constituyen la distancia: estímulos auditivos y visuales. Este corte en la vinculación perceptiva, donde no se pueden gestionar estímulos porque su intensidad es aterradora, produce un corte en el vínculo con el otro, por ende, en el despliegue del afecto y la imaginación creadora. *Aparecen las figuras y objetos autistas que generan conductas y formas de relacionarse con el afuera y el adentro con un sentido propio donde domina la protección. Es por ello por lo que Tustin dice que estas protecciones son escombros de insensatez*. Estos objetos y figuraciones son autoconstruidos; su sentido no se constituye en el soporte con el otro y los sentidos socialmente compartidos, sino que domina un sentido propio de sensibilidad táctil que da cuenta de su realidad: sólo existe lo que puede ser tocado. Lo táctil tiene permanencia y protege de la ausencia aterradora. La percepción de distancia se vive con sensaciones que van del rechazo al terror. La sensibilidad táctil es protectora de la ausencia, por lo cual hay pegoteo con las superficies, para que no existan hiatos, con preferencia por figuras y objetos duros que no den lugar a vulnerabilidad alguna. Se entiende de esta manera la persistencia de algunos niños de aferrarse a su cochecito (preferencia muy frecuente de medios de transporte: aviones y trenes también) o alguna parte de un objeto (la tapa de una botella), o cualquier cosa dura que se encuentre antes de venir a sesión. Menciono aquí una niña que ponía diversas y poquitas cosas en su mochila y las cogía con prisa y al azar. Aparecía entonces con su tesoro protector azaroso e insensato: un broche para el pelo de algún adulto, un *playmobil* indefinido que cogió de la habitación del hermano, una rueda sin pertenencia conocida y un palito de helado. También es curioso observar la persistencia en la prensión de dureza de las cosas. Un niño, que ya con los primeros avances del trabajo terapéutico había dejado a su muñeco de Buzz y pudo dibujarlo, venía con el dibujo cogiéndolo de la misma forma que al muñeco y le costaba desprenderse de él para poder jugar: un objeto blando aún con características de dureza y rigidez.

Descentrar y desculpabilizar a la madre

Tustin presenta a la barrera autista como una respuesta a una separación catastrófica de la madre. Pone en el centro la dinámica de una ruptura, en un aspecto específico de la función materna que refiere a la recepción y salida de estímulos. Esto produce un déficit en la codificación y procesamiento de estímulos en el pequeño sujeto y hay una percatación traumática de la madre dadora de sensaciones. Toda experiencia de pérdida sensible es intolerable. Sin embargo, la autora misma nos amplía la mirada cuando habla de la pérdida del *ritmo de seguridad* entre el niño y el adulto que implica una coordinación entre ambos protagonistas; el fruto de esta coordinación es la creación de objetos. Se genera una ilusión de continuidad corporal donde la experiencia se enriquece con los procesos proyectivos del bebé y la capacidad del adulto de alojar las proyecciones del infante. Es un aspecto del sostenimiento en la función parental que Tustin observa como un funcionamiento descoordinado. Esta alteración refiere al filtro que ejerce el adulto en la gestión de los estímulos que permite recibir y procesar esos estímulos. *Hoy podemos pensar que la ruptura del ritmo de seguridad no es meramente un déficit de presencia materna, sino de las múltiples amenazas de la vida contemporánea para una crianza con la regulación rítmica que requiere la construcción psíquica.* Esta regulación precisa ser pensada en una discontinuidad positiva y negativa.

Revisión de la elaboración freudiana de la Experiencia de satisfacción: la alucinación negativa como categoría que enriquece la propuesta teórica de la barrera autista

Green (1999b) retoma el desarrollo de la *Experiencia de satisfacción* que hace Freud en el Proyecto de 1895. En un texto escrito en 1967, inaugural para la teoría del narcisismo y denominado *Narcisismo: estado o estructura*, introduce una dimensión del trabajo de lo negativo que da cuenta del surgimiento de la primera membrana del Yo. La experiencia de satisfacción remite a los primeros momentos de la vida, cuando el bebé en contacto con quien lo cuida genera

impresiones sensoriales internas de variado origen (cenestésico, propioceptivo, olfativo, gustativo, auditivo, visual, etc.). Esas impresiones son huellas o restos de lo vivido que conforman las primeras representaciones (lo que queda como registro de esa experiencia con la madre o quien ejerce el rol de crianza primaria). Estas representaciones se activan cuando el bebé requiere nuevamente de satisfacción en ausencia de sus objetos primarios. Para que esta satisfacción en ausencia pueda darse, Green observa que se produce una inversión de las investiduras hacia dentro: el bebé se centra en sí mismo y no en el objeto (pecho, objetos, caricias, movimientos vividos). Se genera una *de-sexualización* en el sentido de placer de satisfacción con el objeto interno/externo: en vez de satisfacción de succión y plenitud alimenticia, vuelve sobre el conjunto de lo vivido en forma de huellas-memoria que le dan placer y genera un investimento nuevo, una energía nueva. Es una energía erótica novedosa y un objeto interno nuevo que da placer en la activación de huellas vividas. Este movimiento autocentrado producirá esas investiduras propias que se llamaran libido narcisista. *Es el momento de autoengendramiento del Yo. El Yo surge por esta inversión de investiduras que se da cuando la satisfacción no termina por diversas circunstancias de la "falla-suficientemente buena" en el objeto.* Esa falla del objeto primario nos remite a la posibilidad del bebé de estar a solas y que Winnicott denominó "ausencia en presencia" (en varios textos y con centralidad en su teoría) y que implica que la demanda del bebé no se cubre de manera inmediata y hay retardo o inadecuación normal en la respuesta parental. Es en ese momento, de manera independiente de la presencia o ausencia del objeto, que el sujeto genera una *centración* (meterse para adentro o retracción) donde desaparece la demanda o referencia al afuera y se produce la *alucinación negativa*. *Esta primera membrana de no percibir el afuera organiza un incipiente adentro.* En ese adentro, se conforma una pantalla blanca donde se despliega la actividad proyectiva que da lugar a la alucinación positiva. Aparece una percepción blanca de no percibir el afuera; un breve desconocimiento del afuera que es muy frecuente observar en los bebés cuando

interrumpen el amamantamiento y no se duermen, pero mueven los labios en satisfacción o cuando se despiertan y se quedan sonrientes y tranquilos en la cuna en un hermoso estado de placer que, si el adulto no interrumpe, dura un tiempo corto pero intenso. Se trata de movimientos de *autoemergencia psíquica* donde la clausura (cierre o estar para adentro) relativa que conforma la alucinación negativa posibilita la alucinación positiva, que es la forma en que las huellas de lo vivido, mediante la alucinación (retorno perceptivo vívido que reemplaza cualquier experiencia en el mundo externo), provocan satisfacción (que veremos resurgir en los sueños y de manera fallida en las psicosis). *Es este concepto que proponemos para pensar la barrera autista en el sentido de poder pensar un movimiento de clausura excesivo de la psique en los primeros momentos de la vida por una descoordinación con la función encuadrante de quienes ejercen la crianza. Esta falta de coordinación o ritmo de seguridad no implica necesariamente alguna patología grave de los objetos parentales.* A veces, alguna circunstancia de salud, laboral o familiar, absorbe la disponibilidad psíquica para ofertar presencia regulatoria de calidad simbolizante (y no solamente de cuidados del cuerpo y rutinas de vida). Veamos, entonces, cómo funcionan las membranas para comprender su cierre. Este concepto de clausura es muy enfatizado por Castoriadis (1989) y la teoría de la complejidad. Freud mencionaba la membrana para-excitación como membrana reguladora, como una interfaz (conversor de energía habitual) que convierte la cantidad de estímulo que entra en el aparato psíquico en una inscripción cualitativa, cuando el quantum de excitación lo exige. Anzieu (2007) conceptualiza esa interfaz como una función del Yo-Piel. Un autor muy cercano a Green, Guy Lavallé (2001), toma esta cuestión y *trabaja la alucinación negativa como concepto fundamental para comprender el cierre de la barrera autista, cuando un exceso de alucinación negativa (no percibir el objeto) produce opacidad.* La alucinación negativa es la primera forma en que el trabajo de lo negativo genera una membrana psíquica que regula el adentro y el afuera de la psique en un sentido positivo de construcción psíquica. Continuando el movimiento de la internalización de la

oferta parental que trabaja Green como pantalla en blanco en la alucinación negativa de la madre (la no percepción del objeto), pone énfasis en ese filtro alucinatorio negativo que es un resto interno del vínculo con el otro cuando el sujeto puede activamente no percibir, produciendo una pantalla en blanco que vincula el adentro y el afuera. Es importante el espacio que, desde la función parental, se ofrece para que tenga lugar (no interrumpir esos breves momentos del bebé para que termine de mamar o responder en forma inmediata cuando se despierta). Esta envoltura visual negativa (no ver) recoge el estímulo que viene de fuera en un primer contacto, lo proyecta en la pantalla y finalmente se lo apropia, quedando dentro como material psíquico propio. *La pantalla alucinatoria negativa sostiene, filtra, limita y contiene.* Es una pantalla interna que se enciende cuando el bebé se mete para adentro y activa las huellas que quedaron de vivencias de placer. No son figuras organizadas como un dibujo o un objeto real. Son fragmentos de percepciones diversas, no solamente visuales sino cenestésicas, olfativas, gustativas y demás sensaciones que devienen de las distintas experiencias vitales del bebé. No hay centralidad del pecho y la visión. Es una experiencia más amplia y no da una representación organizada. Considera el autor que, en este proceso de los orígenes, hay un *doble circuito continente*: el primer circuito transforma el estímulo recibido en una proyección en la pantalla blanca. El segundo circuito implica el retorno hacia sí mismo observando (observándose) la proyección en la pantalla donde produce la alucinación positiva. Se recibe el estímulo, luego se expulsa con la proyección y la pantalla permite ver lo proyectado como alucinación con satisfacción y fijación del placer. Es interesante enfatizar como un mecanismo tan habitual como la proyección, en la teoría psicoanalítica en general, que se da como automático y primario, no funcionaría en forma tan espontánea. *Decir que un bebé proyecta y fantasea el pecho materno no es un punto de partida, sino producto de un proceso previo bastante complejo.* Esta consideración es muy importante, ya que en la actualidad nos encontramos con niños con mucha dificultad en el despliegue lúdico. La base de esa dificultad se centra en la inhibición de la actividad proyectiva,

que es la actividad psíquica que abre la figurabilidad o imaginación. A veces, uno observa que no pueden hacer juegos habituales como la escena de comer o ir al doctor. En vez de atribuir el fenómeno a una abstracta falla en la mentalización, es necesario precisar qué aspecto de la actividad del pensamiento está dificultado para poder intervenir en formas específicas del juego.

En la barrera autista que venimos pensando, se observa un corte en este doble circuito continente donde la pantalla blanca es rígida y corta la capacidad proyectiva del sujeto. Lavallé menciona, además, que en esta dinámica de la actividad proyectiva de los orígenes, se produce una transformación de sujeto pasivo (que recibe) en activo (que hace). Las primeras alucinaciones son figuraciones caóticas con un alto quantum afectivo. La intensidad afectiva será, por un lado, una afectación energética y, por otro, un vector de sentido que conforma ya una experiencia subjetiva propia. El quantum alucinatorio aportará a los autoerotismos una vivacidad de la percepción que dejará imantado el polo perceptivo y, por ello, es necesario poner atención en las instancias reguladoras y frenadoras de la actividad alucinatoria. Esta intensidad de la actividad perceptiva de los inicios fundamenta la necesidad de regular las pantallas tecnológicas a edades tempranas, ya que constituyen un estímulo excesivo que frena la actividad propia del sujeto en estos primeros tiempos de la vida y genera un predominio en la recepción pasiva sobre la actividad que despliega e integra las sensaciones. Y el autor nos sitúa en nuestra problemática específica, cuando refiere que, si el circuito se ve marcado por un exceso alucinatorio negativo, la pantalla será demasiado opaca y la proyección insuficiente, es el caso de la psicosis blanca o el autismo. Y si es marcado por una pantalla muy transparente, la proyección se vuelve excesiva; es el caso de la psicosis. Se plantea, pues, que se produce una pantalla negativa cuya calidad y buen funcionamiento depende de la interiorización del objeto u objetos primarios. Interiorizar implica una dimensión de borrado o negativización del o de los objetos y, como hemos visto anteriormente, de manera más precisa de la actividad de la función encuadrante y de su regulación rítmica que ofrece un marco de íntima y adecuada relación entre la presencia y

la ausencia. Es, en este contexto y en la perspectiva de complejizar el modelo de funcionamiento de los primeros momentos de la vida, que se puede entender con mayor complejidad los procesos de proyección e identificación. La dimensión de actividad negativa o trabajo de lo negativo, como lo denomina Green, enriquece la manera de abordarlos. Y, como bien considera Lavallé, lo alucinatorio positivo es motor de todo contenido representativo posterior y lo alucinatorio negativo construye continente a las representaciones. También agrega un plano más respecto a la dinámica del dominio y la actividad a partir de la experiencia de satisfacción. Plantea que hay un primer nivel en el encuentro con el objeto de que es de satisfacción de recepción pasiva de estímulos que quedarán impresos como huellas ligadas al placer. Una vez que se da la operación de pantalla de la alucinación negativa y esas huellas se proyectan y el bebé se apropia de esa proyección en el marco de su pantalla, se genera una primera forma de dominio de la pulsión. Dominio en el sentido de la actividad propia del sujeto: primeros recursos que se oponen a la pura fuerza pulsional y a su circuito de satisfacción. *Se construyen, en forma activa, representaciones que se transforman en algo figurable y, por lo tanto, pensable. Esta precisión no es menor, ya que la clínica con niños autistas nos muestra las dificultades de pasivización (de no actividad) respecto del vínculo con todos los objetos, internos y externos.* El autor considera que, sobre esa base, se construye un primer nivel de constancia de las representaciones, ya que este dominio acoge y fija el fluir de los estímulos. La focalización que inmoviliza a partir de estas primeras experiencias perceptivas se da en repetición. Es un dominio inmovilizante que da constancia perceptiva. Esta repetición es fundamental para la constancia que da al Yo capacidad de funcionamiento. Y aquí nos advierte que la repetición idéntica es un arma de doble filo porque esa fijeza puede hacerle el juego a la pulsión de muerte (en el sentido de bloquear la objetualización o la capacidad creadora figurativa del sujeto). La constancia como fijación de la imagen será producida recién cuando las representaciones-palabras fijarán la imagen a la cosa y ya se puedan desplegar fantasías organizadas en mínimas verbalizaciones y luego

en narrativas. En un principio, este pensamiento en los orígenes consiste en una constancia relativa e inestable con alto desplazamiento de formas figurativas caóticas y de las investiduras (el garabato es una forma gráfica que nos permite comprender algo de esta circulación interna).

Introduce aquí Lavallé la problemática de la repetición que, si bien genera cierta constancia, también puede generar clausura. *Este es un eje muy importante en la discusión clínica, ya que se sugiere frecuentemente formas repetitivas en el encuadre para que los niños no se angustien y, a su vez, produce mayor grosor de la barrera o continente que no deja fluir el intercambio del afuera y el adentro.* Los niños muchas veces logran jugar con otros juguetes o desplegar alguna escena, pero en cada novedad se apegan y buscan una repetición indefinida del mismo juego. Cuando se propone alguna modificación, aunque pequeña, se desbordan, gritan y lloran. Pero es importante empujar a la novedad y apertura porque el riesgo de cierre se sostiene hasta que se logre mayor complejidad y estabilidad interna. El minucioso trabajo conceptual de Lavallé permite profundizar la *procesualidad* en la estructuración de las membranas psíquicas y pensarlas como un *modelo general de envoltura negativa* (producto de las mínimas distancias internas del pequeño sujeto). Se puede extender la propuesta a todos los modos sensibles que conforman la percepción y no solo a lo visual. Menciona la problemática de la calidad de la membrana en términos de *opacidad/transparencia*, donde el bucle interno puede romperse por vicisitudes de la función encuadrante.

Como referimos anteriormente, un exceso de ausencia o de presencia o ambas combinadas pueden alterar el ritmo regulatorio y romper la plasticidad de las membranas en estructuración. Un niño muy pequeño jugando solo mucho tiempo no construye autonomía, sino que repite el mismo juego (acumula y tira, hace filas o agrupa sin criterio o traslada cosas de un lado a otro) y esa repetición es no simbolizante. Cuando hay opacidad, se frena la capacidad proyectiva (no hay exteriorización por cierre) y cuando hay *transparencia*, se limita la introyección (no hay interiorización por exceso de apertura). En ambas situaciones, se perturba la dinámica

de pasaje de lo alucinatorio a lo representativo propiamente dicho. *En la búsqueda de comprensión del autismo vemos que la opacidad es la problemática de base de la envoltura perceptiva en estas dificultades. La actividad proyectiva que es transformadora de las percepciones cuando es insuficiente produce formas adhesivas y miméticas sin distancia ni diferenciación, como un collage perceptivo adherente alienador de la actividad del sujeto.*

En la opacidad, las pulsiones fracasan en la dinámica del doble circuito mencionado anteriormente, privando al sujeto de la realización alucinatoria del deseo. El autoerotismo y el despliegue de la fantasía se ve impedido. El Yo construye una barrera de para-excitación autónoma y la satisfacción se abre camino en las formas autocalmantes que son acciones repetitivas estereotipadas. Es en el quantum alucinador y la dinámica proyección – introyección que la pulsión deja restos representativos. *En la opacidad del autismo, se corta esta dinámica, se desinvisten las cadenas de representación y afecto, se cortan sus lazos y las formas de circuito corto de placer extinguen la fuerza y provocan calma, modificando la capacidad de investimento sustitutivo propio de la función objetalizante* (poner energía e interés en distintas actividades y objetos que dan placer sin cerrarse a formas únicas o de repetición). Se expresa en la actividad lúdica estereotipada que se repite en búsqueda de calma y no de curiosidad y exploración. Podemos hablar aquí de pulsión de muerte si la interpretamos en su dinámica de desinversión (retirar la energía o interés) y fijación y no de fuerza mortífera (el niño no busca novedad en los estímulos, sino calma y protección con un efecto empobrecedor para la vida). *Dar en la clave de la dinámica de estos procesos, sin apelar a fuerzas destructivas traumáticas trascendentes al psiquismo, nos permitirá hacer una intervención ligadora y objetalizante tan posible en estos primeros tiempos de la vida por la plasticidad psíquica.* La destructividad no deviene en forma automática de la pulsión (por intensidad o por déficit ligada a las fallas de los objetos parentales), sino de los procesos de estructuración del Yo cuando se produce desinversión o fijación.

El ritmo como dispositivo

Diversos autores han trabajado la dinámica que se da en los primeros tiempos de la vida del bebé como un dispositivo rítmico y la importancia de la oferta heterogénea y en continuidad-discontinuidad para sostener el ritmo en el vínculo. El ritmo se convierte en un movimiento estructurante del aparato psíquico y su ruptura produce alteraciones en ese proceso. Podemos citar a varios autores, entre ellos a Anne Denis y René Thom que han sido trabajados por Green (2001) para pensar la actividad lúdica como un dispositivo semiótico, cuyos niveles (motor, perceptivo, fonemático, de placer-displacer y metafórico) se articulan en la actividad del juego.

El ritmo de seguridad y el *Fort-Da*

Los dispositivos rítmicos se pueden considerar una forma pensable del vínculo entre los adultos que crían y el infante, donde la dinámica de la continuidad o discontinuidad es estructurante de ese espacio transicional (Winnicott, 1986). Ese espacio de apertura potencial no adquiere un funcionamiento autónomo o automático, sino que se da en el marco del encuentro-desencuentro con el objeto de que, en tanto no genere saltos bruscos, aprehende una regulación propia. Es lo que podemos observar en el juego del *Fort-Da* o *del carretel* (observación que hace Freud de su propio nieto en su cuna donde juega con un objeto atado a un hilo que tira fuera de la cuna y lo recupera en reiteradas oportunidades), donde la ausencia se sostiene en la alegría de la posible aparición del objeto y que se complejiza con la actividad del tirar- traer, los fonemas que acompañan y un incipiente tiempo y espacio en el ahora-después y aquí sí-aquí no, que conforman en palabras de Green, los niveles de un dispositivo semiótico, base de la creación de sentido. El ritmo del juego requiere ser sostenido por el adulto en los primeros tiempos de la vida para que se articulen los distintos niveles mencionados: nivel motor, nivel fonemático, nivel afectivo, nivel perceptivo y metafórico y que no haya predominio de uno solo o ausencia de otro. A veces, cuando los niños juegan solos pueden generar *pregnancia*; por ejemplo, en el nivel motor e impedir el despliegue de los demás niveles del dispositivo

lúdico (exceso de *pregnancia* con déficit de *saliencias* o cortes en términos de los sistemas que trabaja René Thom [1993]). Es lo que sucede, por ejemplo, con los niños que tiran los objetos excesivamente, donde se da un predominio de *pregnancia* en el nivel motor y de manera parcial, ya que el tirar no se acompaña del traer (o empujar, atajar, recibir). *El ritmo no es ni espontáneo ni automático y se puede desarticular con facilidad si el niño juega solo o no se interviene en la regulación. Es el ritmo que se rompe en los procesos autistas donde la alucinación negativa, un exceso de centración hacia dentro, corta la dinámica de placer perceptivo interno. Se desinviste (se abandona el interés) el polo perceptivo, deja de activarse la proyección y la sensibilidad táctil toma toda la sensibilidad del sujeto y el contacto se transforma en tacto de manera exclusiva. No se establece la dimensión del tirar porque el desprendimiento del objeto es insoportable. Se corta la percepción a distancia porque no hay ilusión en lo porvenir, solo la presencia absoluta y permanente de lo táctil genera constancia y estabilidad. La percepción a distancia es promesa de sentido, promesa de sensación y presencia. Es allí donde se rompe el ritmo de seguridad.* El ritmo de seguridad no deriva de la repetición mecánica en modos, horarios o variables constantes externas. Se constituye en la capacidad de la presencia en ausencia del lado del objeto, de transformar el contacto directo con el cuerpo en expectativa de encuentro perceptivo diverso y variado, en la oferta de percepción a distancia. La percepción a distancia debe ser investida para ser sostenida intrapsíquicamente (sonajeros y juegos de escondite dan cuenta de estos procesos). Se debe ir sustituyendo el predominio del contacto táctil con el cuerpo para pasar a un contacto perceptivo complejo. El ritmo requiere de la discontinuidad de la función del objeto que en la presencia debe hacer un trabajo de investimento (interés y curiosidad) de la percepción a distancia (auditiva-visual-propioceptiva fonatoria y *lenguajera*) para sustituir el predominio de lo táctil como pura presencia. En términos de Thom (1993), *pregnancia* de la distancia para tolerar la *saliencia* de lo no táctil. Y en la distancia, generar una continuidad donde esos recursos internos soporten la ausencia y anuncien el encuentro. La seguridad no se transmite solo como

afecto verbal o presencia. *La seguridad se liga a la ausencia y confianza en el porvenir. Ilusión de contacto y de presencia.*

Conclusiones

La idea central es pensar el trastorno perceptivo que se da en las problemáticas del espectro autista como una discontinuidad excesiva en el ritmo propio de la regulación necesaria para la crianza. Si enfatizamos en las formas de la oferta lúdica variada y consistente, entenderemos esas fallas tempranas que se inician como descoordinación y luego se fijan en déficits más o menos severos. La ruptura del ritmo lúdico es muy frecuente en estos tiempos. Falta de tiempo, exceso de presión adaptativa, falta de disposición al juego, oferta fácil de pantallas, generan formas excesivas de ausencia donde *el niño sabe jugar solo* o se le enseñan prematuramente letras y números para avanzar en su escolaridad y se pierde el juego con despliegue de la imaginación y la narrativa que requiere de mayor atención de parte de los adultos. La clínica nos muestra que no es necesario hablar de patología grave en los padres, sino de padres sometidos a los males de época. Es difícil que un niño que se cierra pueda abrirse y complejizar recursos. Sin embargo, esto es posible. Es un trabajo arduo, lento y con mucha presión social adaptativa. La clave hay que buscarla en la construcción compartida de los ritmos de crianza donde se construye la percepción. Los adultos han dejado de jugar, cantar o bailar en las formas propias de la primera infancia. Cantar no es lo mismo que poner una canción en el móvil. Es ritmo, es voz humana directa, placer y sentido compartido. El pensamiento clínico nos permite entender en proceso la creación del pensamiento en los orígenes y elaborar herramientas clínicas que prioricen los despliegues subjetivos y no un adiestramiento *de-subjetivante* al servicio de modelos médicos o pedagógicos que cumplen protocolos estereotipados y vacíos.

Bibliografía

- Anzieu, D. (2007). *El Yo piel*. Biblioteca Nueva.
- Aulagnier, P. (1994). *Un intérprete en busca de sentido*. Siglo veintiuno editores.
- Castoriadis, C. (1989). *La institución imaginaria de la sociedad*. Vol 2. Editorial Tusquets.
- Derrida, J. (1985). *La voz y el fenómeno*. Editorial Pre-textos.
- Thom, R. (1993). Saliencia y pregnancia. En *El inconsciente y la ciencia*. Argentina: Editorial Amorrortu.
- Fernández Savater, A. y otros (2023). *El eclipse de la atención*. Ned ediciones.
- Freud, S. [1895] (1973). Proyecto de una psicología para neurólogos. En *Obras Completas, Vol. 1* Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 209-256.
- Green, A. (1994). *De locuras privadas*. Amorrortu editores.
- Green, A. (1995). *Trabajo de lo negativo*. Editorial Amorrortu.
- Green, A. (1996). *La metapsicología revisitada*. Editorial Eudeba.
- Green, A. (1999a). Sobre la discriminación e ind discriminación afecto-representación. *Revista de Psicoanálisis*, 56(1), 12-71.
- Green, A. (1999b). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Amorrortu editores.
- Green, A. (2001). *El tiempo fragmentado*. Editorial Amorrortu.
- Green, A. (2003). *Ideas directrices para un Psicoanálisis Contemporáneo*. Amorrortu Editores.
- Green, A. (2014). *¿Por qué las pulsiones de destrucción o de muerte?* Amorrortu editores.
- Green, A. y Urribarri, F. (2015). *Del pensamiento clínico al paradigma contemporáneo*, Amorrortu editores.
- Lavallé, G. (2001). *La envoltura visual del Yo*. Biblioteca Nueva.
- Liotard, J. F. (1990). *Economía libidinal*. Fondo de Cultura económica.
- Piaget, J. e Inhelder, B. (1969). *Psicología del niño*. Ediciones Morata, 1981.
- Sverdlik, M. (2010). *La creación del pensamiento en los orígenes*, Teseo editorial.
- Sverdlik, M. (2014). Oposición y desafío en los niños. Reflexiones acerca de las vicisitudes del yo en la infancia. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 24, 45-54.
- Tustin, F. (1987). *Barreras autistas en pacientes neuróticos*. Amorrortu editores.
- Urribarri, F. (2011). André Green: pasión clínica, pensamiento complejo. *Revista de Psicoanálisis*, 68(23), pp. 365-393.
- Winnicott, D. (1986). *Realidad y juego*. Gedisa editorial.

Implementación de pruebas audiológicas en atención precoz

SERGIO MARTÍN TARRASÓN^{12A}, EVA COMAS VALLS^{13A},
MARTA GALVAN MANSO^{4A} Y POL PENALVA FALGUERA^{3A}

RESUMEN

Implementación de pruebas audiológicas en atención precoz. Desde el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP) del Maresme, hemos organizado un proyecto en el que implantamos la aplicación de pruebas audiológicas dentro de la cartera de recursos asistenciales que ofrecemos en nuestro servicio. Al ser un servicio público, pretendemos ofrecer un recurso asistencial muy necesario a una edad tan temprana, cuyos resultados pueden variar considerablemente nuestra intervención y el potencial de desarrollo del niño. En este artículo presentamos la construcción y organización del proyecto, en nuestra primera realización: la timpanometría en atención temprana. **Palabras clave:** atención precoz, pruebas audiológicas, timpanometría.

ABSTRACT

Implementation of audiological tests in early care. From the Center for Child Development and Early Care del Maresme (CDIAP), we have organized a project in which we implement the application of audiological tests within the portfolio of care resources that we offer in our service. Being a public service, we intend to offer a much-needed assistance resource at such an early age, the results of which can vary considerably our intervention and the developmental potential of the child. In this article we present the construction and organization of the project, in our first realization: tympanometry in early care. **Key words:** early care, audiological tests, tympanometry.

RESUM

Implementació de proves audiològiques en atenció precoç. Des del Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (CDIAP) del Maresme, hem organitzat un projecte en el qual implantem l'aplicació de proves audiològiques dins de la cartera de recursos assistencials que oferim en el nostre servei. Al ser un servei públic, pretenem oferir un recurs assistencial molt necessari a una edat tan primerenca, els resultats del qual poden variar considerablement la nostra intervenció i el potencial de desenvolupament de l'infant. En aquest article, presentem la construcció i organització del projecte, en la nostra primera realització: la timpanometria en atenció primerenca. **Paraules clau:** atenció precoç, proves audiològiques, timpanometria.

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

Por lo tanto, atendemos habitualmente a niños y niñas de estas edades con dificultades en el desarrollo del habla y del lenguaje, o con sintomatología en su desarrollo global, que puede hacer pensar en la necesidad de valorar

objetivamente su audición, o la funcionalidad de su aparato auditivo o del oído medio.

Teniendo en cuenta la realidad socioeconómica de la población a la que atendemos, y la gran diferencia entre los recursos asistenciales públicos y privados a los que tienen acceso, hemos decidido iniciar nuestro propio recorrido como servicio de atención pública en cuanto a la implementación de pruebas audiológicas. Pretendemos mejorar la detección precoz de las dificultades auditivas, mejorando así las expectativas pronósticas de los niños que atendemos.

¹Psicólogo Sanitario ²Psicoterapeuta ³Logopeda ⁴Neuropediatra ^ACDIAP del Maresme (Mataró, Barcelona).
Contacto: smartin@fundaciomaresme.cat

Recibido: 15/6/23 - Aceptado: 27/7/23

Se pueden consultar otros trabajos donde se resalta la gran importancia de la detección precoz en edades propias de la atención temprana, tanto para el tratamiento de las dificultades audiológicas como para el desarrollo del habla y el lenguaje (Benito y Silva, 2013; Cárdenas, 2019; Delgado, 2011; Létourneau y Blanch, 2009; Monsalve y Núñez, 2006; Núñez et al., 2020; Pellicer y Pumarola, 2001).

En este artículo presentamos una primera parte de nuestra publicación, que incluye desde la organización inicial del proyecto hasta el momento de iniciar la aplicación de las primeras pruebas audiológicas en nuestro servicio: las *timpanometrías*.

Esta técnica permite que detectemos precozmente las hipoacusias de transmisión. No es una prueba que evalúe globalmente la audición del niño, sino que evalúa si el sonido se transmite adecuadamente a través del tímpano.

La timpanometría es, por tanto, una prueba objetiva para evaluar el funcionamiento del oído medio y de la membrana timpánica (C.E.A.F., 2007). No es una prueba de audición sino más bien una medida de la transmisión a través del oído medio. La prueba no debe ser usada para evaluar la sensibilidad de la escucha, y los resultados de esta prueba pueden idealmente complementarse con una audiometría.

La timpanometría es un componente importante en la evaluación audiométrica.

En un segundo artículo, que publicaremos en esta misma revista, comunicaremos el análisis de los datos recogidos y una evaluación objetiva de los tiempos cronológicos reales de nuestra intervención.

Tratando de ser respetuosos con los procedimientos e intervenciones del resto de los servicios públicos y privados implicados, vamos a tratar de explicar los motivos que han movido este proyecto, similar a los que ya están en marcha en otros servicios de atención precoz en Cataluña.

Organización del proyecto

En nuestra experiencia clínica, constatamos que tanto en las entrevistas de acogida, como en las observaciones diagnósticas y los tratamientos, sea desde logopedia o desde otras

especialidades, es habitual identificar sintomatología relacionada con el desarrollo del habla y del lenguaje, o sintomatología global que podría estar relacionada con las dificultades de audición.

En este contexto asistencial real, habitualmente aconsejamos la exploración por parte de un otorrinolaringólogo (el especialista, en adelante ORL). Ésta es la derivación que consideramos necesaria, y el actual proyecto no pretende modificar este recorrido asistencial. Consideramos condición *sine qua non* la derivación al ORL antes de ofrecer la posibilidad de realizar una prueba audiológica en nuestro servicio, el CDIAP del Maresme.

En nuestra experiencia clínica, actualmente, cuando proponemos a una familia la derivación al ORL, esta derivación tiene un recorrido cronológico muy diferente en los casos de las familias que tienen acceso a recursos privados (en los que, en cuestión de semanas, puede estar terminada la exploración), respecto de las familias que consultan por la vía de los servicios públicos, donde pueden pasar fácilmente entre ocho y doce meses hasta que el niño haya realizado el proceso necesario, o incluso más. En estos últimos casos en que la asistencia se da en los servicios sanitarios públicos, el recorrido es el siguiente:

1. Desde el CDIAP hacemos una carta en la que proponemos a pediatría de salud pública la derivación al ORL.
2. La familia consulta con pediatría y se realiza la derivación.
3. Tiempo de espera hasta tener hora con ORL.
4. Tiempo de espera para poder realizar las pruebas que el ORL considere necesarias y/o la intervención farmacológica adecuada.
5. Tiempo de espera para tener acceso a los resultados de dichas pruebas o intervenciones farmacológicas.
6. Tiempo de espera para poder obtener el informe escrito.
7. Tiempo de espera para la visita de control con el ORL, para valorar el tratamiento.

Esta derivación al ORL es bastante habitual en nuestro servicio, y de hecho la consideramos necesaria para aquellos casos donde la sintomatología sugiere esta exploración. La mayoría de las veces, el objetivo es el de descartar que no

haya alteraciones en la audición susceptibles de estar provocando la sintomatología en el desarrollo focal o global.

Sin embargo, en ocasiones, cuando se confirman las dificultades de transmisión del sonido por el conducto auditivo, este hecho modifica substancialmente nuestra intervención, al igual que modifica necesariamente la forma de entender el desarrollo del niño y la forma en que la familia direcciona el esfuerzo de la crianza.

La pérdida de audición en la fase de adquisición del lenguaje, transitoria o permanente, puede provocar, entre otras: dificultad para crear conceptos; información fragmentada de la realidad; dificultad de acceso al lenguaje, que es el medio que nos ayuda a relacionarnos y acceder al conocimiento; aislamiento social.

La detección y la intervención precoz permite al niño establecer caminos alternativos con su entorno; estructurar su pensamiento; facilitar la socialización y evitar el aislamiento; facilitar el acceso a los aprendizajes; aumentar la autoestima.

La detección precoz puede evitar que un retraso en el desarrollo del lenguaje se convierta en un trastorno en un futuro próximo.

En el recorrido habitual que realiza el niño para acceder a esta exploración, se pueden acumular una serie de intervenciones terapéuticas:

1. Visita a pediatría para pedir la derivación a la ORL.
2. Primera visita con el ORL.
3. Si se considera necesario, se realizan pruebas específicas (timpanometría, audiometría, potenciales evocados auditivos de tronco cerebral [PEATC], otoemisiones, radiografía, etc.).
4. Si se considera necesario, se realiza un primer tratamiento (mucolíticos, antihistamínico, antibiótico...).
5. Visita de control a los tres meses, para valorar la efectividad de la intervención farmacológica.
6. En función de la progresión se pueden realizar más pruebas, o plantearse una intervención quirúrgica, u otras técnicas o dispositivos menos habituales.

Desde el punto de vista de los terapeutas, la diferencia temporal entre el recorrido en servicios públicos y privados acaba condicionando mucho nuestra intervención, y añade una

considerable incertidumbre pronóstica.

En este contexto, desde el CDIAP del Maresme, nos hemos organizado para realizar pruebas audiológicas en nuestras instalaciones. Estas pruebas entrarían dentro de nuestra cartera de servicios y, por tanto, no supondrían ningún coste para las familias, al igual que el resto de nuestras intervenciones.

Actualmente, ofrecemos la posibilidad de realizar la prueba que pide menos colaboración por parte del niño, y que por tiempo de aplicación es la más viable asumir: la timpanometría.

Esta iniciativa se inspira en el reto de ajustar aún más nuestros recursos a las necesidades reales de las familias a las que atendemos.

Nos gustaría subrayar que, implementando este proyecto, nos añadimos a un grupo de servicios de atención precoz que hace tiempo que han iniciado un recorrido similar.

Estructura del proceso

La aplicación técnica de una timpanometría requiere de una serie de recursos que son compatibles con nuestra estructura asistencial y con la edad de nuestros usuarios.

La timpanometría se realiza con un pequeño aparato que no requiere de insonorización de la estancia. La toma de la medida se realiza en muy poco tiempo, unos cinco segundos en cada oído.

Y algo que es especialmente importante: no requiere la colaboración o la respuesta intencional del niño.

Este aparato está apoyado en un *software* específico que permite volcar la información en un ordenador preparado previamente, y generar informes profesionalizados. Teniendo en cuenta el tiempo de que disponemos para atender a cada niño, habitualmente unos 45-50 minutos, este recurso nos permite entregar el informe de la timpanometría de forma inmediata, en la misma visita, y añadirlo a la historia clínica del niño como el resto de los documentos e informes asistenciales.

En Cataluña, la mayoría de CDIAP usamos la plataforma online de la Unión Catalana de Centres de Atenció Precoz (UCCAP).

En nuestro caso, en el CDIAP Maresme, contamos con una variable que nos parece fundamental: nuestra neuropediatra, la Dra. Galván,

es médico y pediatra de formación, tiene formación y experiencia en una unidad de cuidados intensivos (UCI) pediátrica, y posteriormente realizó su formación en neurología infantil. De esta manera, está capacitada para interpretar los resultados de la timpanometría y, más importante aún, decidir una intervención farmacológica inicial ajustada a las necesidades de cada caso, teniendo en cuenta los resultados de la prueba objetiva.

En las figuras 1 y 2 del anexo, mostramos un diagrama de flujo donde se explicita el recorrido interno que ha de seguir cada caso para la realización de una timpanometría en nuestro servicio, en función de la fase asistencial y de la especialidad de atención.

Antes de consultar el diagrama, señalamos algunas características de este, o del procedimiento que hemos construido.

El procedimiento respeta una primera condición *sine qua non* para realizar la timpanometría: siempre se hará la derivación al ORL del servicio sanitario público de referencia (tal y como venimos haciendo), que es el especialista y el referente para estos casos. Será quien tendrá que valorar en última instancia la evolución del niño y valorar si existe la necesidad de realizar otras pruebas.

Una segunda condición *sine que non* es que para realizar una timpanometría en nuestro servicio, ésta tiene que estar avalada o aconsejada por un logopeda o neuropediatra de nuestro equipo.

Si desde cualquier otra especialidad (psicología, psicomotricidad, fisioterapia, trabajo social, etc.) se considera que un niño es susceptible de pasar esta prueba, tendrá que solicitar una visita de valoración por parte de un logopeda del equipo.

En el diagrama, nos referimos a una “Visita larga de neuropediatría” (figura 1 del anexo), a una visita de duración estándar en nuestro servicio. Actualmente, la duración máxima de estas visitas es de unos 50 minutos, y son visitas que pueden tener una función de primera visita en neuropediatría o de control en neuropediatría. En ambas, además de la exploración global del niño y de su desarrollo, se puede incluir la realización de una timpanometría cuando así lo explicita el procedimiento y la solicitud del equipo.

Nos referimos a una “Visita corta de neuropediatría” (figura 2 del anexo) a visitas de 30 minutos de duración, que se han reservado en la agenda de la neuropediatría exclusivamente para la realización de timpanometrías. Actualmente, se han reservado, semanalmente, dos visitas de 30 minutos para este fin. Estas son visitas donde no se realiza la exploración global del niño y de su desarrollo, puesto que el equipo considera que el niño no presenta sintomatología clínica que lo justifique. Al presentar solamente sintomatología relacionada con el desarrollo del habla y el lenguaje, y ante la sospecha de dificultades en la audición, se considera suficiente la realización de la timpanometría y el proceso terapéutico consiguiente a ésta.

Nos gustaría subrayar que, con la estructuración de este procedimiento, hemos decidido dar un sólido protagonismo a las especialidades de logopedia y neuropediatría en el CDIAP, y hemos querido respetar escrupulosamente la atención desde la sanidad pública, y sobre todo desde la especialidad de otorrinolaringología.

¿Cuáles son las ventajas terapéuticas de pasar esta prueba en el CDIAP?

En caso de que la timpanometría salga “no alterada”. En este caso no es necesario continuar con nuestra intervención en términos auditivos. Sin embargo, siempre se mantendrá la derivación al ORL para que sea el especialista quien valore la necesidad de realizar más exploraciones, pruebas, intervenciones, etc. Hemos de tener en cuenta que la función del especialista sigue siendo la de valorar otras hipótesis, como por ejemplo la de una hipoacusia neurosensorial. En este caso, en la primera visita con el ORL, la familia podría ir con nuestro informe, en que constaría una timpanometría ya realizada. En este sentido, el especialista tendrá más información disponible de la que tendría en el procedimiento habitual de su primera visita. Desde el CDIAP, continuaríamos con nuestra intervención terapéutica habitual, pero sabiendo que la timpanometría ha mostrado resultados sin alteración.

En caso de que la timpanometría salga “alterada”. Iniciaremos nuestra intervención a la espera de que el niño tenga la visita con el ORL. Nuestra neuropediatra, teniendo en cuenta los

resultados de la prueba audiológica objetiva, la información aportada por la familia y la exploración física del niño, puede valorar la necesidad de una intervención farmacológica e indicarla a la familia (antibiótico, antihistamínico, mucolíticos, etc.). De este modo, gracias a nuestra intervención, cuando el niño llegue a la primera visita con el ORL de la sanidad pública, podrá ir con:

- Un informe del CDIAP de la primera timpanometría, que ha salido alterada, y la indicación farmacológica realizada.
- La realización de la primera intervención farmacológica (mucolítico, antihistamínico, antibiótico...)
- Un segundo informe con los resultados del control de audición posterior (segunda timpanometría), y la progresión identificada a raíz de la intervención farmacológica.

Conclusiones

Entendemos que éste es un proyecto eminentemente ecológico, en el que nuestra intervención no condiciona a ningún servicio, y que se basa en la búsqueda de una estrategia *win-win*, donde todas las partes salgan ganando:

- Las familias sin recursos pueden acceder, de forma mucho más rápida, a una prueba que habitualmente se les solicita.
- El niño puede recibir una intervención terapéutica y farmacológica ajustada a sus necesidades reales y al tiempo cronológico más adecuado a su etapa evolutiva.
- Desde el CDIAP progresamos en el reto de ayudar significativamente a las familias que atendemos.
- Desde los servicios públicos de Sanidad, nuestra intervención permite aligerar la carga asistencial y avanzar en la exploración de estos niños.
- Desde ORL, se dispone rápidamente de más información con la que realizar sus funciones como especialistas y referentes.

Toda esta información, y el proceso realizado a través de la neuropediatra de nuestro servicio, ahorrará mucho tiempo de espera a familias con pocos recursos, y ofrecerá mayores posibilidades de éxito a nuestra intervención, a los esfuerzos de la familia y escuela, y al potencial de desarrollo del niño.

Desde nuestro equipo de logopedas se considera que, si sabemos que un niño muestra una timpanometría alterada, y existe una intervención farmacológica adecuada, estos hechos mejoran sustancialmente nuestra intervención. Es decir, nos da mayor posibilidad de éxito asistencial.

Nuestra intervención, en términos cronológicos, esperamos que tenga una duración total aproximada de tres a cinco meses:

- El tiempo de espera para pasar una primera timpanometría varía según la sintomatología identificada. En los casos globales, de uno a dos meses para tener una primera visita con la neuropediatra, en la que se realizaría una exploración global del niño y también la timpanometría. En los casos en que sólo haya sintomatología de retraso de habla y lenguaje, 15-30 días de espera para poder realizar una visita exclusivamente para pasar la timpanometría.
- Entre dos y tres meses que incluyen la aplicación del tratamiento farmacológico y la valoración de su eficacia, con la realización de una segunda timpanometría.

En consecuencia, atender en el CDIAP a los niños cuyas familias irían al ORL a través del servicio público de Sanidad, tendría bastante sentido en términos cronológicos. Y, por otra parte, las familias que prefieran o puedan consultar al ORL a través de mutua u otros servicios privados, potencialmente pueden tener la visita programada con el ORL a unas dos semanas vista, recibiendo una valoración directamente con el especialista. Por tanto, nuestra intervención no tendría ni tanto sentido ni tanta utilidad.

Hemos limitado nuestra intervención con otra condición previa: cualquier niño que ya esté siendo controlado o atendido por un ORL no será apto para que se le realice una timpanometría en nuestro servicio. Entendemos que en este caso estaríamos doblando recursos, o entorpeciendo la intervención del especialista.

En base a la experiencia clínica en este formato, y a los resultados obtenidos en nuestra intervención global, como ya se ha mencionado en este documento, valoraremos la forma más adecuada de consolidar y también hacer más eficaz nuestro proyecto.

Este es nuestro primer paso como institución

en el reto de poder implementar el uso de técnicas audiológicas en nuestro servicio. Un tipo de técnicas que, por otra parte, consideramos de uso cotidiano en la atención a nuestros usuarios, aunque se realicen desde otros servicios.

Estamos valorando varias iniciativas respecto a la posibilidad de ampliar nuestra cartera de servicios en este proyecto, pero desde luego el primer paso tiene que ser el de valorar la experiencia con la perspectiva del tiempo y de los resultados reales de nuestra intervención en términos cronológicos y clínicos.

Añadiríamos que nuestro servicio, el CDIAP del Maresme, se compone de tres antenas: CDIAP de Mataró, CDIAP del Masnou, y CDIAP de Arenys de Mar. Este hecho se debe a la idiosincrasia de la comarca en la que intervenimos, el Maresme, una comarca alargada que implica más dificultades de desplazamiento para las familias. En este contexto, una de las propuestas para consolidar nuestra intervención será la de ampliar la realización de timpanometrías a las tres antenas. En la experiencia inicial actual se centraliza la realización de estas pruebas en Mataró, donde acudirán las familias que atendemos desde las tres antenas.

Para ello, además de la intervención inicial, pretendemos formar y consolidar el aprendizaje del equipo de terapeutas. Estos esfuerzos se centrarán especialmente en el equipo de logopedas.

En la actualidad, desde el Equipo de Logopedia y la Comisión de Pruebas Audiológicas del CDIAP del Maresme, consideramos que la figura del logopeda deberá tener una importancia progresivamente mayor en este proyecto. En este sentido, hemos promovido la formación especializada en el conocimiento y la interpretación de los resultados de las timpanometrías, con la formación en “Hipoacusia infantil: Evaluación auditiva infantil”, del Hospital Sant Joan de Déu. En este curso se amplían los conocimientos en el uso y la interpretación de resultados de las timpanometrías, y también el aprendizaje de otras técnicas de valoraciones audiológicas, subjetivas y objetivas, que podrían implementarse a la larga en nuestro servicio.

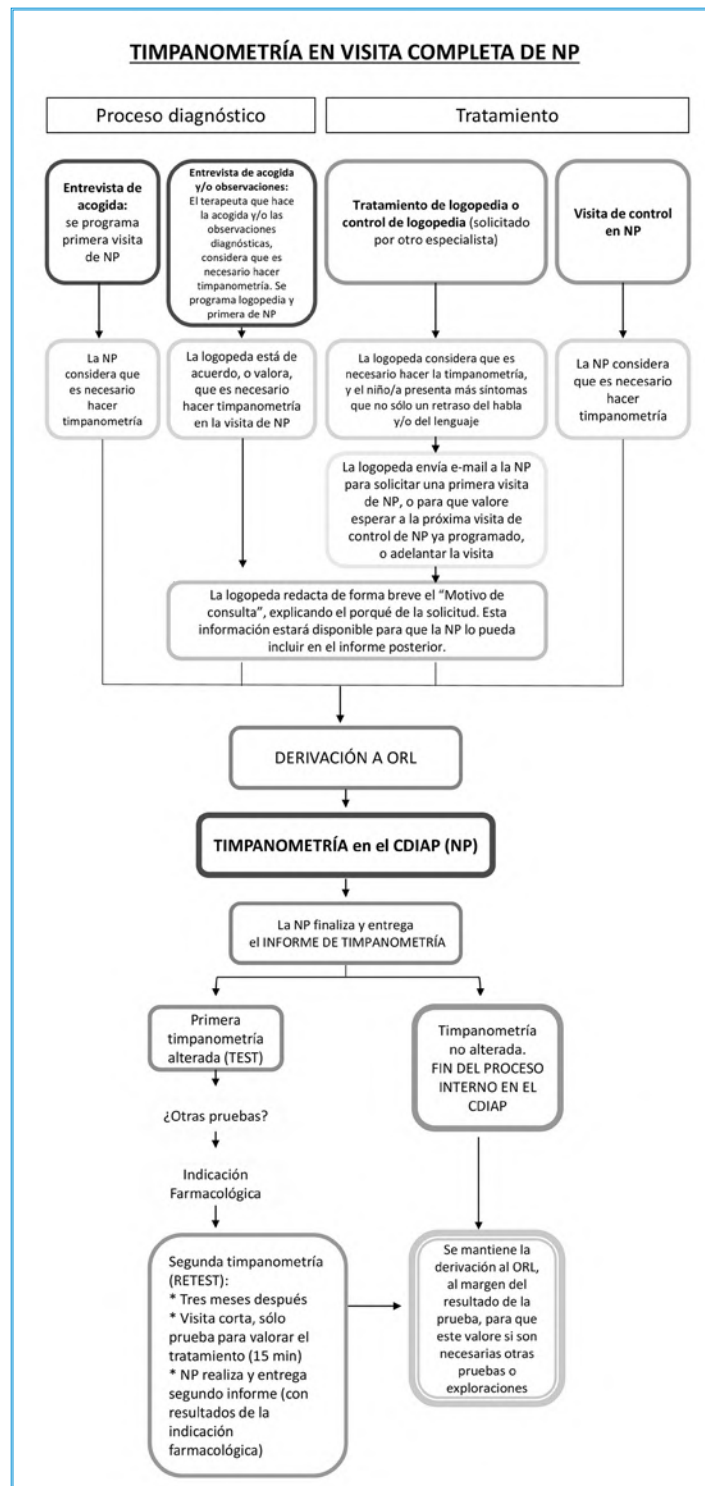
De esta manera, estamos generando las condiciones para poder plantearnos una progresión y ampliación en nuestra oferta asistencial, desde un servicio público como somos los CDIAP.

Bibliografía

- Benito, J. I. y Silva, J. C. (2013). Hipoacusia: identificación e intervención precoces. *Pediatría Integral*, XVII(5), 330-342.
- Cárdenas, N. (2019). Atención temprana en el niño sordo, modelos y propuestas de intervención. *Revista de estudios de lenguas de signos*, 1, 238-268.
- Comité Español de Audiofonología (C.E.A.F.) (2007). *Manual Técnico para la utilización de la guía para la valoración integral del niño con discapacidad auditiva*. Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Delgado, J. (2011). Detección precoz de la hipoacusia infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, XIII(50).
- Létourneau, M. y Blanch, E. (2009). La valoración audiológica de los niños: de la técnica a la observación. *Revista Desenvolupa*, 30. Recuperado de: <http://www.desenvolupa.net/index.php/Ultims-Numeros/Numero-30-2009/La-valoracion-audiologica-de-los-ninos-de-la-tecnica-a-la-observacion-Manon-Letourneau-Estefania-Blanch>
- Monsalve, A. y Núñez, F. (2006). La importancia del diagnóstico e intervención temprana para el desarrollo de los niños sordos. Los programas de detección precoz de la hipoacusia. *Psychosocial Intervention*, 15(1).
- Núñez, F. et al. (2020). Actualización de los programas de detección precoz de la sordera infantil: recomendaciones CODEPEH 2019 (Niveles 2, 3 y 4: diagnóstico, tratamiento y seguimiento). *Revista Española de Discapacidad*, 8(1), 219-246.
- Pellicer, M. y Pumarola, F. (2001). Hipoacúsia: de la sospita al tractament (I). *Pediatría Catalana*, 61, 177-184.

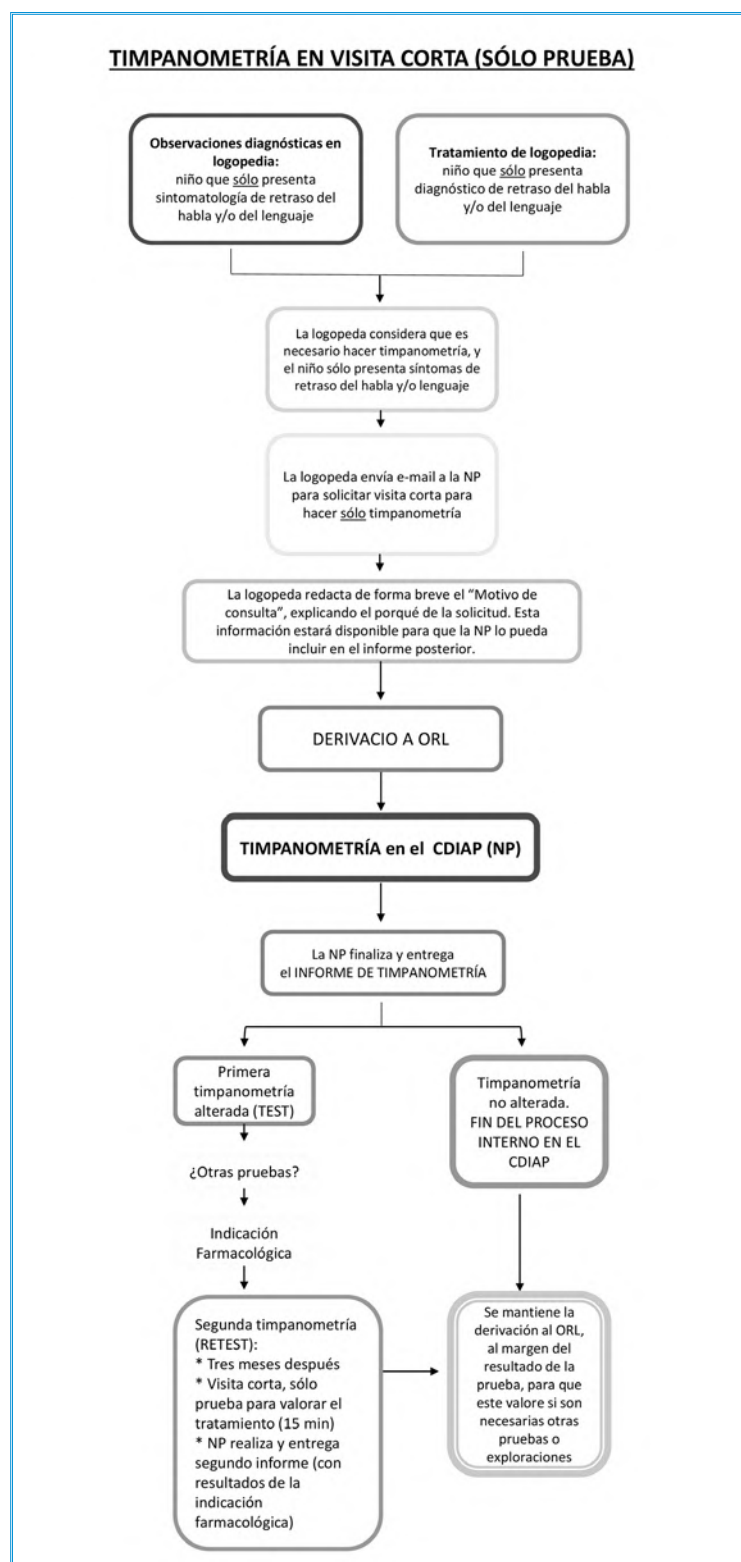
Anexos

Figura 1. Timpanometría en visita completa de neuropediatría



NP: neuropediatra

Figura 2. Timpanometría en visita corta (solo prueba)



Mantener al niño en la mente de los padres: tratamiento basado en mentalización en familias centrado en el niño

TUULIKKI TRIAS¹

RESUMEN

Mantener al niño en la mente de los padres: tratamiento basado en mentalización en familias centrado en el niño. El tratamiento basado en la mentalización en familias (MBT-F) es una intervención de corta duración, que apoya a la familia para que tome consciencia de sus formas de interpretar los estados mentales de uno mismo y de los demás. En la terapia familiar centrada en el niño, hacer visible las necesidades del niño e intentar comprenderle forma el núcleo del trabajo terapéutico. Tiene como objetivo explorar los estados mentales e intenciones del *niño-en-la-mente-de-los-padres*, tener en cuenta la mente del niño con curiosidad, de manera lúdica, aquí y ahora. **Palabras clave:** apego, familia, función reflexiva, mentalización, tratamiento basado en mentalización.

ABSTRACT

Keeping the child in the parent's mind: mentalization-based treatment in child-centered families. Mentalization Based Treatment in families (MBT-F) is a short-term intervention that supports the family so that its members become aware of their ways of interpreting the mental states of their own and others. In child-centered family therapy, making the child's needs visible and trying to understand him/her forms the core of therapeutic work. The objective is to explore the mental states and intentions of the *child-in-the-mind-of-the-parents*, to take into account the mind of the child with curiosity, in a playful way, here and now. **Keywords:** attachment, family, reflective function, mentalization, treatment based on mentalization.

RESUM

Mantenir el nen a la ment dels pares: tractament basat en mentalització en famílies centrat en el nen. El tractament basat en la mentalització en famílies (MBT-F) és una intervenció de curta durada, que dona suport a la família perquè prengui consciència de les formes d'interpretar els estats mentals d'un mateix i dels altres. A la teràpia familiar centrada en el nen, fer visible les necessitats del nen i intentar comprendre'l forma el nucli del treball terapèutic. Té com a objectiu explorar els estats mentals i intencions del *nen-a-la-ment-dels-pares*, tenir en compte la ment del nen amb curiositat, de manera lúdica, aquí i ara. **Paraules clau:** aferrament, família, funció reflexiva, mentalització, tractament basat en mentalització.

Introducción

Iker, de 8 años, y su familia consultaron a un centro de salud mental por problemas de comportamiento en casa y en el colegio. Desde hacía un par de años, Iker no hacía caso, contestaba mal, estaba irritable y a menudo su ira era tan grande que gritaba, daba patadas a la pared y

había llegado a pegar a su madre. La madre explicaba, con lágrimas en los ojos, que Iker tenía también grandes problemas en el colegio. No presentaba sus deberes, no prestaba atención en la clase y había suspendido varias asignaturas. A menudo, estaba castigado por haberse peleado con sus compañeros en el patio. El padre comentó que Iker, antes, era un niño dócil,

¹MD, PhD. Psiquiatra y psicoterapeuta especializada en niños y adolescentes. Psicoanalista del IPB de la SEP. Terapeuta y supervisora acreditada en MBT-F en Anna Freud Centre, Londres. Profesora y Supervisora acreditada en Psicoterapia enfocada en la transferencia (TFP) por ISTFP.

Contacto: tuulikki.trias@gmail.com

Recibido: 14/2/23 - Aceptado: 19/9/23

pero se había convertido en un niño maleducado. Iker no sabía entretenerse solo, se aburría en casa después del colegio y no dejaba de molestar a su madre, que quería hacer las tareas de casa con tranquilidad. Antes, Iker pasaba las tardes en la compañía de su abuelo materno después del colegio. Iban a montar a bicicleta al río, merendaban juntos, hablaban de todo.

El abuelo había fallecido hacía dos años. Iker contaba llorando que lo echaba mucho de menos. La madre, también llorando, se quejó de que ya habían pasado dos años y que todavía lloraba como un niño pequeño. La madre contaba, quejándose, que ahora que Iker no podía pasar tardes con sus abuelos, ella se veía obligada a acudir antes a casa y, además, tenía que tolerar su conducta. Habían recibido tratamiento anteriormente, tratando de aplicar diferentes maneras de manejar la conducta indeseable de su hijo, desde castigos hasta premios, sin éxito. Iker estaba diagnosticado de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y recibía tratamiento farmacológico, también sin éxito.

Es evidente que la situación es difícil por el fracaso del niño en varios ámbitos en su vida; familiar, social y escolar. Se detecta una capacidad baja de los padres para mentalizar, es decir, de tener curiosidad de entender los pensamientos del otro, ponerse en lugar del otro, tener en su mente al niño más allá de su comportamiento molesto. *No tienen a la mente del niño en su mente*. También se ve que los padres no son conscientes de sus propios estados mentales, y cómo sus dificultades afectan a su propia conducta. Debido a su dificultad de pensar y tolerar emociones dolorosas, no han podido elaborar duelos tales como la pérdida de abuelo materno. Iker también manifiesta importantes dificultades para mentalizar: en vez de poder verbalizar su malestar emocional, lo manifiesta a través de conductas disruptivas. Los padres no tienen en cuenta las necesidades evolutivas del niño y el hecho de que un niño con TDAH requiere mayor capacidad de los padres para ayudar en la regulación emocional y control de impulsos. El terapeuta propone una *terapia basada en la mentalización en familia* (MBT-F).

El enfoque basado en la mentalización considera que muchos problemas emocionales y conductuales son esencialmente de naturaleza

relacional. El objetivo de la MBT-F es fomentar la conciencia de los miembros de la familia de sus propios estados mentales y los de los demás y promover habilidades relacionadas con la mentalización, como la comunicación y la resolución de conflictos. Se trata de ayudar a las familias y a sus miembros individuales a cambiar las interacciones coercitivas y no mentalizantes en comunicaciones e interacciones basadas en la mentalización, con el objetivo de aumentar la confianza entre los hijos y los padres.

La capacidad de asimilar lo que otros nos comunican como algo que tiene relevancia personal mejora en gran medida nuestra capacidad de adaptación frente a situaciones desafiantes: la *resiliencia*. Por eso, se la considera un factor protector en la salud mental y el funcionamiento social. El objetivo de este enfoque terapéutico consiste en fomentar el proceso natural de la familia para resolver problemas relacionales, interesándose genuinamente por las experiencias emocionales y los puntos de vista de uno mismo y de los demás.

En el caso de Iker, se trataría de comprender que su mal comportamiento es una señal de sus estados mentales que no pueden ser verbalizados, comprendidos y contenidos, como, por ejemplo, de su malestar emocional, echar de menos a su abuelo, sentirse rechazado por una madre ausente -tal vez deprimida-, estrés en el colegio, falta de amistades, una manera de conseguir atención, de su propia depresión, etc.

La mentalización es un proceso social que se desarrolla en el contexto de las relaciones de apego tempranas y las interacciones con los demás, y su calidad está muy influenciada por la capacidad de mentalizar de quienes nos rodean. Esta experiencia de ser mentalizados por otros se interioriza y potencia nuestra propia capacidad de involucrarnos en relaciones sociales. La relación entre el apego y la mentalización, la experiencia de que el otro responda de manera sensible, potencia un apego seguro.

La MBT-F es lúdica y utiliza muchas actividades de juego. Mentalizar requiere una apertura imaginativa. Los juegos suelen facilitar una interacción de confianza y unión. Para niños, es importante tener experiencias en las que sus padres disfruten cuando están con ellos: esto

puede ser un factor más significativo en el desarrollo de un buen objeto interno.

En este artículo voy a presentar un trabajo de MBT-F centrada en niños, que sigue la tradición del modelo desarrollado en el Anna Freud Center (Asen y Fonagy, 2012, 2021; Midgley y Vrouva, 2012).

¿Qué es mentalizar?

Mentalizar es un tipo de actividad mental imaginativa que nos ayuda a dar sentido al comportamiento de uno mismo y de los demás sobre la base de estados mentales intencionales como deseos, sentimientos y creencias, necesidades, deseos, objetivos, propósitos, miedos, razones, etc. (Bateman y Fonagy, 2012).

La capacidad de mentalizar nos ayuda a predecir y dar sentido a las acciones de los demás; inferir los estados mentales intencionales que las causan nos ayuda a comprendernos a nosotros mismos y a los demás. Nos ayuda a imaginar los estados internos que subyacen a los comportamientos y las reacciones de los demás, así como el impacto de nuestras propias reacciones en ellos. Una persona que mentaliza tiene la voluntad de comprender las acciones de los demás y de uno mismo en términos de pensamientos, deseos, sentimientos y anhelos. Es una capacidad profundamente social que tiene un papel clave en la construcción de puentes en la comunicación y en la experiencia de la resiliencia. Es decir, entender por qué una persona se comporta de una determinada manera imaginando lo que está pasando en su mente, o preguntándolo (Bateman y Fonagy, 2012).

El trabajo terapéutico Basado en la Mentalización

El Trabajo terapéutico Basado en la Mentalización (MBT) es un modelo de trabajo terapéutico inicialmente diseñado para adultos con trastornos límite de personalidad (Bateman y Fonagy, 2013). Ha sido desarrollado e investigado especialmente por Peter Fonagy y Anthony Bateman, los que desarrollaron la teoría de la mentalización en el Centro Anna Freud de Londres.

La MBT-F es una intervención de corta duración, en el que están estrechamente

implicados los niños. Se apoya a la familia para que los miembros individuales tomen conciencia y observen sus propias formas de interpretar los estados mentales de sí mismos y de los demás. En la terapia familiar centrada en el niño, “ver al niño”, hacer sus necesidades visibles e intentar comprenderle forma el núcleo del trabajo terapéutico. Ser comprensivo, entender las necesidades del otro, una interacción considerada, sensible y receptiva requiere a su vez tener capacidad de interpretar al otro lo suficientemente bien y aumenta la confianza y el apoyo mutuo entre los miembros de familia. La MBT-F también ha sido desarrollada e investigada en el Anna Freud Centro de Londres (Asen y Fonagy, 2012).

En la MBT-F el objetivo es aumentar la capacidad de los miembros de la familia para mentalizar, es decir, para comprender al otro, recíprocamente (Midgley y Vrouva, 2012). La mentalización se refiere a la capacidad de percibir e interpretarse a uno mismo y a la otra persona, comprendiendo las conexiones con la mente, sentimientos, pensamientos, creencias, intenciones y acciones. La capacidad de mentalizar varía de una persona a otra y en los niños de acuerdo con su edad y su nivel de desarrollo.

El núcleo del trabajo terapéutico en la MBT-F centrada en el niño es que los padres tengan en mente al niño, visibilicen sus necesidades e intenten comprenderle. Tiene como objetivo explorar e ilustrar los sentimientos, intenciones y pensamientos del *niño-en-la-mente-de-los-padres*, tener en cuenta la mente del niño (mente mentalizante). Con curiosidad, de manera lúdica, en el aquí y ahora, detenerse a examinar, revisar activamente la experiencia del niño y corrigiendo directamente cualquier mala interpretación y malentendidos. El trabajo se centra también en el nivel de desarrollo de la capacidad de mentalizar, de acuerdo con la edad del niño: cómo el niño percibe y entiende a su familia.

Mentalización y apego

El apego y la mentalización están estrechamente relacionados, ya que el apego seguro se considera una base importante para el desarrollo de la mentalización (Fonagy y Target, 1997). Los niños que experimentan un apego seguro

con sus padres tienen una mayor capacidad para mentalizar, ya que han aprendido a confiar en sus cuidadores y a comprender sus propias emociones y las de los demás. Los niños que no experimentan un apego seguro pueden tener dificultades para mentalizar y pueden tener problemas para comprender sus propias emociones y las de los demás.

La capacidad de los padres para mentalizar consiste tanto en la detección automática de mensajes corporales y la comprensión no-verbal de las señales que emite el hijo, como la comprensión de su comunicación verbal. La comprensión no-automática y consciente tanto de señales verbales como no-verbales se desarrolla más lentamente y se basa en la curiosidad reflexiva sobre lo que el niño experimenta, piensa y siente (Fonagy et al., 2002).

La mentalización encarnada en los padres (*Parental embodied mentalizing*; Shai y Belsky, 2011) es la mentalización de los padres que va más allá de las capacidades verbales y observaciones no verbales y hacia el ámbito de la experiencia del bebé, basada en la calidad del movimiento, ritmos, espacio, tiempo, sensaciones y tacto: la capacidad parental de concebir y comprender implícitamente estados mentales basados en las expresiones kinestésicas de cuerpo del bebé y un ajuste de los propios patrones kinestésicos.

En la interacción, los padres reflejan el estado afectivo del bebé, pero en un menor nivel de intensidad y digerida (Bion, 1962). Lo hacen de manera congruente, de un modo que refleja adecuadamente el estado mental del niño, y contingente, tras la manifestación afectiva del bebé. Los padres reflejan la reacción afectiva del bebé de manera marcada, con expresiones faciales o con vocalizaciones ligeramente exageradas (caricaturales) para indicarle al bebé/niño que reconocen su sentimiento, pero que ellos no están experimentando en sí mismos exactamente de la misma manera (Gergely y Watson, 1996). La respuesta caricatural marcada del cuidador indica que esta no es una expresión de sus propios sentimientos, sino que *expresa cómo el cuidador siente lo que el bebé siente*. Así, el bebé ve representados sus propios afectos en el rostro del cuidador y esto le ayuda a regular sus emociones, ya de por sí abrumadoras. Este proceso

promueve el desarrollo del sentido temprano de afecto y de uno mismo.

Las experiencias implícitas permanecen silenciosas en el cuerpo de cada individuo. Los padres pueden transmitir los traumas transgeneracionales que no han digerido; entonces, el niño no se ve reflejado en los ojos del cuidador o los cuidadores, que reflejan imágenes distorsionadas, en cuyo caso se generan núcleos de experiencia de *Alien self* (1).

El concepto de *rêverie* de Bion (1962) desarrolla las ideas de Klein de identificación proyectiva comunicativa y cómo contribuye a la contención emocional del bebé. La palabra *rêverie* describe la postura del cuidador frente a las comunicaciones y señales del bebé, cuando el cuidador metaboliza las experiencias primitivas que este le proyecta. Al comienzo de la vida, el bebé no dispone de una capacidad de metabolizar, integrar y contener las sensaciones corporales o protometales, no-verbales. Los *elementos beta* (Bion, 1962) son sensaciones corporales arcaicas, estados emocionales derivados de las experiencias sensoriales y relacionales, que el bebé sólo puede expulsar. El cuidador, con su capacidad para mentalizar, da forma, detoxifica y transforma los *elementos beta* en *elementos alfa* (proto-pensamientos adecuados para ser contenidos y pensados por el bebé), que entonces pueden ser integrados por el bebé en su funcionamiento mental.

La *capacidad reflexiva* se refiere en particular a la capacidad consciente de mentalizar y de observar el comportamiento propio y el de la otra persona mediante la comprensión de las conexiones con los sentimientos internos, pensamientos, creencias, intenciones y conductas (Fonagy y Target, 1997; Slade, 2005). Una buena capacidad reflexiva encarna la capacidad de reflexionar sobre el comportamiento y los estados mentales subyacentes.

El ejercicio reflexivo que hacen los padres desde el embarazo, la curiosidad y mucha reflexión imaginaria sobre la crianza y representaciones sobre el futuro bebé crean las bases del vínculo y la crianza (Slade et al., 2009). Un padre/madre reflexivo/a mira a su bebé con curiosidad y considera diferentes alternativas de interpretación de la conducta y de las señales del niño. También es capaz de entender emociones y necesidades

menos perceptibles e interpreta las experiencias del niño apropiadamente en relación a su edad y nivel de desarrollo (Slade, 2005).

No obstante, nunca se pueden adivinar totalmente los estados mentales de otra persona, ni los buenos mentalizadores saben *leer la mente*. Incluso un cuidador altamente sensible se equivoca al interpretar las señales de su hijo aproximadamente dos de cada tres veces. La capacidad de darse cuenta, intentar rectificar y esforzarse para entender al hijo de manera sensible es altamente contenedora.

Los padres primerizos tienen que aprender y practicar esta nueva habilidad de crianza. En una relación de pareja de confianza los padres conjuntamente observan e intentan comprender las reacciones del bebé. Esto apoya la función reflexiva de ambos padres. La transición a la parentalidad, la crianza de los hijos y la vida familiar son un desafío para los nuevos padres.

La idea central de la teoría de la mentalización es que los factores estresantes reducen momentáneamente nuestra capacidad de mentalizar (Fonagy et al., 2002). Una alta capacidad de mentalización puede ayudar a los padres en las situaciones de estrés como al consolar a un bebé que llora desconsoladamente. Uno puede pensar en que la alta capacidad reflexiva de los padres eleva el umbral para experimentar la situación como difícil y, por otro lado, ayuda a recuperarse de la situación estresante más rápido, el momento en el que se recupera la capacidad de mentalizar.

Ante un impacto emocional, un peligro, un disgusto, buscamos la ayuda de una figura de apego, una persona importante de apoyo y de confianza como la madre, el padre, un hermano o la pareja para que nos dé tranquilidad, para recuperarnos. Las experiencias de relación contenedoras que nos acompañan desde dentro nos ayudan a recuperar la calma y a la capacidad de mentalizar.

La propia capacidad mentalizadora del niño está a su vez conectada directamente tanto con la mayor o menor capacidad de mentalizar de los padres como con la correspondiente seguridad de la relación de apego (Fonagy et al., 2002; Slade et al., 2005). La investigación sobre la transmisión intergeneracional del apego asocia fuertemente los patrones de apego de los

padres con los patrones de apego de sus hijos (Slade et al., 2005).

La sensibilidad de los padres es un importante precursor del apego seguro infantil. De ella depende la respuesta sensible del cuidador dirigida a responder a las demandas del bebé, y que incluye la capacidad de observar sus señales, poder interpretarlas adecuadamente y responder afectiva y conductualmente de manera apropiada, contingente y rápida (Bowlby, 1958, 1988). El constructo “mind-mindedness”, *mente mentalizante* (Meins et al., 2001), permite distinguir la sensibilidad general del cuidador hacia las necesidades físicas y emocionales de los niños, de una sensibilidad más específica hacia los estados mentales del niño y su actividad consiguiente. Reconsidera la sensibilidad de los padres repensándola en términos de la tendencia específica a focalizarse en los estados mentales de sus hijos y responder a ellos (Meins et al., 2001).

Una mayor capacidad reflexiva estaría vinculada a un mejor manejo de los estados emocionales negativos del hijo y, por tanto, a una mayor regulación de afectos, control de la propia agresividad y sentimientos intensos del cuidador (Fonagy et al., 2002). En cambio, una reflexividad particularmente baja de los padres o interpretación premental puede significar, en su forma más grave, que el padre observa sólo el comportamiento externo del niño y hace interpretaciones simplificadas (“él sólo quiere atención, no hace falta hacerle caso ni reaccionar”). También puede conducir a interpretaciones negativas y distorsionadas de las intenciones y necesidades del niño (“El bebé da patadas porque es un maltratador como su padre”; “El bebé llora intencionalmente para intimidarme”) (Luyten et al., 2017).

Las dificultades en el sistema familiar desde la perspectiva de la mentalización

La idea clave desde la perspectiva de la mentalización es que los problemas emocionales y de comportamiento son esencialmente de naturaleza relacional y se generan sobre todo en familias.

Las dificultades para mentalizar o rupturas en la mentalización pueden crear interacciones

familiares angustiosas y dolorosas, malos entendidos, discusiones y peleas, que hacen que se pierda aún más la mentalización, creando así un círculo vicioso (Asen y Fonagy, 2012). Estas interacciones dan lugar a problemas relacionales que disminuyen la creatividad y la resiliencia en la familia (la capacidad que tiene una persona o familia para superar circunstancias traumáticas y el bienestar en la familia). Ser incomprendido genera emociones poderosas en el individuo que resultan en coacción, retraimiento, hostilidad, sobreprotección, rechazo, etc.

En el sistema familiar, las dificultades para mentalizar suelen aparecer como malentendidos crónicos entre los miembros de la familia sobre las intenciones, sentimientos y pensamientos del otro. Estos malentendidos son observaciones erróneas, automatizadas y las interpretaciones, a menudo muy negativas, indican una capacidad reflexiva débil; son manifestaciones de pre-mentalización en sus diversas formas. En sus formas más leves, las dificultades de mentalizar parecen ser unilaterales y superficiales, como percepciones conductuales de las experiencias de los demás. Esta manera de centrarse en la conducta externa conduce a menudo a la búsqueda de una solución externa a las situaciones difíciles de interacción en la vida cotidiana (*teleología*) (Asen y Fonagy, 2012, 2021; Midgley y Vrouva, 2012).

Matías, de cinco años, a quien le habían diagnosticado desregulación emocional (trastorno de regulación), y su padre, tenían importantes dificultades en la vida cotidiana. Discutían en situaciones en las que Matías tenía que vestirse, desayunar y salir al colegio por la mañana. El padre describió que la vida cotidiana era una lucha constante. La madre de Matías se retiraba a menudo de estas peleas diarias, y el hermano mayor, tres años mayor, a su vez, le provocaba, con la consecuencia de que Matías se enfadaba aún más. Antes del comienzo de la MBT-F, los padres de Matías fueron entrevistados con el fin de valorar cuál era su capacidad reflexiva (parental). Al padre de Matías le resultaba difícil reflexionar sobre las experiencias de su hijo en estas disputas cotidianas. Cuando se le preguntó qué pensaba que estaba experimentando o pensando Matías, respondió: “Ni idea. Solo grita, coge una pataleta, se niega a vestirse, a

desayunar, tengo que llevarle al colegio llorando, no ayuda nada”.

Con la ayuda de preguntas dirigidas a aclarar, el padre tampoco pareció ir más allá en su empatía respecto al punto de vista de Matías en las peleas. El padre no parecía tener recursos para resolver situaciones incómodas, y toda la familia estaba atrapada en este incómodo círculo vicioso.

A veces, las dificultades de mentalización no aparecen de modo explícito sino que aparecen en *modo de simulación*, cuando las emociones secundarias toman el escenario en la interacción familiar. Entonces, las desilusiones, rechazos, los sentimientos de soledad y enfados reales y las emociones principales están ocultas, especialmente para una persona externa, como es el terapeuta, y se da una apariencia de que todo anda bien. Sin embargo, las experiencias reales permanecen ocultas, lo cual lleva a este modo de simulación. El síntoma se manifiesta en la conducta o en dificultades en uno o más miembros de la familia, el/los paciente/s identificado/s (Asen y Fonagy, 2012, 2021). El trabajo terapéutico con una familia que funciona en un *modo de simulación* puede ser muy contradictorio y confuso. Se habla de problemas serios de modo intelectual, evitando conectar con la experiencia emocional, o hablando de dificultades con una sonrisa. Sin embargo, el ambiente emocional en las sesiones puede ser duro y tenso.

En su forma más seria, las dificultades de mentalización pueden manifestarse en formas distorsionadas y extrañas de interpretar al otro. A medida que aumenta la presión del estrés diario, especialmente para padres con apego inseguro, con tendencia a la pre-mentalización en general, puede ser difícil detectar los mensajes del niño incluso cuando son apropiadas para la edad del niño (Luyten et al., 2017). Padres con experiencias traumáticas o trastornos de personalidad pueden proyectar en los niños aspectos de sus propias experiencias del pasado que no tienen nada que ver con la experiencia actual del niño.

Una madre embarazada sintió las patadas fuertes de su hijo dentro de la barriga y dijo con disgusto que ya se nota que su hijo es un maltratador, igual que su padre.

Otra madre dijo, enfadada, en la visita, que su hijo de un año se despertaba deliberadamente por las noches para despertarla y molestarla. La

madre estaba tan convencida de que el niño estaba al tanto de esa intención que creía que lo mejor era no ir en absoluto a consolar a su bebé, que lloraba en su cuna. Esto es comprensiblemente muy dañino para el bebé. Crea una interacción insensible con un niño pequeño, y lleva a construir un modelo de apego inseguro serio con su cuidador principal.

Fragilidad de la mentalización

El proceso de mentalización puede colapsarse a menudo en las relaciones, sobre todo en la familia, con los hijos y con la pareja. Cuanto más emocionados, enfadados o estresados estamos, menos capacidad de mentalizar tenemos. Todos perdemos la capacidad de mentalización de vez en cuando.

En un sistema familiar es típico un contagio muy rápido del modo pre-mentalizador (Herrando y Constantinides, 2021). Los estados mentales pasan de un miembro de la familia a otro y, eventualmente, todo el sistema familiar se ve envuelto en situaciones incómodas y contradictorias o en formas emocionalmente frías y evasivas de relacionarse entre ellos. Los esposos se atacan mutuamente y sienten que no se apoyarán mutuamente. Los hermanos reaccionan al resentimiento mutuo dejando de comunicarse o con enfados. Los gestos y expresiones de los demás son interpretados emocional y rápidamente, sin una reflexión consciente sobre lo que realmente estaba pasando en la mente del otro (Herrando y Constantinides, 2021). Cuando la propia excitación se apodera de la mente, a su vez conduce a interpretaciones unilaterales en que se toma en cuenta solamente el propio punto de vista: “¡Estoy totalmente seguro de que llegaste a casa tarde a propósito!” (*equivalencia psíquica*).

También fingir, pretender, el *modo de simulación* (en el que se “oculta todo debajo de la alfombra”) y las distorsiones pueden apoderarse del sistema familiar. Uno de los padres puede, por ejemplo, en sus visitas individuales, hablar abiertamente de cómo está preocupado por el hijo, pero no lo manifiesta en las visitas familiares. O bien ambos padres pueden aliarse y acusar a su hijo de mal comportamiento y se niegan a ver cómo los problemas entre los padres y el

mal ambiente en casa afecta al niño. Los padres, a menudo, creen que los niños no se enteran de los conflictos entre ellos. No ven al niño con las necesidades, propias de su desarrollo, de regulación emocional, ayuda y cuidado.

Tampoco un terapeuta se salva del contagio de los efectos del círculo vicioso y de los estados mentales pre-mentalizantes. Por eso, la herramienta clave es la grabación en vídeo de las sesiones, la autorreflexión constante y las supervisiones (Midgley y Vrouva, 2012).

Objetivos de la MBT-F

El objetivo fundamental de la MBT-F es fomentar la conciencia de los miembros de la familia de los propios estados mentales y los de los demás y su curiosidad por estos y poner en práctica las habilidades relacionadas con la mentalización, tales como la comunicación y la resolución de problemas en las áreas en las que haya dificultad en la familia (Asen y Fonagy, 2012, 2021).

Un objetivo importante es apoyar a la familia para que identifique y perciba su propio círculo vicioso; es decir, un círculo de interacción negativa presente en el día a día que aparece a menudo en las sesiones (Midgley y Vrouva, 2012; Asen y Fonagy, 2021).

Este objetivo se logra por medio de un enfoque reflexivo sistemático y ayudando paso a paso a la familia a tomar perspectiva de las interacciones, así como intentar ver la situación *a través de los ojos de otro*. El objetivo es verse a uno mismo desde fuera, como se ve a los ojos de los demás y, por otro lado, tener empatía hacia los demás (“verse uno mismo desde fuera y a los demás desde dentro” [Fonagy y Target, 1997]).

La reflexividad activa por parte del terapeuta requiere que este se esfuerce por crear una relación de respeto, curiosidad genuina y de “estar presente” con cada uno de los miembros de la familia. El terapeuta asume un papel activo, reflexiona en voz alta con la familia sobre sus observaciones, a veces incluyendo la reflexión sobre sus propios pensamientos. “No sé si alguien más se dio cuenta, yo personalmente noté que ahora de alguna manera es difícil hablar de estos conflictos en casa, ¿qué os parece?” El objetivo, por supuesto, no es que el terapeuta revele sus

propias experiencias emocionales, sino que estas sean aprovechadas conscientemente cuando se desea presentar un modelo que muestre que este no es ajeno a la situación ni la observa desde una posición privilegiada.

La comunicación no-verbal del terapeuta, su expresión facial, el uso de su cuerpo y su posicionamiento en el espacio y su capacidad de reflejar incluso sobre las emociones incómodas forman la base para que los padres también comiencen a observar y explorar la mentalización implícita y corporal (Shai y Belsky, 2011). La mentalización implícita, automática, es un proceso mental rápido que requiere una alta sensibilidad a las señales no-verbales, que dan información sobre las intenciones de los demás. La mentalización corporal se refiere a la capacidad de establecer una conexión entre diferentes modalidades, como entre lo táctil y lo cognitivo o lo visual y lo vocal, fomentando así la conciencia de lo mental, la *reflexión intermodal* (Asen y Fonagy, 2021). De hecho, antes de que la reflexión verbal tenga significado para un bebé, el tacto físico, la voz y la mirada de la madre sobre su hijo indican su sensibilidad y lo que se denomina *mentalización encarnada* (por ejemplo, la manera en que la madre maneja su bebé) [Shai y Belsky, 2011]). Así, cambiar la posición física de los miembros de la familia, por ejemplo, crea un espacio para la reflexión encarnada, incluso sin palabras. En la terapia se puede cambiar la configuración física durante la sesión. El terapeuta puede ir al lado del niño que se ha apartado, por ejemplo, para ver qué está dibujando. O el terapeuta puede acercarse hacia un miembro de la familia con una experiencia emocional incómoda y expresar su compasión con gestos y expresiones. Especialmente para niños, una expresividad interactiva genuina y la sensibilidad del terapeuta generan una experiencia de confianza y fiabilidad. Los niños observan constantemente las interacciones de la familia y hacen interpretaciones muy relevantes y acertadas de esta. Ya incluso los niños pequeños pueden describir sus propias experiencias y sentimientos, ayudando así a sus padres a comprenderlos mejor.

La postura mentalizadora del terapeuta

El enfoque reflexivo del terapeuta es la

herramienta más significativa. Para fomentar la mentalización explícita, la función reflexiva más consciente, el terapeuta busca activamente ralentizar una variedad de situaciones de interacción, o conversar sobre ellos y reflexionar con interés y curiosidad sobre los estados mentales que están detrás de las conductas (Asen y Fonagy, 2021). El terapeuta muestra curiosidad por los estados mentales y puntos de vista de cada miembro de la familia.

Es tarea del terapeuta ayudar a la familia a dar sentido a los sentimientos que experimenta cada miembro, así como resaltar las formas en las que la falta de comunicación o la incompreensión de estos sentimientos conduce a interacciones que mantienen los conflictos familiares (Asen y Fonagy, 2021). El objetivo general es resaltar la perspectiva que le falta a cada uno de ellos y que conduce a que el comportamiento de los demás no se entienda del todo. La tarea del terapeuta es ayudar a crear perspectivas nuevas.

El terapeuta trata de mantener un equilibrio entre las diferentes experiencias de los miembros de la familia en la detección y la exploración relacionadas con el momento de interacción aquí y ahora, y la comprensión tranquila de posibles malentendidos e interpretaciones (Asen y Fonagy, 2021).

A lo largo de la sesión, el terapeuta trata de tener cierta conciencia de lo que se está abordando, tanto como de lo que no se está abordando, y aplicar acciones correctivas para mantener el equilibrio (Asen y Fonagy, 2021) entre la observación de las interacciones habituales de la familia y la intervención para promover el cambio. En la práctica, esto requiere que el terapeuta logre un equilibrio entre permitir que la familia interactúe *naturalmente* o, de hecho, provocar activamente interacciones familiares habituales y *naturales* en torno a temas problemáticos, además de intervenir en momentos críticos y parar la no mentalización. Es un equilibrio entre la predominancia afectiva y cognitiva por parte de los participantes. En aquellas familias que manifiestan un afecto bajo en la terapia, es posible que se requiera *calentar* y promover el contacto con lo emocional. Con aquellas que tienden al afecto explosivo, son útiles las técnicas para bajar el afecto excesivamente intenso,

ralentizar la comunicación, y los métodos para lidiar con las tormentas afectivas.

El terapeuta trata de detectar, detener y corregir activamente tanto las interrupciones en la interacción (interacción no sensible), como el discurso pre-mentalizante (culpar a otros, inmersión en estados emocionales poderosos, silencio helado, interpretaciones de las experiencias del niño claramente inadecuadas para su desarrollo, etc.). El modelo MBT-F supone que es poco probable que las interacciones no-mentalizantes produzcan cambios significativos en las interacciones familiares, por lo que es poco probable que sea terapéutico permitir que estas ocurran, sin más.

El terapeuta busca activamente momentos de buena mentalización; entonces, hace visible la mentalización positiva y subraya los encuentros entre miembros de la familia: “Vamos a parar un momento, me pareció muy importante cuando, dijiste, Papá, con comprensión, lo agotado y deprimido que puede estar Joan después de un día largo en el colegio, y que no se enfada con mala intención. Es importante hacer el esfuerzo para entender lo que Joan podría estar experimentando” (Midgley y Vrouva, 2012).

El terapeuta clarifica los malentendidos que ocurren en la sesión y se fortalece la mentalización positiva de cada miembro individual; la validez del intento de mentalizar se comprueba inmediatamente, aquí y ahora: “Yo quisiera comprobar, Joan, si Papá tenía razón cuando pensó que estabas agotado y triste” (Asen y Fonagy, 2012).

Nunca tenemos toda la razón cuando estamos mentalizando bien, ni podemos saber con certeza cuáles son los estados mentales o pensamientos de otra persona sin comprobarlo preguntando. Cuando Joan confirma que papá tiene razón, ambos experimentan tanto una conexión exitosa y que el otro trata de mentalizarle como aprender algo nuevo, que es una habilidad muy importante en la mentalización. En caso de que Papá no haya entendido correctamente a Joan, se da la oportunidad a Joan de rectificar su punto de vista.

Iris, de siete años, y sus padres estaban observando un círculo vicioso en el que ella estaba típicamente enfadada y actuaba agresivamente hacia su madre, mientras el padre se retiraba. La

madre había dicho, en sus propias visitas individuales, que vivía estas interacciones como muy duras. En ella se despertaron una fuerte culpa y sentimientos de fracaso como madre. Sentía que el padre no la apoyaba ni la comprendía. El padre, a su vez, planteó que estaba irritado con Iris y sentía que la madre actuaba sin firmeza, no marcando límites apropiados ante la mala conducta de Iris en situaciones de conflicto, y así justificaba su propia retirada.

La situación que tuvo lugar el día anterior se discutió en la sesión familiar. Iris había pegado a la madre después de que esta le había quitado la Nintendo tras haberla avisado varias veces de que era la hora de parar e ir a comer. Lo que sucedió en la situación del último conflicto (dónde estaba cada uno, qué hicieron, qué ocurrió, qué pensaban, cómo se sentían) se discutió y exploró muy tranquilamente y en detalle. Iris participó en la discusión y dibujó en una hoja el lugar en el que estaba ella misma en el salón cuando ocurrió la situación. Luego se verificó si estaban de acuerdo en cómo les hacía sentir ahora lo que habían vivido en esta situación. Se usaron las tarjetas de emociones para ayudar la familia a elegir los sentimientos que expresaban su estado mental (ver figura 1 del anexo).

Cuando le preguntaron a la madre qué pensaba que Iris sentía en la situación, escogió la carta de ira y dijo que pensaba que Iris ciertamente estaba enojada, con rabia, cuando ella le castigó y quitó la Nintendo y, por lo tanto, pegó a la madre. Comprobando a Iris para ver si la madre tenía razón, se negó y eligió una tarjeta de tristeza. El terapeuta se detuvo aquí subrayando cuán importantes pueden ser estos pequeños malentendidos. Tanto la madre como el padre quedaron asombrados y repitieron varias veces que no habían pensado que Iris podría sentirse triste.

La madre también volvió a este episodio en su sesión individual y dijo que abrió perspectivas nuevas para ella sobre las peleas tan incómodas. Le resultó un alivio pensar que Iris, de ninguna manera, la odiaba en situaciones de conflicto, sino que la estaba decepcionando y que realmente se pone triste cuando ve la cara triste de su madre. El padre de la madre, cuando esta era pequeña, había sido un hombre muy duro y exigente que tenía arranques de ira y castigaba

a sus hijos de manera severa. La madre, cada vez que castigaba a Iris o se enojaba con ella, sentía que estaba maltratando a su hija. Así, la madre no podía poner límites necesarios y firmes a su hija. Iris, a su vez, al no encontrar unos límites y una contención firmes, protestaba ante los intentos débiles de su madre de poner control en su conducta. En los momentos de rabieta de Iris, la madre sentía que su hija era igual que su propio padre (el abuelo materno), que tenía ataques de rabia.

La creación de un entorno seguro dentro de la familia para todos sus miembros es una condición previa para que se inicie este proceso. Sentirse reconocido como individuo crea un análogo de la experiencia básica de seguridad y permite la activación de modelos mentales asociados con la confianza para experimentar ansiedad sabiendo que no abrumará ni desregulará permanentemente la capacidad de funcionamiento de uno.

La práctica de la Intervención familiar basada en la mentalización (MBT-F)

El trabajo con la familia suele comenzar con una **fase de evaluación**, durante la cual se valora el perfil de mentalización familiar. En la entrevista con los padres, se explora cuál es su experiencia de la problemática, qué les preocupa en sus relaciones familiares y cuál es su nivel de función reflexiva, la capacidad para detenerse a reflexionar sobre las interacciones familiares y los estados mentales subyacentes. También se observan las interacciones entre los miembros de la familia. El uso del video puede ser de ayuda en la observación de las interacciones familiares: los miembros de la familia juegan juntos, realizan tareas funcionales, o se pide que los padres enseñen a sus hijos algo que aún no saben hacer ni conocen. Se evalúa la calidad de las relaciones familiares desde varios puntos de vista. Se pueden usar diferentes herramientas de evaluación como la disponibilidad emocional de los padres o la *entrevista de capacidades reflexivas parentales* (Slade, 2005). Se toman en cuenta varios aspectos: si los padres son responsables de una manera adulta de la situación, si los miembros de la familia tienen una conexión emocional entre ellos o se forman diferentes alianzas entre

ellos, cuál es el nivel de calidez emocional, si hay hostilidad, rechazo u otras dificultades. Es típico que los padres que solicitan una intervención familiar muestren dificultades para mentalizar, conflictos en la interacción, así como dificultad para reflexionar sobre los motivos de esta (Midgley y Vrouva, 2012).

En las sesiones iniciales, se crea una relación de trabajo y se clarifica el motivo de la consulta. Se acuerdan los objetivos, la duración y la frecuencia del trabajo terapéutico. El terapeuta construye un perfil de mentalización de la familia y explica el modelo de trabajo.

Desde las primeras sesiones se practica el enfoque reflexivo, se crea un espacio seguro y se conoce a la familia.

Se pide que cada miembro de la familia explique por qué cree que está en la consulta y qué espera del tratamiento: “¿Por qué piensas que estamos aquí?”. Es importante que cada miembro se sienta comprendido y escuchado. Nuevamente, es útil comenzar preguntando a la persona más joven que diga por qué cree que vino la familia. El terapeuta observa de cerca las comunicaciones no verbales entre los miembros de la familia y, si nota dinámicas específicas (por ejemplo, si hay muchas interrupciones cuando una persona intenta hablar). No es tarea del terapeuta detener o prohibir las interrupciones, sino señalar este proceso para que los miembros de la familia reflexionen al respecto.

Al discutir sobre el surgimiento de los problemas que se presentan, se enfoca en la naturaleza y el surgimiento de los síntomas preocupantes, sus características contextuales y fluctuaciones, los intentos de cada miembro de la familia para hacer frente a la sintomatología, la comprensión del problema por parte de cada uno de ellos, los efectos de los síntomas en la familia y otros y la ayuda externa buscada hasta la fecha, así como tratamiento(s) anterior(es).

A los niños se les pregunta con detalle qué les gustaría cambiar en su familia: “Si tuvieras una varita mágica, ¿qué cambiarías?”. Se escuchan todas las perspectivas y se consideran, conjuntamente con la familia, ejemplos concretos en los que el cambio sería visible en la vida cotidiana (Midgley y Vrouva, 2012).

Eva, de seis años, dijo que esperaba más chokolatadas con la familia. Esto generó un debate

interesante sobre qué es divertido en las chocolatadas. La cuestión concreta para Eva también implicaba niveles mucho más profundos; por ejemplo, que las chocolatadas siempre se hacían juntos con la familia y todos estaban de buen humor.

Las experiencias de injusticia, irritabilidad y episodios de rabia llevaron a Alex y su familia a una consulta de psiquiatría infantil. Después de la evaluación inicial, se indicó MBT-F. Como objetivos concretos se fijaron, en primer lugar, acabar con las rabietas y, en segundo lugar, facilitar las situaciones de comunicación que siguen a los arranques de rabia. Los padres también expresaron activamente su deseo de encontrar más formas de comprender mejor los síntomas de Alex.

El terapeuta está constantemente atento al nivel de estrés de la familia. El estrés activa los patrones de apego y reduce la capacidad de mentalizar. Los niveles de excitación de los niños pequeños son altos y sus necesidades de apego son más inmediatas. Cuando hay interrupciones de mentalización en la sesión, los niños no prestan atención, empiezan a correr, los padres se irritan, es señal de que hay que cambiar de intervención e intentar verbalizar lo que está ocurriendo. Tratar de entender la dinámica de las dificultades se deja al lado durante un momento. Especialmente en el caso de niños pequeños e inquietos, esto sucede varias veces durante una sola sesión. El terapeuta modela una habilidad mental genuina y no sigue exigiendo que se exploren las emociones y situaciones complicadas y difíciles.

En el trabajo intermitente, el terapeuta trata de verbalizar inmediatamente lo que está sucediendo aquí y ahora y ayuda a la familia a recuperar la mentalización. “¿Qué sucedió? ¿Ahora Sara se escondió debajo de la mesa y Víctor cogió el móvil? Entiendo que estuvimos hablando de esta situación triste durante bastante tiempo. Tomemos un descanso y vamos a jugar con pompas de jabón!”. El terapeuta siempre toma la responsabilidad de rectificar la situación, se abstiene de culpar o exigir demasiado. Meriendas, juegos de interacción y descansos, etc., calman y ayudan a la familia a relajarse y a tomar distancia de la situación incómoda del debate. También la familia tiene la oportunidad de

aprender nuevas habilidades para regular emociones incómodas y después volver a explorarlas cuando la situación se haya calmado.

Tras la **identificación del círculo vicioso** en las siguientes visitas familiares (4-10), el foco está en mantener el objetivo establecido con la familia de la manera más concreta y limitada posible (Midgley y Vrouva, 2012; Asen y Fonagy, 2021). Si, por ejemplo, el objetivo es reducir las peleas, se selecciona para la discusión una situación concreta en la que ha habido una ruptura de la mentalización (p. ej., una pelea) y los participantes se detienen a examinarla con gran detalle. Esta exploración tiene lugar por medio del llamado *círculo de mentalización*.

El **círculo mentalizador** (*The Mentalizing Loop*) es la herramienta clave de la intervención en la MBT-F (Midgley y Vrouva, 2012; Asen y Fonagy, 2021). Consiste en tres pasos y tres comprobaciones:

- 1) Identificar y nombrar situaciones conflictivas en familia y la comprobación.
- 2) Mentalizar el momento y comprobar de nuevo.
- 3) Generalizar y considerar el cambio y comprobar.

En la visita, el terapeuta ayuda a la familia a identificar situaciones cotidianas, en las que se activa el círculo vicioso. El punto de partida es identificar una interacción conflictiva, preferiblemente en el *aquí y ahora*, pero también puede ser una situación de la que informa la familia.

Aquí, el terapeuta se enfoca en un patrón emergente de cómo los miembros de la familia se relacionan entre ellos, teniendo en cuenta que tienen puntos de vista diferentes y que, por lo tanto, cualquier observación es subjetiva. El terapeuta expresa esto y sigue verificando que los miembros de la familia estén de acuerdo con sus diversas observaciones mutuas (Midgley y Vrouva, 2012; Asen y Fonagy, 2021).

Los niños suelen ser muy sinceros y decididos: “Papá grita”, “Mamá deja de hablar cuando no hago los deberes”. Para disminuir el discurso acusatorio y la culpa, se apoya a la familia para que entiendan que hay dificultades en todas las familias y que estas forman parte de la vida. Con su intervención empática y validadora, el terapeuta anima a los miembros de la familia a mirar la pelea más en profundidad, de manera

mentalizadora. A menudo estas interacciones aparecen directamente en la sesión.

En la sesión, tras discutir una situación familiar, la hija de 14 años comienza a llorar. Los padres no saben cómo reaccionar y parecen confundidos e irritados. El terapeuta comenta: *“Me doy cuenta de que cuando Sandra llora, parece como si a los padres les resultara muy difícil entender por qué está llorando, y sin esta comprensión, su comportamiento no parece tener sentido (Darse cuenta/ identificar). ¿He entendido esto bien o estoy totalmente equivocado? ¿Podéis ver de lo que estoy hablando? (Comprobando). Da la impresión de que cuando Sandra llora, esto, Papá y Mamá, os hace sentir realmente confundidos, y por eso desconectáis o respondéis de forma confundida o irritada. Del mismo modo, Sandra, cuando Mamá y Papá hacen esto, parece que te resulta difícil entender exactamente lo que sienten y por qué actúan así. Me parece que esto te hace sentir incomprendida y te enfadas y lloras aún más y dais vueltas en círculos”. (Dándose cuenta, mentalizando el momento en el aquí y ahora de la sesión). “No estoy seguro de haberlo entendido bien (Comprobando)... ¿Qué piensas, Sandra?”.*

En este ejemplo, el terapeuta primero identifica y destaca una interacción que parece estar relacionada con alguna dificultad de mentalización en la familia (notar y mentalizar el momento aquí y ahora). Luego, el terapeuta comprueba su observación al invitar a la familia y sus miembros individuales a compartir esta observación, o bien, dándoles la oportunidad de descartarla.

Algunos o todos los miembros de la familia pueden, por ejemplo, afirmar que “no tienen ni idea de qué está hablando el terapeuta”. Esto llevaría entonces al terapeuta a reflexionar en su propia mente (sin compartir esta reflexión con la familia) sobre la validez de su observación y él mismo descartaría la observación como insignificante y/o reflexionaría sobre la posibilidad de que los miembros de la familia se defiendan y rechacen la observación del terapeuta y los motivos potenciales para ello. En cualquier caso, no es prudente seguir repitiendo lo mismo. Si la observación y los comentarios relacionados resuenan con algunos (o todos) los miembros de la familia, entonces el terapeuta pasa a explorar el problema.

Una vez que se ha detectado una interacción problemática, se invita a la familia a encontrar maneras de darle un nombre (*nombrar*). Con algunas familias, en una situación incómoda, un nombre identificable, como “rueda de hámster”, como describió una familia con discusiones encolerizadas durante las comidas, ayuda a bajar la tensión. El terapeuta pudo, por medio de este nombre jocoso, repasar rápidamente en sesiones posteriores cuales fueron las “ruedas de hámster” de la semana anterior (Midgley y Vrouva, 2012; Asen y Fonagy, 2021).

Después de identificar (detectar) las interacciones problemáticas, se explora con preguntas circulares la experiencia de cada miembro de la familia en la situación de “rueda de hámster” y se ayuda a los demás a considerar cómo pueden haber sido las diferentes interpretaciones de cada uno del estado mental del otro: *“¿Que piensas, papá, que habrá pensado mamá en esa situación, cómo se sentía?”* o *“¿Laura puede mostrarte en las cartas de emociones cómo te sentiste cuando mamá estaba enojada”*. Con preguntas reflexivas sobre la situación se ayuda a los miembros de la familia a expresar sus propios sentimientos y temores centrales con respecto a los demás y también se favorece una reflexión más profunda y variada sobre ellos (Midgley y Vrouva, 2012; Asen y Fonagy, 2021).

Con la familia de Eric, de diez años, se dibujó en un rotafolio un círculo vicioso. Se revisó una situación de rabietta que se presentó en la semana anterior, en la cual Eric experimentó una situación de injusticia con respecto a su hermana mayor. Eric siente que los padres hacen caso a su hermana y, en cambio, a él siempre acaban castigándole. Se detectó que la rabia de Eric provoca una reacción de ira del padre rápidamente, lo cual hace que el este responda con prohibiciones o castigos severos, como dejar a Eric sin salir durante una semana, lo cual aumenta y alimenta la ira del chico y disminuye su experiencia de ser comprendido. La madre se describió a sí misma como alguien “que tiene la paciencia de un santo”, pero reconoció que se retira de las situaciones de conflicto para no contrariar a su marido. La ira de Eric despierta en ella, además de la aparente calma, también parálisis y miedo de que su hijo vaya a fracasar en la vida como el hermano de la madre, que

también tuvo ataques de ira en su infancia.

En la reunión con los padres, pudieron comprender mejor sus propios modelos operativos automatizados y cómo estos afectan a situaciones de interacción que tienen que ver con Eric. Durante las reuniones, Eric pudo articular su experiencia de no ser escuchado como su hermana mayor, de un modo que no había sido posible en situaciones de interacción “en caliente” en casa.

Es típico que los miembros de la familia tengan percepciones escasas y unilaterales de los estados mentales de los demás. Los padres, a menudo, dan por supuesto que sus hijos sólo están enojados o que les están provocando, sin detenerse a considerar las razones del enfado y otras posibles experiencias. Estas mentalizaciones inadecuadas (*prementalización*) son precisamente los factores que complican y dificultan una interacción adecuada de los padres con sus hijos y nacen de su propia decepción y rabia (Midgley y Vrouva, 2012; Asen y Fonagy, 2021).

El terapeuta ralentiza la conversación, repite y valida los pensamientos y las experiencias emocionales que plantean los niños. Siempre se comprueba con los padres si estos estaban al corriente: “*Tú, Mamá, ¿sabías que Amaya se sentía triste en esa pelea? Amaya eligió la tarjeta de emoción de tristeza*”. Es común que los padres se sorprendan y te digan que no lo habían pensado: “*No... siempre he pensado que Amaya simplemente me está provocando aposta, está enfadada y protesta por las mañanas cuando tengo prisa...*”.

Al recibir *feedback* directo, es posible que un padre se dé cuenta de que sus propias suposiciones automáticas pueden haber sido parciales, incluso falsas. Una comprobación confirma los límites de nuestra *lectura de la mente*, y que no tenemos acceso a los contenidos de la mente de los demás (mentalizar nunca es lo mismo que leer la mente) (Midgley y Vrouva, 2012; Asen y Fonagy, 2021).

El terapeuta mantiene una actitud de curiosidad, de *no saber*, y de cuestionamiento activo. No aspira a comprender rápidamente lo que está sucediendo en la familia y dar respuestas, ni se siente obligado a comprender algo que no es comprensible. El terapeuta también monitorea sus propios fallos de mentalización y da ejemplo

a la familia, con su capacidad de reconocer abiertamente sus errores y malentendidos (Midgley y Vrouva, 2012; Asen y Fonagy, 2021).

El terapeuta ayuda a los niños de muchas maneras a expresar sus propias experiencias. Para facilitarlos, se utilizan cartas de emoción, juegos o dibujos. Los niños, por ejemplo, pueden dibujar o hacer un comic de una situación de pelea familiar y poner imágenes emocionales o colorear las emociones que piensan que cada miembro está experimentando en esa situación.

Los niños suelen ser sorprendentemente habilidosos y certeros en cuanto a identificar qué sentimientos están detrás de la interacción. También saben cómo describir sus propios estados mentales, siempre que consigan suficiente espacio y apoyo. Sin embargo, especialmente con los niños pequeños, no se pueden esperar descripciones complejas de sus propios sentimientos. Con frecuencia, los padres piden demasiado de un niño, a menudo con buenas intenciones: “*¿Por qué te comportaste así? Tienes que explicarle al terapeuta cómo te sientes y qué piensas*”. Este tipo de preguntas, a menudo, bloquean al niño.

En el trabajo basado en la mentalización, se escucha el punto de vista del niño y se le da espacio y se le ayuda, utilizando diferentes herramientas. El terapeuta se instala en una situación de apoyo al niño, disminuye la velocidad del discurso de los adultos y le ayuda a tener un espacio suficiente. Esto puede suceder muy concretamente, por ejemplo, cambiando la configuración. El terapeuta puede sentarse al lado del niño, y ayudar a los padres a preguntarse sobre la experiencia del niño con preguntas inquisitivas. También se usan juegos para escenificar una pelea y técnicas de pausa y revisión jugando con imágenes de un video de la *acción* que se puede pausar para dar tiempo y espacio que permitan recuperar la mentalización y reflexionar lo que estaba ocurriendo en esta escena. Los juegos y actividades ayudan a regular el afecto, mantienen el equilibrio entre el adulto y el niño en las sesiones. Esto permite tomar distancia del conflicto cuando las emociones se vuelven demasiado abrumadoras o, al contrario, avivar el afecto cuando el discurso de la familia se mantiene a nivel intelectualizado y distante. Los juegos suelen facilitar un ambiente

de confianza y unión (Midgley y Vrouva, 2012; Asen y Fonagy, 2021).

La MBT-F es lúdica; requiere apertura imaginativa y utiliza muchas actividades de juego que suelen facilitar una interacción de confianza y unión. Para niños, es importante tener experiencias que sus padres disfruten de estar con ellos. Cuando los niños se sienten *disfrutados* por sus padres, esto puede ser un factor más significativo en el desarrollo de un buen objeto interno.

El terapeuta trata de comprender la experiencia del niño en una interacción que se siente segura y potencialmente lúdica, juguetona, y hablar con los padres y con él sobre su propia experiencia. Es importante que haya una comprensión adecuada, y que un adulto tenga la capacidad para ayudar al niño a identificar, reconocer y articular sentimientos incómodos. Aunque no lo expresen con total acierto e incluso aunque no todos los niños pueden describir verbalmente sus estados mentales, a menudo transmiten cuán importante es la experiencia que el adulto hace todo lo posible por comprender.

En el caso de la familia de Matías, de cinco años, se revisó el círculo vicioso central de la familia: situaciones en las que por la mañana los niños se estaban preparando para la escuela y los padres tenían prisa por ir a trabajar. En estas situaciones, ocurrían muchas cosas y a menudo terminaban con que Matías lloraba, la madre salía enojada de casa y el padre se quedaba solo al cargo de la situación. Se hizo con la familia un dibujo del vestíbulo del hogar y los niños participaron haciendo un dibujo de ellos mismos y coloreándolo, con la ayuda de las tarjetas de emociones y preguntas para percibir cómo se sentía cada uno acerca de cada situación y qué imaginaban que estaban pensando y sintiendo los demás. El terapeuta explicó que a menudo no sabemos realmente cómo se sienten los demás, sólo podemos imaginarlo. Tuvo lugar una discusión, también a nivel general, de qué aspecto tiene una cara enojada, triste, feliz, etc. Se debatió sobre las expresiones faciales y se pidió a los miembros de la familia que se mostraran unos a otros lo que cada uno mostró cuando experimentó tales sentimientos, sin decir a los demás qué sentimiento era. Para Matías y su hermano, este juego de adivinar la emoción -una actividad de mentalización- fue muy divertida.

Especialmente, fue divertido adivinar juntos cuál era el sentimiento del padre o la madre. La actividad (juego) de mentalización hizo algo más desenfadada la discusión sobre la situación difícil y también alivió y permitió tomar un poco de distancia con respecto a las discusiones en casa.

Avanzando hacia la consideración y planificación del cambio.

El tercer paso del circuito mentalizador representa un intento de alejarse de la discusión de una interacción específica de lo que ocurrió durante la sesión y *ampliar la lente* para generalizar y considerar el cambio. Se alienta a los miembros de la familia a presentar algunas observaciones y reflexiones más generales sobre cómo tienden a evolucionar espontáneamente patrones de interacción similares en casa y los estados mentales que provocan (Midgley y Vrouva, 2012; Asen y Fonagy, 2021).

“Entonces vimos que mamá se siente triste y Joan se siente culpable y mal por haber desencadenado esta tristeza... tal vez esta es la única vez que sucedió, pero tal vez no lo es... ¿Pueden hablar juntos sobre si ven esto como algo que sucede en casa... o en otras ocasiones?” El efecto de esta intervención es que lo que se observó en el *aquí y ahora* de la sesión se *transmite* a la vida fuera de la sesión, en un intento de identificar patrones recurrentes que los miembros de la familia experimentan como *disfuncionales*. Puede que haya que pasar por algunos *círculos* para llegar al punto en el que es posible considerar y planificar el cambio. *“¿Qué podemos hacer diferente, un plan, cómo hacer esto en casa?”*

El terapeuta le pide a cada miembro de la familia que identifique diferentes formas de superar las interacciones estancadas y que piense en formas alternativas de abordar las interacciones problemáticas recurrentes.

En **la etapa final del trabajo**, se le pide a la familia que dé su valoración sobre lo que han experimentado y aprendido. Es importante escuchar lo que los niños tienen en mente. Típicamente, los niños recuerdan los juegos de mentalización en particular, o juegos de interacción que se han utilizado en trabajos intermitentes para calmar las emociones acaloradas. En las intervenciones más exitosas, los padres saben contar ejemplos cotidianos de cómo apropiarse

del cambio, y su capacidad de mentalización se refleja en su interacción con el niño.

Conclusiones

El tratamiento basado en la mentalización en familias es una intervención de corta duración, en la que los niños están estrechamente involucrados. Se apoya a la familia para que los miembros individuales tomen conciencia y observen sus propias formas de interpretar los estados mentales de uno mismo y de los demás. Comprender las necesidades de otro, y una interacción sensible y receptiva, a su vez, aumenta la confianza y el apoyo mutuo entre los miembros de familia.

En la MBT-F, el objetivo es aumentar la capacidad de los miembros de la familia para mentalizar, es decir, para comprender al otro, recíprocamente.

En la terapia familiar centrada en el niño, ver al niño e intentar comprenderle forma el núcleo del trabajo terapéutico. El terapeuta ayuda a los padres a tener en su mente las necesidades del niño, tener en cuenta la mente del niño (mente mentalizante). Se ayuda a los padres a comprender la conducta del niño como una manera de comunicar o de expresar algo que, por algún motivo u otro, no se ha podido expresar verbalmente.

Esto se hace con curiosidad, de modo lúdico, aquí y ahora, deteniéndose a examinar y revisar activamente la experiencia del niño y corrigiendo directamente cualquier mala interpretación y malentendido.

El terapeuta también ayuda activamente a los niños a expresar sus estados mentales y sus observaciones sobre las interacciones o sobre una situación difícil. La edad del niño y su capacidad de mentalización, de acuerdo con su nivel de desarrollo, también es objeto del trabajo: cómo percibe y entiende el niño a su familia.

Se trata de aumentar la capacidad reflexiva de los padres, la relación de confianza y segura con los niños y de ayudar a los padres a tener al niño en su mente mentalizante.

Agradecimientos

Agradezco al Dr. Jordi Freixas sus valiosas aportaciones y correcciones durante el proceso de este artículo, como en tantas otras ocasiones.

Notas

(1) Cuando los cuidadores, debido a sus propios estados mentales internos abrumados, no pueden mentalizar al niño o formar una representación sintonizada del estado de él, es probable que actúen bajo la influencia de su propio estado interno. El niño internalizará esta representación mental no sintonizada que se basa en el estado mental del cuidador y no es un reflejo del estado del niño, sino que forma bloques del yo extraño, *Alien self*.

Bibliografía

- Asen, E. y Fonagy, P. (2021). *Mentalization-Based Treatment with Families*. Guilford Press.
- Asen, E. y Fonagy, P. (2012). Mentalization-based therapeutic interventions for families. *Journal of Family Therapy*, 34(4), 347-370.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595-613.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. American Psychiatric Publishing.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Mansfield Library.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical applications of attachment theory*. Routledge.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. y Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Fonagy, P. y Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.
- Gergely, G. y Watson, I. (1996). The social bio-feedback model of parental affect-mirroring. *International Journal of psychoanalysis*, 77, 1180-1212.
- Herrando, C. y Constantinides, E. (2021). Emotional Contagion: A Brief Overview and Future Directions. *Frontiers in Psychology*, 12.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L. y Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary

- validation. *PLoS ONE*, 12(5), e017621.
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E. y Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 637- 648.
- Midgley, N. y Vrouva, I. (2012). *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families*. Routledge.
- Shai, D. y Belsky, J. (2011). When words just won't do: Introducing parental embodied mentalizing. *Child Development Perspectives*, 5(3), 173-180.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269-281.
- Slade, A., Cohen, L. J., Sadler, L. S. y Miller, M. (2009). The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation. En C. H. Zeanah (ed.), *Handbook of infant mental health*. (22-39). The Guilford Press.

Anexos

Fig. 1 Tarjetas de emociones

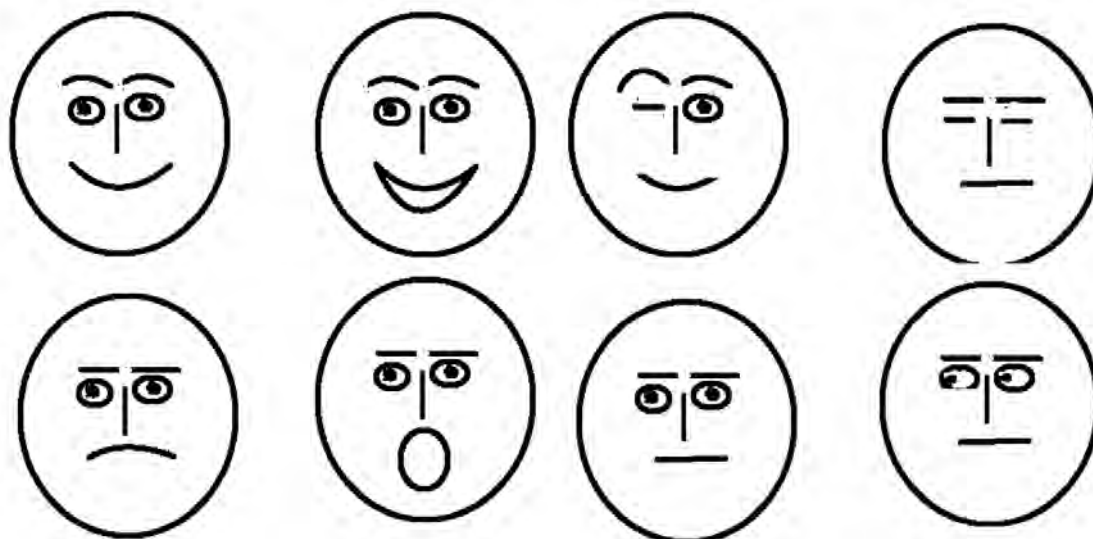


Tabla 1. Marcadores de la buena mentalización (Asen y Fonagy, 2012)

- Curiosidad benévola hacia los estados mentales de uno mismo y de los demás
- Respeto, interés
- Incertidumbre, tolerar el no-saber; fallar dos veces de cada tres
- Aceptación de diferentes perspectivas
- Darse cuenta del impacto (*self* visto desde afuera)
- Compasión y perdón
- Humor, juego relajado
- Capacidad de confiar
- Capacidad de asumir la responsabilidad por los propios fallos y errores
- Mostrar calidez y respeto por cada miembro de la familia
- Incluir a todos los miembros de la familia
- Conciencia del impacto del afecto en uno mismo y en los demás
- Toma de perspectiva (poniéndose en el lugar de otro)
- Continuidad narrativa
- Comprensión de la opacidad de las mentes
- Tener en cuenta la fase del desarrollo del niño
- Vincular el comportamiento manifiesto con los estados mentales subyacentes

Tabla 2. Técnicas para mentalizar (Asen y Fonagy, 2012)

- Confirmar y validar las experiencias emocionales de los miembros de la familia
- Identificar impases en la mentalización
- Comprobar
- Parar y retroceder/ rebobinar
- Clarificar
- Mantener la postura de investigación, de no saber
- Invitar a la toma de perspectiva

Programas de hospital de día para niños y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria

FEDERICO CARDELLE-PÉREZ¹ Y MARÍA DOLORES DOMÍNGUEZ-SANTOS²

RESUMEN

Programas de hospital de día para niños y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. Los trastornos de la conducta alimentaria suponen una indicación clásica de los programas de hospital de día para niños y adolescentes. Se presenta una perspectiva de estos programas centrada en alternativa a la hospitalización: intervención tipo terapia centrada en la familia (FBT) e intervención específica en trastorno evitativo-restrictivo. Los hallazgos apoyan la implementación de estos programas. Algunos enfoques como la FBT están manualizados y cuentan con suficiente evidencia para favorecer su expansión. **Palabras clave:** *psiquiatría de la infancia y de la adolescencia, hospital de día, hospitalización parcial, trastornos de la conducta alimentaria, perspectiva.*

ABSTRACT

Day hospital programs for children and adolescents with eating disorders. Eating disorders are a classic indication of Day Hospital programs for children and adolescents. A perspective of these programs is presented, focused on alternative to hospitalization, family-based therapy (FBT), and specific intervention in avoidant - restrictive food intake disorder. The findings support the implementation of these programs. FBT is manualized and has evidence that should favor its expansion. **Key words:** *child and adolescent psychiatry, day hospital, partial hospitalization, eating disorders, perspective.*

RESUM

Programes d'hospital de dia per a nens i adolescents amb trastorns de la conducta alimentària. Els trastorns de la conducta alimentària suposen una indicació clàssica dels programes d'hospital de dia per a nens i adolescents. Es presenta una perspectiva d'aquests programes centrada en alternativa a l'hospitalització: intervenció tipus teràpia centrada en la família (FBT) i intervenció específica en trastorn evitatiu-restrictiu. Les troballes donen suport a la implementació d'aquests programes. Alguns enfocaments com la FBT estan manualitzats i són prou evidents per afavorir-ne l'expansió. **Paraules clau:** *psiquiatria de la infància i de l'adolescència, hospital de dia, hospitalització parcial, trastorns de la conducta alimentària, perspectiva.*

Los Hospitales de Día para niños y adolescentes son una de las principales opciones terapéuticas para el tratamiento de pacientes con trastornos mentales graves. Aunque no se han realizado muchos estudios de efectividad se mantiene el consenso de su indicación para el tratamiento de diferentes patologías en niños y adolescentes (Tumuluru, 2020).

Algunas dificultades están relacionadas con la propia realización de estudios experimentales (Karterud et al., 1998) (Weir y Bidwell, 2000) y su propia heterogeneidad ha dificultado la evaluación e investigación ya desde sus inicios (Zimet y Farley, 1985, 1991).

En el campo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), existe un grupo de casos que

¹Psiquiatra. Servicio Murciano de Salud. CSM Cartagena. España. ORCID 0000-0002-9453-2328. ²Prof. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidade de Santiago de Compostela. España.
Contacto: federico.cardele@carm.es

Recibido: 23/1/23 - Aceptado: 27/2/23

no responde adecuadamente a las intervenciones de atención primaria o a la consulta psiquiátrica ambulatoria. Los Hospitales de Día para trastornos alimentarios fueron creados inicialmente para garantizar una nutrición adecuada para este tipo de pacientes como una alternativa a la hospitalización completa, decisión basada en términos de gestión sanitaria (Pedreira Massa, 2001). El Hospital de Día se sigue considerando hoy día una parte necesaria de la continuidad asistencial de los trastornos alimentarios y la patología comórbida (Bergquist, 2020).

Se ha considerado presentar una perspectiva del tratamiento hospitalario de día para los trastornos alimentarios en niños y adolescentes, ya que estos trastornos han sido una de las principales indicaciones de tratamiento intensivo, para así poder constituir una imagen sobre el estado de la cuestión.

Alternativa a la hospitalización

Si el Hospital de Día (HD) cumple su función como alternativa a la unidad de hospitalización psiquiátrica a tiempo completo (UHP), dado que los costes de esta última son inferiores, asumiendo la misma efectividad, su coste-efectividad sería favorable. Un programa para adolescentes y adultos jóvenes con trastornos alimentarios en un programa de tratamiento diurno se llevó a cabo en Nueva York con 82 participantes, de los cuales 49 completaron el programa. Los dos grupos no mostraron diferencias significativas al alta, requiriendo hospitalización completa en el 13 % de los casos, por lo que se postuló como una alternativa a la hospitalización (Dancyger et al., 2003). Los pacientes ingresados en el HD por trastornos alimentarios vieron reducida la estancia media tras la hospitalización a tiempo completo de la que procedían el 90 % de los pacientes, junto con la reducción de costes, una incorporación más rápida al entorno habitual, una mayor intervención familiar y renutrición - estabilización del Índice de Masa Corporal (IMC) del paciente y un mejor pronóstico (Martínez Cantarero et al., 2013). En otro ensayo clínico aleatorizado multicéntrico, el tratamiento en el HD para adolescentes con anorexia nerviosa (AN) después del ingreso hospitalario se comparó con

la hospitalización continua a tiempo completo. Las edades fueron entre 11 y 18 años y con seis centros incluidos, valorando un programa de tratamiento idéntico en todos ellos. De 660 pacientes, 172 fueron asignados aleatoriamente. La transición al HD no mostró inferioridad en la medida de resultado primaria (IMC), por lo que los autores interpretaron que esta intervención no parecía ser menos efectiva para la recuperación y el mantenimiento del peso durante el primer año. Además, el HD sería una medida terapéutica segura y menos costosa como alternativa a la hospitalización a tiempo completo, con lo que estos resultados justificarían la amplia implementación de este enfoque (Herpertz-Dahlmann et al., 2014). De hecho, la guía clínica de JAACAP sobre trastornos alimentarios en niños y adolescentes referida a hospitalización parcial y tratamiento diurno en su cuarta recomendación afirmó que este tipo de intervención estaría indicada cuando el tratamiento ambulatorio no había sido exitoso o no estaba disponible (Lock et al., 2015). Un metaanálisis sobre la intervención multidisciplinar para los trastornos alimentarios en la edad pediátrica en los Estados Unidos consideró 11 estudios en 593 pacientes. Se incluyeron los pacientes que recibieron intervención sobre el rechazo crónico a comer en hospitales de día y en programas de hospitalización a tiempo completo, donde las intervenciones de este tipo fueron beneficiosas para este grupo de pacientes con trastornos alimentarios graves (Sharp et al., 2017). Una revisión Cochrane comparó varias modalidades de tratamiento para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) alternativas a la hospitalización completa, entre ellas la hospitalización parcial, seleccionando cinco estudios que representaban a más de 500 pacientes en total (511 participantes con AN y 55 participantes con bulimia nerviosa [BN]). Concluyeron que no había pruebas suficientes para recomendar qué contexto de tratamiento fue superior, sin diferencias claras en el aumento de peso en diferentes contextos, pero con más probabilidades de completar el tratamiento cuando se les ofreció el hospital (Hay et al., 2019). Como reconocen los propios autores, la evidencia fue de calidad baja o extremadamente baja. Se presenta un resumen del bloque como Tabla 1 en el anexo.

Terapia centrada en la familia (FBT)

La *Family Based Therapy* (FBT) parte del modelo que Christopher Dare y sus colaboradores iniciaron en los años 80 del pasado siglo en el Hospital Maudsley de Londres (Russell, 1987; Dare et al., 1990), por lo que en muchas ocasiones se ha referido a esta como “modelo Maudsley”. Esta intervención fue posteriormente desarrollada y manualizada por Lock y La Grange (2012). La FBT se ha ido posicionando como la opción terapéutica líder para el tratamiento de los trastornos alimentarios en niños y adolescentes, incluyendo su aplicación en el ámbito del HD. Un ensayo clínico aleatorizado sobre FBT manualizada y terapia cognitivo-conductual (TCC) para adolescentes con BN contó 130 pacientes aleatorizados (Universidades de Chicago y Stanford). La FBT fue superior con respecto al cese de los atracones y las conductas purgativas (Le Grange et al., 2015). Ya en 2007, se había publicado un estudio más pequeño sobre la FBT manualizada para veinte adolescentes con AN con el enfoque de, en lugar de centrarse en la autonomía del adolescente para recuperar peso, poner a los padres temporalmente a cargo de este objetivo, pretendiendo abrir las puertas a la difusión de este modelo de tratamiento (Loeb et al., 2007). Otro estudio en los Estados Unidos evaluó la integración de terapia dialéctico-conductual (DBT) y FBT en adolescentes con BN en un HD (San Diego, Universidad de California). Propusieron un programa seis días a la semana, entre tres y diez horas al día con 35 participantes entre noviembre de 2012 y enero de 2015. Se mostró una mejoría significativa tanto en la patología alimentaria global como en los síntomas centrales de la BN, así como en la eficacia de los padres, sin cambios en la regulación emocional (Murray et al., 2015). En un seguimiento de tres meses en 26 pacientes con AN o trastornos alimentarios no especificados, de 11 a 22 años (media 16,58), dentro de un programa de HD basado en FBT, todas las medidas permanecieron estables o mejoraron entre el final del programa y el seguimiento, excepto la autoeficacia de los padres. Se sugirió que las mejoras establecidas en el programa del HD podrían mantenerse en el tiempo también cuando los pacientes pasaran a un nivel de tratamiento

menos intensivo después de la finalización de la intervención (Rienecke y Richmond, 2018). Un estudio de resultados de tratamiento en 26 adolescentes con AN dentro de un nuevo programa basado en intervención familiar basado en FBT en HD (seis horas diarias, cinco días a la semana, durante cinco semanas) fue evaluado mediante el *Eating Disorder Examination*, que consideraron el *Gold Standard* (Rienecke y Ebeling, 2019). Se daba un 21,8 % de discontinuadores en adolescentes y adultos jóvenes con AN en el HD, e identificaron una serie de factores no modificables como hospitalizaciones previas y una serie de factores modificables como la emoción expresada por los padres (comentarios críticos, sobreexposición emocional, hostilidad, afecto y observaciones positivas) (Rienecke, 2019). Este grupo ya había estudiado tres años antes la alianza terapéutica con los padres y su relación con los resultados del HD (Rienecke et al., 2016).

Otro estudio sobre predictores de recuperación de peso en un programa de HD con FBT para adolescentes con AN con 87 participantes se centró en la recuperación de peso las primeras cuatro semanas de tratamiento empoderando a las familias. La estancia media fue de 43,79 días con una ganancia de 0,9 kg. por semana (Martin-Wagar et al., 2019). Los estudios anteriores tenían un tamaño de muestra pequeño, seguimientos a corto plazo y una tendencia a centrarse en los síntomas restrictivos, justificación por lo que fue diseñado un estudio mayor sobre el HD para adolescentes con TCA, aplicando FBT y DBT. Su duración era de seis a diez horas al día y seis días a la semana, transfiriendo a pacientes con mejoría a ambulatorio intensivo (tres horas al día, tres ó cuatro días a la semana). La muestra estuvo constituida por 265 pacientes y con varios estadios de seguimiento. Globalmente los síntomas alimentarios mejoraron desde el ingreso hasta el alta (percentil de IMC, *Eating Disorder Examination-Questionnaire*), sin más cambios durante el seguimiento, mientras que la ansiedad y la depresión (*State Trait Anxiety Inventory*, *Beck Depression Inventory*), además de reducirse durante el tratamiento del HD, continuaron dicha tendencia a la baja en el seguimiento. Mostrando así mejoría en los síntomas cognitivos y conductuales mantenidos en el tiempo (Reilly et al., 2020).

También en Estados Unidos se realizó un estudio observacional en adolescentes con AN en un programa de hospitalización parcial basado en la intervención familiar (FBT) manualizada por Lock y Le Grange. Argumentaron que, aunque no todos los principios manuales de FBT se pueden aplicar al tratamiento del HD, estos sí se pueden adaptar a él citando para ello un estudio de Hoste y una revisión sistemática de Richards. El programa de Hospitalización Parcial incluyó estrategias de FBT de manera integrada y 70 pacientes con edades entre 10 - 19 años asistieron seis horas por día con mejoría, donde la recuperación temprana de peso predecía la respuesta al tratamiento (van Huysse et al., 2020). El resumen de este bloque se presenta como Tabla 2 del anexo.

Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos (ARFID)

La inclusión de la categoría ARFID (*Avoidant Restrictive Food Intake Disorder*) en el DSM-5 hace que sea interesante revisar los resultados específicos en el campo de la terapia. Un estudio retrospectivo en una cohorte de niños y adolescentes en el HD para trastornos alimentarios con diagnóstico DSM-5 de ARFID incluyó a 130 pacientes. Se produjo una reducción de la estancia, informando que este perfil de paciente podría ser tratado en el mismo dispositivo de Hospitalización Parcial que aquellos con AN (Ornstein et al., 2012). Otro estudio publicó los resultados de 137 pacientes de bajo peso de siete a 17 años con diagnósticos de ARFID y AN en un seguimiento a largo plazo después de haber realizado un tratamiento de Hospitalización Parcial, apoyando la mejoría obtenida en el HD también para dicho seguimiento (Bryson et al., 2018). Un estudio retrospectivo sobre fenotipos conductuales de ARFID tomó una muestra de 59 niños en HD con una edad media de 10 años. Su objetivo fue proponer tratamientos más específicos definiendo los tres siguientes fenotipos: alimentación selectiva, miedo a las consecuencias aversivas y poco apetito (Reilly et al., 2019). Profundizando en este enfoque, se estudiaron diferentes presentaciones de ARFID dentro de un programa de Hospitalización Parcial dependiendo del tipo de restricción dietética

presente. Otro estudio retrospectivo realizado en Estados Unidos contó con 83 casos entre ocho y 17 años donde se observaron diferentes subtipos que podrían beneficiarse de distintas adaptaciones en la terapéutica (Zickgraf et al., 2019). En los Países Bajos se presentó otra serie de casos sobre una nueva terapia cognitivo-conductual para adolescentes con ARFID en el régimen de HD. El modelo duró cuatro semanas e integró los principios de aprendizaje inhibitorio en rango de edad de 10 a 18 años, donde el 90 % de los pacientes lograron la remisión en el seguimiento (Dumont et al., 2019). Una presentación a congreso informó sobre la intervención realizada en Irlanda sobre el tratamiento de ARFID en un hospital general para una niña de 12 años con tres ingresos previos, donde un equipo multidisciplinario utilizó FBT en Hospitalización Parcial y el tratamiento farmacológico con Mir tazapina después de haber realizado una búsqueda bibliográfica (Naviaux, 2019). Mientras que una intervención multifamiliar con seis familias alemanas en un HD mostró la efectividad de esta intervención un año después de la hospitalización completa (Steinberg et al., 2019). Otra vez en los Estados Unidos se presentó otro tratamiento exitoso de ARFID en un programa para niños de siete a 13 años, seis horas al día, cinco días a la semana (con otra versión menos intensiva de tres horas al día, cinco días a la semana). Se adaptó la FBT a ARFID y también la TCC, mostrando la utilidad para algunos casos de realizar una intervención intensiva y limitada en el tiempo (Menzel, 2019). El grupo de Rienecke informó de tres casos en la adaptación de FBT en el programa de HD en adolescentes con ARFID, con una introducción más gradual de los alimentos que para los casos de AN pero incrementada más rápidamente para el caso de los alimentos que ya tomaban antes del inicio del trastorno. Los autores describieron en el artículo los detalles de estas adaptaciones e informaron que todos los casos respondieron al tratamiento (Rienecke et al., 2020). Véase cuadro resumen, como Tabla 3 del anexo.

Discusión

Hemos visto cómo existe una creciente evidencia en los últimos años sobre el tratamiento

de los trastornos alimentarios en niños y adolescentes en los programas de HD. Dichos programas se han mostrado favorables como alternativa a la hospitalización completa en un grupo de pacientes con trastornos alimentarios. Dado que los costes son más altos en la hospitalización completa, este sería un argumento favorable con respecto a tales intervenciones cuando el perfil clínico del paciente lo permita, siempre que la efectividad permanezca inalterada. Otro argumento de peso es el hecho de que los HD permiten mantener un tratamiento enfocado en la comunidad, pudiendo los pacientes mantener un mayor contacto con su entorno familiar, escolar y social.

El aumento de los programas basados en FBT tiene sentido en relación con su efectividad existente en niños y adolescentes con trastornos alimentarios. Se debería impulsar su desarrollo para el caso de la aplicación de esta terapia en el entorno de los HD, siendo esto aplicable para trastornos alimentarios restrictivos, BN, trastornos alimentarios no especificados e incluso ARFID. Hemos también abordado como categoría diagnóstica del DSM-5 esta intervención específica para ARFID en la infancia y la adolescencia, donde los HD también han demostrado su efectividad.

También hemos presentado algunos indicios que apuntan afirmativamente a la rentabilidad de los servicios especializados de salud mental para niños y adolescentes basados en la comunidad aplicados a la AN. Este sería un argumento para involucrar a las autoridades competentes en el desarrollo de este tipo de recursos, precisándose más estudios al respecto.

Como limitaciones, para la presente perspectiva la calidad de los diferentes estudios no se ha evaluado específicamente uno por uno (sin diseño del marco de evaluación de la calidad). Se supone que el tratamiento diurno caería en el continuo de un sistema de atención, con tratamientos menos intensivos que fallan primero, y esto también podría afectar a las revisiones. La inclusión, extracción y comparaciones se han realizado con un nivel básico de requisitos. Más ampliamente, sobre este creciente cuerpo de literatura sobre el HD para niños y adolescentes con trastornos alimentarios mencionaremos de forma crítica

la heterogeneidad de las intervenciones en los HD para los trastornos alimentarios, el limitado poder estadístico por los bajos tamaños muestrales probablemente derivados de plazas limitadas en los HD, el hecho de que muchos estudios sufren de la falta de un grupo control (e incluso de seguimiento tras el alta), discontinuadores del tratamiento que pueden implicar diferencias significativas en cuanto a datos demográficos, diagnóstico y/o nivel de deterioro funcional, evaluadores conscientes de los puntos de control, cambios de comportamiento esperados en la adolescencia (maduración, otras variables no controladas). Finalmente, falta una definición precisa del contenido propio de la intervención terapéutica: organización, elegibilidad, estructura, recursos humanos, planificación, objetivos, objetivo -individual, grupal, familiar-, enfoque -FBT, DBT, cognitivo-conductual, psicodinámico, multifamiliar, psicomotor, psicoeducación, ecléctico... ¿Qué hay de la alianza terapéutica, organización de comidas, coordinación con colegios, roles de cada profesional, tratamientos farmacológicos? Cuando hablamos de HD, a veces debemos preguntarnos a *qué* HD nos estamos refiriendo, ya que la intervención suele ser bastante diferente de uno a otro. El espectro amplio de intensidad terapéutica oscila desde programas parciales equiparables a tratamientos ambulatorios intensivos hasta aquellos otros en los que los pacientes acuden diariamente y suponen auténticas alternativas a la hospitalización completa y que merecen el nombre anglosajón de Hospitalización Parcial.

Después de ser redactada esta perspectiva, Baudinec y Simic (2021) han publicado una revisión de alcance sobre los modelos y los resultados en los programas diurnos de trastornos alimentarios en adolescentes. Analizan cuarenta y nueve estudios anteriores concluyendo que los programas diurnos son una alternativa efectiva a los pacientes hospitalizados, con mejoría mantenida en el seguimiento. El mismo grupo ha considerado abordar el tema del paso de la eficacia a la efectividad, tratando de conciliar los ensayos clínicos aleatorizados con la realidad clínica del día a día (Simic et al., 2022; Stewart et al., 2022).

Conclusiones

El desarrollo de terapias específicas que incluyan pacientes y familias con un buen grado de evidencia científica debe impulsar en la dirección de replicar tales experiencias y, por lo tanto, poder expandir tratamientos efectivos y centrados en la comunidad para niños y adolescentes. Cualquier tratamiento con un alto grado de efectividad y eficiencia debería desarrollarse para que pueda incluirse en la red de salud mental, especialmente cuando tenemos el punto de vista de la salud mental comunitaria.

Las intervenciones de los programas en HD para trastornos alimentarios proporcionan mejoría a los niños y adolescentes atendidos. Las iniciativas de HD son una forma de extender la cobertura a niños y adolescentes en los que el tratamiento ambulatorio es insuficiente debido a su patología activa y sus repercusiones a nivel individual, familiar y social, y como una alternativa real a la hospitalización a tiempo completo para cierto grupo de pacientes.

Debemos enfatizar la importancia de diseñar nuevos estudios experimentales para evaluar su efectividad con estándares similares. La FBT destaca como terapia manualizada con evidencia científica y por ello podría ser favorecida en su expansión.

Financiación

Ninguna

Conflicto de intereses

Ninguno

Declaración de intercambio de datos

El intercambio de datos no es aplicable: no se generan nuevos datos, o el artículo describe una investigación completamente teórica

Bibliografía

Baudinet, J. y Simic, M. (2021). Adolescent Eating Disorder Day Programme Treatment Models and Outcomes: A Systematic Scoping Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 652604.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.652604>

Bergquist, A. (2020). Strengths and challenges of a child and adolescent eating disorder partial hospitalization program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(10S), S27–S27.

Bryson, A. E., Scipioni, A. M., Essayli, J. H., Mahoney, J. R. y Ornstein, R. M. (2018). Outcomes of low-weight patients with avoidant/restrictive food intake disorder and anorexia nervosa at long-term follow-up after treatment in a partial hospitalization program for eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 51(5), 470–474.

<https://doi.org/10.1002/eat.22853>

Dancyger, I., Fornari, V., Schneider, M., Fisher, M., Frank, S., Goodman, B., Sison, C. y Wisotsky, W. (2003). Adolescents and eating disorders: an examination of a day treatment program. *Eating and Weight Disorders : EWD*, 8(3), 242–248. <https://doi.org/10.1007/BF03325021>

Dare, C., Eisler, I., Russell, G. F. M. y Szmukler, G. I. (1990). The clinical and theoretical impact of a controlled trial of family therapy in anorexia nervosa. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16(1).

<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1990.tb00044.x>

Dumont, E., Jansen, A., Kroes, D., de Haan, E., & Mulken, S. (2019). A new cognitive behavior therapy for adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder in a day treatment setting: A clinical case series. *The International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 447–458.

<https://doi.org/10.1002/eat.23053>

Hay, P. J., Touyz, S., Claudino, A. M., Lujic, S., Smith, C. A. y Madden, S. (2019). Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD010827.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010827.pub2>

Herpertz-Dahlmann, B., Schwarte, R., Krei, M., Egberts, K., Warnke, A., Wewetzer, C., Pfeiffer, E., Fleischhaker, C., Scherag, A., Holtkamp, K., Hagenah, U., Bühren, K., Konrad, K., Schmidt, U., Schade-Brittinger, C., Timmesfeld, N. y Dimpfle, A. (2014). Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre,

- randomised, open-label, non-inferiority trial. *Lancet*, 383(9924), 1222-1229.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62411-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62411-3)
- Karterud, S., Wilberg, T., Pedersen, G., Friis, S., Irion, T. y Urnes, Ø. (1998). Quality assurance of psychiatric day hospital treatment. II. Ward level. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52(4), 327-335.
<https://doi.org/10.1080/08039489850149778>
- le Grange, D., Lock, J., Agras, W. S., Bryson, S. W. y Jo, B. (2015). Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(11), 886-94.e2.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.08.008>
- Lock, J., la Via, M. C. y American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). (2015). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(5), 412-425.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.01.018>
- Lock, J. y le Grange, D. (2012). Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach, 2nd ed. En *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach, 2nd ed.*
- Loeb, K. L., Walsh, B. T., Lock, J., le Grange, D., Jones, J., Marcus, S., Weaver, J. y Dobrow, I. (2007). Open trial of family-based treatment for full and partial anorexia nervosa in adolescence: evidence of successful dissemination. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 792-800.
<https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318058a98e>
- Martínez Cantarero, M., Gutiérrez Priego, S., Bernaola Serrano, E., Bernaola Serrano, E. y Morandé Lavín, G. (2013). Comparación de los pacientes adolescentes ingresados en el Hospital de Día de Trastornos de la Conducta Alimentaria en el último trimestre del año 2011 frente al del año 2012. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 77(EC2).
- Martin-Wagar, C. A., Holmes, S. y Bhatnagar, K. A. C. (2019). Predictors of Weight Restoration in a Day-Treatment Program that Supports Family-Based Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 27(4), 400-417.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1528085>
- Menzel, J. (2019). Treating avoidant/restrictive food intake disorder in partial hospitalization and intensive outpatient levels of care: programming, strategies, and outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(10S), S2-S2.
- Murray, S. B., Anderson, L. K., Cusack, A., Nakamura, T., Rockwell, R., Griffiths, S. y Kaye, W. H. (2015). Integrating Family-Based Treatment and Dialectical Behavior Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa: Preliminary Outcomes of an Open Pilot Trial. *Eating Disorders*, 23(4), 336-344.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1044345>
- Naviaux, A. F. (2019). Management of ARFID (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder) in a 12-year-old on a Paediatric Ward in a General Hospital: Use of Mirtazapine, Partial Hospitalisation Model and Family Based Therapy. *Psychiatria Danubina*, 31(Suppl 3), 421-426.
- Ornstein, R. M., Lane-Loney, S. E. y Hollenbeak, C. S. (2012). Clinical outcomes of a novel, family-centered partial hospitalization program for young patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 17(3), e170-7.
<https://doi.org/10.1007/BF03325344>
- Pedreira Massa, J. L. (2001). Los hospitales de día en la atención de los trastornos mentales de la adolescencia: orientación terapéutica. *Revista de Psiquiatría y Psicología Del Niño y Del Adolescente*, 2(1), 68-92.
- Reilly, E. E., Brown, T. A., Gray, E. K., Kaye, W. H. y Menzel, J. E. (2019). Exploring the cooccurrence of behavioural phenotypes for avoidant/restrictive food intake disorder in a partial hospitalization sample. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 27(4), 429-435.
<https://doi.org/10.1002/erv.2670>
- Reilly, E. E., Rockwell, R. E., Ramirez, A. L., Anderson, L. K., Brown, T. A., Wierenga, C. E. y Kaye, W. H. (2020). Naturalistic outcomes for a day-hospital programme in a mixed diagnostic sample of adolescents with eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 28(2), 199-210.
<https://doi.org/10.1002/erv.2716>
- Rienecke, R. D. (2019). Treatment dropout in a family-based partial hospitalization program

- for eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 24(1), 163–168.
<https://doi.org/10.1007/s40519-018-0543-9>
- Rienecke, R. D., Drayton, A., Richmond, R. L. y Mammel, K. A. (2020). Adapting treatment in an eating disorder program to meet the needs of patients with ARFID: Three case reports. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(2), 293–303.
<https://doi.org/10.1177/1359104519864129>
- Rienecke, R. D. y Ebeling, M. (2019). Desired weight and treatment outcome among adolescents in a novel family-based partial hospitalization program. *Psychiatry Research*, 273, 149–152.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.028>
- Rienecke, R. D. y Richmond, R. L. (2018). Three-month follow-up in a family-based partial hospitalization program. *Eating Disorders*, 26(3), 278–289.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1388665>
- Rienecke, R. D., Richmond, R. y Lebow, J. (2016). Therapeutic alliance, expressed emotion, and treatment outcome for anorexia nervosa in a family-based partial hospitalization program. *Eating Behaviors*, 22, 124–128.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.06.017>
- Russell, G. F. M. (1987). An Evaluation of Family Therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44(12), 1047.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800240021004>
- Sharp, W. G., Volkert, V. M., Scahill, L., McCracken, C. E. y McElhanon, B. (2017). A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders: How Standard Is the Standard of Care? *The Journal of Pediatrics*, 181, 116–124.e4.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.10.002>
- Simic, M., Stewart, C. S., Konstantellou, A., Hodson, J., Eisler, I. y Baudinet, J. (2022). From efficacy to effectiveness: child and adolescent eating disorder treatments in the real world (part 1)-treatment course and outcomes. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 27.
<https://doi.org/10.1186/s40337-022-00553-6>
- Steinberg, K., Maas, C., Müller, J., Michel, J. y Romer, G. (2019). Multifamily Therapy with Anorectic Children and Adolescents in a Day Care Clinic. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 68(5), 438–458.
<https://doi.org/10.13109/prkk.2019.68.5.438>
- Stewart, C. S., Baudinet, J., Munuve, A., Bell, A., Konstantellou, A., Eisler, I. y Simic, M. (2022). From efficacy to effectiveness: child and adolescent eating disorder treatments in the real world (Part 2): 7-year follow-up. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 14.
<https://doi.org/10.1186/s40337-022-00535-8>
- Tumulu, R. (2020). What is a partial hospital program? Results of a national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(S10), S27–S27.
- van Huysse, J. L., Smith, K., Mammel, K. A., Prohaska, N. y Rienecke, R. D. (2020). Early weight gain predicts treatment response in adolescents with anorexia nervosa enrolled in a family-based partial hospitalization program. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(4), 606–610.
<https://doi.org/10.1002/eat.23248>
- Weir, R. P. y Bidwell, S. R. (2000). Therapeutic day programs in the treatment of adolescents with mental illness. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(2), 264–270.
<https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00722.x>
- Zickgraf, H. F., Lane-Loney, S., Essayli, J. H. y Ornstein, R. M. (2019). Further support for diagnostically meaningful ARFID symptom presentations in an adolescent medicine partial hospitalization program. *The International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 402–409.
<https://doi.org/10.1002/eat.23016>
- Zimet, S. G. y Farley, G. K. (1985). Day treatment for children in the United States. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(6), 732–738.
[https://doi.org/10.1016/s0002-7138\(10\)60116-1](https://doi.org/10.1016/s0002-7138(10)60116-1)
- Zimet, S. G. y Farley, G. K. (1991). *Day Treatment for children with children with emotional disorders. Volume 1. A model in action. Volume 2. Models across the country.* Plenum press.

Anexos

Tabla 1. Alternativa a la hospitalización

Autoría	n	Comparativa	Diagnóstico	Resultados
Dancyger et al.	82	HD vs UHP	TCA	87 % evitaron ingreso en UHP
Martínez Cantarero et al.	141	Continuidad en HD desde UHP	TCA	Reduce estancia media tras UHP
Herpertz-Dahlmann et al.	172	Continuidad en HD vs UHP (Ensayo Clínico Aleatorizado)	AN	No inferioridad en la medida principal de resultados (IMC)
Sharp et al.	593	HD vs UHP (Metaanálisis)	Rechazo crónico para alimentarse	Beneficio para el grupo pediátrico con TCA grave
Hay et al.	566	Todas las alternativas vs UHP (Revisión Cochrane)	AN + BN	Sin diferencias claras en ganancia de peso.

Tabla 2. Terapia centrada en la familia (FBT)

Autoría	n	Modelo	Diagnóstico	Resultados
Le Grange et al.	130	FBT vs TCC (Ensayo Clínico Aleatorizado)	BN	FBT superior. Cese de conductas de atracón y purgatorias
Loeb et al.	20	FBT	AN	FBT recupera peso
Murray et al.	141	FBT + DBT	BN	Mejoría en patología alimentaria, síntomas nucleares, eficacia parental. Sin cambios en regulación emocional
Rienecke and Richmond	26	FBT	AN. TCA no especificado	Medidas estables o mejoría en el seguimiento (excepto autoeficacia parental)
Martin-Wagar et al.	87	FBT	AN	Ganancia media de 0,9 kg. a la semana
Reilly et al.	265	FBT + DBT	TCA	Los síntomas alimentarios mejoraron durante la intervención. Ansiedad y depresión continuaron reducción en seguimiento
Van Huisse et al.	70	Adaptación específica de FBT para HD	AN	Aplicable. Ganancia temprana de peso predice respuesta al tratamiento

Tabla 3. Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos (ARFID)

Autoría	n	Diseño	Diagnóstico	Resultados
Ornstein et al.	130	Retrospectivo	ARFID	Beneficio para intervención HD
Bryson et al.	137	Transversal	ARFID + AN	Beneficio para intervención HD y seguimiento
Reilly et al.	59	Retrospectivo	ARFID	Coocurrencia de fenotipos conductuales
Zickgraf et al.	83	Retrospectivo	ARFID	Diferentes subtipos podrían beneficiarse de terapias específicas
Dumont et al.	11	Serie de casos	ARFID	90 % obtuvieron la remisión en el seguimiento
Naviaux	1	Comunicación de caso	ARFID	FBT multidisciplinar más tratamiento farmacológico con Mirtazapina
Steinberg et al.	6	Prospectivo	ARFID	Efectividad de intervención multifamiliar
Rienecke et al.	3	Serie de casos	ARFID	Todos los casos respondieron a la adaptación de FBT

Mediación audiovisual como estrategia de acercamiento y visualización de la salud mental

FRANCISCO JAVIER MARÍA MARCOS¹

RESUMEN

Mediación audiovisual como estrategia de acercamiento y visualización de la salud mental adolescente. El siguiente artículo tiene como objetivo compartir con docentes universitarios, educadores y mediadores sociales los avances metodológicos aplicados en una experiencia compartida de aprendizaje activo y codiseño entre profesionales de la salud mental y estudiantes universitarios. Para ello, se analizan tres experiencias creativas del diseño audiovisual desarrolladas en un entorno universitario, resultantes de la colaboración entre profesionales de la Fundación Orienta, especializada en la atención integral a la salud mental comunitaria de niños, adolescentes y familias, y Bau Centro Universitario de Artes y Diseño de Barcelona, adscrito a la Universidad Central de Catalunya (UVIC). **Palabras clave:** *adolescencia, innovación social, mediación audiovisual, diseño audiovisual, proceso creativo, cocreación, salud mental.*

ABSTRACT

Audiovisual mediation as a strategy for approaching and visualizing adolescent mental health. The following article aims to share with university professors, educators and social mediators the methodological advances applied in a shared experience of active learning and co-design between mental health professionals and university students. To do this, three creative experiences of audiovisual design developed in a university environment are analyzed. Audiovisual mediation projects resulting from the collaboration between professionals from the Orienta Foundation, specialized in comprehensive community mental health care for children, adolescents and families, and the Bau University Center of Arts and Design of Barcelona, attached to the Central University of Catalonia (UVIC). **Keywords:** *adolescence, social innovation, audiovisual mediation, audiovisual design, creative process, co-creation, mental health.*

RESUM

Mediació audiovisual com a estratègia d'apropament i de visualització de la salut mental adolescent. El següent article té com a objectiu compartir amb docents universitaris, educadors i mediadors socials els avenços metodològics aplicats en una experiència compartida d'aprenentatge actiu i codisseny entre professionals de la salut mental i estudiants universitaris. Per fer-ho, s'analitzen tres experiències creatives del disseny audiovisual desenvolupades en un entorn universitari, com a resultat de la col·laboració entre professionals de la Fundació Orienta, especialitzada en l'atenció integral a la salut mental comunitària de nens, adolescents i famílies, i Bau Centre Universitari d'Arts i Disseny de Barcelona, adscrit a la Universitat Central de Catalunya (UVIC). **Paraules clau:** *adolescència, innovació social, mediació audiovisual, disseny audiovisual, procés creatiu, cocreació, salut mental.*

Introducción

Como comenta el sociólogo y diseñador Ezio Manzini (2015), reconocido por su trabajo en diseño para la innovación social y sostenibilidad,

“las escuelas de diseño se convierten en un recurso social real; pueden generar ideas originales e interactuar con las comunidades locales para promover nuevas iniciativas o apoyar las que están en marcha, al tiempo que adoptan un

¹Bau, Centro Universitario de Arte y Diseño, Universitat de Vic, Universitat Central de Catalunya.
Contacto: frank.maria@bau.cat

Recibido: 13/5/23 - Aceptado: 31/5/23

enfoque de investigación en diseño” (p. 105).

El ámbito universitario se establece, pues, como un escenario idóneo para poder explorar marcos metodológicos de creación que acerquen las problemáticas de la sociedad al individuo. “Entendemos el método docente como un conjunto de decisiones sobre los procedimientos a emprender y sobre los recursos a utilizar en las diferentes fases de un plan de acción que, organizados y secuenciados coherentemente con los objetivos pretendidos en cada uno de los momentos del proceso, nos permiten dar una respuesta a la finalidad última de la tarea educativa. El método implica fases o pasos en una secuencia temporal y lógica que se debe justificar y explicar racionalmente” (De Miguel, 2006, p. 36).

En este caso, el escenario aplicación de estos métodos se configura en el marco competencial de aprendizaje-enseñanza propuesto por el plan de Bologna con métodos de aprendizaje activos, basados en proyectos, en retos, en situaciones a resolver por parte de los estudiantes. A su vez, introducen como eje transversal en sus formaciones la preocupación por la transformación social, con propuestas docentes que abren caminos respondiendo a nuevos paradigmas en torno a la participación y a la colectividad.

Dependiendo del enfoque utilizado, se establecen tres bloques distintos de tipos de métodos docentes activos. Nos resulta de interés el enfoque globalizado, puesto que propone abordar la realidad de forma global e interdisciplinar. Aquí encontramos el método de **resolución de problemas**, que es una “metodología ordinariamente de carácter interdisciplinar, que consistente en **identificar una situación problemática**, definir sus parámetros, formular y desarrollar hipótesis y proponer una solución o soluciones alternativas por parte de un grupo pequeño de estudiantes” (De Miguel, 2006, p. 39).

Destacamos de esta cita “identificar una situación problemática”, ya que durante las situaciones docentes abordadas no pretendemos dar respuestas claras a un problema planteado sino más bien lo sugerido en esta frase: indagar sobre situaciones problemáticas donde en el proceso resolución de los retos, los participantes aprendieran y, además, aportaran algo de luz mediante un **aprendizaje colaborativo**.

El aprendizaje colaborativo es otro de los métodos más utilizados en las propuestas audiovisuales realizadas. En la ejecución y desarrollo del proyecto, los estudiantes desarrollan aprendizajes significativos, compartiendo entre ellos cada uno de los descubrimientos encontrados.

A continuación, iniciamos con la definición del problema, para pasar a los objetivos generales de la propuesta. Tras la definición de mediación audiovisual, concretamos los objetivos específicos y describimos las tres experiencias de forma consecutiva y progresiva. Ahondamos en la parte metodológica, destacando las aportaciones y las implementaciones de cada nueva edición.

Finalizamos con el análisis de las entrevistas cualitativas semiestructuradas realizadas, su evaluación y la propuesta de aportaciones de mejora para nuevas ediciones.

Definición del problema

El problema principal que aborda la propuesta es estudiar el potencial del proceso de creación audiovisual en una formación universitaria de diseño audiovisual, como estrategia de acercamiento y visualización de un tema altamente preocupante como es la salud mental en la adolescencia, un entorno agravado, como ya es sabido, por la crisis del Covid 19. Utilizando el diseño y la creación como recurso, buscamos investigar acerca de las posibilidades de la mediación audiovisual en este contexto.

Tal y como publica el Departamento de Educación en colaboración con el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya (2022) en la “Guía per a l’abordatge de la conducta suïcida i de les autolesions no suïcides en el centre educatiu”, “en Catalunya, los centros de salud mental infantil y juvenil han incrementado un 8,5 % en número de personas atendidas y un 23,4 % el número de visitas totales el 2021, respecto del 2019. Así mismo, las urgencias de menores de 18 años han aumentado un 28,5 % durante el mismo periodo” (p. 4).

Esta guía se enmarca dentro del *Pacte Nacional per la Salut Mental* de la Generalitat de Catalunya, creado en el año 2021 de acuerdo con las directivas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que solicita a los países poner la salud en el centro de la recuperación derivada

de la crisis del Covid-19. De la misma manera que, a nivel nacional, el día 2 de diciembre del mismo año, el Ministerio de Sanidad aprobó la “Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud” Período 2022-2026. En dicho documento se plantean diez líneas estratégicas dirigidas a los cuidados de la ciudadanía en un escenario post-covid. De estas líneas, ponemos la atención en la “Línea estratégica 5”, dedicada exclusivamente a “Salud mental en la infancia y en la adolescencia”.

De ella destacamos el objetivo general número 3, cuyo contexto y objetivos enmarcan la actuación de las actividades que describiremos a continuación y uno de los objetivos del proyecto. Es el siguiente:

“5.3: **Objetivo general.** Luchar contra la discriminación y la estigmatización social de los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental.

Objetivos específicos

5.3.1. Fomentar campañas de sensibilización en colectivos clave: profesionales del ámbito social, educativo y sanitario, familiares, policías, profesores, periodistas, estudiantes universitarios, estudiantes de instituto.

5.3.2. Implementar proyectos compartidos entre personas en las etapas de la infancia y la adolescencia con y sin problemas de salud mental, con objetivos comunes y en igualdad de estatus.

5.3.3. Elaborar programas comunitarios con participación de instituciones y asociaciones que contribuyan a la lucha contra el estigma social”.

El objetivo del proyecto que presentamos fomenta, al igual que este objetivo general, campañas de sensibilización a través de la creación de exposiciones sobre el tema y para toda la sociedad con las piezas creadas por los estudiantes de diseño (objetivo específico 5.3.1); fomenta las herramientas de codiseño, en igualdad de estatus, para poder generar un escenario creativo de cocreación, entre estudiantes con o sin problemas de salud mental en colaboración con docentes y profesionales de la salud mental y para un público adolescente. Con una especial mirada en los institutos con los cuales se promueven visitas a las exposiciones (objetivo específico 5.3.2). Para finalizar se elabora dentro de un convenio marco de colaboración

entre instituciones de la Fundación Orienta y BAU Centro Universitario de Artes y Diseño de Barcelona. Este convenio nació en 2018, con la primera colaboración entre las instituciones, y se mantiene en la actualidad, con la finalidad de contribuir a la lucha contra el estigma social (objetivo específico 5.3.3).

En este sentido, es necesario aclarar que la misión de dicha colaboración no parte en ningún caso con un objetivo clínico sino con un objetivo docente, divulgativo, de visualización y de prevención, dejando en cualquier caso la exploración futura de dicho marco metodológico y sus posibilidades en ámbitos terapéuticos y/o clínicos a los profesionales colaboradores del programa.

Desde nuestra perspectiva, nos interesa mejorar y facilitar el poder de lo que Manzini (2015) denomina “los ecosistemas favorables”, “es decir, agencias capaces de funcionar con un elevado grado de libertad para decidir con quién trabajan (por ejemplo, con qué comunidades, asociaciones, compañías e instituciones) y qué tipo de proyectos desarrollan (por ejemplo, dónde y cómo mejorar los ecosistemas favorables). Y lo que es más importante: pueden, de ese modo, fomentar el programa de investigación en diseño abierto, así como debates sociales con puntos de vista alternativos, críticos y poco convencionales” (pp. 104-105). En este caso, investigar en diseño, en colaboración con Orienta para diseñar dispositivos audiovisuales que visualicen las problemáticas de los adolescentes con problemas de salud mental con un objetivo de sensibilización, empatización y prevención sobre la temática tanto a los creadores como a público, así como el conocimiento, la capacitación, la activación y la generación de debate en el entorno.

Objetivos y metodología

Previamente a definir cuáles son los objetivos del proyecto, definiremos qué entendemos por *mediación audiovisual*.

Definimos la mediación audiovisual en contextos universitarios como *un proceso de transformación social*. En él, los participantes (colectivo de estudiantes, colectivo de especialistas en otras capacidades y asociaciones) se unen

en una zona de mediación, incentivados por la persona mediadora (desde la realización audiovisual y de la docencia), en la cual, a través de las fases de creación de un proyecto de diseño audiovisual, se incentivan y detonan acciones de autoreconocimiento, visibilización, sensibilización, activación, capacitación y empoderamiento.

El objetivo principal de las experiencias analizadas en el siguiente artículo es explotar las posibilidades de aplicación de la mediación audiovisual en el campo de la pedagogía en el contexto de la salud mental en la adolescencia. Investigar si este marco metodológico de creación audiovisual activa que incide en el proceso de construcción del audiovisual, utilizada en un entorno universitario, puede resultar un elemento útil que incentive el acercamiento hacia el tema, la visualización y la empatía de los estudiantes. A su vez, también explorar las posibilidades de la metodología en el ámbito de la docencia en diseño y en la labor de los educadores de la Fundació Orienta.

Para la comprobación de dicho objetivo se han desarrollado tres casos de estudio en años lectivos sucesivos 2018/19, 2020/21 y 2021/22, a excepción del año 19/2020 debido a la crisis del Covid-19. El objetivo general de las tres experiencias realizadas se enfocó dentro del ámbito de la prevención y en cada año se desarrolla una temática adecuada a cada momento.

El grupo con el que se trabajó son estudiantes de segundo curso del grado de Diseño Audiovisual. Se ha trabajado desde dos asignaturas simultáneas y comunes, de un grupo de entre 25 y 30 estudiantes dependiendo del año lectivo. Las asignaturas fueron *Iniciación a proyectos*, perteneciente al área de proyectos y *Expresión gráfica*, perteneciente al área de herramientas. Las asignaturas complementaron entre sí concepto y herramienta para una mejor formalización de los proyectos.

En todas las ediciones, durante el proceso, se contó con la asesoría y el acompañamiento del psiquiatra, el Dr. Miguel Cárdenas, y la trabajadora social, Trinidad Sánchez, profesionales de la Fundació Orienta.

Todas las sesiones fueron a su vez coordinadas por el doctorando Francisco Javier María, docente de la asignatura de *Iniciación a proyectos*

y que ejerció las labores de mediador, en colaboración con los docentes Joaquín Jordán en la primera edición y Diego Suárez en la segunda y tercera edición.

El número de sesiones para el desarrollo de las propuestas fue de seis sesiones de cuatro horas cada una, repartidas en seis semanas consecutivas, a la que se añadió un día de exposición de las piezas realizadas.

La primera sesión siempre corrió a cargo de los profesionales de la Fundació Orienta, que establecieron el contenido del marco de trabajo. Durante las siguientes sesiones, los estudiantes que lo necesitaron contaron con su asesoría en línea. En la última sesión, se expusieron los proyectos y se realizó una pequeña presentación oral de cinco minutos. Esta sesión cuenta, por un lado, con la presencia de los especialistas de la Fundació Orienta, que aportan comentarios profesionales sobre posibles entornos de aplicación de las piezas y con los docentes, que evalúan resultados técnicos y formales. Finalizadas las actividades, en la segunda y tercera edición se completó la actividad con entrevistas cualitativas semiestructuradas voluntarias con los estudiantes participantes para evaluar aspectos relativos al proceso de creación y al objetivo del proyecto.

Primera edición

La primera edición se desarrolló en el año lectivo 2018/2019. El marco de actuación, previo al Covid-19, recibió el título de "Rompiendo estigmas". El enfoque planteado por los profesionales de Orienta nos situaba, al igual que en los venideros, en la prevención, mostrando, en este caso, las dificultades de las personas estigmatizadas por problemas de salud mental (no únicamente adolescentes). El objetivo propuesto era de qué manera, a través de la construcción de audiovisuales, siempre enmarcados dentro de los límites de una pantalla (1), podríamos visualizar dichas problemáticas y romper con los estigmas asociados.

En este primer caso de estudio, la metodología de trabajo no distó de las metodologías empleadas hasta este momento dentro de esta asignatura de diseño universitario. Se divide en tres fases de investigación, ideación y conceptualización y formalización. La valoración del

impacto de los resultados no estuvo prevista.

Las estudiantes se repartieron libremente en grupos de cuatro o cinco personas e iniciaron la producción partiendo del documento sugerido por dichos profesionales “L’Estigma i la discriminació en Salut mental a Catalunya 2016”, publicado por la asociación Obertament (Balasch et al., 2016).

Se creó un Google Drive compartido entre todos los grupos para incentivar la participación de todos los participantes, incluidos los profesionales y los docentes, en la creación de un repositorio de referentes comunes de trabajo, del cual extraer la inspiración con rigurosidad.

En la conceptualización, los grupos decidieron trabajar temáticas como el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), la depresión o la glorificación de los trastornos mentales en la música, entre otros, apostando por formatos audiovisuales muy diversos como el cortometraje, el videoclip, una simulación de videojuego o videos reflexivos.

El resultado final se concretó en ocho piezas muy diversas que ya han sido utilizadas como punto de partida a través del cual generar debate entre los adolescentes y la sociedad en general. Pretende, a través de diálogo, romper con la estigmatización social de personas con problemas de salud mental. Estas piezas han sido utilizadas en jornadas de innovación en Salud mental a cargo del Dr. Miguel Cárdenas (2), mostradas en la exposición “Projecta’t, Audiovisual Immersiu Joventut i Salut Mental” (3) y una de ellas, “El otro lado de las cosas”, fue ganadora de un Laus de Plata (4) en la categoría de estudiantes de Audiovisual de la edición del 2019.

Si bien consideramos que los resultados creativos son formalmente interesantes, generan debate y reflexión a favor de la desestigmatización y son efectivos, concluimos que la metodología empleada necesitaba una mayor supervisión para poder atender al proceso creativo. Era necesario tener herramientas para valorar las particularidades de cada fase de creación y las repercusiones que tenían en el individuo y en los participantes, ya que principalmente no valorábamos la formalización final de los proyectos, aunque la consideramos importante, sino, qué cambios se producen durante el proceso y cómo afectan.

Segunda edición

En la segunda edición 2020/21 (post Covid), dada la alta sensibilidad hacia el tema, en un escenario post-pandémico, se dejó la libertad para que los grupos de trabajo exploraran las temáticas en las que querían profundizar, pero en esta ocasión sí que se consideró necesario que se enmarcaran dentro de la adolescencia. Además, en este segundo caso de estudio, se pautó a los estudiantes que sus propuestas audiovisuales deberían de explorar las posibilidades del audiovisual fuera de los marcos de una pantalla, en este caso con la utilización del *micromapping* (5).

La propuesta se centró en esta técnica para explorar objetivos sociales y no publicitarios o puramente artísticos que aprovechen las posibilidades del *micromapping* a favor de la transformación social. Se les propone a los estudiantes este formato porque creemos que podemos aprovechar la emoción provocada por este tipo de instalaciones para explorar nuevas narrativas, sensaciones y pensamientos, crear empatía y provocar cambio social.

La idea era crear formas y objetos fuera de una pantalla rectangular que, por un tiempo, al recibir la proyección, dejan de ser inertes y nos ayudan a mostrar el mensaje de una manera más inmersiva y cercana al sentimiento del colectivo.

La metodología utilizada en esta ocasión, como propuesta de mejora a las carencias de la anterior, y con la atención puesta en el proceso creativo, se basó en procesos de cocreación. Aplicamos y adaptamos la metodología propuesta por Alejandro Masferrer (2019), “Diseño de procesos creativos, metodología para idear y co-crear en equipo”. Masferrer propone un proceso inclusivo que no distingue entre creativos y no creativos, sino que hace sentir bienvenido a cualquiera que se una al trabajo.

La metodología de Masferrer propone un viaje creativo a través de formas geométricas. Un primer acercamiento en la que todos los participantes investigan sobre el tema (CIRCULO / puesta en común); otra fase en la que se sientan las bases principales del proyecto, sus objetivos y propuestas de autoevaluación (CUADRADO / pilares fuertes), desde las cuales se iniciará el proceso de búsqueda de ideas, cuantas más mejor, considerando mejor la cantidad que la

calidad en este caso (TRIÁNGULO ABIERTO); para finalizar con la criba de dichas ideas a través de los objetivos marcados para conseguir la idea que mejor cumpla con el objetivo general del proyecto (TRIÁNGULO CERRADO / concreción hacia un vértice).

Esta metodología la combinamos con los aprendizajes obtenidos de la lectura de “Cuando todos diseñan” de Ezio Manzini (2015), texto que ofrece una visión general sobre el diseño contemporáneo, sus transformaciones, y la innovación social que tiene lugar en todo el mundo para hacer posible ordenar una sociedad sostenible en términos sociales y ambientales.

Las posibilidades de la técnica desbordan las expectativas y las estudiantes realizan propuestas realmente innovadoras; experiencias inmersivas que exploran el autocuidado emocional con conductas beneficiosas y nocivas en el que el público presente es protagonista de la pieza; trastornos de la conducta alimentaria con un iceberg en volumen de gran tamaño que representa lo que ven de nosotros y lo que ocultamos, con el título de *¿Por qué no comes?* (6) o la reproducción a escala real de la habitación de un adolescente encerrado en sí mismo, como su refugio y que nos hace reflexionar sobre su situación y la necesidad de pedir ayuda, con el título de “Entre mis cuatro paredes” (7)

La presentación de las piezas finales se abrió al público durante un día y recibió, además de multitud de visitas de familiares y amigos, la visita de los profesionales de Orienta y algunos educadores de los hospitales de día de la fundación.

En esta ocasión, se realizaron entrevistas semiestructuradas a los estudiantes participantes para evaluar el proceso y al público asistente para valorar el impacto de las piezas. El resultado de estas lo veremos en el capítulo de valoraciones y conclusiones. Podemos avanzar que la metodología utilizada representó una clara mejora del análisis creativo con respecto a la anterior; las estudiantes se sentían más cómodas y tenían herramientas para poder autoevaluar su trabajo, paso por paso, y los resultados obtenidos. Este hecho es trasladable también a los docentes.

Sin embargo, algunas estudiantes manifestaron que, si bien en la fase de investigación,

ideación y conceptualización, la adaptación de la metodología de Masferrer les fue muy útil, en la fase de formalización se sintieron un poco perdidas: “Realmente, creo que ha sido **muy interesante la propuesta de proceso** que nos presentó ya en un inicio Frank y creo que **ha potenciado bastantes aspectos del proyecto**. (...) Por otro lado, creo que este proceso marcado fue mucho más claro en la fase de ideación y conceptualización, y **se disolvió en la de formalización**. Habría estado bien mantenerlo más”

La pieza “Entre mis cuatro paredes” gana un Laus de Bronce en la edición 2022, y es expuesta también en “Projecta’t, Audiovisual Immersiu Joventut i Salut Mental”, generando debates muy interesantes entre los adolescentes y familias asistentes a la exposición.

Tercera edición

En la tercera edición 2021/2022 y en vista de los datos aportados, el marco de trabajo se focalizó absolutamente en un proyecto de concienciación y visualización sobre problemáticas asociadas a la Salud Mental en adolescentes.

El enunciado del ejercicio lanzó el reto de la creación de seis piezas de audiovisual en *micromapping* que ayudaran en la visualización, sensibilización y capacitación de la salud mental y emocional de la población adolescente. Además, con el objetivo de un mayor difusión e impacto, se propuso que dichas piezas se crearan pensando en un recorrido de una exposición conjunta. Por este motivo, las piezas tenían que dialogar entre ellas y generar un discurso coherente.

La instalación creada estará abierta al público en grupos reducidos prioritariamente de adolescentes y será guiada para generar la lectura y percepción deseada en el espectador / visitante.

En esta ocasión, en el marco de trabajo inicial, los profesionales de Orienta plantearon a las estudiantes trabajar absolutamente desde la prevención. La saturación de los centros asistenciales necesitaba de toda la ayuda posible en este sentido. Se planteó la necesidad de comunicar de la manera más cercana posible elementos que ayudaran al adolescente a comprenderse mejor y a tener más elementos para llevar a cabo esta gestión emocional, aliviando algo del malestar que atraviesan.

Por esto las piezas que se propusieran querían aportar información sobre el mundo de las emociones, la mente, las conductas que ayudan y que no ayudan y las alternativas de solución. Llevándolo al espacio comunitario podían ayudarnos en la sensibilización de la comunidad y la prevención.

El objetivo es que estas piezas fueran material de trabajo que sirviera para facilitar canales de comunicación, reflexión y comprensión y aportar alguna herramienta a los adolescentes en tratamiento o sin él, para mejorar la gestión de sus emociones pensamientos y conductas.

Cada grupo de trabajo desarrolló una de estas temáticas: 1) Universo emocional; 2) ¿cómo funciona la mente?; 3) detonantes, conductas y recompensas / resultados; 4) estrategias de afrontamiento ante el estrés y la ansiedad; 5) momentos de crisis; 6) primeros auxilios.

Dado que en la anterior edición algunas piezas se realizaron con un tamaño considerable, en esta ocasión, para hacer viable el proyecto y su movilidad, se parametrizó que las producciones tenían que ser fácilmente transportables.

El marco metodológico empleado en este caso sumó la experiencia de las dos ediciones anteriores: la metodología de creación de proyectos de diseño, más la metodología de cocreación de Masferrer. Para poder paliar las faltas de métodos, en lo referente a la formalización, sugeridas por las estudiantes, en esta ocasión, además, aportamos de forma más consciente métodos de mediación audiovisual. Si bien en los anteriores la formalización de audiovisual se trabajaba de forma transversal, es en esta edición donde toma más protagonismo.

La *mediación audiovisual* utiliza los procesos de creación audiovisual para posicionar y dar voz a los participantes, como un *moodboard* de sentimientos, el *storyboard* de mi historia, la sinopsis de mi problema, la luz de mis momentos, el sonido que me sitúa, el color que me describe, la escenografía que habito... Son herramientas en continuo desarrollo dentro de una metodología inmersa a su vez en un contexto, el audiovisual, en constante evolución. Estos métodos pretenden incentivar la experiencia desde las relaciones horizontales y situar a los proyectos artísticos colaborativos (audiovisuales) en el contexto de la mediación. Posibilita que los

implicados pongan en valor sus limitados recursos, potenciándose mutuamente al servicio de una creación audiovisual común y transformadora a la vez.

Las piezas generadas por los grupos se concretaron en un cerebro con volumen sobre el que se proyectó el funcionamiento de la mente adolescente; un corazón en el que, a través de la saturación de colores, se expresa el mundo emocional; un *mapping* interactivo en el que el público presente tiene que elegir el tipo de conducta que quieren que el protagonista realice; una instalación multipantalla con los detonantes, conductas y resultados con tres puntos de vista diferentes; la visualización en directo a través de gráficos en movimiento de un momento de crisis, en este caso de ansiedad; y, por último, un botiquín que simboliza, en tres alternativas, las posibilidades de los primeros auxilios.

Los resultados fueron expuestos en la jornada de clausura de la actividad con la presencia de público, amigos, docentes, familiares y profesionales y educadores de los hospitales de día de la fundación. Al igual que en la anterior, se valoró su impacto con encuestas cualitativas a estudiantes. Analizaremos los resultados más adelante.

La exposición finalmente se llevó a cabo en CCCA Can Castells Centre d'Art de Sant Boi del 2 al 5 de noviembre de 2022 con el título de "Projecta't, Audiovisual Immersiu Joventut i Salut Mental". Esta exposición recoge varias de las piezas de la primera edición, la pieza "Entre mis cuatro paredes" de la segunda edición y cuatro de las piezas de la tercera edición.

La exposición recibe la visita de varios grupos de adolescentes del mismo centro CCCA, de centros y asociaciones de la zona y de los grupos de adolescentes de los hospitales de día de la Fundació Orienta.

Valoraciones

Para finalizar con la evaluación, en primer lugar, exponemos las preguntas de las entrevistas semiestructuradas voluntarias realizadas a los estudiantes.

Las encuestas se propusieron únicamente en la segunda y tercera edición. En la segunda edición, las encuestas contestadas fueron 11 de un

total de 24 estudiantes, lo que equivale a un 45 %. En la tercera edición, contestaron tres estudiantes de 30, lo que equivale únicamente a un 10 %. El motivo de la baja participación se estima que es debido a que la encuesta es realizada en periodo vacacional.

Consideramos esta última muestra insuficiente y sólo tendremos en cuenta las encuestas recibidas en la segunda edición.

¿Te fue útil la sesión inicial de exposición y trabajo en común del tema realizada con los profesionales de la fundación Orienta? ¿qué mejorarías? A la primera pregunta responden de manera **afirmativa** el 81 %, con comentarios como “sí, mucho, o de gran ayuda.” Una estudiante (9 %) no pudo asistir y otra (9 %) la considera mejorable. En los comentarios, se observan otro tipo de comentarios que tienen que ver con aspectos como **cohesión de grupo** (“hizo que conectáramos un poco entre nosotros”), con **fortalecimiento** (“hay personas que se abrieron y contaron experiencias personales”) y algunos echaron en falta testimonios en primera persona.

¿Qué te ha ayudado más a sintonizar con la propuesta?, tu investigación sobre el tema, tu experiencia sobre el tema, el debate con tus compañeros... El 90 % consideran de gran ayuda **poner en común** inquietudes con las compañeras de equipo, debatir y compartir experiencias personales y de entorno cercano. El 36 % destaca también la escucha activa como elemento importante del proceso. La totalidad (100 %) realiza **comentarios relacionados con el aumento de su capacitación** en investigación, consciencia, comprensión, visualización y expresión, de las cuales el 27 % cita que han aumentado su **empatía**.

¿Con qué resistencias personales, dificultades o limitaciones te has topado durante el proceso de elaboración del proyecto? El 50 % cita limitaciones relacionadas con el **trabajo en equipo** como división de trabajo proporcional, gestión de grupo u horarios. A su vez, un 50 % incide en que lo más duro fueron **problemas de introspección** relacionados con recuerdos de vivencias personales, el miedo a revivir algunas situaciones del pasado y a sufrir alguna recaída personal. Un 18 % cita temas de **formalización** de la pieza. A su vez, y también relacionado con este tema, una estudiante manifiesta temas

relacionados con el **respeto** (“el reto más difícil fue el no decir/hacer/crear algo que pudiera malinterpretarse o herir a alguien”). Para un 27 %, **no ha habido** ninguna resistencia y ha sido un proceso fluido.

¿Qué aspectos fueron determinantes para elegir el formato del proyecto? ¿por qué? ¿Como relacionas contenido y forma? El 50 % de los participantes cita **aspectos formales**, considerando que la literalidad de la propuesta (habitación adolescente) o la metáfora (iceberg) ayudaban en términos de **identificación** con el contenido mostrado y fomentan la **empatía**. El 36 % considera que **la interacción** propuesta al público asistente es un factor determinante de conexión con la temática. Un 18 % considera que son las **capacidades** del grupo tanto previas como las expectativas a conseguir; una estudiante, que la experimentación con superficies proyectables y otra, que el respeto de las decisiones conjuntas del grupo.

Enumera en qué aspectos concretos de tu instalación crees que la incorporación del audiovisual está aportando innovación social a este proyecto con esta temática. Qué estrategia audiovisual, de planteamiento, forma, lugar, etc. que hayáis creado pensáis que ha funcionado o cuál no. A posteriori a la formalización de la pieza, el 27 % comenta y confirma los mismos **aspectos formales** que comentaba en la pregunta anterior. A los aspectos relacionados con la metáfora y la literalidad, ahora se suman herramientas audiovisuales como las **palabras** (gráficos proyectados) o el **audio** (a través de testimonios) como elementos importantes en los mecanismos de generación de **empatía**. En este mismo sentido, el 18 % también considera que las piezas que provocan la interacción del espectador también “provocan más empatía con la temática”, que “de esta manera el espectador llega a empatizar y a ponerse más fácilmente en el lugar del adolescente”, lo cual provoca “reflexión, incomodidad, emoción... Y es bueno mostrar esos diálogos para darles valor.” En total, un 81 % considera que o bien por la identificación formal o metafórica o bien por la inmersividad e interacción del espectador, la formalización ha propiciado entornos relacionados con la **visualización y la empatía**. Una de las estudiantes considera que la instalación no

coincidía con las expectativas y otra no contesta a esta pregunta.

¿Qué aspectos mejorarías en relación con el modo de plantear y desarrollar esta propuesta de co-diseño en el futuro? (proceso). Un 36 % considera que realizaría mejoras relacionadas con el formato de la pieza o el espacio de proyección y un 27 %, mejoras relativas a los problemas relacionados con el trabajo en equipo. Un 18 % comenta que todo bien y que no modificaría nada. A una de las estudiantes le hubiera gustado tener contacto con los adolescentes.

¿En qué aspectos ha cambiado tu percepción sobre esta temática? El 63 % destaca aspectos relacionados con la **visualización del tema**: “también he visto que hay más gente sufriendo de la que me pensaba”; “así, me he dado cuenta del gran número de personas que han pasado por estas situaciones.” El 54 % realiza comentarios relacionados con el **aumento de sus capacidades** y conocimientos, la toma de consciencia y el aprendizaje de conceptos relacionados con la temática como “la importancia de entender un tema para poder trabajar con ello”. Esto abre paso a la investigación en diseño. El 36 % destaca un aumento de su **empatía** hacia el colectivo: “veo aún más la salud mental como algo que *todxs* debemos cuidar y respetar”, “ahora creo que tengo mucha más conciencia y empatizo más con personas que lo sufren”, “a la vez que entender mejor la mente de un adolescente”. Un 27 % considera que la experiencia ha generado **fortalecimiento**: “he podido ver a la gente más abierta respecto al tema, con menos miedo a hablar sobre ello”, “he hablado mucho más del tema, ya sea de mis vivencias personales como las de mis compañeras.” El 27 % considera que **no ha cambiado** porque ya estaban concienciados sobre el tema, pero realizan comentarios de valoración positiva sobre la iniciativa.

¿Nos quieres comentar algo más? El 50 % realiza comentarios positivos sobre la propuesta en general y las dinámicas de cocreación, tanto de la primera sesión de activación y la generación de debate (27 %), así como de la organización y temporalización en general. El 27 % comenta positivamente la implicación y tutorización de los profesores para el correcto desarrollo del proyecto. Finalmente, un 27 % valora muy positivamente la sesión final de exposición pública

de las piezas como valoración de un *feedback* real. “La satisfacción de ver el trabajo expuesto, un público real que vea las cosas que hacemos y, sobretodo, que les llegue. Recogimos *feedback* según iban pasando y a muchas personas les sobraba la pregunta de *¿qué opinas?*, ya que decían que no eran capaces de decir nada después de esa experiencia, era mucha información que procesar”.

Conclusiones

A la vista de los resultados, en futuras ediciones, para poder establecer un mayor índice de confianza con los métodos propuestos, vemos la necesidad de poder recoger el mayor número de encuestados posibles de una forma más efectiva. A pesar de ello, los resultados conseguidos con las encuestas recibidas apuntan hacia un reconocimiento efectivo de la utilización de estos métodos de mediación audiovisual en el ámbito de la salud mental.

Por el momento, algunos aspectos innovadores de la propuesta que deberemos seguir explorando son la generación de nuevos tejidos relacionales e interinstitucionales similar al propuesto, que reviertan de forma positiva en los participantes y en los colectivos vulnerables y capacite a docentes y educadores de nuevas competencias creativas y sociales, así como de nuevos métodos de enseñanza y aprendizaje basados en el hacer proyectual y el diseño social.

A su vez, seguir explorando la capacitación a colectivos desfavorables de nuevos lenguajes más allá de la palabra; lenguajes audiovisuales, tanto clásicos como contemporáneos e innovadores, con los que poder mediar y abrir posibilidades de expresión y poder explicar sus sentimientos y sensibilidades.

Esta fórmula creativa de interrelación nos invita a estar todos, independientemente del rol profesional, edad o condición (profesores, profesionales, estudiantes), en una posición de aprendizaje. Esto también constituye un encuadre novedoso, en el que lo aprendido transforma a la persona y lo capacita en su práctica profesional, social y estudiantil para revertirlo al colectivo.

Hay que destacar la contribución en la visibilización y empatía sobre las dificultades de los

adolescentes con problemáticas asociadas a la salud mental y en generación de debates públicos entre universitarios/ pacientes, espectadores/adolescentes, educadores/docentes, familias y público en general, a través de las piezas audiovisuales creadas y su exposición pública.

También tenemos que valorar las capacidades de la tecnología actual para adentrarnos en un audiovisual experiencial inmersivo fuera de la pantalla a través del *micromapping* y la interactividad en la aplicación de nuevos destinos fuera del ámbito publicitario y artístico como, en este caso, la visualización de problemas asociados a la Salud Mental en adolescentes. Observamos el cambio de rol: los que asisten a estas propuestas de audiovisual inmersivo (adolescentes y público en general) pasan de ser espectadores y tener una actitud pasiva, como ocurría en la primera edición, a ser participantes y tener una actitud activa.

Para próximas investigaciones, además de poder ahondar en profundidad en los métodos audiovisuales utilizados en el ámbito de la mediación audiovisual y la salud mental, quedarían por explorar algunos aspectos como la capacitación a los profesionales socio-sanitarios de nuevas formas de acompañamiento en procesos terapéuticos de comprensión y expresión de dificultades emocionales.

La aplicación de alguna herramienta de gestión de equipos puede aportar mejoras al proceso creativo, eliminar los aspectos negativos y generar bienestar.

Poder establecer un protocolo puede permitir estar atentos a problemas personales de introspección de los estudiantes que, por simpatía con los colectivos vulnerables, puedan derivar en recaídas.

Y, por último, es importante poder valorar el impacto y la agencia de las piezas resultantes en el público asistente a las sesiones de presentación con especial atención a los profesionales y pacientes de la fundación Orienta.

Notas

(1) Entendiendo que no se permitía realizar instalaciones audiovisuales o un audiovisual extendido, videomapping, realidad aumentada, etc.

(2) Ver <https://www.kidstimebarcelona.org/ii-jornada-kidstime-innovando-en-parentalidad-y-salud-mental/>

(3) Ver <https://mediacionaudiovisual.com/proyectat/>

(4) Los Laus promueven el diseño, proyectan su importancia cultural y económica para la sociedad, y apoyan al entorno profesional.

<https://www.adg-fad.org/es/laus/premios>

(5) La técnica de *Projection Mapping*, que consiste en adaptar un contenido audiovisual a un edificio físico gracias a una proyección, ha presentado una nueva manera de contar historias, en la cual tanto el contenido audiovisual como el edificio conversan entre sí para conseguir piezas de carácter escultural. La posibilidad de adaptar esta técnica a formas y objetos más pequeños (*micromapping*) genera nuevos formatos publicitarios y artísticos, igualmente impactantes y atractivos, pero más asequibles.

(6) Ver <https://www.youtube.com/watch?v=9UHf8xK3NCA&t=66s>

(7) Ver <https://www.youtube.com/watch?v=W6h-P7dT9mw>

Bibliografía

Balasch, M., Causa, A., Faucha, M., Casado, J. y Spora Sinergies SCCL (2016). *L'estigma i la discriminació en salut mental a Catalunya*. Obertament. Recuperado de: <https://obertament.org/images/Presentaci%C3%B3%20Acte/Estigma%20a%20Catalunya%202016.pdf>

De Miguel Díaz, M. (2006). *Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de competencias. Orientaciones para promover el cambio metodológico en el espacio europeo de educación superior*. Ediciones Universidad de Oviedo.

Generalitat de Catalunya Departament d'Educació. (2022). *Guia per a l'abordatge de la conducta suïcida i de les autolesions no suïcides en el centre educatiu*.

Manzini, E. (2015). *Cuando todos diseñan: Una introducción al diseño para la innovación social*. Experimenta Libros.

Masferrer, A. (2019). *Diseño de procesos creativos. Metodología para idear y co-crear en equipo*. Gustavo Gili.

Lo malo quita lo bueno, pero lo bueno no quita lo malo

ALFONS ICART^{1A}, JORDI FREIXAS² Y XAVIER COSTA^{3A}

RESUMEN

Lo malo quita lo bueno, pero lo bueno no quita lo malo. La calidad del apego y la experiencia relacional del cuidador son fundamentales para la estructuración de la personalidad del niño, y pueden favorecer o dificultar el desarrollo de recursos propios, su identidad y su autonomía. Cuando llegan a la adolescencia, lo hacen sin conciencia de conflicto mental ni de las consecuencias de sus actos. En la mayoría de estos casos, el recurso necesario y en ocasiones imprescindible ha sido incorporar a la familia en el proceso terapéutico. Presentamos un caso que ilustra la necesidad del trabajo familiar para desbloquear el proceso infantil del adolescente que permita el éxito de una psicoterapia individual y un adecuado desarrollo del self. **Palabras clave:** apego, adolescencia, self, trastorno de la personalidad, trastorno límite, trastorno narcisista, psicoterapia focalizada en la transferencia.

ABSTRACT

The bad takes away the good, but the good does not take away the bad. The quality of attachment and the relational experience of the caregiver are fundamental for the structuring of the child's personality, and can favor or hinder the development of ego resources, their identity and their autonomy. When they reach adolescence, they do so without awareness of mental conflict or the consequences of their actions. In most of these cases, the necessary and sometimes essential resource has been to incorporate the family into the therapeutic process. We present a case that illustrates the need for family work to unlock the adolescent childhood process that allows the success of individual psychotherapy and an adequate development of the self. **Key words:** attachment, adolescence, self, personality disorder, borderline disorder, narcissistic disorder, transference-focused psychotherapy.

RESUM

El que és dolent treu el que és bo, però el que és bo no treu el que és dolent. La qualitat de l'aferrament i l'experiència relacional del cuidador són fonamentals per a l'estructuració de la personalitat de l'infant, i poden afavorir o dificultar el desenvolupament de recursos propis, la seva identitat i la seva autonomia. Quan arriben a l'adolescència, ho fan sense consciència de conflicte mental ni de les conseqüències dels seus actes. En la majoria d'aquests casos, el recurs necessari i en ocasions imprescindible ha estat incorporar la família en el procés terapèutic. Presentem un cas que il·lustra la necessitat del treball familiar per desbloquejar el procés infantil de l'adolescent que permeti l'èxit d'una psicoteràpia individual i un desenvolupament adequat del self. **Paraules clau:** aferrament, adolescència, self, trastorn de la personalitat, trastorn límit, trastorn narcisista, psicoteràpia focalitzada en la transferència

Durante la segunda guerra mundial, el psicoanalista John Bowlby había trabajado con niños hospitalizados e institucionalizados por el fallecimiento de los padres a causa de los bombardeos sobre Londres, entre otras situaciones. Probablemente porque tenía esta experiencia,

en 1949, la Organización Mundial de la Salud le encargó un estudio sobre la salud mental de los niños sin hogar en la Europa de la posguerra (Bowlby y Organización mundial de la salud, 1951). Bowlby continuó sus investigaciones en ese sentido y se relacionó con etólogos euro-

¹Psicólogo y psicoanalista (SEP, IPA). Director de la Revista de Psicopatología y S. M. del niño y del adolescente. Profesor y supervisor acreditado en Transference-Focused Psychotherapy (ISTFP). 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. ³Psicólogo y psicoterapeuta acreditado en TFP-A, Fundació Orienta, Grup-TLP Barcelona. Estudiante pre-doctoral en GReVIA (Universitat de Barcelona). Profesor colaborador en la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) y en la Universitat Internacional de Catalunya (UIC). ⁴Fundació Orienta (Barcelona). Contacto: aicart@fundacioorienta.com

Recibido: 24/7/23 - Aceptado: 24/7/23

peos tales como Niko Tinbergen, Konrad Lorenz y Robert Hinde. Desde una perspectiva etológica, cómo se crean los vínculos depende del ambiente al que cada niño está expuesto.

Bowlby (1979) habla de apego como el primer *vínculo* -si se le puede considerar tal- que se forma entre el niño y su cuidador principal. El apego, por tanto, depende, sobre todo, del comportamiento del cuidador principal.

Obviamente, la separación física, objetiva, tiene efectos importantes en la formación de relaciones por parte del niño y también en el desarrollo de su psiquismo. Pero también el modo en cómo los padres y los cuidadores principales se relacionan con él será determinante para la estructuración de su identidad.

El niño necesita de una buena figura de apego para crecer psíquicamente: el niño sano se interesa por las percepciones, les presta atención, se sorprende cuando son diferentes a lo esperado y, en la medida en que va adquiriendo dominio de su motricidad, las busca activamente; experimenta activamente mediante el juego. Toca las cosas, las pone a prueba, las utiliza de diversas formas, les da diferentes funciones, distintos sentidos. Así se crean las bases de su inteligencia. Si el resultado es placentero, lo recuerda y después reproduce estos recuerdos imaginariamente y *hace experimentos* mediante la imaginación. A esta actividad se le llama *pensar*. Y el niño que, mediante el juego, aprende a crear las bases de su personalidad, se da cuenta de que no todo es posible y que a veces hay que esperar.

El niño necesita un vínculo con una figura que le permita hacer todo esto y que le ayude a hacerlo. Y si son desagradables harán que este se reproche y que coja miedo a comunicar con el exterior. Así, va agrupando buenas y malas experiencias, y de ahí salen las emociones positivas y negativas.

Percibir, prestar atención, buscar activamente determinadas percepciones mediante su incipiente motricidad, recordar, imaginar, pensar, son una especie de *gimnasia para el yo*, que crece y se fortalece cuando el niño realiza estas actividades (si les dejan y/o le ayudan a hacerlas). El resultado de estas actividades va formando el *self*. Y será determinante en la forma en cómo el niño estructure las bases de su personalidad.

Podemos entender la relación del niño con su cuidador principal como una relación continente-contenido (Bion, 1959). Continente y contenido interactúan y se modifican mutuamente. El *buen cuidador* metaboliza las proyecciones del malestar del niño y se las devuelve desintoxicadas. El cuidador que está perturbado por un duelo serio, por sus propias dificultades o su narcisismo, se las devuelve como *re-proyecciones* agresivas o bien como verdades y normas incuestionables.

En su libro *Apuntes para una psicología basada en la relación*, Tizón (1992) habla de cómo en la Edad Media, los feriantes modificaban el cuerpo de sus hijos, haciéndoles crecer dentro de jarras, creándoles heridas, para hacer monstruos que pudieran exhibir. En ese caso, un continente físico (jarras) modificaba el cuerpo del niño que contenía. Y es probable que estos niños monstruos también fueran modificados en su psiquismo. Y podríamos hacer una analogía con los efectos que hoy en día tiene un continente psíquico-relacional.

Es importante que los padres no interfieran con los *experimentos* del niño. Y que intervengan para ayudarlo en estos cuando no logra llevarlos a cabo. Que no se adelanten. Que sepan cuándo es el momento de intervenir.

El psicoanalista Cayetano García Castrillón, en su libro *Si no me conoces, no me inventes* (2022), habla del peligro de que los padres no conozcan lo suficiente a sus hijos y que, para suplir esta falta de conocimiento, “se inventen” lo que desconocen de ellos. Habitualmente, el *niño inventado* es casi igual al niño que quisieran tener. Y existe el peligro de que actúen en consecuencia. Si esto ocurre, los padres interactúan con unos hijos que no se reconocen a sí mismos en las palabras y acciones de sus padres. Quienes suelen hacerlo son los padres narcisistas (1).

De cómo funcione este primer vínculo, de cómo se cree el apego, depende el desarrollo futuro del niño.

Cuando los niños *inventados* por los padres llegan a su adolescencia, se encuentran con una mente de niño en un cuerpo adolescente. El terapeuta que ayuda a estos niños y adolescentes sin hablar con sus padres se encuentra ante una especie de tapiz de Penélope: lo que tejen durante las sesiones es destejido entre sesiones

por la relación con los padres. Los cambios se revierten cuando el niño o el adolescente reencontran la antigua relación con sus cuidadores y deben reestructurarse para caber en ella. Tal y como dice Palacio en su libro *La pratique psychothérapique avec l'enfant* (1993): "...llevados por un ideal de purismo psicoanalítico, teníamos tendencia a prescribir un psicoanálisis o una psicoterapia analítica individual a unos padres que contribuían manifiestamente a los problemas de su hijo. Sin embargo, tuvimos que rendirnos a la evidencia: la acción de estos tratamientos largos y costosos no comportaba necesariamente modificaciones en la conflictividad de los padres con el niño. Deducimos, pues, que estos tratamientos psicoanalíticos, o psicoterapéuticos, tratan más la "conflictividad infantil" de los individuos -adultos o niños- que los problemas con los que se encuentran como padres. Un especialista en psiquiatría infantil con formación psicodinámica aborda mejor lo que hemos llamado la "conflictividad parental". A veces, con varias sesiones, el psicoterapeuta puede conseguir transformaciones importantes en el "funcionamiento parental" de algunos sujetos, cambiando definitivamente las relaciones conflictivas con sus hijos."

Cuando existen dificultades para establecer el vínculo

Sea por la separación física, objetiva, por las pocas capacidades del niño o las pocas capacidades o serias dificultades de los padres y cuidadores, algunos niños sólo pueden crear un vínculo muy precario con sus cuidadores. A veces, los progenitores pasan un mal momento. Los conflictos de personalidad no resueltos, el funcionamiento psicótico o los estados depresivos graves de los padres dificultan gravemente el establecimiento del vínculo: el estrés, ansiedad y depresión de las madres han estado asociados a una dificultad de vinculación entre la madre y el feto/bebé (Roncallo et al., 2015). Flykt et al. (2010) observaron que las madres que sufrieron depresión tanto durante el embarazo como durante el puerperio fueron menos sensibles después con sus hijos. Además, estos presentaron dificultades de autorregulación y comportamiento durante la infancia. Incluso la

depresión y el estrés durante el embarazo comporta riesgos para la formación del feto (Glover, 2023; Nanzer et al., 2023), como bajo crecimiento intrauterino y parto prematuro.

Cuando los padres sufren conflictos de personalidad no resueltos, estrés, ansiedad y depresión, el vínculo que los niños establecen con ellos es, en buena parte, de desconfianza; este tipo de vínculo permite al niño explorar relativamente poco y, en consecuencia, el niño tiene dificultades de crearse una identidad y ser autónomo. Estos niños son inquietos, tienen dificultades para relacionarse con los extraños. En términos de M. Klein (1946), están atrapados en la posición esquizoparanoide. Tienen graves dificultades en la vida para establecer vínculos con el entorno, con la escuela; temen no ser entendidos y ser atacados. Sienten desconfianza, aunque no la experimentan como un *sentimiento*, sino como un hecho. Se cierran en sí mismos y, en el mejor de los casos, tratan de arreglárselas solos. Usan la disociación como defensa. Todo es bueno o malo: un clásico de la estructura límite.

Vínculo invasivo, organizaciones familiares narcisistas

Algunos padres y cuidadores establecen un vínculo relativamente consistente con el bebé, pero su interpretación de sus necesidades y su comportamiento está mucho más basada en sus propias proyecciones que en las vivencias de este. En consecuencia, les resulta difícil tolerar que el niño experimente. Estamos hablando de padres y madres con estructuras narcisistas; padres que quieren que sus hijos sean los mejores, que tengan los mismos valores que ellos, etc.

Otros -o los mismos- padres no permiten a veces que el niño se relacione con los objetos que le rodean ni que los demás miembros de la familia (sobre todo el padre) formen parte de sus relaciones con el exterior. Esto, inevitablemente, bloquea su desarrollo en el sentido de la autonomía y el desarrollo de una identidad propia.

Hay que precisar, no obstante, que no se trata necesariamente de una estructura narcisista de la personalidad existente en los padres, sino que, a algunas personas y parejas, cuando se

convierten en padres, se les estimula una faceta narcisista que hasta entonces no se había hecho notar y despierta una exigencia de que su hijo sea el mejor. Estos padres y cuidadores son *cuidadores narcisistas* (entre los cuales se incluyen los masoquistas morales), que tienen ellos mismos un yo frágil, que compensan teniendo mucha certeza y convicción en sus creencias y opiniones. *Saben* lo que le ocurre al niño y piensan que ellos nunca se equivocan. Así, al niño le es difícil conocer lo que de otro modo habrían sido emociones y sentimientos y desarrollarlos; desarrollar la capacidad de juzgar lo que es agradable y desagradable, más allá de casos muy extremos.

En este sentido, siguen enganchados a los padres y seguirán enganchados de mayores, aunque los padres hayan desaparecido físicamente; pueden convertirse en personalidades *pseudo*. Su yo sigue indiferenciado y sometido al yo de los padres cuando no tienen suficiente autonomía y entidad propia para dejar esta dependencia y entrar en el entorno adolescente.

¿Qué ocurre cuando el niño llega a la adolescencia?

Este artículo hace referencia a los adolescentes con trastorno de personalidad (TP) en los que el funcionamiento patológico familiar bloqueó el proceso evolutivo infantil, lo cual hace que en este momento tengamos un adolescente con cuerpo de adolescente y estructura mental de niño, bloqueada en etapas infantiles. A causa de este bloqueo, este perfil de adolescentes llega a la consulta sin conciencia de conflicto mental ni de las consecuencias de sus actos. Niegan tener dificultades o afirman poder resolverlas sin la ayuda de nadie, afirmando: “a mí no me pasa nada” (Icart y Freixas, 2020). Cuando, por otra parte, presentan graves problemáticas muy evidentes. Tienen serios problemas de comportamiento y sufren en la relación, interfiriendo gravemente en el ámbito escolar, familiar y social. En la mayoría de los casos, esta problemática afecta a su rendimiento académico, o bien constituye el inicio de la anorexia nerviosa o de fobias escolares graves, etc. Y, a menudo, hay otros problemas añadidos como promiscuidad sexual, abuso de drogas, etc. Son adolescentes

que habitualmente han fracasado en cuanto a la adherencia al tratamiento individual (falta de asistencia, retrasos o interrupciones).

Este artículo pretende mostrar el resultado de un intento de prevenir los fracasos terapéuticos en este perfil de adolescentes, que se trataban inicialmente de forma individual, con entrevistas con los padres. Y, al mismo tiempo, mostrar que es posible ayudar a estos adolescentes con una manera diferente de atenderles, aunque inicialmente no exista una demanda explícita de ayuda.

Tras el análisis de numerosos casos, muchos autores observaron que en estos adolescentes el proceso evolutivo infantil estaba bloqueado y ese bloqueo había sido inducido, potenciado o mantenido por diadas patológicas (Yeomans et al., 2015) actuadas en la realidad externa entre ellos y sus padres. Esto nos permitió establecer un modelo de plan terapéutico para ayudar a estos adolescentes a resolver este bloqueo del proceso evolutivo infantil. En palabras del médico y cirujano William Clowes [1540-1604], sería “como si un zapatero quisiera hacer un único zapato que sirviera para los pies de cualquier hombre” (1948). No reconocería la idiosincrasia ni las características ni las dificultades específicas de la situación de cada adolescente. Cada caso requiere que se resuelvan los problemas concretos aplicando un tratamiento específico adecuado a sus necesidades, que varían mucho de un caso a otro.

De ahí la necesidad de implementar estrategias que permitan tratar a tales adolescentes que tienen problemas serios y que se niegan a ser tratados. En la mayoría de estos casos el recurso necesario y en ocasiones imprescindible ha sido, en la práctica de los autores, incorporar a la familia en el proceso terapéutico del adolescente (Icart y Freixas, 2013, 2020; Borro et al., 2023; Trias e Icart, 2022). Esto exige habitualmente desarrollar un modelo de tratamiento mixto individual y familiar.

Intervención terapéutica familiar sobre funciones parentales

La intervención terapéutica familiar focal y breve sobre las funciones parentales va dirigida a resolver las distorsiones patológicas que bloquean el proceso evolutivo del niño y mantienen

la indiferenciación entre padres e hijo (Trias y Icart, 2022). Parece de sentido común que si el problema está entre padres e hijos que se planteen también una resolución terapéutica entre ambos.

Proponemos para la familia una intervención terapéutica sobre las funciones parentales, focal y breve con todos ellos, dirigida a resolver las distorsiones patológicas que bloquean el proceso evolutivo infantil del adolescente y mantienen la indiferenciación entre él y sus padres (Icart y Freixas, 2022).

Proponemos para el adolescente una psicoterapia individual focalizada en la transferencia (TFP) con una frecuencia de dos sesiones semanales. Cuando no es posible una TFP, por los motivos que sea -de capacidad intelectual, entorno familiar, o conservación de sus aprendizajes, o capacidad cognitiva-, estudiamos qué psicoterapia consideramos más adecuada para sus posibilidades, y de cuál sacará más provecho personal. Puede ser una psicoterapia de soporte psicodinámica, o una psicoterapia dialéctica-conductual grupal.

La recuperación del adolescente pasará por un tratamiento personal, cuando sea posible, de reconstrucción de la identidad e integración del yo. Pero hemos comprobado que no siempre existen en el entorno del adolescente unos padres que permitan realizar el trabajo inicial que ayuda a desbloquear el proceso evolutivo del adolescente. Por otra parte, esta recuperación estará condicionada por lo conservado que se encuentre su entorno sociofamiliar. El entorno sociofamiliar es necesario especialmente al principio del tratamiento. Cuando no existe ese entorno sociofamiliar suficiente, debemos recurrir a un apoyo externo tal como el Hospital de Día para adolescentes o, en casos más graves, a un internamiento total.

Presentación del caso clínico

Presentamos el caso de un muchacho al que llamaremos Rubén. Tiene 14 años y la familia consulta por problemas graves de conducta que se han dado desde hace año y medio o dos años, sobre todo en la escuela.

Los padres están separados y tienen una relación de respeto entre ellos; esto permite que

asistan juntos a las entrevistas diagnósticas y, después, a las sesiones familiares. Su hijo único de 14 años presenta problemas graves de comportamiento, promiscuidad sexual, abuso de drogas y problemas de rendimiento escolar (a pesar de tener un coeficiente intelectual de 120).

Dice que se aburre en clase y no tolera que le contradigan, especialmente los profesores. Tiene una cardiopatía que le produce una discapacidad valorada como un 70 % y consume tabaco y cannabis a diario. Dice que busca a las chicas para llenar ese vacío interno, pero tampoco le satisfacen. Es un chico muy popular y líder entre sus compañeros y tiende a formar grupos dominados por él, que manipula y utiliza para sus fines.

Durante año y medio ha sido atendido por un buen terapeuta, primero individualmente y después en un grupo de adolescentes. Al mismo tiempo, se hacía un seguimiento con los padres. Pero no sólo no ha mejorado, sino que últimamente ha empeorado.

Comentando el caso con el departamento de familia, diagnosticamos un bloqueo emocional de Rubén en etapas infantiles. Ahora era un adolescente desde el punto de vista físico, pero emocionalmente tenía una estructura mental infantil, con lo que decidimos aplicar el modelo de trabajo preparado para estos casos: una intervención terapéutica familiar, focal y breve, sobre las funciones parentales y que continuase la terapia individual con su terapeuta.

Esto hizo que no tuviéramos entrevistas previas y pasáramos directamente a planificar el tratamiento familiar con los padres.

En la primera sesión, entran el padre, la madre y el chico. Rubén lleva puesta una gorra, y dice, dirigiéndose al terapeuta:

Rubén (R): ¿Qué tal?

Terapeuta (T): Bien -y prosigue- Hoy empezamos estas sesiones familiares.

Y, mientras se acomodan, la madre, que no ha escuchado, está pendiente de su hijo, y le indica que se quite la gorra, mientras dice, dirigiéndose al terapeuta:

Madre (M): Le cuesta mucho, pero por educación...

Mientras, le está indicando al hijo que se quite la gorra señalándola con el dedo; después, dando golpes sobre la mesa, para que se la quite.

Y explica:

M: Él no sabe comportarse, hay que decirle las cosas, como ahora. Usted lo ha visto.

El padre, casi al mismo tiempo, ha dicho:

Padre (P): Sí, hemos hablamos, y le hemos explicado un poco lo que comentamos, pero tampoco sabemos mucho qué haremos aquí

T: ¿No quedó suficientemente claro en la entrevista anterior?

P: Sí, sí, sí, pero no el cómo será

M: Rubén no sabe cómo comportarse en los sitios y hay que estarle siempre encima

T: El ejemplo lo tendríamos aquí. Rubén viene y espera que la madre le diga cómo se ha de comportar. Rubén no lo piensa. La madre ya piensa por él, entonces la madre actúa como si fuera la parte pensante de Rubén y él obedece. Ya piensa su madre por él. Pero Rubén, el próximo día, volverá a hacer lo mismo, porque necesita constantemente de su madre que le diga lo que tiene que hacer en cada momento. Entonces lo que nos proponemos aquí, como les indiqué en la entrevista que tuvimos, y a la que Rubén no pudo asistir, es conseguir que los padres dejen de hacer de pensadores de Rubén y que Rubén empiece a pensar por sí mismo.

M: Completamente de acuerdo.

P: Nosotros lo tenemos claro. Pero, en muchos casos, nosotros creemos que él toma decisiones que no son las correctas.

M: Pero él ya lo sabe, que no son correctas.

P: Entonces, no sé si es tanto que tome decisiones, sino que tome las decisiones más adecuadas según nuestros parámetros.

M: Bueno, yo creo que es dejarlo tomar decisiones y enseñarle a tomar las decisiones correctas, ¿sería esto, no?

R: Yo no necesito de nada.... ¡Que no quiero ninguna ayuda!...

En este inicio de sesión ya queda reflejado el problema de esta familia con relación a su hijo. Los padres lo tratan como un niño, no reconociendo que es un adolescente. Él quiere tener los beneficios de un adolescente y se comporta con la irresponsabilidad de un niño. Hay un bloqueo emocional en etapas infantiles. Tiene un cuerpo de adolescente y una estructura mental infantil.

De entrada, hemos observado que no se escuchan y que cada uno va a su aire. El chico se

presenta educado al principio, pero después dice que no quiere ningún tipo de ayuda. No obstante, la madre dice que el chico no piensa y que ella tiene que estar constantemente a su lado para indicarle cómo se tiene que comportar.

El padre expresa su desconfianza hacia el tratamiento. Desconfiando de que se les pueda ayudar. Cada uno va por su cuenta sin escucharse entre ellos. Como buenos narcisistas, no será fácil que acepten la ayuda. Les resulta demasiado doloroso.

La madre no ve al hijo real, ve al hijo imaginario, infantil y que no sabe comportarse. El padre no sabe lo que haremos aquí, seguramente porque no escuchó lo que se les dijo en la sesión anterior. Y el hijo dice que no le pasa nada y que no quiere venir. Y ahora los padres quieren que les enseñemos cómo tienen que educar ellos a su hijo. Sería una manera menos dolorosa de producir un cambio, pues ellos seguirían siendo los padres que educan a su hijo.

El problema está en la escuela

Es frecuente que, una vez superadas las primeras dudas sobre el tratamiento, se deposite el conflicto fuera y normalmente en la escuela. Esto les permite, en cierto modo, unirse contra el enemigo que está fuera de la familia. Es alejar el problema para evitar los sentimientos de culpa. O los padres tener que cuestionarse su papel como tales.

P: Esta semana ha habido problemas graves, otra vez, sobre todo en el instituto. Y después de lo hablado el otro día, me lleva a reafirmarme en que no sé cuál es la solución o la ayuda que podemos darle, a Rubén. Él no encuentra un camino dentro el instituto tal y como está montado ahora.... Lo han vuelto a expulsar...

Con esta expresión, vemos el peso de las palabras del padre, que duda de la rectitud del instituto, porque llegó la expulsión del chico sin que nadie se lo hubiera comentado a él, ni a los padres; y continua el padre, buscando la complicidad del chico y depositando el problema en el instituto:

P: Creo que fue el martes... (dirigiéndose al chico). Por la mañana te levantaste super bien, ¿te acuerdas? Te levantaste a tu hora, no nos discutimos, tú te fuiste y todo fue bien, no llegaste tarde. Por la tarde me empezaste a

explicar cosas del instituto, que te habían ido bien sin yo preguntártelo... Yo pensé: "...mira que bien, por la mañana, se ha levantado bien y hemos tenido un buen día...". Me contaste que estuviste haciendo no sé qué de física y... estabas contento. Y yo me dije "ostras, hoy tendremos un buen día"

R: Pues porque fue un día normal, estuve trabajando bien sin ningún problema.

P: Sí, pero si lo habitual es... bien, este día me estuviste contando las cosas que habías estado haciendo. Yo pensé "qué bien" ... Y por sorpresa llega la expulsión...

R: Yo tampoco lo entiendo. Sí, porque, ¿sabes qué pasa? Que lo malo quita lo bueno, según ellos, pero lo bueno no quita lo malo. Y estoy... hasta los huevos, así de claro.

Los padres siguen quejándose del instituto hasta que, en un momento dado, se les puede mostrar que Rubén, con sus quejas, seguramente quería mostrar algún sentimiento de incompreensión por parte de los padres. Con este señalamiento, se intenta conducir el problema en las interrelaciones familiares, que es el objetivo de nuestro trabajo terapéutico. En el instituto no entienden a Rubén. Es la proyección de los problemas que tienen en casa, como así veremos más adelante.

El problema está en la familia

Poco a poco se van centrando en la familia y en los motivos por los cuales están aquí... El padre es el primero que empieza diciendo que Rubén toma decisiones que nosotros pensamos que son decisiones equivocadas...

P: Por lo tanto, hemos de ser nosotros los que decidamos si está bien o no, porque él no piensa, hace como los niños...

Este tema fue largo y los padres aquí se mantenían en que, para que tomara decisiones, primero les tenía que demostrar que podía tomar decisiones acertadas, según ellos... Los padres esperan que el hijo les demuestre que ya ha cambiado, pero no le dan el tiempo para aprender. Fue curioso que en el instituto les dijeron a los padres que Rubén necesitaría un plan especial para que fuera madurando, porque le veían muy inmaduro. Ahora los padres quieren que Rubén les demuestre que ya ha cambiado para dejarle autonomía.

En otro momento, el padre dice:

P: Hemos puesto en práctica lo que acordamos... Y, bueno, la semana que lo tuve yo, así funcionamos. Intenté no preocuparme especialmente y decirle "tú decides si vas a clase, si no vas, si estudias o no estudias". Y así lo hemos hecho, hemos ido intentado no presionarle, no decirle "¿has hecho los deberes?, ¿no has hecho los deberes?", como diciendo: "es tu responsabilidad". Bueno, ha ido más o menos bien, pero siempre en la medida que él ha hecho lo que ha querido. O sea, "quiero salir", pues vale. Él hace lo que quiere, yo no estoy contento porque él no está haciendo lo que yo quiero, pero, bueno, se trata de que él tome decisiones. Entonces, ahora, el viernes pasado le dieron las notas, evidentemente muchas suspendidas.

M: Pero como había aprobado tres, y cuando estaba conmigo, me pidió si podía ir con sus amigos que iban a la piscina, le dejé salir. El sábado quiso ir a Barcelona y le dije que la condición era que domingo no saliera porque tenía que estudiar para las recuperaciones del miércoles. Pero el domingo volvió a salir. O sea, que fue él quien decidió trabajar y combinar el trabajar con el salir, pero luego no cumplió. Solo ha salido.

P: Lo de trabajar poquísimo, y lo de salir, muchísimo. Nosotros estamos poniendo de nuestra parte, pero también pedimos que él ponga de la suya. Como puede ver, no funciona. Que el compromiso que él está demostrando es cero.

El terapeuta decide esperar y mantener el silencio para ver la respuesta del chico y cómo se enfrentan entre ellos. Al rato, la madre, dice:

M: Le estamos dejando que haga lo que quiera y que se convierta, él solito, en un desgraciado y con nuestra ayuda de no controlar nada. Bueno, pues si es esto lo que tenemos que hacer, es lo que estamos haciendo.

Rubén se defiende de su culpa por no haber cumplido con los acuerdos (había prometido a los padres que estudiaría) y de las acusaciones de los padres, que le hacen culpable de sus males, quejándose de que no le van a dejar hacer vacaciones ahora. Fue un momento de contacto emocional con la realidad externa: "No me estoy portando bien". Y su respuesta no fue reconocerlo directamente, sino que lo expresó como queja y como exigencia: "Ahora no me dejareis ir de vacaciones".

Es un momento difícil del tratamiento. Los padres dicen que siguen nuestros consejos, pero estos consejos, no funcionan, y lo van a llevar a ser un desgraciado. Es lo mismo que decir que nuestro modelo de tratamiento no es bueno, no va a servir para encontrar el cambio que esperan. Nos están diciendo: “Estáis equivocados”.

¿No será que la herida narcisista de reconocer que como padres no les ha salido como esperaban ahora no les permite escuchar y modificar la relación de ellos con su hijo? Dejar de tratarle como a un niño, y establecer acuerdos en la familia y unos mínimos que cada uno ha de cumplir.

En un momento dado, la madre había dicho que ella siempre había pensado convertir a su hijo en un buen chico, no como los de su barrio, sino el mejor de todos. Ahora se da cuenta que no ha ido bien, y es una herida narcisista difícil de soportar.

Siguieron las discusiones sobre cómo se tenían que recuperar los suspensos y también sobre si haría vacaciones, cuando se les comenta:

T: ¿Qué les hace sentir todo esto que están comentando?

P: Nada, nosotros ya hemos dicho lo que pensamos (riéndose)

M: A mí me hace sentir que estoy empujando aún más a mi hijo a que sea un desgraciado. (mientras llora)

T: Parece que la forma en cómo se vive esta situación familiar es muy diferente entre ustedes, aunque la madre es la que se siente o expresa más el malestar, la angustia.

M: Sí, claro... Pero bueno, como se supone que estamos viniendo aquí y que la mejor opción para él es esto, como buenos padres que creemos que intentamos ser, hacemos lo que nos pedís. Pero el resultado...

T: Usted dice que la sensación que tiene es que nuestra ayuda a la familia, en este momento, es empujar a Rubén a que sea un desgraciado.

M: La sensación que tengo es que haciendo esto que pactamos y que en el momento que lo pactamos me pareció razonable; luego, en la práctica, no funciona.

El terapeuta iba a intervenir para clarificar que, seguramente, no se había entendido bien el mensaje de dejar de proteger a Rubén, pero no fue posible porque este contestó inmediatamente:

R: pues ya está, si voy a acabar siendo un desgraciado pues, mira: ¡ya está!, dejamos de venir aquí, dejo de ir al Xavi (su terapeuta), dejo de ir al cole, no hago nada y ya está. Si tan claro tienes que voy a ser un puto desgraciado, pues ya está (está muy agitado).

Tal como corresponde a la omnipotencia infantil, la madre exige un cambio “¡YA!”, en seguida. La presión con la que la madre ataca el tratamiento desespera al muchacho. Muestra que no hay esperanza ni posibilidad de darse tiempo para cambiar. Este es el sentido de la intervención siguiente:

T: En este momento, estamos en un proceso de cambio. Habrá que revisar los acuerdos o mínimos para convivir, también darnos tiempo para el aprendizaje y poder pensar que el cambio es posible. Y, en este momento, las circunstancias que hay generan mucho malestar porque más que vivir esta posibilidad de cambio como una oportunidad, en este momento lo viven como un fracaso para todos.

R: Yo, lo que siento es que ahora mismo me dan ganas de llevarme por delante todo lo que veo, ¡tío!

T: Sientes que has decepcionado tanto a tus padres, y también a ti mismo. Además, parece que te sientes el culpable de estos males. No aguantas la culpa, la culpa es terrible.

El terapeuta ha de mitigar la sensación de que no hay salida. Se trata de un momento tenso. Los padres se sienten atrapados por el sentimiento de que no hay posibilidad de cambio y el terapeuta no puede contener a los padres, que han de seguir proyectando desesperación. Así, la madre no puede contener su desesperanza e insiste:

M: ¿tengo que dejar que continúe fumando? ¿Que continúe fumando porros? ¿Tengo que continuar dejándolo que vaya con esas compañías?

Rubén se va de la sesión. La madre y Rubén siguen discutiendo sobre el tabaco, cómo Rubén está enganchado, sólo piensa en las vacaciones, en fumar y en salir. El padre abunda en lo que dice la madre.

M: Pues en lugar de ir de colonias o ir a hacer un curso necesitas estar tres meses desintoxicándote de lo que sea.

R: Sí, ino!, ¡y eso me va a ayudar un montón!

Llevo dos putos veranos que no he podido hacer ni media, bueno sí, algo sí, pero poco.

P: (Con mucha firmeza) ¡Hombre, Rubén!... (Trata de hacer reaccionar a Rubén).

M: (muy enfadada) Rubén ... tú te has ido de vacaciones los dos veranos.

R: ¡Sí, tío!, pero ¡a ver!...

Rubén está desesperado, como queriendo defenderse, pero no puede. En este momento, los padres están atrapados por su desesperación y la convicción de que tienen que conseguir que se produzca el cambio presionando todavía más a Rubén. Ante lo cual, Rubén se hace consciente de que no ha hecho bien las cosas, pero culpar de su malestar a sus padres le produce mucho sufrimiento y desesperación.

M: La que no ha hecho vacaciones he sido yo, te lo recuerdo.

P: Rubén, intenta recordar la realidad, ¿eh? Tú, ¿el verano pasado no hiciste vacaciones?

R: Bueno, vale, pues este verano ya que... Sí, sí, ¡esto sí! Lo que vosotros digáis.

M: No, lo que nosotros digamos, no. Es una realidad.

T: Lo que yo estoy viendo es que cuesta acercaros a Rubén y hablar con un chico que está sufriendo mucho, que está muy angustiado. Primero, por la culpa, y, ahora, por la desesperación.

M: Pero lo que no es una realidad es lo que está diciendo.

T: Sí, pero podríamos pensar un momentito. Yo creo que aquí lo que falla es que cada uno pueda escuchar al otro. Otra cosa, falla una sintonía cariñosa, de afecto. Rubén está sufriendo mucho, está pasándolo mal y parece que acercarse a esta parte de Rubén que sufre les es difícil en este momento (La madre está llorando).

P: Tenías... teníamos programado, lo hicimos ayer por la tarde, 10 días de colonias, una semana de cursos ¿y de repente tú estás diciendo que no a todo?

Rubén coge la gorra, se levanta y se va.

R: Paso, tío, que no aguanto más.

M: Yo ya no sé qué hacer.

T: Usted cree, que lo que le ha dicho ahora, ¿le ha ayudado?

P: No.

Fue necesario un tiempo para ir elaborando, o digiriendo, el cambio en la manera de

relacionarse en la familia como nos habíamos propuesto en el inicio del tratamiento. Como hemos visto en el trozo de sesión que hemos transcrito, dejar de imponer para llegar a compartir y a ser responsable cada uno de sus cosas es un trabajo elaborativo que necesita de su tiempo.

Por suerte, esta familia tenía ganas de cambiar y los cambios llegaron. Es cierto que teníamos la presión del tiempo de duración del tratamiento, 10 sesiones. Rubén resultó ser más flexible de lo que inicialmente parecía y facilitó los cambios. Mientras el padre, que había tenido un cáncer, en este momento curado, reemprendió las sesiones con su psicólogo del equipo de médicos que le atendieron y la madre, a través de una amiga, también empezó sesiones con una psicóloga. Todo ayudó a que, a pesar de la violencia del padre del principio y el narcisismo de la madre que boicoteaba nuestro trabajo, el resultado fue muy positivo, como lo demuestran estos párrafos de las dos últimas sesiones.

Los cambios en las relaciones familiares

Han empezado la penúltima sesión hablando de los cambios. Dicen que están más tranquilos y que están contentos. Ahora hay buena armonía en casa.

R: No sé, tío, hemos estado más en igualdad. En plan que su palabra y la mía valía lo mismo. Sabes que en vez de "¡No, porque lo digo yo!", ¿sabes?...

T: ¿Cómo quieres decir?

R: Que cada uno da su opinión ... comunicarnos más... entendernos mejor...

Esta opinión es aceptada también por los padres. Después, relatan un hecho donde habían quedado con el padre y no se encontraron, y el chico comenta:

R: En otro momento, aquel hecho hubiera sido motivo para estar enfadados toda la semana. Y en esta ocasión, sí hubo un par de gritos al principio, pero nada más. Es muy diferente de antes. Ahora, podemos hablar y llegar a acuerdos, pero estamos en un plano de igualdad. Quiere decir que en casa hay tres adultos, y se tratan respetándose unos a los otros.

El bloqueo emocional está resuelto. Creo que Rubén es el que más ha mejorado en la familia. En este momento hay buena armonía entre ellos,

pero los padres son los que menos han cambiado. Al cambiar el hijo, ha mejorado la relación entre ellos. También queremos aclarar que el trabajo terapéutico que nos propusimos fue el de mejorar las relaciones familiares y ayudar a Rubén a adquirir suficiente autonomía personal para poderse diferenciar de sus padres. Y, en la última sesión, podemos ver con mayor claridad el cambio que ha hecho Rubén.

Reconocimiento de que se han conseguido los objetivos

No suele resultar fácil la última sesión de la intervención familiar, porque si bien hablamos de que hemos conseguido unos objetivos, no deja de ser una parte del tratamiento. Hemos desbloqueado al adolescente de su proceso evolutivo infantil, pero no se han resuelto los problemas del adolescente, que en este momento continuará con su tratamiento individual.

Y los padres, si bien están contentos ahora, dejarán de seguir cuidando de su hijo como un niño pequeño. Este cambio suele ser difícil para los padres. Deben tomar conciencia del cambio que ha hecho su hijo, que ahora parece que no les necesita tanto o, al menos, así lo han expresado en diferentes ocasiones. Rubén ha conseguido suficiente autonomía personal para entrar en el entorno adolescente. Después de hablar de los cambios que se han producido en la familia, y en las relaciones, la madre dice:

M: Hoy estoy triste.

T: Sí, ¿por qué?

M: Porque hoy acabamos, ¿verdad?

T: Sí, hoy es la última sesión, pero ¿por qué triste?

M: Sí, porque dejaré de aprender cosas, o dejaremos de aprender cosas.

T: Ah. Y ¿qué es lo que han aprendido?

M: Bueno, para entender un poco más a Rubén y entender un poco más a nosotros también.

(...)

T: ¿Dice que para usted el resultado ha sido positivo?

M: Para mí, sí. Tal como comenté el otro día, hay algunos momentos en los que salía un poco desconcertada o enfadada, bueno, no sé si es enfadada o no, ... ver que algo que no has hecho bien, o bueno, en general, o que a veces, puede ser que en el momento no estarás de acuerdo,

pero después, recapacitando, lo ves de otra manera. Pero a mí, sí. Yo pienso que ha sido muy positivo ...

T: ¿Es compartido, este sentimiento por los demás?

P: Sí.

M: Sí, y ya está, ya está explicado.

P: Claro es que sí, ya está... sin más.

M: Es que, ¿esta opinión es también la tuya? (dirigiéndose al chico)

R: Sí, yo creo que sí.

M: Y ¿ahora qué?... Ahora ¿qué haremos sin vosotros?

T: Nos queda todavía tiempo, aquí en la sesión,

R: Yo también me callo. Me he despertado a las 10 y media y aún no estoy... Eh, iyo qué sé!...

M: Yo tengo una pregunta. (dirigiéndose al terapeuta)

T: ¿Una pregunta para quién?

M: Para Rubén. ... No, porque a mí me ha servido para entender un poco mejor cómo piensas tú, o qué necesitas tú, y me gustaría saber si a ti te ha servido para entender un poco qué pensamos nosotros, cómo nos sentimos, qué necesitamos nosotros.

R: Sí, en plan de... para entender el papel de la otra persona. A lo mejor, antes sólo miraba el de mi punto de vista y, ahora, no te digo que lo miro desde el otro, claro, pero... lo intento. Y sabes, a veces, pues sí te das cuenta de ivale, ahora entiendo al otro! Ahora entiendo por qué lo hace, esto, o por qué hice esto yo. No sé, eso, cuando uno no lo tiene pues tampoco, sabes, tampoco lo necesitas, sabes, tampoco necesitas esa capacidad. Pero cuando la tiene ya te la gozas, tío, es que ... sabes, de entender la otra persona. ¡Eso es un puntazo! Tanto para mí como la otra persona. ¿Sabes lo que te digo?

Tratamiento individual con Rubén

Rubén sigue su tratamiento individual de TFP con su terapeuta referente. Los cambios en la dinámica familiar se ven reflejados también en hechos concretos. Rubén mantiene una relación de pareja, abandonando su promiscuidad. Las relaciones superficiales, de una noche, han dejado paso a una relación basada en la intimidad y con proyectos de futuro. Pero también la madre ha encontrado pareja, cosa que no había ocurrido

desde la separación. El hecho de que pueda ver a Rubén como alguien diferenciado de ella ha permitido que esta pueda dejar espacio para un tercero. Además, la relación de esta pareja con Rubén es excelente.

Después de más de un año de tratamiento individual, Rubén rompe con su pareja. En este momento de crisis, se observa una clínica depresiva que contrasta con la tendencia a la actuación que mostró antaño. Es capaz de transmitir una vivencia integrada y realista de la relación y de la ruptura: “es la persona a la que más he querido en mi vida pero nos estábamos haciendo mucho daño. Se había convertido en una relación tóxica que no nos ayudaba a ninguno de los dos. Yo ahora necesito pensar en mí, centrarme en los estudios y estar tranquilo. No tenemos ninguna relación ahora, y es mejor así, pero sabe que puede contar conmigo para lo que necesite”. Rubén dice todo esto entre lágrimas, totalmente alejado de aquella posición proyectiva y despreocupada a la que nos tenía acostumbrados.

Se observa capacidad para la intimidad y una necesidad genuina para revisar las experiencias pasadas. Explica, muy orgulloso, que ya hace tiempo que no fuma porros. Habla de los cambios que está alcanzando y cómo se va encontrando, y eso lo lleva a recordar episodios de mucho descontrol y riesgo en su vida.

Paciente y terapeuta sienten que Rubén asiste a terapia para elaborar todas estas experiencias y seguir construyéndose un futuro propio. Ya no viene por su mala conducta, porque los padres lo obliguen o porque desde el instituto lo pidan. Ahora es él el que pide ayuda, y es una experiencia nueva para él.

Conclusión

En este caso que presentamos, hemos conseguido los objetivos que nos propusimos al principio del tratamiento. Existía un bloqueo en etapas infantiles. La intervención familiar ha servido para resolver este bloqueo que sufría el adolescente, diferenciando a los padres del hijo y modificando su actitud de protección con respecto a él. Todo adolescente ha de tener la autonomía personal suficiente para enfrentarse a la adolescencia.

Se ve en la penúltima sesión familiar una cierta igualdad en cuanto a hablar de las cosas. Ahora Rubén piensa como un adolescente y los padres le reconocen como tal.

En la última sesión también Rubén ha mejorado en cuanto a sus capacidades yoicas. Tiene un Yo más integrado que le permite valorar las cosas positivas y negativas. Y puede valorar sus propios cambios. Le da un gran valor a capacidad entender al otro. Ahora se puede plantear por qué sigue un tratamiento individual. Y qué necesita cambiar.

Notas

(1) Incluyendo a los padres con trastorno *melancólico* de la personalidad

Bibliografía

- Bion, W. (1959). Attack on Linking. *The International Journal Of Psychoanalysis*, 40, 308-315.
- Borro, S., Icart, A. y Bobadilla, I. (2023). Abordaje psicoterapéutico familiar sobre las funciones parentales en un caso de trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 41, 41-50.
- Bowlby, J. (1979). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(4), 637-638.
- Bowlby, J. y World Health Organization (1952). *Maternal care and mental health : a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40724>
- Clowes, W. (1948). Of *blind buzzards and cracking cumbatters*. Harvey & Blythe, pág. 77-78.
- Flykt, M., Kanninen, K., Sinkkonen, J. y Punamäki, R. L. (2010). Maternal depression and dyadic interaction: The role of maternal attachment style. *Infant and Child Development*, 19(5), 530-550.
- García Castrillón, C. (2022). *Si no me conoces, no me inventes*. Octaedro.
- Glover, V. (2023). El entorno del niño comienza en el útero. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, M6, 11-19.

- Icart, A. y Freixas, J. (2022). Quan vulgui ho faré. *Revista catalana de psicoanàlisi*, XXXIX(1).
- Icart, A. y Freixas, J. (2020). *A mí no me pasa nada*. Octaedro.
- Icart, A. y Freixas, J., (2013). *La familia: Comprensión dinámica e intervenciones terapéuticas*. Herder.
- Klein, M. (1946). Notes On Some Schizoid Mechanisms, *The International Journal Of Psychoanalysis*, 26.
- Nanzer, N., Gomà, M. y Llairó, 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.
- Palacio, F. (1993). *La pratique psychothérapique avec l'enfant*. Bayard.
- Roncallo, C. P., Sánchez de Miguel, M. y Arranz Freijo, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología*, 8(2), 14-23. Recuperado de: <https://revistas.uma.es/index.php/espsi/article/view/13233/13536>
- Tizón, J. L. (1992). *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Herder.
- Trias, T. y Icart, A. (2022). "¡No me taladres la cabeza!" Cómo tratar al adolescente que rechaza ser tratado. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 39, 91-102.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. y Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing.

La guerra por la independencia en la adolescencia: Terapia Focalizada en la Transferencia grupal

TERESA RIBALTA¹

RESUMEN

La guerra por la independencia en la adolescencia: Terapia Focalizada en la Transferencia grupal. Este artículo tiene como objetivo ilustrar a través de viñetas clínicas el trabajo centrado en la regulación de emociones y afectos dominantes (rabia y miedo) para alcanzar una independencia progresiva familiar. Es necesario librar una batalla interna y externa para alcanzar un funcionamiento autónomo e independiente de las figuras parentales y consolidar la propia identidad. **Palabras clave:** adolescencia, terapia de grupo, terapia focalizada en la transferencia, trastorno límite de personalidad.

ABSTRACT

The struggle for Independence in adolescence: Focused Therapy in Group Transference. Through clinical vignettes, this article aims to illustrate the work focused on the regulation of dominant emotions and affections (anger and fear) to achieve progressive family independence. It is necessary to wage an internal and external battle to achieve an autonomous and independent functioning of parental figures and consolidate one's own identity. **Key words:** adolescence, group therapy, transference-focused therapy, borderline personality disorder.

RESUM

La guerra per la independència a l'adolescència: Teràpia Focalitzada a la Transferència grupal. Aquest article té com a objectiu il·lustrar a través de vinyetes clíniques el treball centrat en la regulació d'emocions i afectes dominants (ràbia i por) per assolir una independència progressiva familiar. Cal lliurar una batalla interna i externa per assolir un funcionament autònom i independent de les figures parentals i consolidar la pròpia identitat. **Paraules clau:** adolescència, teràpia de grup, teràpia focalitzada a la transferència, trastorn límit de personalitat.

Introducción

El presente artículo se basa en el análisis, comprensión psicodinámica y abordaje terapéutico de los conflictos que son afectivamente dominantes en la adolescencia, especialmente de forma severa en los trastornos de personalidad. Describiré el trabajo clínico realizado mediante los principios de la terapia focalizada en la transferencia con adolescentes (TFP-A), que ha sido supervisado por el profesor Otto Kernberg.

La TFP deriva del psicoanálisis y ha sido desarrollada específicamente para tratar las

organizaciones patológicas de la personalidad caracterizadas por la difusión de identidad.

En la TFP, el afecto dominante (AD) significa el afecto destacado o predominante emocionalmente y tiene que ver con la experiencia subjetiva. Es la guía para las fases del proceso terapéutico. Especialmente en los pacientes con trastorno de la personalidad (TP), el AD es menos comprensible y evidente debido al uso masivo de defensas como la proyección. El AD debe ser inferido por el terapeuta especialmente a través de su percepción de los canales verbal, no verbal y la contratransferencia.

¹Psicóloga clínica especialista. Profesora psicoterapeuta y supervisora en Terapia Focalizada en la Transferencia por la International Society of Transference-Focused Psychotherapy (ISTFP). Fundació Orienta. Grup TLP Barcelona. Barcelona, España. Contacto: tribalta@fundacioorienta.com

Recibido: 25/9/23 – Aceptado: 21/10/23

Cuando surge el AD es el momento oportuno para la clarificación. Es importante pedir detalles, ejemplos y asociaciones que hacen que el contenido sea más rico y vivo y más cargado afectivamente o más revelador. Entonces, el terapeuta puede preparar una confrontación o una hipótesis de lo que está ocurriendo en la relación. El AD puede expresar afectos positivos o negativos.

Según Betty Joseph (1993), el cambio psíquico se produce, no solo porque el paciente repite su pasado, sino reconociendo cómo, momento a momento, lo reconstruye en la transferencia. En este artículo, se describe el trabajo con los afectos dominantes, especialmente la rabia y el miedo, en relación con el proceso de diferenciación y autonomía de los adolescentes con sus progenitores.

El adolescente debe librar una *guerra por su independencia* y definir y establecer los límites de su propio territorio o de su propia identidad. El desarrollo de la identidad se alcanza tras librar una batalla interna y externa por alcanzar un funcionamiento autónomo e independiente de las figuras parentales. Esta lucha tiene que ver con los procesos de individuación y separación entre el adolescente y sus padres. Estos procesos de desarrollo y de integración de la propia identidad forman parte de la crisis adolescente normal. Sin embargo, en adolescentes diagnosticados de TP, estos procesos están bloqueados y sufren difusión de identidad.

El material clínico en forma de viñetas describe la terapia de grupo de chicas adolescentes, diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad, tratadas bajo los principios de la TFP-A. La terapia en grupo fomenta una movilización más rápida de las temáticas afectivamente dominantes de esta etapa de la vida y facilita tratarlas de forma dinámica independientemente de las problemáticas personales de cada uno de los miembros.

Como objetivo general, este artículo pretende ofrecer herramientas psicoterapéuticas para profesionales que desarrollan un trabajo psicoterapéutico con adolescentes y especialmente adolescentes graves.

Marco de referencia

El proceso del desarrollo de la identidad debe

culminar en la adolescencia. La adolescencia es un periodo especialmente sensible pero también una gran oportunidad para ayudar en el desarrollo de las áreas que forman la identidad (Icart, 2012). En los TP, el área del desarrollo de la identidad está especialmente alterada. Como mencionan Carla Sharp y Kiana Wall (2021) en el grupo de trabajo del DSM-5, un problema general de los TP tiene que ver con el sentido de identidad. Los límites entre sí mismo y los demás son confusos o faltan. En términos psicodinámicos, esto significa que algo salió mal en la representación mental que una persona tiene de sí misma en relación con los demás. También tienen dificultad en diferenciar los pensamientos de las acciones y les cuesta establecer metas. Tienen una autoimagen distorsionada que se ve fácilmente amenazada por interacciones y emociones que son incongruentes con su experiencia interna. Les cuesta comprender las experiencias y motivaciones de los demás y las interacciones sociales son insatisfactorias y confusas. Además, observamos que los afectos dominantes son extremos; especialmente, tienen dificultades con la regulación de la rabia y el miedo. Kernberg (1993) encuentra en la patología fronteriza una de las más claras manifestaciones de fuerte frustración e intensa agresión. La excesiva agresión tiende a ser proyectada y provoca una distorsión paranoide de las figuras parentales, que son vistas como peligrosas e infiltradas de agresión. Las representaciones intrapsíquicas de las figuras cuidadoras están cargadas de odio y temor y, por ello, deben ser mantenidas de forma disociada. Tanto los objetos *totalmente malos* como *totalmente buenos* son proyectados, construyéndose así representaciones persecutorias e idealizadas. Estos procesos explican la dificultad de los pacientes límite para establecer vínculos realistas y empáticos con los demás.

La adolescencia, además, es una etapa (Meltzer y Harris, 1998) de intensa oscilación entre la posición esquizoparanoide y depresiva (Klein, 1946). El trabajo de grupo va dirigido a facilitar los procesos de integración de la identidad en esta etapa evolutiva de transición hacia la vida adulta.

Objetivos

El objetivo de la terapia de grupo, bajo los

principios de la TFP-A, es la reducción de los mecanismos de disociación y proyección y la regulación de emociones que tienen que ver, especialmente, con la agresividad, la rabia y el odio y también con el miedo, el temor y las inhibiciones. Esto significa reconocer los impulsos agresivos y los temores en las relaciones y aprender a regularlos. El objetivo final es facilitar la integración de los aspectos escindidos de la personalidad y resolver progresivamente la difusión de identidad que caracteriza las organizaciones patológicas de la personalidad.

Material/Método

El material clínico en forma de viñetas describe la terapia de grupo de seis chicas adolescentes, de una media de 16 años, tratadas bajo los principios de la TFP-A para adolescentes. Estas pacientes fueron diagnosticadas de trastorno grave de personalidad con difusión de identidad. La terapia de grupo ha tenido una duración de un año. En este formato las sesiones son semanales y de una hora y media de duración. Las sesiones son conducidas por una terapeuta y una coterapeuta acreditadas en TFP-A.

En la psicoterapia de grupo combinamos el enfoque de manejo técnico de Bion (1961), donde enfatizamos los afectos dominantes según el clima afectivo general grupal. También utilizamos la técnica de Foulkes (1964) que, aunque centra la terapia en el individuo, utiliza el grupo como caja de resonancia de los problemas de cada paciente. Es decir, utilizamos a los demás para comprender mejor al individuo y utilizamos al individuo para que los demás comprendan mejor sus problemas. Integramos el enfoque de Anzieu (1998), que se centra en la comprensión de las dinámicas inconscientes dentro del grupo, promoviendo la reflexión sobre las identificaciones y proyecciones, facilitando un ambiente seguro donde los participantes pueden explorar sus conflictos y emociones. Y también utilizamos los principios tácticos y técnicos descritos en el manual de la TFP-A (Normandin et al., 2022) y en el de TFP general de Yeomans et al. (2016). Un principio táctico es el trabajo centrado en las áreas afectivamente dominantes.

En la dinámica grupal, los afectos se desarrollan

entre los miembros del grupo como grupo total, entre cada uno de los miembros y los demás miembros y entre los miembros y las terapeutas. Los afectos expresados muestran conflictos conscientes e inconscientes del mundo externo e interno que se analizan e interpretan en cada sesión. Nuestra experiencia es que la interacción relacional entre los miembros y las terapeutas acelera el desarrollo de las áreas afectivamente dominantes.

El material se ha organizado específicamente para mostrar ejemplos de intervenciones centradas en la regulación de emociones que tienen que ver con la agresividad, la rabia y el odio y también con el miedo, el temor y las inhibiciones. Para ilustrar las tácticas y técnicas, el trabajo clínico está organizado según las diferentes temáticas que han surgido en el grupo. El manejo clínico de las temáticas muestra una intensa ambivalencia que se observa a través de conductas que expresan rebelión o inhibición.

Resultados

Descripción del trabajo clínico de regulación emocional para lograr una independencia progresiva familiar

A continuación, describiré a través de viñetas clínicas, el trabajo con los afectos dominantes en relación con el desarrollo de la identidad y el proceso de autonomía y diferenciación con los padres. La progresiva independencia de los padres potencia las tres áreas principales que están en desarrollo en esta etapa de la vida: el área de las relaciones sociales, la de las relaciones amorosas y sexuales y la del trabajo y la creatividad. Progresivamente al proceso de autonomía, se incrementa el deseo de relaciones sociales con el grupo. Crece el impulso de realizarse en las relaciones amorosas y sexuales y se incrementa la creatividad y la capacidad de establecer planes para el futuro profesional. Y, al mismo tiempo, abrirse a nuevas experiencias en estas áreas favorece y potencia esta independencia progresiva de la familia. Por el contrario, los adolescentes que no han logrado superar esta diferenciación con respecto a las figuras parentales pueden sufrir diferentes bloqueos e inhibiciones en todas estas áreas.

La rebelión por el control de los padres con agresividad directa

La agresividad es un tema que aparece como afectivamente dominante en las primeras sesiones, especialmente la regulación de la agresividad en la relación con los padres. La protesta por el control del otro, en este caso, los padres, enciende el sentimiento de rabia de todo el grupo. La mayoría maneja la rabia atacando directamente a los padres. No saben regular la intensidad de la rabia. Sienten que no pueden controlar su agresividad y este es el principal problema del que hablan desde el principio del grupo.

En el grupo, la mayoría critican a los padres, especialmente a las madres, que describen como más controladoras. Este tema aparece en diversas sesiones durante los dos primeros meses de grupo. En una sesión, entra Miriam explicando que su madre la ha echado de casa y ella se ha ido a vivir con su padre. Esto ha ocurrido ya en dos ocasiones. Después se han perdonado y han vuelto a convivir. Miriam niega que la madre tenga buenas razones para echarla de casa, aunque, al final de la misma sesión, explica, antes de marcharse, que ella amenazó a su madre con un cuchillo de cocina. Laura dice que su madre es una "psicópata del control". Le obliga a apagar el móvil a las 10 de la noche y a estar localizable todo el tiempo. Todo el grupo está unido en este sentimiento, pero niegan la participación de la propia agresión.

Técnicamente, es útil señalar la negación compartida de la propia agresión. Se puede utilizar el conocimiento del grupo acerca de que este olvidó la amenaza de Miriam hacia su madre; interpretar que hay intensos conflictos que desarrollan ataques mutuos entre madres e hijas con tendencia a culparse mutuamente, pero con la participación de intensa rabia de los dos lados que es difícil de manejar. El reconocimiento de la propia agresión en la relación con los padres disminuye la proyección y la actuación masiva de la rabia.

Se puede interpretar que, ante el ataque de Miriam a su madre con el cuchillo, puede ser entendible que la madre termine con su paciencia. Enfrentarse violentamente con los padres crea sus propios problemas, reacciones de enfado del otro lado y hace más difícil resolver las cosas. Si

uno ataca a otro de manera muy intensa, puede que parezca que haya un ganador y un vencido. Padres e hijos pueden acabar heridos emocionalmente o incluso físicamente. Si para rebelarse generan una intensa revolución, puede haber una masacre por los dos lados. En general, se manifiesta el temor a que se produzca demasiada violencia con los padres.

El grupo expresa el hecho de que siempre las mandan, no tienen ni voz ni voto. Critican que los padres traten de imponerse.

A menudo, algunos padres no tienen conciencia de que los hijos hayan crecido, que no se pueden imponer las cosas. Se puede interpretar que, a veces, es difícil imaginar y pensar en la posibilidad de crear una nueva base de relación para que puedan progresivamente tomar sus propias decisiones, pero con entendimiento mutuo con los padres.

Es importante mostrarse técnicamente neutro. Esto quiere decir no mostrarse a favor de que algo está bien o está mal, ni a favor de los adolescentes, ni de los padres. Describir las acciones y las consecuencias es una manera de hacerlo. Por ejemplo, indicando que expresar la agresividad y la rabia por el control en forma de "revolución" tiene el peligro de que "se le vayan los caballos" y que la reacción sea excesiva. Y que los padres reaccionen con más control o castigos.

Rebelión a través de conductas psicopáticas como la mentira

Sienten a los padres prohibitivos y la única forma para conseguir más libertad es mintiendo. Ellas defienden que los padres "te obligan a defenderte de ese modo". Laura y Miriam expresan que mienten sin parar. Lamentándose que, al final, se ha convertido en una mala costumbre. Incluso a veces tienen problemas para recordar las mentiras que han contado. Otras veces, para mentir mejor intentan creerse sus propias mentiras, de forma que les resulta difícil distinguir la mentira de la realidad. Mienten a menudo para poder salir o quedarse más tiempo fuera de casa, para hacer lo que les apetece sin el control de los padres.

En el grupo, la sensación de que hay que mentir es, en realidad, porque sienten que no saben manejar su deseo de rebelión. Mantienen una

actitud infantil insegura en contraste con una confrontación honrada abierta. Se interpreta que la mentira tiene la función positiva de liberarse y salir cuando quieres, pero tiene su precio porque al mentir uno se expone a ser pillado y castigado y eso le sitúa en una posición más débil. Otra posición posible es intentar convencer a los padres sin tener que mentir ni pelear. Mentir y pelear son dos formas que crean más problemas que soluciones y vale la pena pensar cómo puede uno, con la mente adulta, afirmar los propios derechos. Una propuesta puede ser confrontar a los padres usando su rabia en forma constructiva, aunque eso sea un trabajo de todos los días que dará un beneficio a medio plazo.

La mentira también tiene la consecuencia de afectar a las relaciones con los demás. Si se dan cuenta del engaño, se destruye la confianza y la credibilidad del mentiroso y también disminuye la valoración que tienen de él como persona.

La rebelión contra los padres exigentes a través del abandono de las responsabilidades

La mayoría de las adolescentes del grupo acusan a los padres de que las culpan continuamente de no hacer las cosas suficientemente bien a pesar de que se esfuerzan; progenitores que son muy perfeccionistas y no permiten equivocarse. Acusan a los padres de ser extremadamente exigentes y críticos y de ser su fuente de sufrimiento y malestar. Esto provoca, según ellas, el efecto contrario, que se despreocupen y rechacen esforzarse; adoptando conductas pasivas de querer estar en la cama, recluirse en la habitación y no hacer nada. O, bien al contrario, pasando el día en la calle para huir de casa, abandonando sus responsabilidades.

Es importante mantener la neutralidad técnica describiendo que abandonar sus responsabilidades para rebelarse contra los padres es una conducta autodestructiva de abandono de aspectos de su propia vida. Y eso, a su vez, les provoca sentimientos de depresión y baja autoestima.

También es importante interpretar su imagen de unos padres “malos” totalmente irracionales con los que no tiene sentido tratar de discutir racionalmente para intentar encontrar soluciones de más libertad. Como si no tuvieran ninguna

confianza en que los padres pudieran reaccionar aceptando un grado razonable de protesta o crítica para intentar encontrar soluciones de más libertad. Esta imagen de adultos inmutables y totalmente rígidos les impide negociar con ellos, aceptar alguna exigencia y pedir más libertad a cambio, y buscar cómo transformar la rabia contra los padres en firmeza y diálogo controlado en vez de autoabandono. Esa es la tarea que en la fantasía les resulta imposible.

La rebelión contra los padres proyectada en los maestros y la escuela

Miriam está en las sesiones de grupo en el frente de batalla con su madre, todo al contrario que al principio. Cuando Miriam llegó al grupo, arrastraba cinco meses de absentismo escolar grave desde el inicio del curso. Sentía un intenso temor paranoide a ser atacada, herida y rechazada por compañeros y maestros que le impedía asistir a la mayoría de las clases.

En el manejo clínico, se utilizan tácticas en la TFP-A, como el uso de un contrato donde se acuerda con el paciente su compromiso a reemprender las actividades lo antes posible. Así que, con el inicio del grupo, reinició su asistencia a cuarto de secundaria. Estos temores paranoides causaban la fobia escolar. Se interpretó señalando que cuando uno está con mucha rabia tiende a pensar que los demás están igual. Atribuir las mismas emociones que uno tiene en los demás es una manera de ponerlas en otra persona. La profunda frustración y rabia y el sentirse atacada dentro del hogar y su estar a la defensiva podía producirle imaginar estas mismas reacciones de parte de profesores y compañeros. Esta podía ser la causa de tener miedo a ir a la escuela, determinando la fobia como reacción. Ocasionalmente, se puede utilizar una interpretación para aplicar la problemática grupal a un problema individual.

La rebelión a través de dividir a los padres o aliarse con uno de ellos

Todas son hijas de padres separados o divorciados excepto los de Ana. Los progenitores son representados en los dos extremos, los que abandonan y los que controlan. Los mismos adultos pueden situarse en los dos extremos. Hablan en general de madres que se preocupan

mucho y de padres que no se preocupan. Un miembro de la pareja parental no se preocupa, el otro establece un control rígido y militarizado como una dictadura. El grupo se manifiesta acerca de lo injusto de este comportamiento. Aparece el deseo de abandonar al progenitor que ejerce el control e irse a vivir con el que permite más libertad.

Laura dice que la madre es una “psicópata del control”, que le quita el móvil a las 10 de la noche (quiere indicar que es una tirana). En contraste, amenaza con irse con su padre, que no ejerce ese control.

Se interpreta que una manera de manejar el conflicto es tener a los padres divididos. Los padres divididos, uno contra el otro, tienen la ventaja, en el caso de Laura, que el padre dice “sí a todo”, mientras que la madre es la que tiene que imponer límites. El precio de aliarse con uno de los dos padres en contra del otro puede eliminar la sensación de protección y seguridad que aparece cuando hay una pareja unida y creativa que, aunque no vivan juntos, dialogan y llegan a acuerdos en favor del cuidado de los hijos. Esta pareja dividida tiene la consecuencia, en el mundo interno, de la desaparición de los padres como un conjunto que quiere a los hijos. Además, en algunos casos, aparecen parejas que en la realidad externa están en guerra mutua y que usan a los hijos como peones en ella y los reclutan en esta enemistad, reforzando estas divisiones.

La rebelión a través de la huida del hogar

Hablan de independizarse lo antes posible y abandonar a los padres al cumplir los 18 años. Comentan la posibilidad de fugarse del hogar cuando encuentren un novio. Ven estas posibilidades como soluciones para escapar del control de los padres.

Se interpreta que otra forma de liberarse del conflicto puede ser abandonar el hogar como resultado del mal ambiente en la convivencia entre progenitores e hijos, declarando imposible la relación.

Empezar a salir con un novio puede ser una solución ante el control de los padres porque uno se crea un mundo nuevo personal y puede protestar contra las prohibiciones. La generación anterior siempre desconfía de que el adolescente sepa

manejar sus problemas amorosos y ese puede ser otro tema donde se sientan suprimidas sin atreverse a protestar. Además, es difícil empezar a negociar con los hombres y es un desafío nuevo tanto en la relación con el hombre, como con el hogar. Los padres pueden temer que tengan relaciones sexuales y puedan quedar embarazadas. Estas dificultades pueden llevar a una huida hacia adelante como actuando con impulso para evitar los dos procesos; el proceso de dar un tiempo para que los padres comprendan que ya están maduras para tener relaciones sexuales. Y el proceso de conocer mínimamente a la pareja antes de irse a vivir juntos.

El terapeuta puede interpretar que otra solución sería llegar a un compromiso que respete la independencia, el crecimiento y que mantenga las relaciones en forma aceptable para todos los que están envueltos, pero es como si no pudiera contemplarse esta solución como posible en este momento.

La evitación de la rebelión a través de sumisión a los padres

En la discusión acerca de rebelarse contra los padres, la mitad del grupo estaba participando y la otra, en silencio. Se puede interpretar lo que ocurre en el grupo y en la transferencia con las terapeutas. El grupo se muestra dividido entre una parte que protesta por el control de los padres y otra parte del grupo que no dice nada. El silencio sería como lo opuesto a una rebelión: una inhibición y un temor por rebelarse con tendencia a sumisión excesiva. Como si los que no dicen nada se sintieran con temor a hablar en el propio grupo, a pesar de que están de acuerdo con los que protestan. O el temor de protestar puede reflejar el temor del peligro de entrar en guerra con las terapeutas (a las que empiezan a llamar, en broma, “las jefas”, como representantes de los padres) o temor a entrar en guerra con las propias compañeras del grupo.

En el grupo, también se produce mucho apoyo mutuo mientras que cuesta discrepar entre ellas y con las terapeutas. Y Ana, al contrario que todas las demás, en ciertos momentos se muestra totalmente sumisa y de acuerdo con los padres.

Es importante señalar que a veces sienten peligroso discrepar. Tratan de no ser críticos, pero pagando el precio de no atreverse a comunicar

su propia opinión. Inhiben el desacuerdo por miedo a ser agresivos. Pero de esta forma esconden los conflictos por el miedo a generar una disputa. Más adelante, se atreven a discrepar entre ellas y también con las terapeutas. Y se podría interpretar que el grupo descubre, contra sus temores, que uno puede ser crítico sin que estalle una guerra general. Poder expresar libremente lo que uno piensa del otro y tolerar cierto grado de agresión mutua permite aprender de los aspectos que surgen cuando uno está enojado. Si uno expresa la crítica y sobrevive y también sobrevive la amistad, se puede comprobar que no es tan peligroso.

El temor también es a perder todo el control y mostrarse demasiado agresivo. Ese es un aprendizaje de la vida: expresar las emociones de forma apropiada para que sean socialmente aceptadas y no queden en explosión o inhibición; inhibición por miedo a atacar. No hablar y quedarse inhibido también puede representar el temor a que los demás le ataquen o “se le echen encima”. Pero la inhibición, en general, puede transformarse en autoagresión, porque uno no expresa aquello que le molesta o aquello en lo que no está de acuerdo. Esto es contraproducente porque aumenta los sentimientos de inferioridad, por quedarse pasivo y no estar al nivel de los demás.

La agresión dirigida hacia uno mismo. Amenazas de suicidio como rebelión o como agresión autodirigida

Cinco de las adolescentes han cometido un intento de suicidio. Miriam expresa que le gustaría desaparecer y Ana que se intentó suicidar y que sus padres se asustaron y la llevaron a urgencias. Laura dice que ella hizo una sobreingesta en una ocasión. Todo ello en el contexto de problemas con los padres.

Vale la pena explicitar que otra manera de rebelarse es con ideación, amenazas de suicidio o tentativa de suicidio. La rabia contra los padres puede volverse contra sí mismo, matarse para acabar con el sufrimiento causado por la rabia interna o usar la rabia para hacer sufrir a los padres con amenazas de suicidio. O bien, usar la rabia para asustar a los padres, provocándoles miedo a que ellas se suiciden y que eso les permita tener el control de los padres.

Autolesiones

Miriam plantea la autoagresión a través de autolesiones o conductas autodestructivas. Además, Miriam se quedaba en casa con fobia escolar y social.

Es importante mostrar que someterse puede ser una manera de evitar protestar, pero produce una intensa rabia que puede dirigirse hacia uno mismo. Es un sometimiento en que uno renuncia a toda rabia, pero se condena a estar como en una prisión. En el caso de Miriam, se encierra en casa, pero proyecta la agresión fuera, como si los compañeros y profesores fueran los enemigos que la pueden atacar (la fobia social). La agresión proyectada en los compañeros tiene la consecuencia de asustarse y dañarse a sí mismo con una intensa inhibición. Esta autoagresión le impide abordar los retos de relacionarse con sus compañeros, aprender de sus maestros y progresar en su proceso de independencia.

Consumo de tabaco y alcohol

Isabel confiesa los “crímenes de la adolescencia” en su caso: fumar y mantener relaciones sexuales, pero lo manifiesta con honradez y deseo de ser aceptada. Laura dice que fumó porros y Ana que hizo botellón. Miriam fingió irse a dormir cuando la madre la obligó, pero escapó por una ventana y se fue de fiesta y fumó y tomó alcohol. La mayoría se rebelan a escondidas de los padres o les mienten. Isabel dice que empezó mintiendo acerca de fumar, pero después intentó que la madre aceptara que esa era la realidad. Se expresa la rebelión alrededor de fumar, si está permitido fumar o no a los menores de edad. Los adolescentes quieren ser adultas y demostrarlo a través de fumar.

Se interpreta que, aunque fumar puede dar la sensación de ser independiente y adulto, es empezar una costumbre que lleva una adicción físicamente peligrosa, que puede causar cáncer y otros problemas. Es el mismo conflicto en que uno se somete o rebela en forma autodestructiva, con tabaco o exceso de alcohol. Es un problema cuando uno lo utiliza como única forma de rebelarse contra hogares frustradores por falta de respeto hacia ellos y por querer dominarlos por la fuerza.

Trastornos de alimentación

Hablan de problemas de restricciones alimentarias, atracones y vómitos.

Comer en forma controlada es como someterse a los padres. Dejar de comer puede ser una forma de rebelión en forma autodestructiva. Comer todo lo que le gusta a uno, sin límites, puede ser como una forma de rebelión al control; a uno le parece libertad, pero puede engordar. El precio es no verse atractivo. Una forma de rebelarse contra la prohibición puede ser comiendo todo lo que uno quiere y enseguida castigarse con el vómito. Falta la posibilidad de una solución intermedia de pensar racionalmente y aprender a autoadministrarse con relación a la alimentación. Darse libertad para comer y cuidarse al mismo tiempo para que no se convierta en un problema.

A parte de la interpretación, las pacientes que tienen problemas de anorexia o bulimia tienen tratamiento paralelo con un nutricionista y con un enfermero. La educación sobre alimentación queda fuera de las sesiones de psicoterapia. La psicoterapia de grupo se centra en los problemas emocionales.

Fracaso en los estudios

La guerra contra ser controlados sádicamente por los padres puede resultar a través de rebelarse contra ellos no estudiando; con la consecuencia de perder clases y años como precio pagado por la rebelión. O, al contrario, tolerar el control de los padres y someterse a todos sus deseos, convirtiéndose en “niñas buenas”. Así se evita la guerra a través de la inhibición de la propia libertad, decidir lo que uno quiere estudiar y defenderse en los estudios.

Algunas adolescentes del grupo tienen problemas en la escuela. Fracasan sin cuestionar que ellas mismas se crean problemas. Algunas han proyectado los problemas de la guerra en su independencia con los padres en la escuela, enfrentándose y desafiando a los profesores. Miriam, al contrario, abandonando la escuela y refugiándose en el hogar.

Más avanzado el tratamiento, surgen temores a suspender los exámenes y a tener rivales inalcanzables. Aparecen familiares o conocidos con carreras brillantes con los que es imposible competir. Ante estas figuras perfectas, asocian con una mujer de 30 años que, sin estudios, triunfa

en las redes haciendo payasadas, insultando o ridiculizando a los demás. Miriam dice que debe tener algún problema mental. Isabel la ve como una niña pequeña que le da todo igual y no tiene vergüenza.

Parece que la angustia de no ser excelentes o perfectas en los estudios las llevaría a imaginar la posibilidad de quedarse como niñas pequeñas sin crecer ni esforzarse, haciendo lo que les apetece y, aun así, tener éxito. Pero enseguida se dan cuenta de que este tipo de personaje más bien avergüenza.

Isabel insiste en que no es necesario hacer Bachillerato para ir a la Universidad; ella hace un ciclo formativo. Ni tampoco aprobar selectividad a la primera. Discuten acerca de todas las posibilidades. Isabel dice que tiene claros sus objetivos; aunque suspenda y tenga que volver a presentarse y tarde años, ella sabe que algún día va a alcanzarlos.

Miriam dice que su primo suspendió exámenes durante los estudios primarios y también los superiores y que ahora es astrofísico.

La terapeuta interpreta que tienen un ideal de estudios en “línea recta”. Si no evolucionan de forma perfecta, puede ser vivido como un fracaso. Ante el temor al fracaso, es mejor abandonar y quedarse niña para siempre. Pero parece que el grupo también se plantea la posibilidad de avanzar con curvas, pudiendo suspender y después recuperar o hacer un ciclo y después la Universidad. Un camino con algunas curvas no impediría formarse y prepararse bien para alcanzar un futuro profesional exitoso. En el grupo también aparece un sentimiento de esperanza. Si uno lucha por sus objetivos, los puede conseguir.

Cuando el/la adolescente se puede diferenciar e independizar emocionalmente de los padres, se incrementa su deseo creativo. El vacío que genera este proceso de duelo favorece y estimula los deseos de realizarse en la vida. También ayuda a que aparezcan ideas al respecto a qué cosas le gustaría hacer en la vida. Y, finalmente, le ayuda a tomar una decisión y escoja su propio camino según sus propias ideas y sentimientos.

Conclusiones

Durante la terapia de grupo, el trabajo de

ayudar al *self* a unir los aspectos divididos en las áreas afectivamente dominantes contribuye a recuperar lo proyectado. Esto permite desarrollar un funcionamiento más integrado, cada vez más cercano a la posición depresiva. Esto significa reconocer los impulsos agresivos y los temores en las relaciones y aprender a regularlos. Finalmente, supone que el predominio infantil de la comodidad, afectividad y amor por uno mismo se transforme en el predominio por la preocupación por el bienestar, la seguridad y la felicidad también del otro. Potenciando la búsqueda de relaciones sociales y de pareja, se incrementan los deseos de realizarse profesionalmente y la creatividad.

Prospectiva

En otro artículo, presentaremos la descripción de las intervenciones terapéuticas del área de las relaciones amorosas y la sexualidad. También mostraremos las adaptaciones técnicas de la TFP para grupo de adolescentes, así como los resultados en las medidas psicométricas en cuanto a mejora clínica de las pacientes. Para las medidas de cambio se utilizó la Escala de Impresión Clínica Global (ICG-TLP) y *Health of the Nation Outcome Scales for Children and adolescents* (Honosca; Wing et al., 1998) a través del *Routine outcome measure* (ROM).

Agradecimientos

El material clínico que ha sido base de este artículo ha sido supervisado por el profesor Otto Kernberg en el Grupo de supervisión del Grup TLP Barcelona (1). Es un grupo de trabajo de supervisión semanal con el profesor Kernberg desde 2011 y con supervisiones periódicas con la profesora Lina Normandin y Frank Yeomans. A todos ellos les agradecemos sus consideraciones teórico-clínicas y técnicas, especialmente al Profesor Kernberg como supervisor de esta terapia de grupo. A la Dra. Brenda Tarragona por su colaboración como coterapeuta del grupo de adolescentes. Y a la psicóloga Esther Viadiu por su colaboración como estudiante en prácticas del Máster de Psicología General Sanitaria de la Universidad de Gerona. A Alfons Icart por sus aportaciones clínicas de su experiencia

con adolescentes. A Carla Sharp por su amable orientación en artículos de referencia en esta etapa de la vida.

Notas

(1) Grupo de supervisión Grup TLP Barcelona: Alfons Icart, Luisa Morales, Teresa Ribalta, Eulàlia Ripoll, Maria Jesús Rufat, Elisabet Sánchez, Brenda Tarragona, Joan Vegué, Esther Verdaguer.

Bibliografía

- Anzieu, D. (1998). *El grupo y el inconsciente. Lo imaginario grupal*. Bordas Vidaurrazaga.
- Bion, W. R. (1961). *Experiences in Group and other papers*. Tavistock Publications Limited.
- Foulkes, S. H. (1964). *Therapeutic group analysis*. George Allen and Unwin.
- Icart, A. (1995). Abordatge dels conflictes familiars en la infància i en l'adolescència. En C. Pérez Testor (coord.), *Nous models de família en l'entorn urbà*. Generalitat de Catalunya.
- Icart, A. (2000). Algunes manifestacions de l'angoixa a l'adolescència. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 27, 1-2.
- Icart, A. (2012). Trastorno límite de la personalidad en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del Adolescente*, 19, 35-44.
- Joseph, B. (1993). *Equilibrio psíquico y cambio psíquico*. Julián Yebenes.
- Kernberg, O. F. (1993). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-110.
- Meltzer, D. y Harris, M. (1998). *Adolescentes*. Patia. (páginas 26-27).
- Normandin, L., Ensink, K., Weiner, A. y Kernberg, O. (2022). *Psicoterapia focalizada en la transferencia para adolescentes con trastornos graves de la personalidad*. Desclée de Brouwer.
- Sharp, C., y Wall, K. (2021). DSM-5 Level of Personality Functioning: Refocusing Personality Disorder on What It Means to Be Human. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 313-37. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-105402>.

Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B., Hadden, S. y Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 172, 11-18.

<https://doi.org/10.1192/bjp.172.1.11>
Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. y Kernberg, O. F. (2016). *Psicoterapia Centrada en la Transferencia. Su aplicación al Trastorno Límite de la Personalidad*. Desclée De Brouwer.

Anexo

Tabla 1. Resumen de las áreas conductuales de rebelión o inhibición en las que se centra la regulación emocional

Rebelión por el control de los padres a través de:

1. Agresividad directa.
2. Conductas psicopáticas como la mentira
3. Abandono de las responsabilidades
4. Proyección de la agresividad en los maestros y la escuela.
5. Dividir a los padres o aliarse con uno de ellos
6. Huida del hogar

Inhibición de la expresión de la agresividad a través de:

7. Sumisión a los padres.
8. La agresión dirigida hacia uno mismo
 - a. Amenazas de suicidio como rebelión o agresión autodirigida
 - b. Autolesiones
 - c. Consumo de tabaco y alcohol
 - d. Trastornos de alimentación
 - e. Fracaso en los estudios

Expectativas sanitarias y satisfacción de los usuarios en los servicios de neuropsiquiatría infantil y adolescente

ALDO DIAVOLETTA^{1A}, FRANCA BOTTIGLIERI^{23A}, MARIANNA SESSA^{2A} Y ANNA TORTORELLA^{23A}

RESUMEN

Expectativas sanitarias y satisfacción de los usuarios en los servicios de neuropsiquiatría infantil y adolescente. El artículo describe cuestiones y aspectos críticos relacionados con las expectativas sanitarias y la satisfacción de los usuarios en los servicios sanitarios, con especial referencia a los servicios de Neuropsiquiatría Infantil y Adolescente (NPIA). Se desarrolla un análisis crítico de las peculiaridades de los usuarios de la NPIA y de cómo los aspectos organizativos pueden afectar a la calidad percibida. Los nuevos cambios sociales y el aumento del malestar hacen de las expectativas de salud de las familias un punto crucial a confrontar continuamente en la acción terapéutica de los equipos. Los factores culturales y psicológicos condicionan las expectativas sanitarias y la forma de utilizar los servicios, especialmente cuando el objeto de la demanda es el sufrimiento neuropsiquiátrico de un menor. Estas consideraciones metodológicas y organizativas representan el primer paso de una reflexión que implicará, después, la administración de cuestionarios para verificar la satisfacción de los usuarios y mejorar las capacidades de acogida y los procedimientos de atención en su conjunto. **Palabras clave:** *satisfacción de los usuarios, calidad percibida, neuropsiquiatría del niño y del adolescente, expectativas sanitarias.*

ABSTRACT

Health expectations and user satisfaction in child and adolescent neuropsychiatry services. The article describes critical issues and aspects related to health expectations and user satisfaction in health services, with special reference to Child and Adolescent Neuropsychiatry (NPIA) services. A critical analysis of the peculiarities of NPIA users and how organizational aspects can affect perceived quality is developed. The new social changes and the increase in discomfort make families' health expectations a crucial point to be continuously confronted in the therapeutic action of the teams. Cultural and psychological factors condition health expectations and the way services are used, especially when the claim's object is a minor's neuropsychiatric suffering. These methodological and organizational considerations represent the first step of a reflection that will involve, later, the administration of questionnaires to verify the satisfaction of users and improve reception capacities and care procedures as a whole. **Key words:** *user satisfaction, perceived quality, child and adolescent neuropsychiatry, health expectations.*

RESUM

Expectatives sanitàries i satisfacció dels usuaris en els serveis de neuropsiquiatria infantil i adolescent. L'article descriu qüestions i aspectes crítics relacionats amb les expectatives sanitàries i la satisfacció dels usuaris en els serveis sanitaris, amb especial referència als serveis de Neuropsiquiatria Infantil i Adolescent (NPIA). Es desenvolupa una anàlisi crítica de les peculiaritats dels usuaris de la NPIA i de com els aspectes organitzatius poden afectar la qualitat percebuda. Els nous canvis socials i l'augment del malestar fan de les expectatives de salut de les famílies un punt crucial a confrontar continuament en l'acció terapèutica dels equips. Els factors culturals i psicològics condicionen les expectatives sanitàries i la forma d'utilitzar els serveis, especialment quan l'objecte de la demanda és el patiment neuropsiquiàtric d'un menor. Aquestes consideracions metodològiques i organitzatives representen el primer pas d'una reflexió que implicarà, després, l'administració de qüestionaris per verificar la satisfacció dels usuaris i millorar les capacitats d'acollida i els procediments d'atenció en el seu conjunt. **Paraules clau:** *satisfacció dels usuaris, qualitat percebuda, neuropsiquiatria de l'infant i de l'adolescent, expectatives sanitàries.*

¹Neuropsiquiatra infantil. Jefe de la UONPIA, ²Psicóloga, ³Psicoterapeuta, ⁴Unidad Operativa de Neuropsiquiatría Infantil y Adolescente (UONPIA) de Salerno, Departamento de Salud Mental, Autoridad Sanitaria Local de Salerno (Italia).
Contacto: aldodiavolletto61@gmail.com

Recibido: 3/4/23 - Aceptado: 9/10/23

Introducción

En la gestión de la sanidad pública en Italia, uno de los criterios cruciales tiene que ver con la respuesta a las necesidades sanitarias según criterios de equidad y sostenibilidad.

Ante la necesidad de racionalizar los recursos, se perfila un panorama social que ve los jóvenes y las familias víctimas de un sufrimiento psicológico cada vez mayor, con tipos de trastornos e intensidad de las necesidades asistenciales nunca antes vistos.

Desde este punto de vista, los modos de comunicación actuales (la sociedad “líquida” de Baumann [2006]), la experiencia de la pandemia Covid-19 y las incertidumbres económicas y de política internacional, son un factor que mantiene y agrava la angustia individual y colectiva (Diavoletto, 2017).

Incluso antes de la pandemia, la sociedad estaba dominada por la comunicación rápida, el triunfo de las imágenes y el dominio de las apariencias, así como por el debilitamiento del *contenedor* familiar; los trastornos imperantes tenían y tienen que ver con el cuerpo -un cuerpo que hay que negar, ocultar o atacar-, con la identidad y con la emocionalidad *hiperinvestida* codiciosamente o coaccionada preventivamente. Muchas evidencias sugieren y sugerían que el malestar social y la distancia entre los que tienen mucho y los que no tienen nada son el mal subyacente del mundo contemporáneo. (Diavoletto, 2017). Por lo tanto, se hace mucho más difícil trabajar a favor de los sujetos frágiles en una sociedad caracterizada por la incertidumbre sobre el futuro, el empobrecimiento constante de los individuos, de las familias, de los recursos públicos, así como de los valores y de las ideologías; de hecho, sobre todo, el empobrecimiento de la esperanza.

Las consideraciones metodológicas y organizativas desarrolladas en esta contribución representan el primer paso de un estudio que incluirá posteriormente la administración de cuestionarios para verificar la satisfacción de los usuarios y mejorar las competencias de acogida y los procedimientos de atención de nuestro equipo en su conjunto.

Referencias metodológicas y organizativas

Los factores culturales y psicológicos condicionan las expectativas sanitarias y la forma de utilizar los servicios, especialmente cuando el objeto de la solicitud es el sufrimiento neuropsiquiátrico de un menor.

La pandemia de Covid-19, con las restricciones que ha traído consigo (Loades et al. 2020), ha sido un disparador, como un detonador, respecto al aumento de las demandas en salud mental adulta y del desarrollo. Nuevas demandas de tratamiento, cuadros clínicos más complejos por frecuentes comorbilidades y adicciones de todo tipo, así como la aparición cada vez más precoz de los síntomas, representan el nuevo y verdadero desafío para los servicios de salud mental infanto-juvenil.

Ante esto, recordemos que, en Italia, el Plan Nacional de Prevención 2014-2018 del Ministerio de Sanidad ya destacaba, entre sus macroobjetivos, la promoción del bienestar mental de niños, adolescentes y jóvenes.

La lucha por la inclusión, en la vocación de la neuropsiquiatría de la edad evolutiva, hace necesario declinarse en un modelo organizativo coherente, dentro de una red especializada dedicada, con la centralidad del territorio, en conexión con otros servicios sociales, educativos, de salud escolar y con agencias del tercer y cuarto sector. Este es básicamente el modelo en torno al cual surgieron y se desarrollaron los servicios territoriales de salud mental en Italia en la década de 1970 (Rigon, 2018).

Las intervenciones requeridas son específicas, multimodales, complejas y en constante transformación, a la luz de los rápidos cambios en el desarrollo, pero también en el conocimiento y la sociedad en su conjunto.

Si el usuario sanitario no es cualquier cliente, en el servicio de Neuropsiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (NPIA), por regla general son los padres/tutores los que solicitan ayuda porque sienten la responsabilidad de cuidar a su hijo de una manera más o menos consciente. La calidad percibida pasa necesariamente por una buena relación en la doble vía paciente/familia y representa el conjunto de impresiones y conocimientos sobre las peculiaridades y la eficacia del servicio que han utilizado.

A veces, sin embargo, el encargo puede ser complejo y múltiple, remitiendo a la escuela, al Tribunal de Menores, al tutor especial, a los Servicios Sociales, o a otras figuras y organismos asistenciales que intervienen en los itinerarios de los jóvenes pacientes.

La relación médico-paciente ha cambiado profundamente en los últimos años y ha pasado de una relación paternalista a una participación del usuario en los proyectos asistenciales (Salvatore, 2014) (un modelo ético “contractual”), tema tanto más delicado, ya que en nuestro caso se trata de menores frágiles con trayectorias evolutivas imprevisibles.

Entre otras cosas, la actualidad del mundo digital permite el acceso indiscriminado a toda noción, incluso sin las bases para una decodificación adecuada, transformando profundamente aspectos de la relación médico-paciente.

Numerosas iniciativas legislativas de los últimos años han contribuido a introducir nuevas consignas en los servicios sanitarios y sociales, tanto públicos como privados, en materia de calidad, de contención de costes y de valorización de los recursos humanos; además, se ha prestado cada vez más atención al papel central de los ciudadanos, desarrollando y fomentando su participación a distintos niveles. Esta participación tiene por objeto mejorar la calidad de vida y el grado de satisfacción.

Según la Organización Mundial de la Salud, un sistema sanitario que responda mejor a los deseos y expectativas de los ciudadanos puede mejorar su estado de salud porque los posibles pacientes, si saben que se les trata bien, serán más propensos a buscar asistencia.

La calidad percibida es, por tanto, una guía muy valiosa para evaluar si se ha prestado o no el servicio sanitario adecuado. Es importante, por tanto, hacer mayor hincapié en la transferencia de información y poder a los pacientes y sus familias para ayudarles a participar en las decisiones sobre cómo se prestan los servicios.

El estudio de la calidad percibida es importante tanto desde el punto de vista clínico como organizativo. Desde el punto de vista clínico, es esencial que los pacientes tengan una actitud positiva hacia sus cuidadores, ya que ello influye en el cumplimiento indispensable para una atención de alta calidad (adherencia a los protocolos

de tratamiento, regularidad de las visitas de seguimiento, regreso oportuno al servicio en caso de rebrote, etc.). Por otro lado, desde el punto de vista organizativo, el estudio de la calidad percibida tiene una importancia estratégica para evaluar la adecuación de los servicios prestados a las necesidades reales de los ciudadanos y aumentar su calidad, integrando ulteriores sistemas de planificación y diseño de las actividades empresariales.

En la legislación italiana, los Decretos Legislativos n.º 502/1992 y n.º 517/1993, sobre la Reorganización de la Disciplina en Materia Sanitaria, integran los aspectos de la calidad para garantizar un ajuste de los servicios sanitarios a las necesidades de los ciudadanos; también se prevé la introducción de un sistema de indicadores de calidad de los servicios y de las prestaciones sanitarias, relativos a la personalización y humanización de las intervenciones. El contenido de la calidad percibida se establece en particular en el artículo 14, que indica claramente los temas en los que deben centrarse los esfuerzos de mejora de la Agencia Sanitaria: personalización, humanización, derecho a la información, calidad de los servicios hospitalarios y calidad de la prevención.

Además, el artículo 8 del Decreto Legislativo 150/2009, especifica que la medición y evaluación del rendimiento organizativo significa:

- La detección del grado de satisfacción de los destinatarios de las actividades y servicios también a través de métodos interactivos.
- El desarrollo cualitativo y cuantitativo de las relaciones con los ciudadanos, las partes interesadas, los usuarios y los destinatarios de los servicios, incluso mediante el desarrollo de formas de participación y colaboración.

La cuestión de la calidad y la satisfacción de los ciudadanos es, por tanto, un tema central en la gestión de los servicios sanitarios.

A la hora de evaluar la calidad de la asistencia sanitaria, deben tenerse en cuenta las distintas dimensiones de la calidad. Por lo tanto, es importante identificar una serie de factores medibles de la calidad, entre los que se encuentran: la *eficacia esperada*, es decir, la capacidad potencial de una intervención asistencial para modificar positivamente las condiciones de salud de las personas a las que se dirige, por lo que

es esencial hacer lo útil; la *eficacia práctica*, es decir, la evaluación de los resultados obtenidos de la aplicación de una intervención rutinaria; la *eficiencia*, como la capacidad de lograr los resultados esperados con el menor coste posible; la *humanización de la asistencia*, por su parte, significa el respeto de la cultura, las creencias y las necesidades del paciente en lo que respecta a la información y la calidad del servicio.

En Italia, los servicios de NPJA en algunas regiones se encuentran en los distritos sanitarios, mientras que en otras, aunque están ubicados en el territorio, se incardinan funcionalmente en los departamentos de salud mental constituyendo unidades operativas simples y complejas. Estos aspectos organizativos pueden influir en los aspectos metodológicos y en el trabajo en equipo y, por tanto, en la forma en que se recibe a los usuarios.

El modelo organizativo que reorganiza la neuropsiquiatría infantil mediante la constitución de unidades operativas pretende ser un desafío dirigido a combatir la fragmentación y a dotar al tema de una mayor coherencia epistemológica, metodológica y funcional; este proceso, que en Italia varía de una región a otra, no está exento de aspectos críticos y requiere un esfuerzo cultural y de adaptación por parte de los propios operadores; no obstante, las cifras abrumadoras de la clínica ya no pueden ser compatibles con un modelo centrado en los distritos y en las operaciones del especialista individual o del equipo individual.

Factores emocionales y necesidades sanitarias

Por lo tanto, los elementos de la satisfacción del usuario en términos de calidad percibida pueden depender de múltiples factores que pueden entrar en juego, desde la forma en que los pacientes o clientes perciben el servicio, hasta las expectativas conscientes, las suposiciones inconscientes, lo que uno cree que puede obtener del servicio público y lo que uno cree que realmente necesita cuando utiliza el servicio.

El análisis de la calidad percibida debería representar, por tanto, uno de los elementos fundamentales en los que basar la conexión entre demanda y oferta, siendo el factor más estrechamente relacionado con el concepto de

eficacia, ya que se construye intrínsecamente sobre la perspectiva del usuario/paciente y sus necesidades.

Es bien sabido que el procesamiento del diagnóstico perteneciente a alguna forma de discapacidad es superponible al procesamiento de un duelo (Lecciso y Petrocchi, 2012); muy a menudo, los factores emocionales o la falta de procesamiento respecto a las expectativas de salud y la pérdida del *hijo sano* no colocan a los padres en condiciones de evaluar y tomar decisiones críticas confiando en el sistema de atención y en el operador que lo representa, al que a veces ven distante en cuanto portador de conocimientos desconocidos o demasiado atado a dinámicas o reglas de la empresa.

En ocasiones, estos padres ponen en juego sentimientos extremadamente destructivos que afectan principalmente a los cuidadores que se ocupan de sus hijos, sobre todo en un ámbito de contornos extremadamente frágiles en la medida en que las variables que intervienen en las trayectorias de desarrollo son múltiples y no del todo previsibles o gobernables.

El aspecto relacional de la acogida y de la información clara parece marcar la diferencia, y no es infrecuente que los padres de pacientes jóvenes lleguen con expectativas, por así decirlo, mágicas, ligadas a múltiples factores y a menudo no bien ancladas en el plano de la realidad.

Por otra parte, también habría que tener en cuenta la reacción emocional de los operadores y del equipo, que requeriría gran cuidado y atención, a menudo ausentes.

Los padres suelen inclinarse por dar más importancia a los aspectos funcionales a corto plazo de los cuidados que al pronóstico a medio o largo plazo basado en un plan más amplio. Por un lado, esto viene sugerido por los profesionales y la dificultad del pronóstico y, por otro, por la configuración emocional asociada al procesamiento del trauma del diagnóstico.

Por eso es importante que se participe en el proyecto de tratamiento desde la primera hipótesis diagnóstica para no crear distancias entre conocimientos y expectativas poco realistas.

No en vano, el trabajo más complejo suele ser el que se realiza con pacientes jóvenes y familias que han pasado por tratamientos no basados en alianzas terapéuticas o, peor aún, no

consensuados y casi *sufridos*. Cuando acuden a la observación clínica traídos por sus padres porque el problema persiste, se necesita mucho más tiempo para trabajar el cumplimiento y el síntoma se convierte en una especie de identidad defensiva.

Sería útil ayudar a la familia a ir más allá de una única instantánea del resultado óptimo (o punto final) para considerar una estructura de puntos variables y cambiantes que constituyen un camino hacia el resultado óptimo. Es en esta perspectiva diferente en la que debe trabajar la formación familiar en los distintos entornos asistenciales, y esto es uno de los puntos fundamentales de nuestro trabajo.

La atención no puede centrarse únicamente en la consecución de objetivos específicos (a menudo determinados en relación con una hipotética *normalidad*) elegidos por un observador externo, sino que debe centrarse en el progreso de la persona con discapacidad (tanto la frecuencia como el nivel de cambio) a lo largo del tiempo en los objetivos y ámbitos que se consideran significativos para ella (y su familia).

De hecho, hay varios factores que influyen en las decisiones sanitarias de la familia, en el curso del proceso terapéutico y, en consecuencia, en la evolución de los resultados, así como en la satisfacción. Se trata, por ejemplo, de posibles lagunas en la red de servicios y en el sistema sociosanitario (fragmentación de las intervenciones, escasez de recursos económicos, etc.), de ciertas peculiaridades de la dinámica individual y familiar (numerosas preguntas sobre la propia actuación y el futuro del paciente), del propio acceso a la información: los padres se sienten abrumados y, a menudo, confundidos por el gran número de opciones terapéuticas disponibles y prefieren recurrir a Internet o a fuentes populares para buscar información sobre las intervenciones.

Ejemplos llamativos tienen que ver con los procesos diagnósticos y terapéuticos relativos a los trastornos del espectro autista.

La gravedad y cronicidad del cuadro y las incertidumbres etiopatogénicas siempre han sido un campo de pruebas para los servicios. Ahora, mientras que el modelo relacional ha sido sustituido en gran medida por el genético-biológico, la prevalencia del trastorno está creando una

alarma social y una demanda sanitaria inimaginables hasta hace unos años: los datos de 2020 informan de una prevalencia de 1:77 en Italia y de 1:54 en EE.UU. (Centers for Deases Control, 2020; Istituto Superiore di Sanità, 2020).

El tratamiento debe ser *a medida* para cada niño, y a cada padre le resulta difícil emprender y sobre todo *elegir* vías terapéuticas (de desarrollo, conductuales, dietéticas, otras) que a menudo son diferentes y no coherentes entre sí. El boca a boca de las familias, la información *googleada*, las intervenciones de las asociaciones, que se esfuerzan por sintetizar y compensar las fragilidades del sistema, pero sobre todo la imprevisibilidad de los resultados clínicos, completan un cuadro de gran complejidad asistencial y social, en el que la insatisfacción con el sistema de cuidados parece elevada y a veces dramática, y en el que las directrices nacionales sólo consiguen abordar parcialmente las cuestiones críticas.

También se ha constatado (Hebert y Kouloglioti, 2010) que los antecedentes culturales y las creencias de los padres sobre las características y la génesis del trastorno acaban influyendo en las decisiones relativas a la futura asistencia sanitaria del niño, en las relaciones con el sistema de asistencia, en la planificación familiar y en la salud mental de los propios adultos.

En cambio, en el caso de los síntomas propios de la psicopatología del adolescente, el malestar subumbral suele pasar desapercibido, mientras que síntomas como el retraimiento social, el rechazo escolar, las autolesiones y las adicciones llaman la atención de los padres. La percepción de los padres a menudo está condicionada por la necesidad de resolver el sufrimiento del adolescente, de evitar daños físicos, pero también por el miedo a factores desconocidos, que tienen que ver con el estigma de todo lo que es *psiquiátrico*, incluyendo, por supuesto, las terapias con fármacos psicotrópicos.

También se evaluó la relación entre las habilidades de cuidado de los padres de pacientes con trastornos alimentarios mediante la escala CASK (Hibbs et al., 2015) y su estado emocional y grado de satisfacción con las terapias. Esto confirma la importancia del estado emocional de la pareja parental con respecto a la calidad percibida.

Por lo tanto, el análisis de estos factores pone de manifiesto la importancia de la coherencia, la especificidad y la continuidad de los proyectos y las intervenciones, así como de un clima general de apoyo e implicación en las intervenciones, que puede favorecer el progreso del joven con discapacidad y psicopatología y mejorar la satisfacción general del propio usuario y de su cuidador.

El equipo asistencial, la familia, los itinerarios

En general, para que se estructure una buena calidad percibida en el usuario/paciente, es indispensable no dar respuestas lineales o extemporáneas, sino, por el contrario, elaborar y mantener con autoridad y flexibilidad la hipótesis diagnóstica y luego el proyecto terapéutico, no coludir con necesidades más o menos manifiestas y ambivalentes, ayudando al paciente y a la familia a dar un sentido más profundo al trastorno o al malestar, proponiendo alternativas concretas en el trabajo en equipo y en red.

Para que el equipo tratante pueda implementar las prácticas mencionadas, es conveniente garantizar a los operadores momentos de reflexión y supervisión que les permitan reconocer y procesar los movimientos de contratransferencia con respecto a las dinámicas descritas.

El trabajo en equipo y en red sigue siendo la piedra angular de las buenas prácticas para ofrecer una planificación terapéutica global, que, en el caso de los menores, debe incluir necesariamente todos los sistemas que les rodean, como la familia, la escuela, las agencias educativas, el territorio.

Por otra parte, no es infrecuente asistir a un verdadero comportamiento de *delegación de cuidados* por parte de las familias. Lejos de juicios o prejuicios, hay que comprender bien que detrás de tales comportamientos se esconden ansiedades y miedos irracionales, así como dificultades para aceptar ciertos aspectos del problema. Esto es especialmente cierto cuando se trata de trastornos de la esfera mental, en los que todavía se perciben dificultades para liberarse de un cierto estigma social. En el caso de los niños y adolescentes, nunca debemos perder de vista que con sus síntomas son portadores de un sufrimiento más amplio que puede referirse a toda la familia (nuclear y extensa) y

que, a su manera, intentan dirigir la atención hacia las dificultades de las personas que aman, las que quieren ayudar, dispuestos a mostrar su propio sufrimiento, pero también a convertirse en nuestros coterapeutas o, como no es infrecuente en el caso de los adolescentes, en el *brazo armado* de los conflictos no resueltos.

Sin embargo, para comprender realmente las necesidades de los pacientes jóvenes, en el trabajo en equipo es necesario mantener una escucha empática, suspender los prejuicios y las expectativas; es decir, se requiere autoritarismo, corrección metodológica y una actitud protectora y acogedora.

En el caso de los adolescentes, es absolutamente imprescindible implicarlos como protagonistas en todas las fases del itinerario terapéutico. Con ellos, una especie de *consentimiento informado* es condición sine qua non para el éxito del proceso terapéutico. Incluso cuando existe una petición de ayuda y una buena conciencia del propio malestar, debe prestarse especial atención a los aspectos de autonomía o dependencia de los adultos que pueden afectar significativamente a esa fase de la vida en la que la desvinculación es un tema dominante. La calidad percibida del adolescente se convierte en un “desafío posible” en la medida en que se construye en el equipo un pensamiento colectivo que llega al adolescente allí donde se encuentra, para mediar y remediar las tareas de desarrollo en las que no ha tenido éxito y favorecer la reanudación del camino evolutivo (Lancini et al., 2020; Boccia et al. 2017).

Última consideración, pero no por ello menos importante, es que existe también una *calidad percibida* por los profesionales, generalmente entendida en la investigación sobre el tema, casi exclusivamente como valoración de la formación recibida o del propio estado de bienestar y motivación subjetiva.

En el sector sanitario, no es infrecuente oír hablar del síndrome de *burnout* vinculado al estrés laboral (Maslach y Leiter, 2000), que lleva a las personas al agotamiento de sus recursos psicofísicos y a la manifestación de síntomas psicológicos negativos. El personal, especialmente el de primera línea, es, al mismo tiempo, el representante de la organización ante el paciente, el que puede ayudarlo a resolver sus

problemas y satisfacer sus necesidades, y el portador de una subjetividad con sus propias expectativas y percepciones, que opera dentro del servicio.

Trabajar con menores con discapacidades y/o problemas psicosociales representa un importante factor de riesgo con respecto al *burnout* del operador, teniendo en cuenta la complejidad de las demandas y, a menudo, la cronicidad de los trastornos.

Es, por tanto, un elemento crítico que hay que valorizar al máximo e implicar en todas las fases de la gestión de procesos y procedimientos. De hecho, los operadores de un servicio están implicados a diario en las decisiones que hay que tomar y en las cuestiones críticas que hay que resolver, por lo que conocen bien los procesos de trabajo, las herramientas de organización, las cargas de trabajo, los recursos y la eficacia de las estructuras; en una palabra, la relación de la organización con los usuarios. Es evidente que la mejora de la calidad del servicio prestado pasa, en su mayor parte, por la adecuada implicación de los recursos humanos en el diseño y organización de los servicios, algo que muchas veces no ocurre debido a aspectos organizativos ligados a los modelos de negocio.

Conclusiones

La calidad percibida es, sin embargo, sólo uno de los elementos que pueden utilizarse para evaluar la calidad de un servicio de AINP, especialmente en relación con la variabilidad de los resultados, la complejidad de los problemas y las opciones de salud de los individuos y las familias, por lo que debe relacionarse con estos y otros elementos, como también se recoge en la literatura acreditada.

Los factores culturales, las elecciones operativas de los padres, las emociones de las familias y los cuidadores, los modelos de intervención y las metodologías contribuyen a los resultados de las trayectorias de desarrollo de los pacientes jóvenes y a la calidad de la atención.

Es a estos retos a los que deben enfrentarse los modelos organizativos en el presente y en el futuro próximo.

Traducción del italiano por Elena Venuti

Bibliografía

- Baumann, S. (2006). *Modernità liquida*. Laterza.
- Boccia, A., Caserta, D., Franco, A., Zottoli, G., Visconti, L. y Diavoletto, A. (2017). Modelli teorici ed organizzativi per una psichiatria dell'adolescenza, en A. Diavoletto y G. Rigon (comp.), *Psichiatria dell'adolescente*. Aracne Editore.
- Centers for Deases Control (2020). *Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder* (en línea). Recuperado de: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
- Diavoletto, A. (2017). Botteghe artigiane, modelli organizzativi, e aiuto ai minori nella 'modernità liquida'. En A. Diavoletto y G. Rigon (comp.), *Psichiatria dell'adolescente*. Aracne
- Hebert, E. B. y Koulouglioti, C. (2010). Parental beliefs about cause and course of their child's autisms and outcomes of their beliefs: a review of the literature. *Issues in Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 33(3), 149-63.
- Hibbs, R., Rhind C., Salerno L., Goddard, G., Schmidt, U., Micali, N., Gowers, S., Beecham, J., Macdonald, P., Todd, G., Campbell, I. y Treasure, J. (2015). Development and validation of a scale to measure caregivers skills in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48(3), 290-297.
- Istituto Superiore di Sanità (2020). *Osservatorio Nazionale per il monitoraggio dei Disturbi dello Spettro Autistico* (en línea). Recuperado de: <https://osservatorionazionaleautismo.iss.it/home>
- Lancini, M., Cirillo, L., Scoddeggio, T. y Zanella, T. (2020). *L'adolescente. Psicopatologia e psicoterapia evolutiva*. Raffaello Cortina Editore.
- Lecciso, F. y Petrocchi, S. (2012). *Il figlio nella mente della madre. Strumenti di analisi della relazione e della reazione alla diagnosi in caso di malattia cronica infantile*. Aracne Editore.
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M. N., Borwick, C. y Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.e3.
- Maslach, C. y Leiter, M. P. (2000). *Burn out e*

organizzazione. Erickson Trento.

Rigon, G. (2018). Dalla chiusura delle scuole speciali alla salute mentale dell'età evolutiva. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXLII(2).

Salvatore, B. (2014). La relazione tra medico e paziente oggi: Diritti e responsabilità, en L. Chieffi y A. Postigliola (comp.), *Bioetica e Cura*. Mimesis Edizioni.

Bullying y psicoanálisis en el aula: un proyecto multidisciplinar**

CAYETANO GARCÍA-CASTRILLÓN¹

Este proyecto surgió tras una enorme oleada de casos, por no decir un auténtico tsunami, detectados en la clínica y de percibir la importancia de contar con la ayuda, de cuantos más estamentos implicados, mejor. Así nos reunimos un grupo de psicoanalistas, psiquiatras, terapeutas, psicólogos, policía, abogados y profesores para poner en marcha un plan de acción en el aula. Este proyecto se desarrolló desde el 2015 hasta la llegada del COVID, siendo muy llamativa la favorable acogida por parte de los alumnos, los centros, profesores, madres y padres. Otros aspectos intervinieron en ello. El primero surge del convencimiento de la importancia que tiene contactar con otros profesionales que trabajan con niños y familias. Esta convicción llega en nosotros tras años de trabajo con niños y adolescentes y de las ventajas y ayuda que aporta contactar con sus profesores en sus periodos de conflictos y crisis. De forjar una buena alianza de trabajo con ellos.

El segundo aspecto son los importantes sentimientos de frustración e impotencia vividos por mí en la consulta, al coincidir -en un momento dado- varios casos de acoso escolar especialmente dramáticos, donde los centros educativos no se implicaron nada en la ayuda a las familias. El porqué de esas resistencias a la ayuda, mi sentimiento de impotencia, de frustración junto con el enorme dolor de mis pacientitos influyeron mucho en mí. Preguntas como ¿Se puede hacer algo más? ¿Qué les impide a los centros colaborar?, rondaban en mi cabeza.

El tercer elemento. A su vez, coincidente era que estaba impartiendo un curso de dinámica y relaciones grupales al cuerpo nacional de policía. En el descanso, les pregunté: ¿Qué hacen ustedes si les llegan unos padres denunciando estas situaciones? ¿Pueden ayudarme? ¿Pueden los chicos contactar con ustedes, que como figura de autoridad podrían contener las situaciones? Para mi sorpresa, inmediatamente contactaron conmigo los agentes y el servicio de la policía que lleva esos casos. Aún más sorprendente fue comprobar que tenían EXACTAMENTE las mismas preocupaciones que yo y las mismas frustraciones. Comenté con ellos que “algo habrá que hacer”; finalmente, colaborarían a título personal y no oficial.

El último factor fue que me encontraba colaborando -como asesor- con una parroquia católica en su centro de orientación familiar. Fue a ellos a quien les propuse el proyecto en estos términos: ¿Os parecería bien que hiciéramos una campaña contra el acoso escolar contando con padres, profesores y alumnos? Ellos se comprometerían a invitar a los padres y a los profesores a un coloquio sobre el tema y, a continuación, iríamos a los centros, a las clases con alumnos de 12 y de seis años.

Les pareció bien y dieron todo tipo de facilidades. Para mí, la idea de que unos psicoanalistas, hablando de acoso escolar, con la colaboración de una parroquia y la disposición de la policía reforzaron, aún más si cabe, en mí, la idea de

**Esta sección pretende dar espacio y voz a las experiencias en primera persona, tanto de profesionales como de pacientes. Si quiere enviarnos la suya o conoce experiencias que considera que pueden ser interesantes, puede hacerlo por correo a revista@fundacioorienta.com. La opinión de los textos no representa la de la Revista sino la de los propios autores.*

***Ponencia: “Bullying y psicoanálisis en el aula”. 51 Congreso Internacional de la Asociación Psicoanalítica Internacional IPA. Londres. Julio de 2019.*

¹Médico psiquiatra y Psicoanalista didacta de la Sociedad Española de Psicoanálisis y de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Sevilla, España.

que contactar con otros estamentos de una manera sencilla, humilde y colaborativa potencia esta sinergia entre todos y permite alejarnos del púlpito narcisista y enriquecernos.

Sabía que contaría con mis tres compañeros e incluimos en el equipo a un miembro en formación, que se sorprendió que contáramos con él. Dos compañeras se encargaron del diseño para los niños de seis años; los demás, con los adolescentes. Básicamente, se trataba de acudir a sus clases y “dejarles hablar”, “que nos dijeran qué piensan”. Cuando llegó el momento, no hizo falta mucho más. Los adolescentes acogieron con entusiasmo la propuesta. Luego me extenderé en ese punto.

El diseño del proyecto

Diseñamos el coloquio con los padres y profesores. Contando con profesores, abogados, policía, directora de escuela infantil, y nosotros. Disponíamos de cinco minutos para hablar cada uno y posterior debate. Previamente, nos reunimos todos para conocernos. Mi propósito era que todos tuviéramos la vivencia de *conocer que nos preocupaba lo mismo*. Nadie puso inconveniente.

Lo que más nos preocupó era cómo presentarlo a los colegios. No dejábamos de ser unos intrusos que llamábamos a sus puertas. La preocupación por mi parte era doble. Por un lado, que nos vieran invasivos. Esperábamos encontrarnos con reacciones “fóbicas y, en consecuencia evitativas, en los centros”, como así sucedió. Por otro lado, también me preocupaban mis posibles reacciones contratransferenciales, en la medida que yo ya iba cargado de sentimientos de frustración e impotencia. Debía tener presente que las resistencias de los centros pudieran movilizar de nuevo estos sentimientos en mí. De alguna manera, yo iba buscando un alivio en esta campaña. Y por lo que hablamos, también en los miembros del equipo multidisciplinar que formamos para la ocasión. Así que debíamos ser muy cautos, respetuosos y tolerantes con los centros educativos.

El proceso, básicamente, fue el siguiente: entrega del proyecto por escrito, esperar su aceptación o no. Si aceptaban escucharnos, hablar con ellos desde los siguientes criterios:

1. Explicitarles que no íbamos a investigar casos.
2. Que no íbamos a decirles cómo tenían que hacer las cosas ni a enjuiciar lo que ellos mismos hacen.
3. Que no estábamos en posesión de la verdad.
4. Que lo hacíamos porque veíamos mucho sufrimiento y que pretendíamos concienciar a través de un debate abierto con los chicos, chicas y los niños.
5. Que invitábamos a los padres y profesores previamente para que nos conocieran y hablar del tema. De manera que ya conocieran a quienes -posteriormente- hablaríamos con sus hijos en el colegio.

Junto a estos mensajes que considerábamos cruciales transmitirlos de una manera clara, les hicimos llegar el material que utilizaríamos para que dieran su aprobación o desaprobación. Un centro nos pidió si los profesores podían estar presentes en el aula mientras realizábamos el coloquio-debate con los alumnos. Este punto no lo habíamos pensado en un principio y lo aceptamos con la condición de que nos dejaran llevar la clase y que ellos estuvieran de observadores. Este extremo fue clave para el éxito, pues nos permitió, tras la actividad, hablar y comentar cómo transcurrió esta y reforzó mucho la alianza con los centros. En algunos, no en todos.

Por últimos les aclaramos que todo lo escuchado iba a ser *confidencial*. Es de destacar que cuando realizamos la experiencia al profesorado, les sorprendió la manera de dirigirnos a los chicos. Comentarios como los siguientes reflejan este aspecto: “No sabíamos que a los niños les preocuparan temas como la muerte y otros temas. ¡iiiSí que les preocupan cosas!!!, No nos esperábamos que hablaran tanto”, etc.

El equipo, sobre todo los psicoanalistas, nos dimos cuenta de que estábamos construyendo *conjuntamente con los centros, padres, madres y profesores un setting a medida*.

Las respuestas de los centros en función de las resistencias

Las respuestas de los centros las clasificaremos en función de dos parámetros. El primero: si reconocían haber tenido casos de acoso en su centro. El segundo: si aceptaban, o no, la campaña. Se dieron las siguientes combinaciones:

- A. Reconocían tener casos y aceptaban la campaña.
- B. Reconocían casos pero no aceptaban la campaña. Argumentaban que ellos ya lo sabían manejar. Entendíamos que tenían miedo a ser evaluados en su manera de manejar los conflictos. Aceptar la ayuda les hacía temer que públicamente se supiera que tenían el problema.
- C. No tenían casos y, por ello, no necesitaban nada (curiosamente, en los centros con estas respuestas, éramos conocedores de casos graves pero tuvimos la impresión de que defensas como la *negación* ejercían poderosamente su función resistencial).
- D. Centros que decían no tener casos, dudar y, finalmente, aceptar la campaña. En estos centros, la actividad se desarrolló desde su *ambivalencia* y el trato al equipo fue indiferente, sin apenas recibimiento. Con expresiones tales como “ah, sois esos del acoso, ¿pero era hoy?”

Tras estas respuestas -muchas de ellos de rechazo-, el equipo se planteó la necesidad de estudiar cómo hablar con los centros que más dificultades tenían en abrirse; cómo abordarlos, pues quizás nuestras premisas iniciales en cuanto al *nuevo setting* sean aun rudimentarias. Los centros que nos reconocieron dolorosamente que no pudieron ayudar a sus alumnos con este problema y que lo sufrieron fueron los más receptores y donde más efectos posteriores tuvo la actividad (deseos de reparación desde el punto de vista Kleiniano y culpa de carácter depresivo). Por ejemplo, al año, en un centro crearon “el cuaderno del conflicto” con adolescentes, y, en niños, “la caja de los problemas”, donde tenían que hablar de lo sucedido y resolverlo. Es decir, aumentó el diálogo entre profesores y alumnos. Nos dijeron textualmente: “el hablar de los conflictos se convirtió en algo cotidiano”. “No contábamos con el concepto del conflicto”. En otros centros, no nos respondieron nada tras la actividad.

También les pedimos a los adolescentes que nos evaluaran y que nos aportaran sus opiniones si así lo deseaban. Les aclaramos que, al tratarse de una nueva experiencia, también lo era para nosotros y que sus aportaciones nos ayudarían a mejorar. Veamos algunos de sus comentarios:

“Yo creo que esta charla nos ha ayudado mucho a todas a reflexionar y a pensar mejor las

cosas antes de hacerlas”.

“A mí me ha parecido muy bonito porque me ha hecho pensar en lo que una persona puede llegar a sufrir por esto. Aunque, a veces, los que acosan les parece sufrir una tontería”.

“Esta charla me ha parecido algo inútil. En este punto, todos hemos sido o hemos acosado. Yo he sido acosado y esta charla no me ha sido útil porque ya está pasado”.

“El acoso escolar me parece una falta de respeto para quien lo sufre. Me parece que destruyen tu infancia, te hace sentir mal, con miedo. No eres capaz de contarlo porque te amenazan. El que acosa está cometiendo un error”.

“A mí me parece que el acoso puede destrozarte moralmente. Me parece que cuando alguien acosa a otro no lo hace sin querer. Si no, como le cae mal, le tiene envidia o se siente superior a él, lo quiere joder para apartarle y no tener que relacionarse con él y dejarle por lo bajo. Cuando alguien se siente acosado se cree así mismo que es -por así decir- tonto, o inferior. Por lo que se auto margina”.

Algunas consideraciones

Todo esto nos hizo pensar que estábamos desarrollando funciones maternas, de contención, y construir una alianza con los centros (en los que fuimos capaces, claro); de la misma manera que lo hace la mamá que se adapta a su bebé y lo contiene. Pensamos que los centros más resistentes se comportaban de la misma manera que lo hacen las mamás muy asustadas, angustiadas. En los centros con grandes *ansiedades superyoicas*, “el blindaje” trataba de calmar estas ansiedades persecutorias con defensas como la negación, la indiferencia y la escisión.

Vimos cómo, en algunos centros, el aclararles que “no éramos poseedores de la verdad”, “que no veníamos a enjuiciarles, investigarles ni criticarles”, que comprendíamos que era un tema difícil para ellos como lo es para nosotros en la consulta, permitió rebajar estas ansiedades superyoicas-paranoicas. Fue importante también transmitirles la total disponibilidad del equipo ante cualquier duda respecto del proyecto; ello se tradujo en muchos *emails*, llamadas, etc.

Desde el punto de vista teórico, entendimos a los colegios como una figura materna cuyo maternaje y feminidad estaban muy comprometidos por el *bullying*. Cuando conseguimos que no nos vivieran como unos “acosadores”, se abrió el camino para que nos vieran como una *figura paterna con actitud maternal*, que podría ayudar-potenciar las funciones de contención *femeninos*.

Esto coincidía con nuestra experiencia clínica, cuando vemos a padres muy angustiados y

asustados con sus hijos, donde su capacidad de escucha se ve muy mermada. Como conclusión, diría que tanto lo masculino como lo femenino se necesitan el uno al otro; son parte el uno del otro, y si esta complementariedad se logra y, con ello, una *triangularización*, el crecimiento es posible, a pesar de las adversidades de la vida. Como nos comentó una adolescente que resume la experiencia: “cuando alguien te tiende una mano, puede cambiarte la vida para hacer que te sientas *grande*. Cree en ti y lo lograrás”.

Carbó, C. y Artal, S. (2023). *Una mirada a la salud mental en la discapacidad intelectual. Retratos - Relats*. Octaedro.

Cuando veo un buen retrato, intuyo el gran esfuerzo del artista por ver, primero, lo que hay delante suyo y, después, por adivinar lo que está escondido.

No es baladí que el texto que hoy nos ocupa se abra con esta bella cita de Baudelaire. Y no lo es porque estamos ante un libro de retratos -de personas que acuden a unos profesionales de la salud mental- que van mucho más allá de lo visible tras un primer vistazo. O, dicho de otro modo, mucho más allá de cualquier etiqueta clasificatoria, de todo rotulo diagnóstico o de las nomenclaturas más o menos oficiales. De ahí que, a lo largo de toda la obra, se acompañen los *retratos* con *relatos*, recordándonos la obviedad que una imagen no seguida de una narración, que dé cuenta de su contexto, nunca valdrá más que mil palabras.

Los autores, terapeutas sensibles y pacientes ante las adversidades como pocos, apuntan a la imperiosa necesidad de la atenta escucha de la persona a la que atienden cuando afirman: “Cambia mucho el enfoque si miramos la conducta como un “comportamiento inadmisibles”, que asusta, enfada y nos predispone a una actuación rápida, o si la podemos escuchar y ver como un intento de comunicación por parte de una persona, con muchas limitaciones, a quien posiblemente le faltan recursos para hacerlo de otro modo” (pág. 35).

Cristina Carbó y Santi Artal, como los buenos pintores -y los buenos psicoterapeutas-, ponen todo su empeño en “hacer un retrato, una imagen más amplia, global y compleja, con la cual poder reflexionar a propósito de las vicisitudes que se esconden tras el funcionamiento y el comportamiento de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo -y sus familias” (pág. 13). En este esfuerzo, tratan de vislumbrar también, y aquí radica una gran parte de su mérito, la subjetividad de cada persona atendida; es decir, la dinámica emocional que subyace a las conductas observadas, que, en no pocas ocasiones, parecen tomar forma de eso que hemos convenido en llamar *trastornos psicológicos*.

Les damos la palabra, de nuevo, a Cristina y

Santi, puesto que ellos, mejor que nosotros, nos muestran, por así decirlo, su filosofía de trabajo: “Hemos constatado la relevancia de entender la posición que adoptamos cuando miramos (...), no desde una valoración, distinguiendo los que valen de los que no, sino haciendo una descripción detallada de las capacidades, dificultades y necesidades de cada persona. Aquello que nosotros llamamos “radiografía del funcionamiento”, ya que, para mirar así, hace falta ir un poco más allá de lo que se puede ver a simple vista; hace falta entender y no solo ver qué hace o deja de hacer la persona; hace falta intentar comprender qué la lleva a hacer las cosas de un modo concreto y no de otro. En definitiva, sería poner palabras a aquello que se nos presenta pero que no siempre es captado a simple vista”. (pág. 219).

Aun siendo todo lo anterior de notable encomio, hemos de señalar que, para nosotros, -al igual que para el ilustre prologuista del libro, nuestro querido amigo y maestro el Dr. Lluís Farré Grau (1)-, lo más sustancial de esta obra radica en su primera y última intención, a saber: “un alegato a favor de dejar caer las diferencias, o dicho de otro modo, una invitación a acogerlas sin que estas signifiquen un juicio de valor” (pág. 15).

Cansados, como estamos, de vivir en una sociedad en la que la diferencia es desdeñada, estigmatizada y vilipendiada, en favor de una supuesta normalidad normativa, este tratado y las prácticas que en él se presentan, nos parece tan valiente como valioso.

Ser terapeuta no es tarea fácil. Hoy en día, muchas de las personas que acuden a nuestras consultas lo hacen urgidas por sufrimientos emocionales que las colapsan, en mayor o menor medida, y que, por tanto, desearían resolver a la mayor brevedad posible. Estos padeceres no suelen ser azarosos, ni estrictamente individuales, como afirma la psiquiatría biológica -una psiquiatría sin mente-, imperante en nuestro entorno. Tienen mucha relación con las circunstancias vitales y sociales de cada cual: con la familia, la biografía, los afectos recibidos o escamoteados, los aprendizajes, la educación, las oportunidades, las amenazas y demás. El buen terapeuta debe tener en cuenta todas estas circunstancias en el momento de aprehender la totalidad de su paciente y armarse

de paciencia para lidiar con todas ellas cuando son adversas y aliarse con las mismas cuando los vientos soplan a favor.

Y cuando, por añadidura, el paciente es un niño o un adolescente con discapacidad intelectual y del desarrollo (DID) y trastornos de la conducta, como son los casos de este texto, la intervención terapéutica se complica de modo extraordinario.

A esta dificultad cabe añadirle otra y no precisamente menor: el terapeuta de estas personas debe coordinarse con un buen número de instituciones o dispositivos (2) con las que sus pacientes y familiares tienen también una estrecha relación. Algunos de los casos expuestos en el texto demuestran que esta coordinación y trabajo en equipo que ello requiere no siempre es fácil, ni fluido, como sería deseable. Otros, como después veremos, son de una tonalidad más armoniosa entre las partes implicadas.

Como muestra de lo anterior, el impresionante caso de Clara – *Un bebe abandonado bajo la mesa*– que, a los siete años de edad, viene derivada de un centro de acogida, mientras espera plaza en un *Centro de Recursos de Acción Educativa* (CRAE) al tiempo que está siendo seguida por un *Centro de Salud Mental Infanto-juvenil* (CSMIJ); un *Servicio Especializado en Salud Mental para personas con Discapacidad Intelectual* (SESMDI) y acude a una *Escuela de Educación Especial* (EEE), asesorada por un *Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico* (EAP). Los padres biológicos de Clara, a su vez, son ayudados en un *Centro de Salud Mental de Adultos* (CSMA). Y aquí empieza un periplo, un drama, que al lector le pondrá un nudo en la garganta. Un caos abismático ante el que los autores escriben: “¿Cómo puede que ser que haya acabado así?... No dudo, ni he dudado nunca de la profesionalidad de cada una de las personas que han intervenido en este proceso. Entiendo que siempre se ha deseado priorizar el bienestar de Clara... Pero me pregunto: ¿es posible que entre tantos profesionales, tantos servicios, tantas siglas, se nos haya quedado el bebé abandonado bajo la mesa? ¿Es posible que un sistema pensado como una red, como un entramado que sostiene, si no vamos con cuidado, se pueda convertir en algo que hace daño, en sogas que ahogan?” (pág. 65-66). Creemos no equivocarnos si afirmamos que muchos de los psicoterapeutas actuales que

trabajan con estas y otras instituciones se han planteado preguntas muy similares.

Como señalábamos anteriormente, por fortuna o, mejor dicho, por el buen hacer de todos los implicados, no todos los casos relatados en el texto alcanzan tal nivel de asinergia institucional. El caso de Candela, por ejemplo, muestra bien a las claras cómo una buena atención psicoterapéutica, combinada con el apoyo de una familia y unas instituciones receptivas permite superar un estado psicótico transitorio que, de otro modo, hubiese podido complicarse con relativa facilidad. Muy sugerente resulta también el caso de Roberto, reseñado en un capítulo de título más que significativo: *¿Un café? ¡Coordinémonos!*, en el que las informaciones compartidas sobre este permiten a quienes tratan de ayudarlo entender mejor unas conductas violentas aparentemente inmotivadas.

En definitiva y ya para terminar: les recomiendo encarecidamente la lectura de este libro. No solo los profesionales que trabajan en este ámbito tan específico lo encontrarán muy relevante, también despertará el interés y el asombro, en todas aquellas personas interesadas en la psicoterapia y la salud mental en general. Cada retrato/relato es una muestra de la honestidad, la humanidad y el buen hacer de unos terapeutas que, como hemos visto, bregan por acoger y respetar lo peculiar de cada menor. Cada retrato/relato es un ejemplo de la valía de unos críos que, una vez bien vistos y oídos, muestran lo mejor de sí mismos y sus enormes esfuerzos en pos de una vida más armoniosa, a pesar de sus dificultades y limitaciones. Este libro es un ejemplo de vida y de trabajo. O, parafraseando a Freud, de amor-respeto por los demás- y trabajo.

Notas

- (1) Doctor en Psicología. Psicoanalista. Fue director del Servicio de Psicología Clínica de la Fundación Puigvert (Barcelona), entidad pionera en la formación PIR de profesionales de la psicología clínica.
- (2) En el glosario al final del texto se mencionan un total de 28.

Dr. Antoni Talarn es profesor titular de Psicopatología de la Universidad de Barcelona (Catalunya).

Celebración del 20º Aniversario de la Revista

El pasado 6 de octubre, coincidiendo con el Día de la Salud Mental, se celebró en Barcelona el 20 aniversario de la Revista. El acto fue organizado por Rubén D. Gualtero, antiguo jefe de Redacción de la Revista, junto con un grupo de profesionales referentes en salud mental y activos colaboradores de la publicación.

El acto fue presentado por Antoni Bassas, periodista de dilatada experiencia en los medios de comunicación públicos de Catalunya.

Después de las presentaciones protocolarias a cargo de Teresa Ribalta, directora de la Fundació Orienta, y de Montserrat Gibert, presidenta del patronato de la institución, tuvieron lugar tres mesas sobre infancia, adolescencia y revistas científicas.

La primera mesa fue **Vulnerabilidad y desamparo en la infancia: experiencias en América Latina**, organizada por Cayetano G. Castrillón (Sevilla) y Lourdes Busquets (Barcelona). Contó con las ponencias de Hilda Botero (Colombia), Carmen Rosa (Perú) y Aline Pinto de Silva (Brasil), que reflexionaron sobre su experiencia clínica y comunitaria con la infancia en sus respectivos países.

La segunda mesa fue **El adolescente en su mundo y en el mundo**, a cargo de dos referentes en la comprensión y asistencia del adolescente, Lourdes Fañanás, de la Universitat de Barcelona, y Asunción Soriano, psicoanalista con amplia experiencia en la asistencia pública con adolescentes en riesgo.

La tercera mesa fue una reflexión sobre la **situación actual y de futuro de las revistas especializadas**, coordinada por Carles Pérez Testor, de la Universitat Ramon Llull. Dialogaron sobre ello Rosa Jaitin, directora de APSYLIEN (Lyon) y Xavier Costa, jefe de redacción de la Revista.

Para finalizar, se entregó el *X Premio de Investigación*, patrocinado por el Ayuntamiento de St. Boi. Encontrarán el acta del Premio a continuación.

Cerró el acto el director de la Revista, Alfons Icart.

Y como se trataba de una celebración, contamos con las actuaciones de *Júlia y Juan*, dueto de flauta travesera y guitarra, y del dueto de danza contemporánea compuesto por *Sol Vázquez Nicoloff* y *Pilar Rodríguez Catón*.

Acta del X Premio de Investigación en Salud Mental Infantil y Juvenil

El Jurado, presidido honoríficamente por la Ilustrísima Señora Lluïsa Moret, Alcaldesa de Sant Boi de Llobregat, e integrado por Alfons Icart (Presidente), Àngels Martos, Cayetano García Castrillón, Alberto Lasa, Jorge Tizón y Rubén Gualtero (Secretario), después de una deliberación en la que tuvo que pronunciarse sobre 15 trabajos presentados y admitidos a concurso, decidió:

En primer lugar, otorgar un ACCÉSIT, dotado con seiscientos euros, patrocinado por la Fundació Orienta al trabajo titulado: *Detección precoz de desviaciones y promoción de las habilidades sociales del lactante con la escala ADBB durante el seguimiento pediátrico*, de **Nahir Bonifacio, Germán Lezama, María Nauar, Natalia Llaguno y Sandra Simó**.

En segundo lugar, el Jurado decidió otorgar un segundo ACCÉSIT, dotado con seiscientos euros, patrocinado por la Fundació Orienta, al trabajo titulado: *Análisis de la evolución del consumo de alcohol y cannabis en estudiantes de 12 a 18 años en Ibiza (2018-2022)*, de **Elena Ribas, Belén Alvite y Carles Pérez-Testor**.

Por último, el Jurado decidió otorgar el X PREMIO, patrocinado por el Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat y dotado con seis mil euros, al trabajo titulado: *El impacto de la pandemia en el desarrollo infantil a los 18 meses de edad*, de **Marta Gomà, Adriana Oliván, Emma Prims, Josep Ferrer, Maria Martínez, Eulàlia Arias y Antònia Llaíró**.

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:

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 en:

www.fundacioorienta.com/publicaciones 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:.....

Entidad Oficina D. Control Nº cuenta

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...

X Premio de Investigación

El impacto de la pandemia en el desarrollo infantil a los 18 meses de edad: evaluación e intervención grupal con niños y padres.

Marta Gomà, Adriana Oliván, Emma Prims, Josep Ferrer, Maria Martínez, Eulàlia Arias y Antònia Llaíró
Barcelona (España)

1er accésit

Detección precoz de desviaciones y promoción de las habilidades sociales del lactante con la escala ADBB durante el seguimiento pediátrico

Nahir Bonifacino, Germán Lezama, María Nauar, Natalia Llaguno y Sandra Simó
Montevideo (Uruguay)

2º accésit

Análisis de la evolución del consumo de alcohol y cannabis en estudiantes de 12 a 18 años en Ibiza (2018-2022).

Elena Ribas, Belén Alvite y Carles Pérez-Testor
Sant Antoni de Portmany (España)

La función de la mirada del otro y el lugar del analista en la pubertad y adolescencia

Melisa L. Rapoport, Israel Bobadilla González y Lucía Fernández García
Buenos Aires (Argentina)

NÚMERO 42 - NOVIEMBRE 2023

La Intencionalidad de los niños como Origen del Significado Compartido

*Jonathan Delafield-Butt, Àngels Morral Subirá, Lourdes Busquets Ferré,
Júlia Miralbell Blanch y Marina Mestres Martorell*

Las barreras autistas: un infortunio de orden sensorial

Mara Sverdlik

Implementación de pruebas audiológicas en atención precoz

Sergio Martín Tarrasón, Eva Comas Valls, Marta Galvan Manso y Pol Penalva Falguera

Mantener al niño en la mente de los padres: tratamiento basado en mentalización en familias centrado en el niño

Tuulikki Trias

Programas de hospital de día para niños y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria

Federico Cardelle-Pérez y María Dolores Domínguez-Santos

Mediación audiovisual como estrategia de acercamiento y visualización de la salud mental

Francisco Javier María Marcos

Lo malo quita lo bueno, pero lo bueno no quita lo malo

Alfons Icart, Jordi Freixas y Xavier Costa

La guerra por la independencia en la adolescencia:

Terapia Focalizada en la Transferencia grupal

Teresa Ribalta

Expectativas sanitarias y satisfacción de los usuarios en los servicios de neuropsiquiatría infantil y adolescente

Aldo Diavoletto, Franca Bottiglieri, Marianna Sessa y Anna Tortorella