

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

ALICIA MONSERRAT FEMENÍA
Y MAYTE MUÑOZ GUILLÉN
ALBERTO LASA ZULUETA

JUAN LARBÁN VERA
MERCEDÉS VALLE TRAPERO

ANA MARÍA JIMÉNEZ PASCUAL
PILAR FUERTES BENÉITEZ
ISIDORA CASAS OCHOA
M.^a LUISA BUSTAMANTE CASTILLEJOS
JESÚS RUIZ ARANDA
Y BELÉN CABEZAS MATEOS
JUAN MANZANO GARRIDO
M.^a DOLORES ORTEGA GARCÍA
Y LUIS LEÓN ALLUÉ
GENOVEVA BUSTILLO GÁLVEZ

MERCEDÉS VALLE TRAPERO

BEGOÑA SOLANA AZURMENDI

EDITH BOKLER

MARGARITA ALCAMÍ PERTEJO

ASUNCIÓN SORIANO SALA

LUIS GOL CORZO
BEATRIZ JANIN

- El abordaje terapéutico con familias adoptantes: nuevas formas de parentalidad
- Expresiones actuales e imagen social de la psicopatología
- Ser cuidador; el ejercicio de cuidar
- Evaluación del niño pequeño que se desvía de la normalidad
- Intervención clínica en unidad de terapia intensiva (hospital de día a tiempo parcial) en trastorno autista: a propósito de un caso
- El espectro del autismo hoy: un modelo relacional
- Con-formación y dis-posición. Equipo y formación de los profesionales
- Problemas de un clínico enfrentado a la investigación
- El hospital de día como dispositivo de apoyo para la evaluación e intervención en atención temprana
- Atención integral a los trastornos mentales graves en la infancia. Centro de día terapéutico-educativo de Ortuella
- Modelo de intervención terapéutico en el hospital de día de Leganés: propuestas y reflexiones sobre el trabajo interdisciplinar
- Un modelo de hospital de día en niños pequeños. Sus indicaciones y contraindicaciones
- Función terapéutica del hospital de día para adolescentes
- Educar en lo particular
- Patologías graves en la adolescencia. Los que desertan

N.º 50 - 2010

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Alcamí Pertejo, Margarita
Bokler, Edith
Bustamante Castillejos, M.^a Luisa
Bustillo Gálvez, Genoveva
Cabezas Mateos, Belén
Casas Ochoa, Isidora
Fuertes Benéitez, Pilar
Gol Corzo, Luis
Janin, Beatriz
Jiménez Pascual, Ana María
Larbán Vera, Juan
Lasa Zulueta, Alberto
León Allué, Luis
Manzano Garrido, Juan
Monserrat Femenía, Alicia
Muñoz Guillén, Mayte
Ortega García, M.^a Dolores
Ruiz Aranda, Jesús
Solana Azurmendi, Begoña
Soriano Sala, Asunción
Valle Trapero, Mercedes

N.º 50
2.º semestre

2010

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

SEPPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia
del Niño y del Adolescente)

Depósito Legal:

BI-1.383-95

ISSN: 1575-5967**Edita:**

Sociedad Española
de Psiquiatría y
Psicoterapia del Niño
y del Adolescente.

Imprime:

Berekintza, S.L.
Heros, 7
48009 Bilbao

Director:

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Directora adjunta:

Ainara González Villanueva

Comité de Redacción:

Agustín Béjar Trancón (Badajoz)
Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)
Pablo García Túnez (Granada)
Carmen González Noguera (Las Palmas)
Fernando González Serrano (Bilbao)
Juan Manzano Garrido (Ginebra)
Cristina Molins Garrido (Madrid)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
Ángeles Torner Hernández (Madrid)

Consejo editorial:

Fernando Cabaleiro Fabeiro
Marian Fernández Galindo
Alberto Lasa Zulueta

Evaluadores externos:

Dr. Francisco Palacio-Espasa (Ginebra).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente Universidad de Ginebra.

Dr. Miguel Cherro Aguerre (Montevideo).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente Universidad de Montevideo.

Dra. Paulina F. Kernberg (New York) †.

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Universidad de Cornell.
New York.

Dr. Bernard Golse (París).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente Universidad René Descartes -
París V.

Dr. Philippe Jeammet (París).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Universidad de París VI.

Envío ejemplares atrasados:

Secretaría Técnica
C/. Monte Esquinza, 24-4.º izqda.
Madrid 28010
Telf./Fax: 91 319 24 61

Información y envíos de artículos:

Manuel Hernanz Ruiz
Heros, 19-6.º D
48009 Bilbao
mhernanz@cop.es

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ALICIA MONSERRAT FEMENÍA Y MAYTE MUÑOZ GUILLÉN	El abordaje terapéutico con familias adoptantes: nuevas formas de parentalidad	5
ALBERTO LASA ZULUETA	Expresiones actuales e imagen social de la psicopatología	23
JUAN LARBÁN VERA	Ser cuidador; el ejercicio de cuidar	55
MERCEDES VALLE TRAPERO	Evaluación del niño pequeño que se desvía de la normalidad.	101
ANA MARÍA JIMÉNEZ PASCUAL PILAR FUERTES BENÉITEZ ISIDORA CASAS OCHOA M.ª LUISA BUSTAMANTE CASTILLEJOS JESÚS RUIZ ARANDA Y BELÉN CABEZAS MATEOS	Intervención clínica en unidad de terapia intensiva (hospital de día a tiempo parcial) en trastorno autista: a propósito de un caso	109
JUAN MANZANO GARRIDO	El espectro del autismo hoy: un modelo relacional.	133
M.ª DOLORES ORTEGA GARCÍA Y LUIS LEÓN ALLUÉ	Con-formación y dis-posición. Equipo y formación de los profesionales	143
GENOVEVA BUSTILLO GÁLVEZ	Problemas de un clínico enfrentado a la investigación	161
MERCEDES VALLE TRAPERO	El hospital de día como dispositivo de apoyo para la evaluación e intervención en atención temprana .	171
BEGOÑA SOLANA AZURMENDI	Atención integral a los trastornos mentales graves en la infancia. Centro de día terapéutico-educativo de Ortuella	181
EDITH BOKLER	Modelo de intervención terapéutico en el hospital de día de Leganés: propuestas y reflexiones sobre el trabajo interdisciplinar	197
MARGARITA ALCAMÍ PERTEJO	Un modelo de hospital de día en niños pequeños. Sus indicaciones y contraindicaciones	209
ASUNCIÓN SORIANO SALA	Función terapéutica del hospital de día para adolescentes	225
LUIS GOL CORZO	Educar en lo particular	233
BEATRIZ JANIN	Patologías graves en la adolescencia. Los que desertan	241

Revista incluida en la base de datos bibliográficos del CSIC y en LATINDEX.

Publicación semestral dirigida a los profesionales de la Salud Mental de la infancia y la adolescencia. Está especializada en las temáticas relacionadas con la psicología clínica, la psiquiatría y la psicoterapia de niños y adolescentes, planteando desde un punto de vista psicoanalítico, actualizaciones teóricas tanto conceptuales como descriptivas de cuadros psicopatológicos, presentación de actuaciones clínicas, y debates sobre las situaciones actuales referidas a este campo.

Sistema de selección de los originales

- Publicación de ponencias presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.).
- Selección de comunicaciones presentadas en los congresos de S.E.P.Y.P.N.A.
- Conferencias.
- Aportaciones libres.

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYPNA

Presidente:	Juan Manzano Garrido (Ginebra)
Vicepresidenta-tesorera:	Cristina Molins Garrido (Madrid)
Vicetesorero:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Secretaria:	Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Vicesecretaria:	Ángeles Torner Hernández (Madrid)
Vocales:	Agustín Béjar Trancón (Badajoz) Leticia Escario Rodríguez (Barcelona) Pablo García Túnez (Granada) Carmen González Noguera (Las Palmas) Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
Responsable de Publicaciones:	Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

EL ABORDAJE TERAPÉUTICO CON FAMILIAS ADOPTANTES: NUEVAS FORMAS DE PARENTALIDAD*

Alicia Monserrat Femenía** y Mayte Muñoz Guillén***

RESUMEN

Adoptar, es plantearse y llevar a cabo la paternidad desde otros presupuestos que no son los biológicos. Desde ahí es “algo distinto”, distinto de lo habitual en palabras de Winnicott.

Este tema nos coloca entre varias líneas que se entrecruzan apuntando a la relación con los “nuevos objetos” de esta época. Sobre todo, está la cuestión que nos enfrenta a un proceso de vinculación diferente en la adopción: hijos de quién, cómo y para qué. La posibilidad de reflexionar sobre el abordaje psicoterapéutico con estas peculiaridades permite producir el anudamiento de la fantasía parental con el lugar filial, en las distintas demandas que surgen en la atención del sufrimiento mental de Las familias.

Palabras Clave: Adopción, Nuevas familias, Psicoterapia, Historización psíquica, Vincularse, Desvincularse.

* Taller presentado en el XXII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes” tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Psicóloga clínica. Psicoanalista titular de la APM con función didáctica. Dirección: Alcalá 175, 3.º Izda., Madrid 28009. E-mail: amonserrat@cop.es, teléfono: 913090468.

*** Psicóloga especialista en Psicología Clínica. Miembro del Instituto de Psicoanálisis de la APM. Miembro del Turno de Intervención Profesional para Adopciones Internacionales (TIP-AI). Dirección: C/ Estrella Polar, 18, 4.º D, Madrid 28007. E-mail: mtmunoz@cop.es Tel/ fax 914095866.

INTRODUCCIÓN

La adopción es una forma de paternidad ligada indisolublemente al ejercicio de una medida de protección a la infancia que tiene como finalidad encontrar una familia con la que un menor que se encuentra en situación de abandono y desamparo, pueda vincularse afectiva y emocionalmente y crear vínculos, paterno-filiares. Hay que tener presente que en la adopción el niño ha sufrido un abandono real por parte de los progenitores y en este caso, ha podido ocurrir que las fantasías filicidas hayan sido, incluso, actuadas.

Ser padre/madre por la vía de la adopción, incluye un “plus” de trabajo vincular para la nueva familia, porque además de que el hijo es fruto de la relación sexual de otra pareja fértil, en el caso de la Adopción Internacional, el hecho de provenir de otro país, grupo étnico, tener otro idioma, color de piel, etc, imprime a estas adopciones, características propias que los potenciales padres deben conocer para poder hacerles frente. No poder reconocerlas y no reflexionar sobre ello, antes de la adopción, es asumir un riesgo importante cuyas consecuencias podrán aparecer cuando la adopción ya se ha llevado a cabo y el niño/a está en su nueva familia y nuevo país.

Adoptar, por lo tanto, es plantearse y llevar a cabo la paternidad desde otros presupuestos que no son los biológicos. Desde ahí es “algo distinto”, distinto de lo habitual en palabras de Winnicott.

La adopción es un salto cualitativo para la familia en el punto crucial de la paternidad; dependerá de cómo sea el trabajo de elaboración de los padres con ese plus de significado “adopción”, que pueda llegar a ser una carga para el niño si llega a heredarlo (o no), como un punto de fijación obligado.

En la adopción, la emergencia de la división entre sexualidad y paternidad, puede obstaculizar, que se eluda la pregunta acerca de qué es esa mujer, madre que no es genitora, y ocultar el interrogante que enfrenta a todo sujeto con el misterio de sus orígenes, y que siempre alude al enigma de la sexualidad.

Los padres adoptivos tienen que hacerse cargo de una escena de la que no participaron. Esto, según cómo lo elabore la familia, será un elemento clave. Es el momento en el cual

se nombran como familia adoptante, diferente de la biológica. Y si se pueden nombrar como familia adoptiva, se aceptará la diferencia. Es en la manera de relatar la experiencia de nombrarse como familia adoptiva, que se aceptará la diferencia con lo biológico en una nueva re-significación.

Todo nacimiento moviliza a la madre, ya que todo niño queda remitido a la madre como mujer. En cuanto al padre adoptivo, el interrogante sería: ¿qué es ser un padre? y ¿en qué lugar del deseo, el padre sitúa a la madre como mujer? y en lo que pertenece estrictamente al terreno del deseo de hijo, cabe diferenciar a la pareja con mandatos y presiones familiares o sociales, de aquella que desea el esclarecimiento de su realidad, de su especificidad. Entramos así en el ámbito de la singularidad, de lo que cada uno desea sin imposiciones familiares, sociales o culturales.

La incógnita sobre lo que el niño aporte desde su disposición hereditaria, aumenta en los padres adoptivos fantasmas relacionados con el origen del niño y es desde la incógnita desde donde verán, descifrarán y entenderán. Ese no saber puede llegar a ser un lugar propicio para imaginar certezas y dejar congelados a los niños en su propia inmovilidad psíquica. Por el lado de la madre, se plantea la posibilidad de caer en la trampa de no dejar que el niño se separe de ella. Por el lado del padre, al confundir fecundidad con virilidad, existe la posibilidad de que falle en su función de enunciación de la ley, garantía para que el niño pueda separarse del “avasallamiento” materno.

Los padres adoptivos pueden quedar atrapados así en una posición frágil que amenaza con romperse ante cualquier interpelación de los hijos, como “no eres mi verdadero padre (o madre)..., no tengo por qué quererte”, sin poder asumir la diferencia entre maternidad/paternidad biológica y afectiva, y no darse cuenta de que es esta última la “verdadera”.

Sabemos que en la adopción es importante que se reconozca y se acepte la ley escrita, jurídica, así como que cada individuo reconozca su propia legalidad, que funciona de manera singular, con la posibilidad de dar significado a cada situación. Junto con la legalidad jurídica está la legalidad interna,

psíquica. Esta legalidad interna permitirá reconocer las diferencias, ya sean generacionales, sexuales, de función o culturales, así como reconocer las diferencias entre concepción natural, de concepción mediante técnicas de reproducción asistida, pudiendo diferenciar así el deseo de hijo, del deseo de criarlo.

Tendremos que estar atentos a la forma en que podrá desarrollarse la filiación en los casos de adopción, en los de fertilización mediante espermatozoides desconocidos, y en aquellos casos en los que la adopción presenta salto generacional.

En el cuestionamiento de cada sujeto, imprescindible para la estructuración de su psiquismo, en el niño adoptado, el interrogante ¿qué quiere mi madre de mí? se transforma en ¿qué es lo que no quiso de mí? De esta manera queda marcado anticipadamente el no deseo como constitutivo, lo que en muchos niños se muestra como un dolor destructivo sobre sí mismos ante ese progenitor que no puede representarse. (Quinodoz, 1987; R. Grinberg y M. Valcarce, 2004).

En la adopción, en cuanto al conflicto edípico y a la castración, toda la ambivalencia de la relación de crianza –el conflicto amor-odio materno– queda dificultada en la fantasía de un vínculo mítico con la madre biológica, que estará libre de todo conflicto. La expresión “ella me habría querido más o tratado mejor” estará al servicio de la negación de los límites que tiene el vínculo amoroso madre-hijo en cuanto a la “novela familiar” (retorno al lugar sin límites de su propio deseo de niño maravilloso).

Con relación al padre, aparecen otros obstáculos, tanto en su lugar en la adopción como en los casos de fertilización, en los que corre el peligro de quedar excluido de esa relación médico-donante-madre. O cuando tiene que aceptar, según la nueva legislación en algunos países, que el donante de espermatozoides que permitirá la fecundación de su mujer, no quede oculto o presente, como un fantasma.

Lo importante es la presencia activa de una imagen identificatoria, el modo en el que el padre se haga cargo de su paternidad, y el reconocimiento por parte de la madre de esta paternidad. Esto es lo que permitirá que el hijo pueda hacer el

camino que va desde las identificaciones con estos padres hasta la obtención de una identidad propia por des-identificación.

Esto nos coloca entre varias líneas que se entrecruzan apuntando cada una a la relación con los “nuevos objetos” de nuestra época y queremos señalar, asimismo, la importancia que tiene la especificidad que se da en el proceso de vinculación paterno-filial en la adopción: hijos de quién, cómo y para qué.

NUEVAS FORMAS DE PARENTALIDAD

Al hablar de “nuevas” formas de parentalidad queremos referirnos a nuevas organizaciones familiares que cada vez son más frecuentes en nuestra sociedad actual y es cada vez más frecuente encontrarnos con estas nuevas modalidades familiares incursas en procesos de adopción para constituirse como tales familias.

La familia actual tiene su centro subjetivo en la alianza, más que en la filiación, y son la sexualidad y el amor los recursos contemporáneos que cimentan y dan sentido a los vínculos conyugales.

Entre los modelos de estas nuevas alianzas encontramos:

- *Familia tipo: compuesta por padre, madre, hijos...*
- *Familias monoparentales: con un solo padre/madre.*
- *Homoparentales: figuras parentales del mismo sexo.*
- *Familias ensambladas: o de recomposición después de un divorcio, separación, y/o adopción.*
- *Familia transgeneracional: abuelos, otros familiares...*
- *Familia de acogida/adoptiva: atravesada por todos los modelos anteriormente mencionados.*
- *Familias con des-estructuración social.*
- *Otras ...*

¿Un padre, una madre o dos? ¿hombres o mujeres? ¿otros hermanos? Pluri-parentalidad, uni-parentalidad, o mono-parentalidad. Se hace difícil la aritmética de los elementos de estos conjuntos. No estamos frente a una familia con dos más uno

igual a tres, y de ese modo queda asegurada la función paterna, ni estamos en un arriesgado uno más uno que dé como resultado la familia especular o sumatorias de padres y madres e hijos que se multiplican creando subgrupos, del primer matrimonio, segundo o tercero.

Sin embargo podríamos considerar un nuevo término que las describa como familias ensambladas, alianzas producidas por el deseo, donde las funciones se ejercen independientemente de la identidad sexual de quien las integra. En el caso de las familias mono-parentales, éstas se ensamblan con las redes familiares o las afectivas. Y actualmente son cada vez más los progenitores varones que reclaman la tenencia compartida en caso de divorcio. Otra cuestión es la aceptación del rol productivo de las mujeres y a la par ciertas paradojas como las resistencias de muchas de ellas a perder el reino del hogar. La mujer ha conseguido determinados logros e igualdad de oportunidades; también su mundo relacional se ha ampliado fuera de la pareja, aumentando en general sus niveles de ansiedad al tratar de compaginar diferentes roles de madre, esposa y amante.

Calificar un modelo familiar en detrimento de otro para la adopción, o plantearnos que es “lo mismo”, sería no discriminar, tendiendo a negar las diferencias. Estos modelos exigen la posibilidad de pensar la inclusión de abordajes y estrategias de otros modos de organización vincular.

Esta revisión incluye un movimiento paradójico también en la adopción: desmontar modelos de roles tradicionales de hombre y mujer, para acceder a un lugar diferente sin el temor a masculinizarse o feminizarse y evitar la tentación omnipotente de sustituir al otro, con la ilusión de poder cubrir completamente ambos lugares.

En la perspectiva de las familias mono-parentales asumidas por mujeres, especialmente en la adopción, éstas tienen que hacerse cargo de la realización de un mandato social preciso para el rol de la mujer que comprende la maternidad como proyecto valorado y sublime, ser madre como la realización femenina principal de contener, cuidar y sostener afectivamente a otro ser humano.

“FAMILIAS” AFECTADAS CON DES-ESTRUCTURACIÓN SOCIAL

Desde lo social emergen fenómenos, que también afectan a las familias adoptivas, como la desocupación, las migraciones y el desarraigo con su pérdida de referencias vitales y los brotes trágicos de violencia tanto individual como colectiva.

En la clínica de la familias adoptivas se observa en este “ir y venir” de lo social/intersubjetivo a lo individual/intrapsíquico, un incremento por un lado de la visibilidad de las situaciones de violencia familiar exacerbada, y la emergencia con gran intensidad de problemas asociados a cuestiones de inmigración y desarraigo... Son situaciones, todas ellas, de un “sufrimiento” social y psíquico que demandan la apertura de nuevos espacios para conseguir mejorar su comprensión e integración.

Se aprecia que los malestares familiares actuales en general, sin excluir a las familias adoptivas, giran en torno a una tendencia de lo fusional narcisista, “indiscriminación”, “falta de límites”, o “fusionalidad extrema” en el funcionamiento familiar. Si lo fusional impera, y estas reglas dominan y constituyen la trama inconsciente del grupo familiar, habrá efectos repetitivos que emergerán, y en sus verbalizaciones aflorará su vida fantasmática conducente a la culpa y a las transgresiones antes señaladas. La experiencia de la triangulación que condiciona la toma de conciencia y frustra el deseo fusional no logra instalarse. Las defensas se han amurallado contra la angustia de separación haciendo prevalecer lo idéntico, transparentes unos y otros y evitando cualquier discriminación posible para desmentir las evidencias. Todas estas circunstancias que afectan a las llamadas familias adoptivas.

CONSTELACIONES FAMILIARES

Sea cual sea la constelación familiar en la que esté inserto el niño adoptado, es en ella en donde se va a construir su identidad. El niño adoptado se pregunta *¿a quién pertenezco? ¿quiénes son mis padres?...* Su identidad viene confrontada con ciertos riesgos, y ésta, tiene que construirse y re-construirse en la nueva familia.

En la adopción hay una superposición de parejas, unos progenitores que engendraron al niño y unos padres que son los que ejercerán con él la función paterna. Se da pues una situación en donde los padres adoptivos, toman el relevo de la pareja originaria. No es aventurado pensar que en el psiquismo infantil del niño adoptado, las fantasías inconscientes sobre la escena primaria se desenvuelven con un mayor nivel de complejidad.

La posibilidad de reflexionar sobre estas peculiaridades permite producir el anudamiento de la fantasía parental con el lugar filial. La adopción conlleva el trabajo psíquico de desvincularse y al mismo tiempo vincularse; pensamos que, como dice Cristian de Renzi (1997): *“La adopción es una historia de vínculos que se rompen. Vínculos que intentan mantenerse. Vínculos que se construyen. Los que se rompen deben ser elaborados, los que se construyen acompañados. Nuestro trabajo comienza con un abandono y con el deseo del encuentro. Pero no termina cuando estos se concretan”*.

PSICOTERAPIA EN LA ADOPCIÓN

La psicoterapia –como no puede ser de otra manera– la contemplamos como un proceso que abarca distintas fases, desde la demanda inicial que incluye la expresión, tanto de lo manifiesto como de lo latente, a la trayectoria del trabajo psicoterapéutico propiamente dicho, con todos los avatares comprometidos dentro de la relación terapeuta-paciente.

Atendemos a la demanda de los padres y valoramos qué peso tiene la adopción en el relato que hacen en el momento de la consulta. La adopción no es ninguna patología en si misma. Ni es un síntoma ni es un síndrome y no tiene por qué psicopatologizarse.

Los conflictos emergentes, por los que se nos solicita nuestra intervención terapéutica, podemos pensarlos desde nuestra concepción psicoanalítica, referenciados a las “Series Complementarias”: forma dinámica de explicación respecto a las causas del sufrimiento psíquico.

La primera (serie), está constituida por lo heredado y las vivencias de la pre-historia infantil. A la suma de todo ello, se le denomina lo “*constitucional*” o la “*predisposición*”. La segunda (serie), corresponde con lo actual, lo que tiene que ver con las experiencias de frustración del momento presente.

Es importante conocer qué lugar ocupa ese hijo en la vida e historia de esta nueva construcción familiar y si trae o no, una función que cumplir. A veces, el manifiesto deseo de adoptar puede provenir de la necesidad de reparación de una herida narcisista, otras veces puede ser toda una historia infantil la que está pendiente de resolución, o el hijo que viene ya investido como elemento reparador de una relación de pareja dañada... Algunas demandas terapéuticas pueden estar atravesadas por el intento subyacente de satisfacción de un deseo infantil, en donde el hijo adoptado vendría a ser el hijo fantaseado edípicamente con el propio progenitor.

Las entrevistas iniciales no se ven libres de los fenómenos de transferencia y contra-transferencia, que persistirán a lo largo del proceso terapéutico. En este sentido conviene no olvidar la permanencia del registro interno de las imagos de los padres dobles (doble pareja parental), la doble transferencia, la inestabilidad y una aguda ansiedad ante el abandono o cualquier signo que pueda ser utilizado para simbolizarlo, tales como sentimientos de que pueda haber algo oculto, oscuro, secreto, lo que conlleva la consiguiente curiosidad y el miedo a ser engañado.

El terapeuta que recibe una consulta en el marco de un conflicto supuestamente derivado del hecho adoptivo, tiene que prever la posibilidad de encontrarse con que la demanda que le hace el núcleo familiar ante la situación de sufrimiento, pueda provenir de un deseo frustrado de “hijo elegido” más que de “hijo deseado”.

DESDE LA CLÍNICA

El trabajo en psicoterapia con niños adoptados nos ha enseñado y nos ha obligado a repensar sobre los procesos de constitución del psiquismo cuando se dan circunstancias de

constitución familiar en donde los lazos no vienen de “sangre”, sino de vinculación y de adquisición de un estatus que viene dado por el reconocimiento recíproco sobre el lugar que ocupa cada uno en el “ensamblaje” generacional (padres/hijo).

En el caso clínico que presentamos en el taller del XXII Congreso de SEPYPNA y no podemos reproducir aquí en toda su extensión por razones de confidencialidad, el núcleo que queremos destacar como eje del trabajo psicoterapéutico llevado a cabo, se refiere al proceso de constitución del Yo y al de la adquisición de la identidad. El niño, que comenzó su tratamiento a la edad de seis años, había sido adoptado recientemente y había cambiado la institución pública en la que había sido acogido tras el abandono por parte de los padres biológicos¹, por la casa y el ambiente familiar en el que iba a vivir en adelante. También había sido diagnosticado de discapacidad intelectual, déficit de atención e hiperactividad. Tras dos o tres años de estar escolarizado, una nueva valoración por parte de los Servicios Sociales, revalidaba la anterior:

- Nivel cognitivo normal-inferior.
- Síndrome disfuncional, déficit instrumental lecto-gráfico y trastorno por déficit de atención con impulsividad.

El motivo de consulta por parte de los padres adoptivos de Jonathan era que se encontraban desbordados con el comportamiento de su hijo: impulsivo, con dificultades de autocontrol, de relación, etc., rebelde, no acata normas y manifiesta conductas agresivas, sobre todo en el colegio, lo que ha provocado la protesta de algunos padres. Se autogolpeaba la cabeza en la pared y podía llegar a lesionarse. También presentaba conductas masturbatorias. Podía pasar en breve lapso de tiempo de ser arisco, agresivo, desinteresado, a tener conductas de “pegajosidad” afectiva, reclamando recibir mimos, cariños...

En general, presentaba una sintomatología propia de niños que han sido privados afectivamente y sujetos a experiencias abandonicas, dando lugar a una patología grave relacionada con fallos importantes en la constitución de su psiquismo

¹ Vivió algo más de dos años con los padres biológicos.

y que circula por otra vía diferente de la que lleva a pensar en un niño con deficiencias intelectuales, e inmadurez y retraso neurológico.

Desde las primeras sesiones se puede apreciar que la internalización que tiene del grupo familiar es una mezcla confusa e indiferenciada, un enredo en el que no es posible identificar a ningún miembro y donde todos están atrapados en una atmósfera caótica de confusión, formalmente apreciada mediante el dibujo que hace de la familia con un grafismo desordenado y compulsivo. Frente a este enredo confusional, el pequeño paciente repite constantemente a su terapeuta su nombre con sus dos apellidos, como queriendo dejar constancia no sólo de su identidad, sino también de su filiación.

ALGUNOS ASPECTOS DEL PROCESO DE VINCULACIÓN/DESVINCULACIÓN Y DE CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD

Jonathan poco a poco va haciéndose cargo y organizando una relación vincular con sus “nuevos” padres, pero los fuertes sentimientos de culpa internalizados, probablemente en respuesta a los de odio y rabia hacia los padres abandonadores, los intenta aliviar haciéndose acreedor de castigos por parte de los adultos. Continuamente reta a su terapeuta mediante conductas explosivas y transgresoras de las consignas terapéuticas, para que ésta se enfade y le regañe.

Busca ser castigado porque es la única relación de la que está seguro. No sabe si se le puede querer, pero sí sabe que se le puede rechazar y abandonar. La vinculación con la terapeuta pasa por una insistente puesta a prueba de su relación con él.

Transferencialmente el paciente repite en el vínculo con el terapeuta la emocionalidad relacionada con sus objetos primarios o sucesos posteriores, y es justamente la repetición en la transferencia lo que nos va a dar nuevos matices de significado sobre su forma de vincularse y sobre el proceso de construcción de vínculos fiables y transmisores de seguridad. Algo que el niño adoptado no ha podido organizar desde sus primeros momentos de vida. El niño adoptado no solo está sujeto a

los procesos de vinculación, sino también a los de des-vinculación de los objetos primarios, cuando éstos han estado presentes en su espacio psíquico precoz. Y en este sentido, entendemos la transferencia, no como transferencia de objeto, sino del vínculo que se establece con el objeto interno.

El trabajo con Jonathan durante mucho tiempo ha sido muy repetitivo. Apenas ha dibujado y mucho menos se ha expresado verbalmente. Tuvo una etapa de mucha conflictividad escolar porque agredía a sus compañeros de forma inconsecuente y sin razón. El rendimiento era bastante bajo y ha recibido ayuda de apoyo escolar.

En una sesión, Jonathan coloca cuatro muñecos alrededor de la mesa y quiere construir una casa con los cubos de madera. La terapeuta comienza a construir hacia arriba, cosa que no le gusta al niño, él lo que quiere y finalmente hace, es construir la casa alrededor de la familia.

Las piezas de madera colocadas de forma tal que rodean protectoramente a la familia y es ésta, la interpretación que hace la terapeuta. Al muñeco bebé le da de comer y juega con él, después de haberlo maltratado “*te vas a enterar*” dice, dirigiéndose al muñeco bebé (si la agresión es proyectada, se produce un alivio de la culpa). Sienta a toda la familia a la mesa y juntos –terapeuta y paciente– construyen una pared alrededor. Podemos apreciar aquí, la ambivalencia vincular. Identificado con el muñeco bebé, le maltrata como fue él maltratado, pero también puede organizar una “comida familiar” donde todos pueden nutrirse mutuamente gracias a vínculos que unen y brindan cobertura.

No debemos dejar de lado que en el caso de la adopción internacional supone también la apertura de un proceso de desvinculación, no sólo en los países de origen, que son los que se ven forzados a prescindir de sus niños y en cierta forma de su futuro como etnia.

IDENTIDAD

Sabemos que cuando no se dispone de suficiente organización estructural psíquica o de experiencias satisfactorias ligadas a la recepción de cuidados maternos, transmisores a

su vez, de bienestar narcisista, la identidad se constituye con fisuras y quiebras, y sabemos también en qué grado la familia contribuye y ayuda a la adquisición de dicho sentimiento de identidad.

Siguiendo el pensamiento de Rebeca Grinberg y Mercedes Valcarce, el sentimiento de identidad es el resultado de la interrelación de tres vínculos, que llamamos espacial, temporal y social.

Vínculo espacial: Da origen al sentimiento de individuación (se es un individuo distinto de otro).

Vínculo temporal: Es el que contribuye al sentimiento de mismidad (se es el mismo a través del tiempo y a pesar de los cambios);

Vínculo social: Es el que permite el sentimiento de pertenencia a un grupo.

El conjunto de los tres vínculos implica el situarse cada uno como sujeto de sí mismo, sujeto de un vínculo con otro y sujeto de un conjunto, situación de la cual se depende para ser, tener y pertenecer.

El niño adoptado sufre dificultades específicas en los tres tipos de vínculos y, más llamativamente, en el de “pertenencia” a un grupo, es decir: el vínculo social ¿a qué padres pertenece?; ¿a qué familia?; ¿a qué institución?; ¿a quiénes tiene como referencia? El niño adoptado tiene un “agujero en su identidad”, lo que hace a ésta, frágil e insegura. Los padres adoptivos son los que han de componer estos agujeros de forma realista sin ocultamientos sobre el origen.

HISTORIZACIÓN PSÍQUICA

El niño adoptado tiene una historia personal previa de la que sus padres adoptivos no han formado parte, y si seguimos el pensamiento de Winnicott, que introduce el espacio del vínculo intersubjetivo en la formación de toda subjetividad, es decir, la necesidad de la relación con el otro, tenemos que reconocer lo vincular como elemento fundamental en la constitución del psiquismo, y en el niño adoptado, todo ese proceso aparecería con retardo respecto a los primeros momentos de la vida.

La función *alfa* (Bion) sin la cual el bebé no puede procesar psíquicamente por sí mismo sus primeras e *impensables* vivencias emocionales, presumiblemente va a verse alterada, cuando no, definitivamente ausente, si la madre biológica no ha podido hacerse cargo de su bebé. El aporte materno es indispensable para el nacimiento de una vida psíquica en el recién nacido.

El niño adoptado en psicoterapia, ya hemos dicho que se ha desvinculado para poder vincularse, construye una nueva historia con los nuevos vínculos, por eso, poder hablar del trauma y organizar un “relato compartido” forma parte de la historización psíquica que cabe construir y organizar en el curso del tratamiento. Poder relatar implica la representación de actos con sentido, enlazados en una historia, que conforma la novela familiar, y produce efectos de capacidad reparatoria, en el proceso terapéutico del paciente infantil y familiar.

El “relato” puede corresponder a acontecimientos reales o imaginarios, lo importante es que es una representación de actos que tienen sentido, no son signos aislados sino engarzados en una historia. El niño adoptado también construye su Novela Familiar. Poder abrir la cripta traumática enquistada en el psiquismo, situándola fuera de sí mismo, es un eficaz factor de resiliencia. La capacidad reparatoria que tengan los padres adoptivos será fundamental para poder hacer un pronóstico sobre la adopción.

En una sesión, pasados ya unos cuatro años de iniciada la psicoterapia, Jonathan verbaliza, por primera vez, un relato sobre su historia.

“yo quería tener unos padres pero estaba enfadado porque me traicionó (la terapeuta pregunta ¿quién?.) no quiero ni nombrarlos, se portaron mal conmigo, mucho decir... mucho decir... y luego no hacían nada ¿qué se cree, que yo le voy a querer? pues no, me traicionó... me abandonó...”. (La terapeuta interviene para decir que algunos padres no saben cómo cuidar a sus hijos, no quieren hacerles daño, pero **no saben**).

Una vez que Jonathan ha tomado la palabra, parece decidido a seguir “contando” su historia² en donde expresa verbal-

² Que no podemos exponer aquí por razones de confidencialidad.

mente su dolor por la “traición”, especialmente hacia el padre, es hacia él hacia donde dirige sus ataques. La madre queda “rescatada” de la traición porque nunca le prometió nada. El padre sí.³

Continúa contando cómo en la institución donde estaba acogido le preparaban tartas cuando era su cumpleaños.

“...el día de mi cumpleaños me comí casi toda la tarta y luego lloré porque me dolía la tripa”.

“...a lo mejor te diste un atracón de tarta y claro... cogiste un empacho bueno...”.

“...y eso que la tarta era de chocolate que es lo que más me gusta, me la hicieron para mí, porque era mi cumpleaños, yo cogí y ñam... ñam... ñam, me la comí entera... (se ríe)”.

Jonathan hace referencias a su nacimiento (cumpleaños) desde la experiencia del placer que le evoca el que le cuidaran proporcionándole cosas ricas... dulces, pero sin eliminar también aspectos dolorosos (dolor de tripa). Su relato continúa hablando de su familia actual, sus padres adoptivos, la vida en casa...

Pensamos que la re-significación que cualquier persona hace de sus experiencias vividas en el marco de su historia, es también un factor que forma parte del proceso de constitución de la identidad, y tiene que ver con la forma en que se integran los objetos internos y las funciones de éstos; y la identidad del niño, también tiene una representación en la mente del terapeuta que se ocupa de él. En el tratamiento psicoterapéutico, gracias a la contención... función alfa... capacidad de reverie... el terapeuta puede ofrecerle al niño una interacción, un intercambio afectivo, un encuentro en una relación confiable que le permita al niño dar sentido a lo que no lo tiene, y que cree y/o amplíe su capacidad de fantasía. Un espacio que permita la re-significación de lo traumático, un espacio transicional. Todo ello incluyendo la historia del niño en un relato, en una historización.

³ Recordemos que este niño vivió sus primeros años con los padres biológicos.

ALGUNAS CONCLUSIONES

Los caminos de la terapia psicoanalítica

Como venimos diciendo, las nuevas vinculaciones que debe hacer el niño adoptado, derivan en nuevas alianzas que están comprometidas en todo el proceso de construcción de su sentimiento de identidad, especialmente en lo referente al sentimiento de pertenencia al grupo (familiar). La psicoterapia contribuye tratando de crear un espacio de ilusión desde el planteamiento de no psicopatologización de la adopción. “*Juegan dos, y se crea un significado que nunca existió*” (Winnicott, 1964). En el proceso psicoterapéutico que hemos presentado nos hemos encontrado con características tales como, porosidad y fluctuación de los límites entre el yo y el otro, un yo con labilidad afectiva y emocional, con predominio de la impulsividad y la perentoriedad; dificultad para la ligazón con irrupciones de ansiedad, pánico y/o angustias (muchas veces arcaicas) incontenibles.

El lenguaje también era utilizado con fines evacuativos, “palabras-descarga”, despojada de cualidad metafórica. En este proceso psicoterapéutico, nos hemos encontrado con una clínica en la que prevalecían los aspectos relacionados con la organización narcisista y sus fisuras, más que los relacionados con la problemática edípica y las defensas. En estos casos, el tipo de intervención terapéutica ligada a la interpretación y al retorno de lo reprimido, puede no generar efecto positivo inmediato y llevar al paciente a actitudes actuadas en función de lo que llamamos “patologías del ser” en donde lo que está en juego es del orden de lo primario, de lo narcisista, las carencias están ligadas al “núcleo” de la subjetividad. El sujeto infantil está desvalido ante un otro que no está en condiciones psíquicas de sostenerlo. El vacío es preponderante y la huida a través de la acción es una modalidad que predomina, tanto en los niños como en sus padres.

Terapeuta adoptante de la familia adoptiva:

Es una psicoterapia en la cual habrá que tejer elementos de ligazón, tejer nuevas redes que posibiliten que estos padres e hijos, que se hallan en permanente situación de desborde y vulnerabilidad, logren construir una trama que los ampare y

sostenga. El trabajo tendrá que ser “entre” las diferentes disciplinas, profesionales de la salud y la educación en una producción compartida de instrumentos que permitan delimitar espacios. El tiempo y la escucha son valores escasos en la actualidad. Contener el padecimiento del otro, permitir su escenificación, sin defenderse con clasificaciones, es lo que producirá que las diversas subjetividades puedan ir encontrando un sentido al sin sentido.

De momento no hacemos psicoterapia familiares virtuales, lo cierto es que trabajamos con nuevas organizaciones familiares, con novedosas vinculaciones, nuevas formas de crianza... de parentalidad.... etc. Aún pensamos que siguen siendo insustituibles conceptos tales como la asimetría adulto-niño, el sostenimiento y las prohibiciones que operan en la construcción del psiquismo de los hijos.

Aun en plena era digital podría decir: no hay familias virtuales en el momento de la crianza, el cachorro humano no podría ser amamantado por máquinas, como el mítico Tarzán no podría haberse humanizado entre monos. El otro en la crianza es presencia, palabra construida en la base de un cuerpo. Si las máquinas pudieran abrigarse en la calidez de una piel y alzarán los brazos al incipiente cachorro humano, si fuera así, como lo encontramos en la literatura y el cine de ciencia ficción, se graduarían de humanidad. Es aquí que evocamos al original “ET” que con sus lánguidos y tristes ojos atravesaba su nostálgica mirada al cielo estelar emocionándonos con su significativa expresión “Mi casa”.

La psicoterapia se comporta más bien como un des-activador de fantasías omnipotentes en torno al hecho de la adopción, aceptando también las limitaciones con las que nos encontramos en el uso de nuestro método, pues como decía Freud (1919), en *“Los caminos de la psicoterapia psicoanalítica”*: *“Nunca hemos pretendido haber alcanzado la cima de nuestro saber ni de nuestro poder, y ahora como antes estamos dispuestos a reconocer las imperfecciones de nuestro conocimiento, añadir a él nuevos elementos e introducir en nuestros métodos todas aquellas modificaciones que puedan significar un progreso”*.

BIBLIOGRAFÍA

- Aulagnier, Piera (1992). *Que deseo, de qué hijo*. Psicoanálisis con niños y adolescentes, N° 3.
- Bauleo, A. (1997). *Psicoanálisis y Grupalidad. Clínica de los nuevos objetos*. Ed. Paidós.
- Bion, W. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Ed. Paidós.
- Ferenczi, S. (1984). *Psicoanálisis*. Madrid, Espasa-Calpe. Tomos III y IV.
- Guignard, F. (2003). *En el núcleo vivo de lo infantil. Reflexiones sobre la situación analítica*. Ed. Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1985). *El proyecto de una Psicología para neurólogos* Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1913). *Totem y tabú*. Ed. Amorrortu.
- Green, A. (1993). *La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud, Aspectos fundamentales de la locura Privada*. Ed. Amorrortu.
- Laplanche, J.D. y Pontalis, J.B. (1981). *Diccionario de psicoanálisis*. Ed. Labor.
- Moreno, J. (2003). *Ser humano, La inconsistencia, Los vínculos, La crianza*. Ed. Libros del Zorzal.
- Monserrat, A. y otros (2000). *Trabajo de pensamiento. Desde la perspectiva psicoanalítica*. Revista A.P.M. N.º 33, octubre 2000.
- Muñoz, M. T. y otros, (2006). *LA ADOPCIÓN, un tema de nuestro tiempo*, Editorial Biblioteca nueva de la APM, Madrid.
- "Adopción: la revelación de los orígenes" en "Grupo, Psicoanálisis y Psicoterapia" Centro de Ediciones de la Diputación de Málaga (CEDMA) Málaga 2000. ISBN: 84-7785-385-1.
- Pichon Rivière, E. *La Psiquiatría, una nueva problemática del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Buenos Aires, Nueva Visión Volumen II, 1983.
- Utrilla, M. (1999). *¿Son posibles las psicoterapias en las Instituciones?* Ed. Biblioteca Nueva.

EXPRESIONES ACTUALES E IMAGEN SOCIAL DE LA PSICOPATOLOGÍA*

Alberto Lasa Zulueta**

Cuando la medicina y la psiquiatría se miran a sí mismas no se describen con la misma imagen que de ellas observan otras ciencias cuando las analizan como objeto de estudio. Cuando la sociología, la historia o la filosofía de la(s) ciencia(s) ejercen su mirada epistemológica y crítica sobre nuestra disciplina y nuestras convicciones y definiciones, sus conclusiones nos obligan a reajustar algunas de nuestras creencias. Sobre todo en épocas en las que nuestro optimismo y arrogancia nos lleva a pretender la indiscutible verdad de nuestras afirmaciones que, como proclamamos actualmente, estarían por fin –gracias al progreso científico de nuevos conocimientos y tecnologías– basadas en la desnuda objetividad de los hechos científicos. Se afilia así, también la psiquiatría al igual que otras áreas del conocimiento, a una visión ideal del progreso científico que afirma su crecimiento permanente y lineal, por acumulación progresiva de descubrimientos objetivos e incuestionables, totalmente asépticos a la influencia de otros factores o intereses –sociales, económicos o ideológicos– que, “ajenos a la ciencia”, podrían cuestionar la “desinteresada pureza” de

* Ponencia presentada en el XXII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes” tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Psiquiatra. Jefe de la Unidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Comarca Uribe Osakidetza / Servicio Vasco de Salud. Bizkaia Correspondencia alberto.lasazulueta@osakidetza.net

sus objetivos en pro del conocimiento y progreso de la humanidad y, sobre todo, sembrar ciertas dudas en cuanto a sus debilidades y su vulnerabilidad para dejarse influenciar y manipular por diversos intereses viéndose arrastrada a inevitables sesgos y retrocesos.

Sin embargo, la historia y evolución de los conocimientos ha sido, y lo sigue siendo, mucho más tortuosa y compleja de lo que esta visión idealizada de un crecimiento armonioso, sin conflictos ni desviación alguna, pretende. Conocer su complejidad, permite reconsiderar, en un ejercicio de modestia auto-crítica, algunas de nuestras convicciones supuestamente inquestionables.

Nos centraremos en uno de los pilares básicos que legitiman a la psiquiatría, y al resto de la medicina, como ciencia: la definición de la enfermedad. ¿Qué es patológico en el psiquismo humano? ¿Están claramente delimitadas las lindes de la psicopatología? ¿Es posible hacerlo?

En mi opinión, la psiquiatría actual está sufriendo de una necesidad excesiva de legitimarse como equiparable “en seriedad científica” a otras especialidades médicas. Signo de ello es su desesperada búsqueda de “marcadores biológicos” que confirmarían no sólo la naturaleza “objetiva” de los padecimientos psíquicos, sino la causa “médico-científica” de cada uno de ellos. Lo es también el anuncio repetitivo –quizás ingenuamente optimista o tal vez interesadamente sesgado– de una interminable sucesión de descubrimientos de genes o neurotransmisores “específicos” de cada trastorno que progresivamente quedan diluidos en la única certeza que se va consolidando: la confirmación de la enorme complejidad y plasticidad de la neurobiología cerebral y la multiplicidad e interacción de los factores genéticos influyentes en la vulnerabilidad psíquica más que causantes directos de la enfermedad psiquiátrica. Si esta necesidad me parece excesiva es porque, no sólo son la psiquiatría y la enfermedad psíquica, sino todas las especialidades médicas las que han pasado y siguen pasando –en la historia y en el momento actual de la medicina– por curiosos caminos a la hora de su definición “objetiva”.

LA DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD

Aspectos sociológicos de la medicina

Ha pasado tiempo desde que Ivan Illich postulara la audaz y provocadora afirmación de que *“la medicina institucionalizada amenaza la salud”* (1). Algunos la juzgarán profética y otros trasnochada, pero –agudo y constante observador de la evolución de la medicina– ha vuelto a insistir más recientemente: *“En los países desarrollados la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante”* (2).

En la línea que Illich anticipó, nos hemos ido habituando estos últimos años a utilizar un neologismo, **“medicalización”**, con un sentido –que hasta ahora no ha sido incluido en nuestros diccionarios pero que tiene una presencia creciente en la literatura médica– que denomina la tendencia creciente a considerar y tratar como problemas médicos cosas que no lo son, o que al menos no lo eran hasta la actualidad (3,4,5). Como resumen S. Marquez y R. Meneu en un artículo erudito titulado *“La medicalización de la vida y sus protagonistas”*: *“la crítica a la medicalización se había ido confinando, desde los años ochenta, en los territorios de la sociología, los movimientos alternativos o los ámbitos sanitarios poco satisfechos, como la psiquiatría o el salubrismo... (pero)... el pasado año (2002) el BMJ-British Medical Journal auspició una votación sobre las “no enfermedades” cuya inclusión en la medicina es menos obvia y, como colofón, una edición sobre la medicalización de la vida... la tendencia en aumento a clasificar como enfermedades los problemas de la gente”* (6). Y aún estaba por llegar el más reciente término de **“disease mongering”**, traducido como “promoción” y también –señalando su carácter de operación comercial– como “tráfico” de enfermedades.

En su artículo, Márquez y Meneu reflexionan también sobre lo que, desde la perspectiva de la sociología, han estudiado diferentes autores y escuelas acerca de las relaciones cambiantes entre lo que se ha considerado salud y enfermedad.

La sociología *“funcionalista”* (Talcott Parsons) describió la relación entre paciente y médico a partir de sus respectivas

funciones sociales (legitimado por la enfermedad para no asumir responsabilidades sociales el paciente y depositario de la obligación social de sanarle el médico) (7).

La sociología más sensible a la influencia de factores ligados a la “*economía política*” (Marxismo, Freidson, Navarro) introdujo críticamente los intereses económicos de la profesión médica como elemento que se añadía y complicaba su neutralidad afectiva y el supuesto universalismo de su desinteresada generosidad vocacional y en consecuencia la necesidad del reconocimiento de la capacidad de negociación activa de pacientes (y ello mucho antes de que los “derechos del usuario-cliente” hayan pasado a formar parte de la cultura sanitaria actual) (8,9).

Los sociólogos que desarrollaron el “*interaccionismo simbólico*” (Erving Goffman) subrayaron el carácter de “estigma” que suponía el “etiquetado” médico del enfermo como sujeto “patológico y tributario de intervención terapéutica” y como afectado de una “desviación” (umbral a partir del cual el individuo normal pasa a ser considerado “paciente”) (10, 11).

Los autores del “*post-estructuralismo*” (en particular Michel Foucault) han criticado y subrayado como la reclamación médica sobre el carácter “verdadero” y “neutral” de su conocimiento sobre el cuerpo se ha revestido con la reivindicación y conquista de procedimientos de poder y prácticas discursivas con un resultado: edificar una construcción social sobre una pretendida realidad objetiva (12, 13, 14).

La dualidad médico-paciente

En la definición de enfermedad están presentes dos protagonistas esenciales de la situación clínica:

- La *mirada externa del profesional médico*, que con sus aparatos y disponibilidades tecnológicas establece signos, marcadores y resultados objetivos e incuestionables. A partir de ellos construye una taxonomía que permite clasificar y “oficializar” la validez científica y el reconocimiento de los trastornos. En el lenguaje actual de los “proveedores de cuidados”, léase seguros: “su

trastorno no consta en nuestros códigos y no puede beneficiarse de nuestro catálogo de prestaciones”. La entrada en el reconocimiento taxonómico siempre se acompaña de la construcción de modelos explicativos científicos que garantizan su “objetividad” a través de demostrar con pruebas la naturaleza biológica de su etio-patogenia. El importante pero a esta precisión objetiva indiscutible está en que los signos diferenciales de la enfermedad pueden quedar a expensas de un carácter cuantitativo variable de tal manera que, si baja la cifra umbral del trastorno, aumenta la extensión de afectados por la enfermedad. Por ejemplo, una determinada tasa de colesterol, de glucemia o de tensión arterial puede pasar de ser considerada normal a ser catalogada de riesgo, o de “pre-enfermedad”, y por tanto susceptible de intervención médica preventiva o activa. Con lo cual el sujeto afectado pasa de ser considerado normal a ser etiquetado de “población de riesgo”. En nuestro terreno vemos actualmente cómo el etiquetado de TDAH carece totalmente de un umbral cualitativo o cuantitativo que permita diferenciar qué quantum de actividad, inquietud, impulsividad o falta de atención debe ser considerado “por encima” de lo normal, con lo que la variabilidad del diagnóstico es lo habitual (15, 16).

- La *mirada interna, la autopercepción del paciente*, también contribuye a la construcción de la situación de enfermedad. El descrédito de la mirada médica, siempre criticable y cuestionable, no deslegitima la medicalización de cualquier malestar, porque el enfermo interioriza y valora (idealiza) los criterios de la ciencia médica, entre otras razones porque necesita creer en su poder curativo y beneficiarse de él y de las consecuencias derivadas de ser reconocido como enfermo (bajas laborales, indemnizaciones, aceptación por parte del entorno de su necesidad de cuidados etc.). Nadie como G. Canguilhem, que reunía la doble condición de médico y de filósofo de la ciencia, lo vio tan claramente: “es la petición de ayuda lo que define la anormalidad... La biología no puede reducirse a una ciencia física” (17, 18).

Otros protagonistas de la medicalización

La definición de enfermedad no queda limitada a lo que ocurre entre médico y paciente, van a intervenir en ella otros, numerosos, protagonistas e intereses.

En primer lugar los denominados proveedores sanitarios: fundamentalmente **los médicos y sus instituciones y las empresas médico-farmacéuticas.**

Los médicos (y sus instituciones) son los principales e imprescindibles porque son “el ojo clínico que legitima la enfermedad”. Es obvio que trabajan en beneficio de pacientes y en pro del desarrollo de su especialidad y que obtienen con ello un beneficio económico directo y también, capacidad de influencia, poder institucional y social. Pero ¿son actores o espectadores de los cambios crecientes hacia la medicalización? Su progresiva fascinación e interés por nuevas enfermedades y tecnologías, su papel creciente en la elaboración de “guías de expertos o de práctica clínica”, su reconocimiento como “líderes de opinión”, y el nada menospreciable añadido de los incentivos económicos directos e indirectos que todo ello supone, ha llevado a un nuevo término, “*conflicto de intereses*”, cada vez más presente en la literatura científica y cada vez más cuestionado en los medios profesionales y también entre los ciudadanos de a pie. Este eufemismo, sumado a algún otro como el de “*sinergias con la industria farmacéutica*” nombra, a la vez que camufla, lo que todo el mundo sabe: la confluencia de intereses, algunos legítimos y otros cuestionables, entre los médicos, sus asociaciones profesionales y sus grupos de investigación con la industria farmacéutica. El problema está en que a la lógica e imprescindible colaboración entre ambas se le suma un añadido espinoso, el de definir cuando estas sinergias trabajan en pro de la lucha contra la enfermedad, invirtiendo en investigación y obteniendo los beneficios económicos correspondientes y cuando lo hacen en pro de intereses económicos preocupándose más del marketing y venta de productos que del desarrollo de costosas investigaciones y de hacer frente a mejorar enfermedades poco rentables comercialmente. O, aún más escandaloso, ocultando y sesgando informaciones en beneficio propio y a sabiendas de que con ello perjudican a los usuarios de sus productos (19, 20, 21, 22, 23).

Nadie discute el beneficioso papel realizado por las empresas médico farmacéuticas en su humanitaria tarea de luchar contra la enfermedad, fundamentalmente invirtiendo en investigación destinada a la búsqueda de tratamientos eficaces. Pero son muchas las pruebas que han mostrado su preocupación creciente por priorizar la obtención de beneficios económicos... ampliando su mercado. Como veremos detalladamente, no han dudado para lograrlo en esforzarse en “*crear opinión en el consumidor y en el prescriptor*” y en desarrollar “*nuevas formas de penetración en el mercado*”. También es evidente que en tal tarea necesitan compañeros de viaje, aunque a los médicos no nos guste ser tildados de tales, y que ya no se puede cerrar los ojos ante algo sobradamente conocido y probado como es su papel de patrocinio, filtro y control de ensayos clínicos y de las publicaciones científicas que dan cuenta, o no, de ellos. Ni tampoco ante el hecho de su creciente participación directa en la formación médica continuada. Los médicos son unánimes en afirmar solemnemente su independencia de criterio respecto a la información que reciben de la industria farmacéutica aunque, curiosamente, no opinan lo mismo de la insobornabilidad de sus colegas. En una encuesta realizada al respecto, el 61 % de los médicos afirmaba que los regalos y detalles (restaurantes, viajes, inscripciones, invitaciones diversas) que recibían de la industria no influían en sus hábitos de prescripción. En cambio, sólo el 16 % de ellos pensaba que no influía en sus colegas (24). En cualquier caso existen numerosos trabajos que muestran cómo la promoción e incentivos añadidos con los que la industria “informa” y “forma” a los médicos tienen una evidente influencia en sus hábitos de prescripción y por esta razón de peso la industria mantiene sus procedimientos de marketing (ver la detallada revisión realizada por Pedreira Crespo V., Rodríguez García M.V., 2003). Son también muchos los expertos que señalan la necesidad de regular las interacciones entre la industria y los médicos a través de códigos éticos e incluso de estimar conveniente el desarrollo de una legislación específica. Ambas cosas se han ido desarrollando en diversos países con la colaboración, más bien consensuada que conflictiva, de asociaciones profesionales, legisladores sanitarios e industria farmacéutica (25-44).

Los **medios de comunicación**, que conocen la apetencia social por todo lo relativo al culto y cuidado del cuerpo –propios de la universal preocupación por el bienestar narcisista de la sociedad actual– también contribuyen a difundir noticias sobre la salud y la enfermedad. De hecho los profesionales de la salud, los responsables de la política sanitaria, las asociaciones de afectados y la industria farmacéutica recurren habitualmente a utilizarlos como altavoz de sus diversos intereses y, a veces, también lamentan no hacerlo o que otros lo hagan con más habilidad. Casi todas las estrategias de salud actuales incluyen un capítulo de “promoción de la salud” que explicitan la necesidad de campañas informativas y que señalan como punto débil el dejar desatendido este terreno.

La creación de expectativas desmesuradas, derivadas del atractivo mediático de las “nuevas enfermedades y tratamientos” y de las “amenazas” a la salud, ha generado nuevas tendencias. Una de ellas es la divulgación de alertas ante nuevos riesgos: “la menopausia es un riesgo de osteoporosis luego hay que tratarla antes de que se produzca; la tensión arterial en el límite de la normalidad es un signo de pre-hipertensión que aparecerá sin intervención preventiva... etc.”. Un titular periodístico reciente resumía bien la situación: “Usted no está sano, está pre-enfermo” (*El País*, 8 de septiembre 2009).

Otra, señalada por numerosos expertos (3-6), es la tendencia creciente a la medicalización de padecimientos comunes: la calvicie, la insatisfacción sexual, la inquietud o las dificultades para dormir transforman su denominación: “disfunción eréctil”, “síndrome de piernas inquietas”, “trastorno del sueño”. Pero, sobre todo, pasan a ser objeto de nuevas propuestas de tratamientos farmacológicos, promocionados en anuncios en medios de comunicación, algunos directos (ahora ya autorizados) y otros que, discretamente, solo nombran “la enfermedad” y aconsejan: “consulte con su médico”. En el terreno de la psiquiatría el deslizamiento desde la conversión somática, la ansiedad y la timidez, la inquietud motriz o los procesos de duelo y las oscilaciones del estado de ánimo hacia la fibromialgia, la fobia social, el TDAH, o el trastorno bipolar son fenómenos ampliamente conocidos que tienen gran eco mediático. En contraste también hay que reconocer la tendencia

opuesta cuando los medios se posicionan críticamente ante ciertos excesos. Por ejemplo describiendo la creciente e imparable ampliación de los diagnósticos psiquiátricos incluidos en las sucesivas versiones del DSM.

También es evidente su papel en la definición de urgencias y alarmas socio-sanitarias y su influencia inmediata en las respuestas de responsables políticos, socio-sanitarios, escolares, judiciales etc. Reciente está el anuncio catastrófico de la epidemia de gripe A con sus limitadas secuelas y los curiosos –y cuantiosos– intereses económicos que movilizó y de los que los ciudadanos se enteraron después. Menos espectacular pero más repetitivo y cotidiano es su papel en recordar ciertas “plagas” actuales. En nuestro terreno, varios males psicosociales –como el TDAH o la violencia y acoso escolar, o el malestar y las (malas) conductas de los adolescentes– recobran de cuando en cuando ruidosa actualidad, en general reactivada por algún suceso truculento.

Dos cosas deben quedar muy claras. Una, que como los propios medios de comunicación recuerdan siempre, ellos sólo son mensajeros que transmiten –con el gran impacto de sus potentes altavoces– lo que los medios profesionales aportan, incluidas sus contradicciones. Por tanto, como suelen recordarnos, nadie debe quejarse de que cumplan con su función de respetar el sagrado derecho a la información deseada por la ciudadanía. Dos, que tampoco hay que incurrir en la ingenuidad de creer que los medios de comunicación no tienen intereses políticos, ideológicos y económicos propios, lo que conlleva su posición activa en el filtrado y selección de lo que deciden transmitir u ocultar, que tiene que ver con su servidumbre a la determinante influencia de “lobbies” con poder suficiente para diseñar la política de comunicación de los medios que controlan... y con enormes intereses económicos en el mundo sanitario (45).

Los cambios en la percepción que de la salud, la enfermedad y la muerte por parte de **la población** han sido irónica y lacónicamente resumidos por Ian Morrison: “cuando estudiaba en Escocia se percibía la muerte como algo inminente; cuando me especialicé en Canadá, inevitable; y ahora que vivo en California, opcional” (46). El progreso social y tecnológico ha facilitado el acceso a nuevos tratamientos y también

ha incrementado la convicción en la omnipotencia médica y, en consecuencia la tendencia en la población a una creciente exigencia de respuestas taumáticas. Como si todo tuviera soluciones... si pueden comprarse... o exigir su pago. En un mundo mercantilizado la salud es un derecho y, como producto vinculado a la mejora del nivel de vida, es un bien costoso... ergo comprable. La inflación de información que, con gran abundancia y con rigor muy variable, proporciona Internet, ha facilitado que los usuarios de servicios sanitarios dispongan de gran información previa que condiciona su confianza o desconfianza en la respuesta terapéutica recibida o negada, su demanda adecuada o inadecuada y sus reclamaciones que, como fruto de la decepción, buscan la "justa reclamación y reparación" con denuncias judiciales cada vez más numerosas. La multiplicación de asociaciones de afectados de todo tipo de enfermedades es otro fenómeno que denota un nuevo estilo de reacción social frente a la enfermedad. A su tarea fundamental de vigilancia de la calidad de la atención recibida y de reivindicación de recursos frente a los responsables de la política sanitaria –cada vez más atentos a la influencia política y mediática que ejercen– se suma otro efecto derivado de su necesario proselitismo: la tendencia a aumentar sus afiliados y el riesgo de ensanchar las condiciones de pertenencia y entrada al grupo... ampliando las características y variedad de la sintomatología que da acceso al reconocimiento de la enfermedad. En psiquiatría, el caso del aumento exponencial de afectados por el síndrome de Asperger en varios países, acompañado de la divulgación universal vía Internet de un amplísimo listado de "los síntomas de la enfermedad" desde que las asociaciones y los demás componentes de su función como "lobby" se han activado, es un claro ejemplo de ello –como lo es el de la fibromialgia y otras enfermedades que afectan a diversas especialidades–. Lo que está aconteciendo en todos los países desarrollados con la "epidemia" del TDAH también tiene también relación, a mi juicio, con este y otros factores y merece un capítulo específico complementario¹.

¹ N. de la R. Artículo actualmente en prensa, será publicado próximamente en esta revista con el encabezado: "¿Es la hiperactividad una enfermedad?"

La **administración y gestores sanitarios**, sobre todo los de la sanidad pública, tienen la responsabilidad de mantener la limitación de costes y por tanto de definir su cartera de servicios o, lo que es igual, de decidir qué enfermedades son reconocidas como tales y qué tratamientos se consideran adecuados y por tanto van a ser pagados. Su misión incluye la evaluación y regulación de los tratamientos propuestos regulación por las tecnologías médicas, de la que es parte muy importante la del mercado de fármacos. Debe por tanto responder a los intereses y peticiones de productores y de usuarios. Entre todos ellos existen relaciones de dependencia (los gestores de la sanidad pública deben responder a las demandas de los usuarios y de sus asociaciones como votantes y agentes activadores del clima de opinión que son) y de convivencia. Es un secreto a voces, sobre el que actualmente existe abundante información para quien la quiera conocer, que existen complejas relaciones, negociaciones, presiones y acuerdos, entre quienes fabrican fármacos, quienes los recetan y quienes controlan su uso porque los pagan.

Descritos los principales protagonistas que intervienen en la definición de la enfermedad y su tratamiento es interesante comentar algunas de las opiniones y documentos publicados que en estos últimos años han descrito, y criticado las “interacciones” y “sinergias” múltiples que se han desarrollado entre todos ellos.²

Por ejemplo, Richard J. Roberts, biólogo molecular y Premio Nobel Medicina en 1993, ha declarado públicamente, sin que nadie le haya desmentido, que: *“Las farmacéuticas a menudo no están tan interesadas en curarle a Vd. como en sacarle dinero, así que la investigación es desviada hacia el descubrimiento de medicinas que no curan del todo sino que cronifican la enfermedad y le hacen experimentar una mejoría que desaparece cuando deja de tomar el medicamento”...*

² En síntesis describen cómo funciona lo que la literatura anglosajona ha denominado un “lobby”, traducido como “grupo de presión (con intereses comunes) para conseguir algo”. Y en el diccionario Collins como “cabildo” y su actividad como “cabildear”, que la RAE define como “gestionar con actividad y maña para ganar voluntades en un cuerpo colegiado o corporación”.

“La investigación en la salud humana no puede depender tan sólo de su rentabilidad económica. Lo que es bueno para los dividendos de las empresas no siempre es bueno para las personas”... “En nuestro sistema los políticos son meros empleados de los grandes capitales, que invierten lo necesario para que salgan elegidos sus chicos y si no salen compran a los que son elegidos... casi todos los políticos –y sé de lo que hablo– dependen descaradamente de esas multinacionales farmacéuticas que financia sus campañas. Lo demás son palabras...” (47).

En el artículo “Drug Ads Hying Anxiety Make Some Uneasy”, (publicado en el Washington Post, el 16 de julio 2001) su autor incluye estas citas: *“Para vender medicamentos, lo mejor es vender enfermedades psiquiátricas. Si eres el único fabricante que tiene el medicamento para el trastorno de ansiedad social, te conviene ampliar la categoría hasta donde sea posible y hacer sus límites tan imprecisos como sea posible”* (Carl Elliot, bioético, 2001). *“El sueño de todo vendedor es encontrar un mercado desconocido y no identificado y desarrollarlo. Eso es lo que pudimos hacer con el trastorno de ansiedad social”* (Barry Brand, jefe de producción de Paxil).

No son citas ni infrecuentes ni aisladas. En el programa ABC Special de Peter Jennings *“Bitter medicine. Pills, profit, and the public health”* (2002), quedó recogido el testimonio de la Dra. Sharon Levine, Directora del Grupo Médico Permanente Kaiser, que con absoluta franqueza declaró: *“Si soy un fabricante y puedo obtener otros veinte años de derechos de patente y convencer a los médicos de que prescriban y a los consumidores de que exijan la nueva presentación de “P” semanal en lugar de “P” diario, justo cuando vence mi patente ¿entonces para que voy a gastar dinero en investigaciones menos seguras como la búsqueda de nuevas drogas?”*

La exdirectora del New England Journal of Medicine, Marcia Angell –que dimitió de su cargo al descubrir que gran parte de los revisores, supuestamente independientes, encargados de la valoración clínica de los trabajos que publicaban recibían importantes sueldos de la industria farmacéutica– y que actualmente, desde su trabajo en el departamento de Medicina Social de la Universidad de Harvard, se ha convertido en una

activa estudiosa de los procedimientos utilizados por esta industria,– ha sintetizado los “7 grandes problemas” que aquejan a la industria farmacéutica actual. (Puede consultarse la apabullante relación de datos demostrativos en: “La verdad sobre la industria farmacéutica”) (19).

- Fabricación de demasiados medicamentos “yo también” –de rentabilidad ya demostrada y fabricados y utilizados previamente por otros fabricantes competidores– muy poco innovadores.
- La FDA se ha puesto demasiado al servicio de la industria que regula³.
- Las compañías farmacéuticas tienen demasiado control sobre la investigación clínica que evalúa sus propios productos.
- Las patentes y otros derechos de comercialización exclusiva son largos, lo que es poco recomendable y demasiado flexibles.
- Tienen demasiada influencia en la información e instrucción médica sobre sus propios productos.
- Información importante sobre investigación y desarrollo, promoción y fijación de precios es mantenida en secreto.
- Los precios son demasiado altos y variables.

Y además precisa también cuales son las condiciones del mercado de los medicamentos “yo también”:

- El mercado tiene que ser grande.
- Apuntará a las enfermedades comunes y de toda la vida.
- Destinados al tratamiento de enfermedades que no son letales, pero tampoco se curan.
- Las enfermedades cortas o poco comunes (infecciones, enfermedades mortales) no interesan.
- Destinados a clientes que paguen (no interesan zonas de pobreza).

³ FDA. (Food and Drugs Agency): Agencia federal que regula, en USA, la autorización del uso y venta de fármacos y que es equivalente a la EMEA europea (Agencia Europea de Medicamentos).

- El mercado, además de grande, debe de ser flexible y expansible (con una nueva definición, más amplia, de la enfermedad).

La ausencia de disposición a realizar actividades comparativas relativas a la eficacia de nuevos fármacos le lleva a proponer a los consumidores: *“Exigir que los nuevos medicamentos sean comparados con los antiguos podría alcanzarse casi de la noche a la mañana si hubiera voluntad política de hacerlo”*.

También ha mostrado su asombro por el grado de influencia que la industria ejerce sobre los médicos y sus asociaciones y actividades de formación: *“Hoy en día hasta los académicos más distinguidos y aparentemente imparciales podrían estar en la nómina de la industria farmacéutica. Si lo están, vd. tiene que mantenerse muy escéptico frente a cualquier cosa que digan”*. En la misma línea ha señalado los claros signos de los “conflictos de intereses” que han llevado a ciertos “líderes de opinión” participantes en relevantes guías clínicas a ser procesados, no por recibir importantes sumas de dinero de la industria fabricante de los productos que recomiendan, gratificación absolutamente legal en USA, sino por... no haberlo declarado al fisco. No obstante esta autora ha precisado que su crítica no se refiere a los aspectos legales de la cuestión sino al compromiso y obligaciones éticas de los investigadores (48,49).

En su libro “La invención de trastornos mentales”, González Pardo y Pérez Alvarez M. –cuya primera parte contiene un apasionante relato del desarrollo de la psicofarmacología con datos conocidos pero escasamente difundidos en el mundo de la información habitual que los psiquiatras reciben– puede leerse un documento sorprendente (50).

Se trata de la estrategia de mercado diseñada por la agencia de publicidad Cohn&Wolfe para Glaxo-SmithKline, cuyo objetivo era el lanzamiento de Plaxil (paroxetina) para el tratamiento del trastorno de la ansiedad (rebautizada como fobia) social. Su éxito comercial fue de tal calibre, que ha pasado de ser un documento empresarial confidencial a ser estudiado en el mundo de la publicidad como ejemplo de lo que debe ser el marketing para promocionar la venta de un psicofármaco. Dice así:

1. Objetivos

- Extensa cobertura de medios para crear conciencia del trastorno de ansiedad social.
- Crear un amplio reconocimiento del Plaxil como primer y único tratamiento.
- Aumentar la demanda de Plaxil entre profesionales y consumidores, superando las ventas de Zoloft (sertralina).

2. Estrategia

- Educar al público vía entrevistas con pacientes, médicos y otros grupos interesados.
- Colocar Paxil como un tratamiento seguro y eficaz para una condición médica severa y discapacitante, y no como un medicamento cosmético.
- Crear conciencia acerca de otras indicaciones de Plaxil.

3. Retos

- Generar entusiasmo acerca de un medicamento que fue introducido hace siete años.
- Encontrar pacientes dispuestos a ir a los medios a contar sus experiencias personales.

4. Plan de acción

- Asociado con la Coalición del TAS (Afectados por el Trastorno de Ansiedad Social), a fin de aumentar la credibilidad del mensaje “condición médica severa y discapacitante”.
- Colaborando con la Coalición y los médicos para identificar pacientes que hablen en ruedas de prensa telefónicas, vía satélite y chats de internet.
- Llevando a cabo con una cobertura de medios agresiva mediante notas de prensa electrónicas, paquetes informativos para la prensa, emisión de noticias por radio, narrativas para el público y una red de conferenciantes.

Poco importa que, cuando ya se habían recaudado cifras de ventas multimillonarias, muchos artículos en revistas profesionales y en otros medios describieran con detalle la fraudulenta

construcción de una enfermedad sin fundamento científico. Los responsables de ello declararon sin reparo que ya habían recaudado de sobra para hacer frente a las probables reclamaciones. Pero entretanto, en un periodo de diez años, entre principios de los ochenta y los noventa, la prevalencia de la fobia social se quintuplicó pasando del 2,75% al 13,3% (51). Algo parecida fue la promoción de los “ataques de pánico”, destinada a la comercialización de una nueva benzodiazepina (alprazolam) de reconocidos efectos antidepresivos, desarrollado por los laboratorios Upjohn, cuando el mercado de la depresión fue copado por la fluoxetina (Prozac). El diagnóstico de esta “enfermedad”, coloquialmente conocida en USA como “enfermedad de Upjohn”, rara en los años 80 cuando entró en el DSMIII, también aumentó espectacularmente en los 90. (50, 51, 52).

No detallaremos aquí el contenido de otros artículos de referencia comentados en este libro. Sus títulos son suficientemente ilustrativos: “Antidepresivos: el triunfo del marketing sobre la ciencia” (“Antidepressants: A triumph of marketing over science”. Antonuccio, Burns y Danton, 2002); “La insana relación entre la industria farmacéutica y la depresión” (“Let them eat Prozac: The unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression”. D. Healy, 2004); “La última manía: la venta del trastorno bipolar (“The latest mania: selling bipolar disorder”. D. Healy, 2006); “Vendiendo enfermedades: la industria farmacéutica y el tráfico de enfermedades” (“Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering”. Moynihan, Heath y Henry, 2002) (50).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud-OMS y el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios, en un documento de 2007 sobre políticas y práctica en la salud mental en Europa (53) –que aborda entre otras cosas el problema del aumento del consumo de psicoestimulantes como fármacos indicados para el TDAH– exponen una amplia explicación de los cambios en la concepción y utilización de los psicofármacos...y en el entramado hipotético que justificó sus pretendidos “efectos específicos sobre las causas de las enfermedades”. Este texto resalta *“la proliferación a partir de la dé-*

cada de los '80 de las teorías sobre la especificidad de los neurotransmisores y receptores cerebrales postulando su relación con síntomas psiquiátricos concretos y que estos síntomas podían ser eliminados mediante fármacos diseñados específicamente para actuar sobre ellos[...] teorías íntimamente implicadas en la proliferación de las categorías de enfermedad recogidas en cada edición sucesiva del DSM, [...] que abrió una oportunidad de mercado extraordinaria para las compañías farmacéuticas. Así, las compañías farmacéuticas se convirtieron en actores clave en el conocimiento y tratamiento de los problemas de la salud mental, que a partir de los '90 se contemplan de manera que, al menos en principio, muestran una vinculación de los síntomas con alteraciones en las neuronas, las sinapsis, las membranas, los receptores, los canales iónicos, los neurotransmisores, los mecanismos de unión, las enzimas y los genes que las codifican. La biografía, el ambiente y las experiencias pasaban a considerarse influyentes sólo en términos del impacto que causan sobre los parámetros neuroquímicos cerebrales.

También uno de los psiquiatras más prestigiosos en la historia de la psiquiatría infantil estadounidense –y uno de los primeros en interesarse en el desarrollo de la psicofarmacología para niños– ha publicado, poco antes de su reciente fallecimiento, un artículo con sus demoledoras opiniones (Leon Eisenberg, 2009): *“El marketing directo ha contribuido a diagnósticos no garantizados y a la utilización de múltiples medicamentos para tratar síntomas, no trastornos”... “Las compañías de seguros (managed care) limitan las opciones prácticas a la psicofarmacología y no pagan por cuidados comprensivos”... “El uso de ensayos clínicos y los paneles de consenso (de expertos) son los métodos con los que los psiquiatras han sido seducidos por la industria farmacéutica para usar psicofármacos... Aportar un paciente a un ensayo clínico puede suponer para un profesional el salario de un año. La tentación es difícil de resistir” (54).*

Concluyendo. Son muchos los datos que permiten pensar y afirmar que la concepción de los trastornos psíquicos y la definición de enfermedad psiquiátrica, sancionada por las

sucesivas versiones del DSM y con el impulso de la denominada y prolongada “década del cerebro” (declarada por George Bush padre a inicios de los 90), está variando con el impacto del nuevo paradigma del “todo biológico y genético” que ha sustituido al anterior del “todo social”. En las opciones terapéuticas, las respuestas farmacológicas, consideradas y promocionadas como más acordes con los nuevos descubrimientos científicos, van desplazado a las basadas en el diálogo y la relación terapéutica. El descubrimiento de la infancia como un nuevo nicho de mercado, iniciado en Estados Unidos y luego difundido conforme a las leyes de mercado globalizadas, está variando notablemente la práctica de la psiquiatría de niños y adolescentes. En particular el uso de psicofármacos en niños de baja edad está aumentando progresivamente. La inexistencia, hasta tiempos muy recientes, de ensayos clínicos por debajo de los seis años, que era considerada como una medida de prudencia por las características del cerebro en desarrollo, ha pasado a ser la justificación de que es necesario dar paso a la extensión progresiva de ensayos con todo tipos de psicofármacos en niños cada vez más pequeños. Con ensayos o sin ellos, inquieta sobre todo la extensión progresiva de su uso fuera de las recomendaciones autorizadas. (16, 55)

CAMBIOS ACTUALES EN LA VIVENCIA Y CONCEPTO DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Un sociólogo y perspicaz observador de la sociedad contemporánea (Gilles Lipovetsky., 2006) ha elaborado interesantes ideas que pueden aplicarse a nuestro intento de comprensión (56).

Dice que se ha producido un desplazamiento del “homo religiosus” al “homo consumericus” y que en la actual sociedad de hiperconsumo, la salud es ante todo un bien adquirible. Pero —es una de las muchas paradojas que resalta— vivimos en una sociedad de la decepción... que es mayor cuanto más bienes tenemos a nuestra disposición. Así, dice: “a más salud, más insatisfacción; a más canales, más zapping”. El sujeto actual busca y goza de más libertad, independencia, insolidari-

dad... pero padece de una dependencia del confort, de soledad, de necesidad de reconocimiento. Buen resumen de una posición narcisista: cuanto más consigo más me falta; cuanto más autosuficiente más inseguro; cuanto más independiente más vacío. Indudablemente, el malestar en la cultura actual existe. Nada sorprendente que se canalice hacia la queja y la reclamación de cuidados.

Cuando comparamos, como profesionales de la salud mental, los pacientes actuales con los de años atrás –además de confirmar la tozudez con la que persisten ciertas formas clínicas siempre presentes aunque con vestimentas sintomáticas o etiquetas diagnósticas más modernas– podemos establecer algunas diferencias y/o transformaciones:

- La salud ha pasado de ser un privilegio a ser un derecho.
- La actividad (en la búsqueda de conocimiento de las causas del malestar) se está convirtiendo en pasividad (la compra y recibo del remedio garantiza esperar la obtención de salud).
- La elaboración y comprensión del problema (interno) deja paso a la espera y exigencia de una solución inmediata (externa). Signo de los tiempos, los conflictos intrapsíquicos o relacionales no explican nada frente a la “evidencia de pruebas” biológicas y genéticas.
- La relación personal (con el terapeuta) es sustituida por la fidelidad al protocolo. La confianza en una escucha humana (imprevisible y variable) desplazada por la fiabilidad e infalibilidad de un protocolo (invariable e indiscutible). En palabras de la madre de un joven paciente incapaz de asistir a clase y afectado de un cáncer linfático: *“Yo hago todo y sólo lo que dice el protocolólogo”*... curioso destino de una transferencia desesperada capaz de humanizar las indicaciones médicas y atribuirles carácter de persona.
- El deseo y necesidad de comprensión queda relegado por la preferencia y necesidad de una explicación, por supuesto de connotación médico-científica: “sólo la medicina y sus aparatos permiten encontrar la raíz de sus males”. Y la abundancia actual de análisis y exploraciones

costosas (e innecesarias en muchos casos) muestra que la mayoría de los pacientes la reciben como signo de gran atención asistencial: “me han mirado muy bien”. Con lo que, en contra de la disección histórica de Dilthey, la psiquiatría bascula hacia las ciencias de la naturaleza abandonando su condición de ciencia humana. No en vano la búsqueda de “marcadores biológicos” es el sueño permanente de la investigación psiquiátrica actual.

- La relación basada en la demanda de ayuda se complica y transforma en reclamación y exigencia de curación. El sentimiento de culpa y responsabilidad, que acompañaba al enfermo en su padecimiento, se transforma en reivindicación del inalienable derecho a la salud y, si las cosas no van bien, en justa reclamación judicial ante quien no sabe concederlo o lograrlo. La extensión y colectivización de esta exigencia se organiza en asociaciones de afectados y se politiza en reivindicaciones hacia los poderes públicos político-sanitarios, que no pueden negarse a nuevas conquistas “progresistas” aun cuando sean de carácter más ideológico (“salud y tratamientos gratuitos para todos”) que científico (“¿qué eficacia y resultados terapéuticos, qué costes?”).
- La mentalidad en la gestión sanitaria también ha cambiado y cada vez más ha asimilado el lenguaje de la gestión técnico-industrial asemejando el trabajo clínico a los criterios de producción mercantilista.
- Como consecuencia de esta evolución, el cambio de lenguaje y denominaciones no es nada casual sino muy demostrativo: de “paciente” hemos pasado a “usuario” y a “cliente”.

SOBRE EL STATUS CIENTÍFICO DE LA PSIQUIATRÍA

La aportación fundamental de Dilthey (1833-1911), que le hizo pasar a la historia de la filosofía de la ciencia, fue su propuesta de diferenciación entre ciencias físicas y ciencias humanas y en su vinculación respectiva con la naturaleza las unas y con la historia las otras. Recordemos sus planteamien-

tos fundamentales: *“El modo de proceder de la psicología explicativa nace de la extensión abusiva de los conceptos de las ciencias físicas al terreno de la vida mental y de la historia” [...] “Explicamos la naturaleza, comprendemos la vida psíquica [...] la naturaleza se explica, se comprende al hombre” [...] “La realidad humana no es un objeto como los otros...el hombre está atrapado en su propia interpretación... y su objetividad debe cuestionarse continuamente” [...] “La historia individual y colectiva de los hombres es un texto a descifrar, escapa a la explicación causal de los hechos naturales”.* (57).

Más cerca del momento actual y en otra obra histórica (“La estructura de las revoluciones científicas”. Thomas H. Kuhn, 1962) podemos también leer: *“De acuerdo con el sentido común, la ciencia es un conocimiento objetivo acerca de la naturaleza que contrasta con las opiniones inseguras y subjetivas de la política y las ideologías”.*

El propio Kuhn vio desmentida tan sensata definición cuando su experiencia le mostró que:

- *“Las decisiones de los científicos están medidas por la sociología de las comunidades que forman”.*
- *“Los intereses de los grupos científicos se hacen sentir en el contenido mismo de la teoría y no sólo en la orientación general o en la selección de los problemas abordados”.*

Otro especialista en historia de la ciencia –prologando la última reedición de la citada obra de Kuhn– también nos previene respecto a la supuesta neutralidad y objetividad ideales de la ciencia (Carlos Solís. Introducción a la obra de Kuhn, 2006) (58):

- *“...La ciencia, parangón de objetividad y progreso, se somete a los mismos procesos de consenso, convenciones y compromisos, crisis y resistencias racionales que otros procesos políticos y sociales... por lo que no es una apisonadora lógica que aplasta toda posible disensión, siendo por tanto usada para justificar decisiones técnicas y políticas, disfrazándolas ante el lego de “científicas”...”.*

En nuestra práctica médica actual, la infiltración de la ciencia por otros intereses es un hecho que está dando lugar a

nuevos conceptos. Uno de los más recientes, ya citado al inicio, es el de “tráfico” (también traducido como “promoción”) de enfermedades” acuñado por Moynihan (59, 60).

He aquí un sumario de su descripción de este fenómeno:

- Algunas formas de “medicalización” pueden ahora describirse mejor con el nuevo término de “tráfico de enfermedades”, consistente en ir extendiendo los límites de las enfermedades tratables para expandir el mercado de nuevos productos.
- Alianzas creadas entre fabricantes farmacéuticos, médicos y grupos de pacientes utilizan los medios de comunicación para conceptualizar algunas condiciones (se refiere a situaciones de malestar físico) como muy graves y muy extendidas entre la población.
- El “tráfico de enfermedades” puede incluir: convertir achaques o enfermedades ordinarias en problemas médicos; ver síntomas ligeros como graves; tratar problemas personales como problemas médicos; ver los riesgos como enfermedades “per se” y elaborar/exponer cifras de prevalencia para maximizar mercados potenciales.
- La información sobre enfermedades financiada corporativamente debería reemplazarse por información independiente.

Y su propuesta de recomendaciones para “des-medicalizar” condiciones normales:

- Apartarse del uso de información sobre enfermedades o condiciones médicas financiada por la industria.
- Generar materiales independientes y accesibles sobre enfermedades/condiciones.
- Ampliar las nociones de consentimiento informado para incluir información sobre la controversia que rodea la definición de condiciones y enfermedades.

Curiosamente, también la actual tendencia a desarrollar “Guías de práctica clínica”, promocionadas como “basadas en la evidencia” –y por tanto como las que deben marcar criterios incuestionables de diagnóstico y prescripción– empiezan a suscitar reacciones críticas (61-71).

Expertos internacionales pertenecientes a servicios de evaluación de la calidad vinculados a entidades sanitarias públicas han optado por desarrollar sus propios criterios de evaluación de estas guías. Han elaborado para ello el sistema AGREE (Appraisal of Guidelines Research Evaluation - Evaluación de la calidad metodológica de las guías de práctica clínica) (72).

Su sistema de valoración estudia, en cada guía los siguientes aspectos:

1. Objetivos.
2. Participación de implicados (usuarios).
3. Rigor en la elaboración.
4. Claridad y presentación.
5. Aplicabilidad.
6. Independencia editorial.

No entramos aquí en los resultados que con la aplicación de estos criterios reciben diferentes guías clínicas, pero sí hay que mencionar que muchas de ellas presentan importantes deficiencias metodológicas en su elaboración que permiten dudar de la seguridad con que afirman que sus propuestas son inquestionables (como ocurre por ejemplo al revisar las GPC dedicadas al TDAH) (16).

Las cosas han llegado a un punto en que se empieza a hablar de “medicina basada en el marketing” para describir como las estrategias utilizadas, a favor de los intereses comerciales de la industria farmacéutica, para influir en la opinión de los prescriptores, los médicos, están provocando una crisis de confianza en la literatura médica. Algunas de estas estrategias se describen con detalle en muchas publicaciones: las estrategias que distorsionan resultados sobre eficacia y seguridad de los tratamientos; la supresión o maquillaje de datos negativos; la utilización de autores “fantasma” contratados por las compañías fabricantes que elaboran trabajos luego publicados, “a cambio de contrapartidas”, con la firma prestada de prestigiosos “líderes de opinión”; la creación de empresas de comunicación especializadas en diseñar sofisticados planes de publicación en revistas de elevada reputación; la propiedad y el control último sobre la publicación y los datos obtenidos en investigaciones supuestamente independientes o académicas

pero apoyadas y subvencionadas por la propia industria; estrategias para expandir las indicaciones de sus productos en situaciones sub-clínicas, en el límite o incluso dentro de los síntomas dentro de la normalidad; la segmentación del mercado y la elaboración de mensajes eficaces dirigidos a los médicos según su perfil personal⁴.

Para la superación del fracaso de las agencias que controlan y regulan tales prácticas y del de las revistas biomédicas en evitarlas, quienes denuncian estos hechos proponen algunas medidas: registro prospectivo y de acceso público de los ensayos clínicos y de sus resultados; acceso libre a los informes de las agencias reguladoras; papel más rigurosos de los editores de revistas médicas. Pero sobre todo señalan su preocupación de que, con estas prácticas, las consecuencias de la medicina basada en el marketing sean peores resultados en salud y mayores costos (73-82).

Quienes señalan todos estos fenómenos nos transmiten su inquietud por la situación actual de la ciencia y de la psiquiatría. Siempre –ya Arquímedes investigaba por cuenta de los mecenas para quienes también inventaba artilugios de guerra– la ciencia y los científicos han necesitado ser financiados y algunos han visto hipotecada su independencia porque han padecido la servidumbre de la necesidad económica o también, porqué callarlo, la codicia del enriquecimiento legítimo o desmesurado.

La psiquiatría y la ciencia actual, tampoco está, ni debe estarlo, a salvo de intereses diversos, legítimos o menos nobles. No es, ni quizás tampoco deba serlo, un compendio de saberes irrefutables e incuestionables. Pero sobre todo no debe pecar de reduccionismo simplificando en exceso la complejidad de los hechos clínicos y la naturaleza del desarrollo humano. El paradigma imperante actualmente del “todo es

⁴ Al parecer, las técnicas de marketing actuales clasifican a los médicos en “high flyers” (los siempre dispuestos a probar lo más novedoso “porque es siempre lo mejor”) y los “rule bounds” (los dispuestos a seguir las reglas establecidas, que necesitan reforzar su seguridad con “esto es lo que hay que hacer y lo que todo el mundo hace”).

genética y neuroquímica cerebral”, está abriendo una nueva era llena de promesas, pero puede ser mal utilizado para aplastar lo que de esencialmente humano tiene la psiquiatría, si desconoce la complejidad del psiquismo y la multifactorialidad genética, biológica, relacional y social del desarrollo del cerebro y de la mente. Así lo ha entendido siempre una larga tradición de la psiquiatría infantil (J. Ajuriaguerra, 1911-1983): *“El estudio del niño permite superar la oposición entre teorías organicistas y psicogenetistas. Si queremos superar las contradicciones entre lo biológico y lo psicológico o entre lo psicológico y lo sociológico, hay que estudiar al hombre desde su comienzo”* (83).

A veces, a la hora de terminar, uno encuentra que ya alguien ha resumido en forma inmejorable lo que uno quiere decir. Por eso concluiré con las palabras de un genetista (Jacques Ruffié, *Le traité du vivant*, 1982): *“La precariedad de la ciencia no debe inquietarnos ni desesperarnos. Ningún descubrimiento científico es definitivamente explicativo; todos han suscitado más problemas de los que han resuelto. Una teoría no debe transformarse en un dogma. La ciencia no será nunca un medio de alcanzar la certeza; es lo que la diferencia de la religión. Su fragilidad la ennoblece pues no nos apresa en ningún sistema y nos incita a la superación. Su legitimidad no ofrece duda pues ayuda a comprender mejor el mundo y conduce a transformar la condición humana”*. (84).

BIBLIOGRAFÍA

1. Illich, I.: *Némesis médica: la expropiación de la salud*. México: Joaquín Mortiz, 1978.
2. I. Illich: “L’obsession de la santé parfaite”. *Le Monde Diplomatique*, marzo 1999.
3. Conrad, P.: *The medicalization of society: on the transformation of human condition into treatable disorders*. Baltimore; John Hopkins University Press, 2007. (Referenciado en *N Engl J Med* 358; 19: mayo 2008 y en *JAMA*, vol 298; nov 7, 2007).

4. Gervás, J.; Pérez Fernández, M.: Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit.* 2006; 20 (Supl 3): 66-71.
5. Gervás, J.; Pérez Fernández, M.: El auge de las enfermedades imaginarias. *FMC*, 2006; 13(3): 109-111.
6. S. Márquez y R. Meneu: "La medicalización de la vida y sus protagonistas" *Gestión clínica y sanitaria: vol. 5, n.º 2, 2003.*
7. Parsons, T.: Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna. En: *El sistema social.* Alianza Universidad. Madrid, 1984.
8. Freidson, E.: *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care.* Atherton Press. New York, 1970.
9. Navarro, V.: *La Medicina bajo el Capitalismo.* Barcelona. Crítica, 1978.
10. Goffman, E.: *Estigma: la identidad deteriorada.* Buenos Aires. Amorrortu, 1970.
11. Goffman, E.: *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.* Buenos Aires, Amorrortu ediciones, 1970.
12. Foucault, M.: *Les mots et les choses. Une archeologie des sciences humaines.* Paris, Gallimard, 1963.
13. Foucault, M.: *L'ordre du discours.* Lección inaugural en el Collège de France. París. Gallimard, 1971.
14. Foucault, M.: *Histoire de la folie à l'âge classique.* Paris. Gallimard, 1972.
15. Lasa Zulueta, A.: El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias. *Psicopatol salud ment* 2007; M2: 9-16.
16. Lasa Zulueta, A.; Jorquera Cuevas, C.: *Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad.* Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: Osteba 2009/09.

17. Canguilhem, G.: *Le normal et le pathologique*. París. PUF, 1966.
18. Canguilhem, G.: *Écrits sur la médecine*. París. Le Seuil, 2002.
19. Angell, M.: *The truth about drug companies*. New York: Random House, 2004. Versión en castellano: *La verdad acerca de la industria farmacéutica*. Bogotá. Editorial Norma, 2006.
20. Smith, R.: Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. *PLoS Med* 2005; 2(5):e138.
21. Fava, G.A.: Financial conflicts of interest in psychiatry. *World Psychiatry* 2007; 6:19-24.
22. Taylor, R.; Giles, J.: Cash interests taint drug advice. *Nature* 2005; 437:1070-1.
23. Steinman, M.A.; Shlipak, M.G.; Mc Phee, S.J.: Of principles and pens: attitudes and practices of medicine house staff toward pharmaceutical industry promotions. *Am J Med* 2001; 7: 551-557.
24. How the drug industry distorts medicine and politics: America's Other Drug Problem, By Arnold S. Relman and Marcia Angell, *New Republic*, December 16, 2002.
25. Pedreira Crespo, V.; Rodríguez García, M.^a V.: *Formación continuada e industria farmacéutica: hacia una ética de la relación*. En: Espino A., Olabarría, B. *La formación de los profesionales de la salud mental en España*. Monografías de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Págs. 389-407. Madrid, 2003.
26. Komesaroff, P.A.; Kerridge, I.M.: Ethical issues concerning the relationship between medical practitioners and the pharmaceutical industry. *Med. J. Aust.* 2002, feb4; 176(3), pp.118-121.
27. Hodges, B.: Interactions with the pharmaceutical industry: experience and attitudes of psychiatry residents, intern and clerks. *Can. Med. Assoc. J.* 1995; 153(5), pp. 553-559.

28. Peay, M.Y.; Peay, E.R.: The role of commercial sources in the adoption of a new drug. *Soc Sci. Med.* 1988; 26: 1183-1189.
29. Lexchin, J.: Interactions between physicians and the pharmaceutical industry: what does the literature say? *Can Med. Assoc.* 1993, 149 (10), pp. 1401-1407.
30. Chren, M.M.; Landefeld, S.: Physicians behaviour and their interaction with drug companies. *JAMA* 1994, 271: 684-689.
31. Drug company influence on medical education in U.S.A. Edit. *The Lancet*, sept. 2000, vol. 356, nº 9232.
32. Chren, M.M.; Landefeld, S. et al. Doctors, drug companies and gifts. *JAMA*, 1989; 262:3448-3451.
33. Wazana, A.: Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift just a gift? *JAMA*, 2000, 283: 373-380.
34. Orłowski, J.P.; Wateska, L.: The effects of pharmaceutical industry enticement on physicians prescribing patterns. *Chest* 1992, 102: 270-273.
35. Relman, A.: Separating continuing medical education from pharmaceutical marketing. *JAMA* 2001, vol. 285, nº 11, pp. 1443-1444.
36. Coyle, S.L.: Physicians-Industry relations. Part 1: Individual Physicians. *Ann. Intern. Med.* 2002; 136: 396-402.
37. Holmer, A.F.: Industry strongly supports continuing medical education. *JAMA*, 2001; vol285, nº 15, pp. 2012-2014.
38. Farnaindustria: "Código español de Buenas Prácticas para la promoción de medicamentos"; "Reglamentos de la Comisión Deontológico de La Industria Farmacéutica". Abril 2002. www.farnaindustria.es
39. American Collage of Psycicians: "Physicians and the Pharmaceutical Industry". *Ann. Intern. Med.* 1990, 112: 624-626.
40. Royal Australian College of Psycicians: "Ethical guidelines in the relationship between physicians and the pharmaceutical industry". Sidney: RACP, 2000.
41. Canadian Medical Association "Physicians and the Pharmaceutical Industry". *Can. Med. Assoc. J.* 1994; 150 (2) pp. 256A-256C.

42. Ordre National des Médecins: "Recommandations à propos des relations médecins-industrie por l'application de l'article L.365-1 du Code de la Santé Publique. Internet:www.Yahoo.fr.SantéMédecine.Organismes.Associations Professionnelles.Ordre National des Médecins.Médecines-Industrie. 1997.
43. Steinbrook, R.: *Controlling Conflict of Interest-Proposals from the Institute of Medicine*. *N Engl J Med* (2009) May 1 (Epub ahead of print).
44. Van der Weyden, M.B.: *Doctors and the pharmaceutical industry: time for a national policy?* *MJA* 2009; 190 (8): 407-408.
45. Grilli, R.; Ransay, C.; Minozzis: Mass media interventions: effects on health services utilisation. (Cochran Review). Cochrane Library, issue 4, 2002. Oxford. Update Software.
46. Ian Morrison: *Health care in the new millennium*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco, 2000.
47. Roberts, R.: Declaraciones recogidas en La Vanguardia (La Contra: 27/07/2007).
48. Angell, M.: *Drug Companies & Doctors: A story of Corruption*. The New York Review of Books, jan 15,2009.
49. Zunwalt, D.I.; Stotland, N.L.; (y respuesta de Angell, M.). *Drug Companies &Doctors: A story of Corruption*. The New York Review of Books, feb 26, 2009.
50. González Pardo, H.; Pérez Álvarez, M.: *La invención de trastornos mentales*. Madrid. Alianza Editorial, 2007.
51. Horwitz, A.V.: *Creating mental illness*. University Chicago Press, 2002.
52. Healy, D.: *The antidepressant era*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1997.
53. Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio del Sistema Nacional de Salud de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>

54. Eisenberg, L.; Belfer, M.: *Prerequisites for global child and adolescent mental health, 2009*. *J Child Psychology and Psychiatry*, 50: 1-2 (2009) pp. 26-3.
55. Peiró, S.; Cerbera, P.; Bernal-Delgado, E.: Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en la depresión infantil: un “culebrón” que refleja importantes problemas de seguridad en los medicamentos. *Gac Sanit.*2005; 19(5):401-6).
56. Lipovetsky, G.: *Le bonheur paradoxal*. Paris: Gallimard, 2006.
57. Wilhelm Dilthey: *Introduction à l'étude de sciences humaines*, 1942; *Théorie des conceptions du monde*, 1946; *Le monde de l'esprit*, 1947. Citado en Enciclopedia Universalis France. Paris, 1968.
58. Kuhn Thomas, S.: *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica, 3º edición, 2007. (Prólogo de Carlos Solís Santos: “Una revolución del siglo XX” pp. 9-43).
59. Moynihan, R.; Heath, I.; Henry, D.: *Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering*. *BMJ* 2002; 324:886-91.
60. Moynihan, R.; Cassels, A.: *Selling sickness: how drug companies are turning us all into patients*. 2005; New York: Nation Books.
61. Martín Muñoz, P.; Ruiz-Canela Cáceres, J.; Guerra de Hoyos, J.; Rivas Aguayo, L.: Guías de práctica clínica en Internet: cómo separar el grano de la paja. *Rev. Pediatr. Aten. Primaria* 2003; 5(18):257-272.
62. Steinbrook, R.: Guidance for guidelines. *N Engl J Med* 2007; 356(4):331-333.
63. Choudhry, NK; Stelfox, HT; Detsky, AS: Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA* 2002; 287(5):612-617.
64. Briones, E.; Vidal, S.; Navarro, MA; Marín, I.: Conflicto de intereses y guías de práctica clínica en España. *Med Clin (Barc)* 2006; 127(16):634-6.

65. Navarro Puerto, MA; Ruiz Romero, F.; Reyes Domínguez, A.: ¿Las guías que nos guían son fiables? Evaluación de las guías de práctica clínica españolas. *Rev Clin Esp* 2005; 205:533-40.
66. Lenzer, J.: Truly independent research? *BMJ* 2008; 337:a1332.
67. Lacasse, J.R.; Leo, J.: (2010) Ghostwriting et Elite Academic Medical Centers in the United States. *PLoS Med* 7(2): e1000230. doi:10.1371/journal.pmed.1000230.
68. Peiró, S.: La construcción de la evidence b(i)ased medicine. *Gestión clínica y sanitaria* 2005; 7(4):131-138.
69. Spielmans, G.I.; Parry, P.I.: From Evidence-based Medicine to Marketing-based Medicine: Evidence from Internal Industry Documents. *Journal of Bioethical Inquiry* 2010; 7: 1 (13-29).
70. Melander, H.; Ahlqvist-Rastad, J.; Meijer, G.; Beerman, B.: Evidence b(i)ased medicine: selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drugs applications. *BMJ* 2003; 326: 1171-5.
71. Bero, L.: Influences on the quality of published drug studies. *In J Technol Assess Health Care* 1996; 12: 209-237.
72. The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version, 2001. Disponible en www.agreecollaboration.org.
73. Bodenheimer, T.: Uneasy alliance: clinical investigators and the pharmaceutical industry. *Arch Fam Med* 1995; 4: 335-339.
74. Davidson, R.A.: Source of founding and outcome of clinical trials. *J. Gen. Intern. Med.*, 1986; 1: 155-158.
75. Spielmans, G.I.; Parry, P.I.: From Evidence-based Medicine to Marketing-based Medicine: Evidence from Internal Industry Documents. *Journal of Bioethical Inquiry* 2010; 7:13-29.
76. Lacasse J-R.; Leo, J.: Ghostwriting at Elite Academic Medical Centers in the Unites States. *PLoS Med*, 7 (2): e1000230. doi:10.1371/journal.pmed.1000230.
77. Kassirer, J.P.: (2004) On the take: How medicine's complicity with big bussines can endanger your health. New York: Oxford University Press, 251 p.

78. Smith, R.: Medical Journals Are an Extension of the Marketing Arm of Pharmaceutical Companies. *PLOS Medicine*, 2005; 2 (5) e138.
79. La investigación financiada por la industria es significativamente más proclive a dar conclusiones a favor de la misma. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2003; 5 (2); 62-.
80. Escasa transparencia sobre el papel de los patrocinadores de los ensayos clínicos, pese a la reforma de los requisitos uniformes de publicación en revistas médicas. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2003; 5 (2).
81. Hopkins Tanne, J.: US clinical guidelines often influenced by industry. *BMJ* 2007; 334:171.
82. Hasenfeld, R.; Shekelle, PG.: Is the methodological quality of guidelines declining in the US. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 428-434.
83. Ajuriaguerra, J.: Lecciones del Collège de France, 1976-1981. *Bulletin de Psychologie*, Tome XLIII, nº 31. Cursos de Doctorado de la Universidad del País Vasco, 1983-1984 (dactilografiado y no publicado).
84. Ruffie, J.: *Le traité du vivant*. Paris. Fayard, 1982.

SER CUIDADOR; EL EJERCICIO DE CUIDAR**

Juan Larbán Vera**

RESUMEN

A lo largo de este artículo, el autor, revisa los aspectos que podrían ser considerados como la esencia y la ética del ejercicio de cuidar. Se profundiza en el análisis de la persona, personalidad y funciones del cuidador, especialmente del cuidador profesional. En el ejercicio del cuidar, se describen los elementos esenciales a tener en cuenta para la adecuada atención y eficacia de los cuidados. Se estudia el beneficio pero también el riesgo y consecuencias psicopatológicas que puede tener el ejercicio del cuidar para el cuidador profesional. Entre las consecuencias y repercusión que en los cuidados tienen los problemas de salud del cuidador profesional se describen el “burn-out” o síndrome del trabajador “quemado”, el estrés crónico y la crisis psicológica. Se valora el papel de la crisis psicológica en el cuidador profesional. En el contexto profesional del ejercicio de cuidar se considera fundamental la exigencia de autocuidado del cuidador. La base de la formación del cuidador, para el autor, se fundamenta en tres elementos:

* Este texto, que ha sido revisado, ampliado y actualizado por el autor para su publicación, sirvió como base de la ponencia que con el título, “*La crisis psicológica del cuidador profesional*” se presentó en las II Jornadas Pitiusas Pro Salud Mental que organizadas por ADISAMEF, Asociación para la Docencia e Investigación en Salud Mental de Eivissa y Formentera, se celebraron en Ibiza con ocasión del Día Mundial de la Salud Mental, los días 8, 9 y 10 de octubre de 2009, con el tema “*La crisis psicológica en el ser humano y en sus diferentes contextos*”.

** Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos. IBIZA.
Email: juan.larban@gmail.com

1–El saber. 2–El saber hacer. 3–El saber ser. La formación y formación continuada del profesional tendría que tener en cuenta estos tres elementos, impregnados a su vez de la filosofía y la ética que inspiran “los cuidados del cuidador”, tanto familiar como profesional. A continuación, se revisan los factores protectores de la salud del cuidador profesional, la resiliencia y los factores de resiliencia. Y para terminar, las conclusiones.

Palabras clave: Cuidar-Cuidador-Cuidado. Esencia y ética del cuidar. Funciones del cuidador. Cuidador familiar y cuidador profesional. Eficacia de los cuidados. Formación del cuidador profesional. Salud y competencia del cuidador. Cuidados del cuidador.

ABSTRACT

“BEING A CARER AND CARING” In the course of this article, the author goes over what might be considered the essence and ethics of being a carer. A detailed analysis is offered of the person, personality and functions of the carer, especially the professional carer. The essential elements to take into account for the appropriate treatment and efficiency of the care are described here. A close look is taken at the benefits but also the risks and psychopathological consequences which caring can have for the professional carer. A description is provided of the burn-out, chronic stress and psychological problems which are some of the consequences and repercussions the professional carer faces when caring. The role psychological break-down plays in the professional carer is also evaluated. In the professional context of caring, the demand for the self-care of the carer is considered fundamental. For the author, the basis of the carer’s professional formation rests on three things. 1- Knowledge. 2- Know-how. 3- Knowing how to be. Training and continual professional formation ought to take into account these three elements which are imbued with the philosophical and ethical notions inspiring “care for the carer”, in both a family and work environment. The factors protecting the health of the professional carer, resilience and factors aiding *resilience* are examined next. Finally, conclusions are offered.

Key words: Care-Carer-Cared. Essence and the ethics of caring. Functions of the carer. Family caretaker and professional caretaker. The efficiency of care. Professional formation of the carer. Health and competence of the carer. Care for the carer.

INTRODUCCIÓN

“Ser capaz de prestarse atención a uno mismo es requisito previo para tener la capacidad de prestar atención a los demás; sentirse a gusto con uno mismo es la condición necesaria para relacionarse con otros”. (Ética y Psicoanálisis. Erich Fromm).

ESENCIA Y ÉTICA DEL EJERCICIO DE CUIDAR

Cuidarse y Cuidar

En el caso de cuidarse, la referencia es el “autós”, uno mismo; mientras que en el caso, cuidar, la referencia es el “alter”, el otro, y, en este segundo sentido, el cuidar se convierte en una práctica trascendente, porque se abre a la perspectiva del otro, del sujeto que está más allá de los límites de la personalidad del cuidador.

Cuidar, según el Diccionario de la Lengua Española de la Editorial Espasa Calpe editado en 2005, significa, en referencia al tema que tratamos: *Asistir a alguien que lo necesita.*

Cuidar, sería el acto de atender; Tratar; Cuidar a alguien; Tener atención por alguien; Tener cuidado de/por alguien; Cuidarse a sí mismo.

El ejercicio de cuidar se podría definir como el comportamiento y acciones que envuelven conocimientos, valores, habilidades y actividades emprendidas en el sentido de suministrar las potencialidades de las personas para mantener o mejorar a las condiciones humanas en el proceso de vivir y morir.

El cuidador sería una persona de la familia, un profesional, u otra persona, que asume primariamente la responsabilidad para abastecer acciones de soporte, que asiste o ayuda otra persona o grupo, con necesidades evidentes o anticipadas, visando una mejora en la condición humana o estilo de vida.

El ejercicio de cuidar, que, más allá de su carácter cotidiano, resulta fundamental para la subsistencia del género humano, exige:

1. El escrupuloso respeto de la autonomía del otro

Cuidarse de alguien tiene como objetivo ayudarlo –en lo posible– para llegar adonde él quiere y puede llegar, potenciando su autonomía personal. El cuidador no es un sujeto puramente pasivo, sino que, puede exponer su punto de vista sobre dicho objetivo pero no debe imponerlo.

2. El conocimiento y la comprensión de la circunstancia del sujeto cuidado

Cuidar del otro significa velar por su circunstancia vital. La circunstancia no es un elemento accidental en la configuración de la persona, sino un factor determinante para comprender por qué actúa como actúa. *La circunstancia en este caso se refiere al conjunto de factores BioPsicoSociales y Económicos que influyen en el proceso de realización de la persona.*

El sujeto enfermo se halla ubicado en un contexto material que tiene unas determinadas características y que, según cuál sea, influye de un modo que puede ser determinante en la ya de por sí precaria autonomía del sujeto cuidado. No se puede cuidar al otro si no se sumerge uno en su circunstancia y comprende las claves de su situación y contexto, tanto en el plano consciente como inconsciente.

3. El análisis de sus necesidades

Cuidar de alguien significa tratar de responder a sus necesidades esenciales; significa también y sobre todo, proporcionarle, o mejor todavía, ayudarlo a encontrar las herramientas necesarias (internas y externas) para que él mismo sea capaz de responder a ellas por sí mismo, sin necesidad de un cuidador. En el fondo, se trata de buscar la autonomía en la resolución de las necesidades del sujeto que cuidamos.

La percepción de las necesidades y sobre todo la respuesta a las necesidades del otro –sujeto necesitado de cuidados– varían según la profesión en el caso del cuidador profesional.

Sólo es posible responder a las necesidades esenciales del otro si se dan dos premisas.

Primera: La capacidad de atención, de escucha o, mejor dicho, de receptividad del otro.

Segunda: La competencia profesional para resolver dichas necesidades.

Pueden fallar ambas. Sólo el que es receptivo al otro puede descifrar, a través de la expresión verbal y gestual del paciente, lo que éste necesita; pero sólo el sujeto competente puede resolver esas necesidades que siente el otro.

Ambas características deben darse en el cuidador, puesto que podría haber competencia técnica, pero no haber competencia ética ni relacional; y viceversa.

Viñeta clínica

Paso ahora a relatarles la siguiente experiencia vivida por uno de mis pacientes:

Marcelo, tiene que pedir consulta al ORL, (Médico especialista en garganta, nariz y oídos) por una dificultad respiratoria nasal y hemorragias nasales de repetición.

En la consulta con el cuidador profesional, éste, sin escucharlo y sin dejar que el paciente acabe de explicarle sus síntomas y el objeto de su demanda, lo explora y le dice: “Tiene Vd. el tabique nasal hecho polvo, una fosa nasal comunica con la otra. Es el efecto del consumo de cocaína esnifada. Tiene Vd. que dejarlo”.

El paciente, que había sido operado años atrás de una desviación del tabique nasal consecutivo a un acontecimiento traumático, presentaba secuelas de una intervención quirúrgica mal realizada que había dejado las dos fosas nasales en comunicación.

La incapacidad de escucha del profesional cuidador, en este caso, generó de entrada una contra-actitud del paciente –a mi juicio plenamente justificada– que impidió el establecimiento de una alianza terapéutica, además de generar en él, una sensación de desconfianza y maltrato profesional que se añadía a la vivencia de desamparo que ya tenía en el momento de pedir ayuda.

Sólo es posible cuidar si se dan dos condiciones fundamentales.

Primera: Un sujeto dispuesto a cuidar de otro; y, *segunda:* un sujeto dispuesto a ser cuidado por el primero y a cambiar en lo posible, su situación.

Esto supone, aunque cueste llegar a ello, el ayudar a la persona demandante de ayuda a renunciar progresivamente a los beneficios secundarios que tal situación le aporta, y a situarlo como sujeto activo y responsable de lo que hace con lo que le pasa así como de sus cuidados.

Podría fallar la primera premisa, y no habría acto de cuidar; podría fallar la segunda premisa, y tampoco podría decirse que existe el cuidar; pero también podrían fallar las dos premisas simultáneamente, y en todos estos casos no se podría articular correctamente la función del cuidar.

El deseo de cuidar del otro es una especie de impulso altruista que emerge de dentro de la persona y que la abre a la perspectiva del otro. Este movimiento hacia fuera, de superación del egocentrismo narcisista, es, en esencia, la experiencia ética. Pero sólo es posible culminar este proceso del cuidar si el destinatario es consciente de que debe ser cuidado, si se sabe frágil y reconoce en el cuidador cierta capacidad de cuidar y sanar. Si fallan estas condiciones, el ejercicio de cuidar se convierte en una tarea quimérica.

4. La capacidad de anticipación. Cuidar es preocuparse y ocuparse del otro con capacidad de anticipación

En el acto de cuidar es fundamental la práctica de la anticipación.

El ser humano, en función de su historia personal y basándose en su experiencia, es capaz de proyectarse en el futuro y anticipar situaciones que todavía no vive. Esta capacidad de anticipación es algo lúbil, lo que significa que puede uno equivocarse y predecir algo que, finalmente, no va a ocurrir. Pero cuidar, sólo es posible si uno imagina qué puede pasar en el futuro y qué necesidades se van a manifestar.

5. El respeto y promoción de la identidad del sujeto cuidado. Cuidar es preservar la identidad del otro

Cuidar de alguien es cuidar de un sujeto con derechos, de un ser singular en la historia, que tiene una identidad y personalidad propias, forjadas a lo largo de su propia evolución y que el cuidador debe saber respetar y promover en la medida de sus posibilidades. La persona enferma es un sujeto de derecho, un ser dotado de una dignidad intrínseca. Por causa de su patología, sufre una reducción de sus capacidades y de sus posibilidades de expresión, movimiento y comunicación; pero, aun así, es una persona, y en cuanto tal, su dignidad es intocable.

Cuidar de otro ser es velar por su identidad. Cuando el cuidar es un modo de suplir al otro o de colonizar su identidad, no puede denominarse “*cuidado*” en sentido estricto, porque niega el ser del otro, y ello contradice la misma esencia del cuidar. Cuando una madre cuida de su hijo, lo que desea es que llegue a ser lo que está llamado a ser; y para que esto sea posible sabe que es esencial la protección, la alimentación, la estima y el cuidado. No se trata de proyectar en él los pensamientos, ideales y creencias que uno tiene para sí, sino de ayudar al otro a ser auténticamente él mismo, a superar las múltiples formas de alienación y subordinación que presenta la cultura contemporánea.

Muchos de los malentendidos, efectos perjudiciales de los cuidados proporcionados al sujeto cuidado, así como las desviaciones psicopatológicas, incluyendo la ineficacia de los cuidados prestados, tiene que ver con esto que acabamos de mencionar.

La práctica del cuidar es radicalmente distinta según que se dirija a sujetos o a objetos.

El objeto es pasivo y neutro, mientras que el sujeto es siempre un ser dotado de dignidad, abierto a la libertad, y celoso de su intimidad. El sujeto tiene rostro, es un ente singular en la historia, un proyecto único en el mundo. Es, en definitiva, una realidad que no se deja conceptualizar, no se deja agarrar, porque es, en esencia, inabarcable.

6. El auto-cuidado como garantía de un cuidado correcto. La práctica del cuidar exige el auto-cuidado

Les comentaré ahora la experiencia siguiente que he compartido con uno de mis pacientes en psicoterapia:

Viñeta clínica

Ana es una paciente que en una de sus sesiones de psicoterapia, al hablar de su trayectoria profesional y de sus deseos en este sentido, me dice que cuando se fue a matricular en la Universidad para cursar estudios de historia o de psicología, dudando entre una y otra carrera, tuvo la oportunidad de asistir a la sesión de acogida de los futuros alumnos de psicología. El profesor de psicología que los acogió, de entrada les dijo lo siguiente: “Si estáis aquí con la pretensión de solucionar vuestros problemas personales estudiando la carrera de psicología, estáis muy equivocados, vais a perder vuestro tiempo, vais a colocaros en una situación de riesgo para vuestra salud, además de ser un elemento potencialmente peligroso para las personas que os van a pedir ayuda; sería mejor que estudiaseis otra cosa. ¡Aún estáis a tiempo de cambiar de idea!

La paciente que me cuenta esta historia, dejó entonces de dudar y se matriculó en historia. Cuando preguntó a los compañeros de universidad que habían asistido a la segunda “lección magistral” del profesor de psicología del que hemos hablado anteriormente, le dijeron lo siguiente: “A la segunda clase habían asistido un tercio de los que estaban en la primera clase”.

Sólo es posible cuidar correctamente del otro si el sujeto que cuida se siente debidamente cuidado y si se sabe cuidar.

Pongo la palabra sujeto destacada, para indicar la importancia de lo subjetivo y de las relaciones Inter-subjetivas en el desarrollo del ser humano. Subjetividad que está siempre presente en las relaciones humanas; subjetividad que puede ser objetivada –que no cosificada– en la interacción con el otro y también, en la relación con lo/el otro, ocupando el lugar del “tercero” en una relación triangular. Me refiero en este aspecto de la subjetividad tanto al cuidador como al objeto de cuidados que también es sujeto activo de los mismos.

El auto-cuidado y el cuidado de los suyos, (familia, amigos, equipo, compañeros de trabajo...) en interacción recíproca de cuidados mutuos, es necesario para desarrollar la posibilidad del cuidado del otro sin descuidarse a sí mismo.

La apertura al otro –sin excesivo riesgo para sí mismo– sólo es posible cuando la persona cuidadora tiene una madurez y cierto equilibrio emocional y mental; de otro modo, tal apertura no obedece a la voluntad de dar, sino al deseo de resolver carencias y necesidades que el cuidador padece. El acto de cuidar se convierte, entonces, en un proceso de proyección e incluso de instrumentalización del otro.

Viñeta clínica

María me cuenta en una de sus sesiones de psicoterapia de cómo ella había sido implicada y se había implicado desde muy pequeña en los conflictos “de y entre” sus padres. “Lo que ocurría en casa desde muy pequeña era algo parecido a lo que muestra la película “La guerra de los Rose” ya que mis padres estaban inmersos en un conflicto violento casi permanente. Yo no podía zafarme de eso. Afortunadamente descubrí el placer que tenía dibujando y la capacidad de abstracción que me proporcionaba esta actividad creativa. Creo que sin el dibujo, estaría mucho más “tocada” de lo que estoy”.

El ejemplo clínico de la consulta del paciente al ORL que les he mencionado anteriormente muestra también, cómo la proyección sobre el paciente de un tema personal propio del profesional, no solamente impide el ejercicio de los cuidados sino que también tiene unos efectos perjudiciales sobre la persona que nos pide ayuda.

Cuidar es prestar apoyo, acompañar, dar protagonismo al otro, transmitir consuelo, serenidad y paz cuando éste lo necesita, además de ayudarlo a resolver sus problemas; pero ello sólo es posible si el que se dispone a desarrollar dicha tarea goza de una cierta tranquilidad y estabilidad psíquica. *Cuidar al otro es tratarlo como sujeto y no solamente proporcionarle el tratamiento que necesita.*

Muy frecuentemente perdemos de vista que el cuidador también es un sujeto que, en cuanto tal, es vulnerable y debe

protegerse y cuidar de sí mismo para poder desarrollar correctamente su labor en la sociedad.

El auto-cuidado es, ante todo, una responsabilidad del cuidador. Debe velar por su cuerpo y por su psiquismo, por su equilibrio emocional y por la salud de su vida mental. Pero el cuidado del profesional no sólo es una exigencia para el profesional, sino también para la institución y para el sistema. Las instituciones inteligentes cuidan a sus profesionales, porque se sabe que el profesional es la fuerza motriz de la organización, el principal dispositivo asistencial, y que, cuando éste falla o se quiebra, la institución entra en crisis. De ahí la necesidad de proteger, cuidar y velar por la salud física, psíquica, y social, del sujeto-agente cuidador.

El sistema donde se ubican las instituciones de cura también debe tener cuidado de las mismas, porque las instituciones, en la medida en que son organizaciones humanas, no son ajenas a la erosión y al desgaste, sino todo lo contrario; lo que significa que deben ser cuidadas y atendidas correctamente para que el sistema sanitario cumpla correctamente con la función que tiene encomendada en la sociedad.

7. La vinculación empática con la vulnerabilidad del otro. La práctica del cuidar se fundamenta tanto en la vulnerabilidad como en las competencias y su potencialidad de desarrollo en una interacción adecuada de la persona cuidada con el medio

La vulnerabilidad constitutiva del ser humano es, a la vez, la condición de posibilidad del cuidado, y también, el límite insuperable del cuidar. Si los seres humanos fuésemos omnipotentes, no necesitaríamos ser cuidados, puesto que no padeceríamos necesidad alguna, pero no es ésta nuestra condición existencial.

Somos vulnerables desde un punto de vista ontológico (inmadurez biológica al nacimiento) y sólo si nos cuidan y nos cuidamos podemos sobrevivir y desarrollarnos como personas.

Por ello, la vulnerabilidad es la fuerza motriz del cuidar, la causa indirecta de dicha actividad; pero precisamente porque

somos vulnerables, nuestra capacidad de curar y de cuidar no es ilimitada, sino que tiene unos límites que debemos conocer.

No podemos curar todas las enfermedades, aunque sí podemos liberarnos de algunas que en el pasado eran mortales y que en el presente, gracias al desarrollo exponencial de la ciencia médica, ya no lo son. Pero tenemos otras enfermedades que nos superan y que esperamos poder subsanar en algún momento. No siempre cuidamos como querríamos a nuestros enfermos, porque existen límites de carácter infraestructural, organizativo, de recursos humanos y de disponibilidades personales. (2005. Torralba Roselló F).

La práctica del cuidar exige ineludiblemente un cierto vínculo empático entre el sujeto que cuida y el sujeto cuidado.

La empatía consiste en darse cuenta, en observar y en percibir la alteridad; supone la percepción compartida de la existencia y la experiencia del otro. Experiencia Inter-subjetiva compartida que tiene que ver con las actitudes y motivaciones del otro, con el movimiento y la sensación de movimiento del otro, con su intencionalidad, y también, con sus pensamientos y sus emociones.

La Inter-subjetividad sería en un sentido amplio la capacidad de compartir la experiencia vivida entre personas. Es además el soporte de lo consciente, de lo inconsciente y del lenguaje en el ser humano. La Inter-subjetividad puede ser considerada como un sistema motivacional como lo es el vínculo de apego. Tiene fundamentos psicobiológicos, (neuronas espejo, osciladores adaptativos), mientras que la psicología del desarrollo pone de relieve los fundamentos psicológicos. Es la base de los conceptos de empatía, de la identificación y de la identificación proyectiva. No hay psiquismo sin interacción. El lenguaje, la conciencia de si mismo, la conciencia reflexiva, la conciencia moral, el si-mismo, la narración autobiográfica, son construcciones lentamente progresivas que se desarrollan en la interacción con los otros y con el psiquismo de los otros.

La Inter-subjetividad es el factor más importante para la adquisición y aprendizaje del lenguaje. Es necesario poder imaginar lo que siente, piensa y quiere el otro en relación con un referente determinado para poder ponerle palabras.

El grado de empatía que tiene y desarrolla un sujeto determinado no es constante y depende además de la personalidad e historia del sujeto. La persona sana tiene en mayor o menor grado esa capacidad de empatía.

La empatía o comunicación empática ya se puede medir mediante técnicas de neuroimagen y de espectrometría, permitiendo ver el impacto de las emociones en el cerebro y cómo las emociones expresadas por un individuo en interacción con otro, afectan a quien escucha.

“La empatía que posibilita el acceso a la ínter subjetividad en el ser humano sería la capacidad de reproducir en nuestro propio psiquismo los sentimientos, los movimientos, las intenciones o motivaciones del otro y también, tomando como base y vehículo de transmisión las emociones, los pensamientos y representaciones asociados, sean conscientes o no”. (Simas, R., Golse, B. 2008).

A pesar de esta apropiación parcial y transitoria de la experiencia del otro, se debe indicar que esa experiencia del otro que yo interiorizo respeta su experiencia como originaria. No significa alegrarse o entristecerse porque el otro esté alegre o triste, sino ser capaz de vivir su alegría o su tristeza con él y en él, como si fuese mía. A través de la empatía se produce una relación Inter-subjetiva con la subjetividad del otro, con lo otro que no soy yo, con el mundo que está más allá de mí.

La empatía puede verse como la posibilidad de enriquecer la propia experiencia. La vivencia del otro es aquello que, por lo general, está más allá de nosotros, y puede ser algo que ni hemos vivido y que quizá nunca tendremos la posibilidad de experimentar. Adentrarse en la experiencia del otro significaría entonces, adentrarse en lo que nos lleva más allá de nosotros mismos; implicaría superar los márgenes del propio mundo interior. Y ello nos llevaría a enriquecer la propia imagen del mundo.

La empatía es, pues, una forma de co-sentir o de sentir con el otro, de tal modo que trasciende la mera simpatía. Se puede entender la empatía como una energía de unión con el otro y, en este sentido, es apertura hacia la amistad con el otro. A través de la empatía se hace posible la apertura amorosa en

cuanto capacidad de hacer presente lo que siente o vive el otro. Empatizar implica en el sujeto la aceptación o voluntad de salir de sí para encontrar y afrontar incluso, las diferencias con el otro. De tal modo que la empatía, además de fuente de conocimiento del otro, es también fundamento para el conocimiento personal. Viendo al otro, descubro al mismo tiempo lo que yo no soy.

La empatía o identificación empática se podría definir como la capacidad de ponerse en el lugar del otro sin confundirse con él. Se trata pues de una identificación parcial y transitoria con el otro o con aspectos emocionales y cognitivos del otro. Es la base del desarrollo del ser humano en su interacción con el otro. Es también el fundamento de la alianza terapéutica, (Larbán J. 2008).

Carl Rogers, psicólogo de la corriente humanista desarrolló una modalidad de psicoterapia no directiva y centrada en la persona que tenía como base la comprensión empática. Para Rogers, la comprensión empática consiste en captar con el máximo de exactitud posible, las referencias internas y los componentes emocionales de otra persona y comprenderlos “como si” uno fuese esa otra persona.

La empatía a diferencia de la intuición hace referencia a lo emocional mientras que la intuición hace referencia a lo cognitivo, a la teoría de la mente por ejemplo. A diferencia del “insight” o introspección, que quiere decir, “ver dentro”, la empatía se refiere a “sentir dentro”, “sentir con”, situándose más bien en el registro de lo emocional.

8. La responsabilidad ética inherente al acto de cuidar.

Cuando nos cuidamos profesionalmente del otro, nuestra responsabilidad va más allá de lo estrictamente profesional. Incluye la ética profesional pero también la personal

Se trata en este caso de la responsabilidad ética inherente a la relación-comunicación con uno mismo y con el otro.

En el seno de la –si posible– necesaria colaboración y participación en la relación de cuidados del cuidador con la persona cuidada, la responsabilidad ética sería la capacidad

del cuidador de sentirse en cierta medida responsable, –en la relación y comunicación con el otro– de lo que omite, de lo que dice y de lo que hace, así como del efecto que lo que omite, dice y hace tiene sobre el otro. La responsabilidad parcial que asumiría el cuidador y más aún el cuidador profesional sería asimétrica, pesando más en la balanza interactiva su parte de responsabilidad que la de la persona cuidada. (Larbán J., 2007).

Esta actitud ética del cuidador en la relación de cuidados con el otro implica no solamente sentido de la responsabilidad en la interacción con la persona objeto de cuidados sino también una necesidad de coherencia, congruencia o autenticidad que está en la base de la confianza mutua.

Esta preocupación profesional y ética por el otro –junto con la empatía– tiene, entre otras cualidades, el efecto de aumentar y mejorar la alianza terapéutica o profesional con el sujeto-objeto de cuidados. Permite además disminuir la tendencia proyectiva “evacuatoria” (proyectar, depositar inconscientemente sobre el otro aspectos propios que son negados y rechazados en uno mismo) del cuidador que es la fuente de muchos de los efectos perjudiciales que aunque indeseables para/por uno y otro, vive la persona objeto de nuestros cuidados. Además, esta actitud ética del cuidador refuerza la identificación proyectiva empática (no evacuativa) y la identificación introyectiva o interiorizadora del otro, de lo otro, aspectos que están en la base de la comunicación empática con el otro y del desarrollo humano.

No se trata de culpabilidad en este caso que describimos, se trata de asumir su responsabilidad. La culpabilidad lleva a la búsqueda del castigo o auto-castigo para expiar la culpa. La responsabilidad o mejor dicho, el sentimiento de responsabilidad, por el contrario, lleva a la reparación del daño, a la corrección del error cometido.

Entiendo por *alianza terapéutica* o profesional –que en un sentido amplio incluye también la relación de cuidado de los cuidadores no profesionales– la interacción que busque además de cuidar, sanar, educar, etc., el facilitar y potenciar la evolución y el desarrollo del sujeto que cuidamos.

La base de esta alianza en la interacción sujeto cuidador-sujeto cuidado sería el resultado de la identificación empática, parcial y transitoria, que vive el cuidador en relación con el sufrimiento, (aspecto emocional) y con el problema de la persona que cuida, (aspecto cognitivo) y también de su familia, lo que permite a su vez de forma recíproca e interactiva, aunque asimétrica, una identificación empática similar de la persona cuidada y de su familia “*hacia y con*”, la actitud y trabajo del cuidador.

Para el desarrollo de una buena alianza el cuidador tiene que contar y tener en cuenta la personalidad, la biografía, el contexto, el ritmo evolutivo, los mecanismos de defensa y las resistencias de la persona que cuida, ajustándose progresivamente a ellas.

Para una mayor eficacia de nuestros cuidados tendríamos que tener en cuenta lo siguiente:

Criterios de eficacia terapéutica y por extensión, de los cuidados que prestamos. (Dentro de los límites de la propia patología o problemática del sujeto y entorno inmediato).

1. *Historia y personalidad del cuidador, su motivación, formación y experiencia.* Dentro de la personalidad del cuidador citaremos como importantes: la congruencia, la autenticidad, la capacidad para hacer frente, elaborar e integrar las necesidades evolutivas de cambio interno y externo; tanto si son las del otro como las propias. Capacidad de superación de las situaciones de crisis tanto si son relacionales con respecto a la persona que cuidamos como si son personales o profesionales. Capacidad de duelo. Capacidad de ajustar nuestras propias expectativas al contexto de nuestros cuidados y a las posibilidades evolutivas de la persona que cuidamos. Capacidad de acceso y de contención así como de elaboración de las vivencias emocionales conscientes e inconscientes (del sujeto cuidador y del sujeto-objeto de nuestros cuidados). Capacidad de atención y de espera en una escucha receptiva y activa. Capacidad de empatía, necesaria para establecer una buena alianza terapéutica.

No olvidemos que las personas que cuidamos frecuentemente se encuentran en una situación de dependencia, vulnerabilidad y desamparo similar a la de los niños, pero no lo son,

ni podemos tratarlos como tales. El respeto por su persona en tanto que adulto me parece esencial.

2. *Calidad de la relación terapéutica o de cuidados* (sean profesionales o no). Dependerá en un aspecto fundamental del contexto de los cuidados así como de la capacidad por parte del cuidador, –sea institucional, profesional o no– para crear un continente que permita la elaboración de un contenido útil para la relación de cuidados y los cuidados propiamente dichos, así como para el proceso de su desarrollo, dando sentido a unos y otros a la vez que a nuestras intervenciones terapéuticas o de cuidados.

3. *Adecuación de la respuesta terapéutica –o del cuidador– a la demanda*, tanto si es explícita-consciente, como si es implícita-inconsciente, y siempre, en función de las necesidades reales del paciente-usuario de nuestros cuidados y de su familia.

CUIDADOR

Ser cuidador de los demás puede ser una importante fuente de gratificación narcisista y una situación de riesgo para la salud tanto para uno mismo como para quien es objeto de nuestros cuidados.

El beneficio narcisista que encontramos como cuidadores en el ejercicio de cuidar del otro puede hacer que nos “*enganchemos*” adictivamente a nuestra función o papel de cuidador. Un número importante de adultos cuidadores han sido en su infancia niños parentalizados, (en el sentido del término y concepto desarrollados por Boszormenyi-Nagy. 1993) es decir, han sido niños que demasiado precozmente se han convertido en los cuidadores de sus propios padres, al precio de descuidar aspectos básicos de su propio desarrollo. Esto es a la vez una gran ventaja y un gran inconveniente. Estos cuidadores pueden ser, debido a esta circunstancia biográfica y existencial, cuidadores vocacionales con una actitud adictiva en su papel y función de cuidador, descuidando sus propios cuidados así como el cuidado de lo suyo y de los suyos.

Dentro de esta modalidad de cuidadores, algunos pueden tener importantes dificultades para potenciar la independencia y la autonomía de la persona que cuidan debido a su actitud “*adicto-dependiente*” de la dependencia que generan en los otros hacia ellos. Esta actitud del cuidador, sea profesional o no, podría ser interpretada como un mecanismo de sublimación de sus pulsiones cuando en el fondo sería más bien un mecanismo de defensa contra su propia avidez y necesidad de cuidados, así como una protección frente a sus necesidades regresivas, con la finalidad de evitar, negándola, su necesidad de dependencia y el reconocimiento de su vulnerabilidad, así como de su propia necesidad de ser cuidado.

Viñeta clínica

Norma es una joven que como profesión se dedica al cuidado de los demás. En el curso de su psicoterapia va descubriendo su tendencia a establecer relaciones de pareja con personas que acaban siendo muy dependientes de ella. Varias relaciones han seguido este patrón conductual y han acabado en ruptura de la relación y sentimiento de fracaso. La petición de ayuda psicoterapéutica tiene que ver con estas repeticiones y la dificultad que tiene para elaborar los duelos consecutivos a estas pérdidas. Va dándose cuenta del miedo que tiene a depender del otro que podría cuidarla. Se va dando cuenta de que su miedo a la dependencia la lleva a negar esta necesidad en ella y a vivirla por procuración, en y a través del otro, que se vuelve dependiente de ella. Acaba por comprender que la dependencia que ella teme, la propicia y fomenta en el otro que convive con ella. Asocia con el hecho de que su madre, siendo bebé, había estado durante mucho tiempo, muy enferma y cómo desde siempre, se había presentado y mostrado como una persona “víctima y enferma de la vida”. Piensa que entonces como ahora, y debido a esta circunstancia, su madre no había podido comprenderla de forma empática, ni cuidarla adecuadamente. Dice que desde siempre, ella ha sido cuidadora de su madre, no solamente por una cuestión de necesidad para sobrevivir siendo pequeña y dependiente de ella, sino también y posteriormente, por una cuestión de gratificación narcisista que le llevaba a asumir este papel y esta función de cuidador en la

relación con los demás, incluso en situaciones en las que nadie se lo pedía y a costa de sus propias necesidades.

Esta situación clínica descrita se relaciona no solamente con lo dicho anteriormente del fenómeno de la parentalización de los hijos por parte de los padres sino también, con el concepto de “falso Self” acuñado por Winnicott, (Winnicott W. D. 2002) en alusión a esas “pseudopersonalidades neuróticas” hipermaduras e hiperadaptativas, personalidades “como si” fuesen normales, que se desarrollan aparentemente normalmente, entregándose al cuidado de los demás, pero a costa de su propia salud y de su propia vida. Este concepto clínico engloba esas situaciones de crianza en las que el bebé, muy precozmente se tiene que someter al imperativo de la realidad exterior, de la situación de sus padres, al precio de renunciar a sus propias necesidades evolutivas.

Verse con la obligación de ser cuidador, (causa externa) o sintiéndose “obligado” a serlo, (causa interna), aumenta la situación de riesgo para la salud del cuidador.

Ser cuidador familiar de referencia supone la mayoría de las veces una obligación que tienes que ejercer incluso si no estás preparado para ello. Representa para él una situación de riesgo mayor que la del cuidador profesional que en teoría ejerce su función por elección y contando con la preparación adecuada.

Ser cuidador supone poner a prueba en la realidad externa lo interiorizado de la experiencia, (realidad interna) de haber sido, y de ser cuidado por el otro. Todos los humanos hemos nacido para ser cuidados necesariamente por el otro.

La situación de inmadurez neurobiológica (Neotenia) del ser humano al nacer lo coloca en una situación de dependencia total de quien le cuida a diferencia de lo que ocurre con otras especies animales. Esta prolongada y gran dependencia interactiva, por lo que supone de impregnación cultural, facilita y hace necesario el acceso al simbolismo y al mundo del lenguaje. Podríamos decir que básicamente, el lenguaje hablado ha sido inventado y desarrollado por la especie humana para poder designar y hablar de lo ausente que no puede ser alcanzado ni señalado.

El ser humano puede ser definido como el Ser que requiere ser cuidado para seguir siendo lo que es; como el Ser que sólo si es cuidado puede llegar a desarrollar sus potencialidades que son extraordinarias. Potencialidades ancladas en la constitución neurobiológica con base genética del ser humano; pero también, potencialidades virtuales que para hacerse realidad necesitan de la interacción evolutiva con el entorno. *La epigenética*, que ha sido inventada y desarrollada para superar las limitaciones de la *genética*, estudia la interacción del genoma con el ambiente. Lo que antes se creía que estaba predestinado por el genoma de cada uno, lo que está escrito en los genes, se sabe hoy día que se manifestará o no, en función de la interacción con el medio.

Nacemos con una aparente inmadurez neurobiológica comparada con otras especies animales, nacemos con una gran dependencia del otro, nacemos muy vulnerables debido a la gran necesidad de ser cuidados que tenemos; cuidados por otra parte necesarios para sobrevivir y desarrollarnos como personas. Nacemos pequeñitos e inmaduros pero con un gran cerebro que crece y se desarrolla a lo largo de toda la vida del sujeto. Gracias al mecanismo de creación, crecimiento y desarrollo del cerebro y del sistema neuronal que evolucionan y se desarrollan durante toda la vida en estrecha interacción con el entorno cuidador (familiar, profesional, institucional y social), –mecanismo que llamamos hoy día “*Plasticidad Neuronal*”– sabemos hoy día que el ser humano es capaz de aprender –fruto de esta experiencia interactiva– de la experiencia, y que a su vez, esa experiencia interactiva va influenciando y modulando el desarrollo de nuestro cerebro y de sus conexiones neuronales.

Ser cuidador como su nombre indica, forma parte del “*Ser*”, de la naturaleza profunda del ser humano; forma parte del instinto de conservación de la especie humana o si se prefiere, de la “*pulsión de autoconservación*” del ser humano y es algo que tenemos potencialmente desde nuestro nacimiento. Que se desarrolle más o menos este aspecto de la personalidad estará condicionado por la experiencia de lo vivido en la interacción con el entorno.

La forma en que desarrollaremos nuestra función de cuidador estará influenciada, (consciente e inconscientemente) que no predeterminada, por la forma en que hemos sido cuidados y sobre todo, por lo que hemos hecho y estamos haciendo “de y con” esos cuidados, los que hemos tenido, los que no hemos tenido, y los que tendremos, tanto en el aspecto de dar como de recibir cuidados, (Larbán, J. 2006).

Ser cuidador y ejercer la función de cuidador pueden ser aspectos complementarios pero también antagónicos. En este último caso el sujeto cuidador, mediante un mecanismo de defensa como la disociación puede separar y desconectar su vida personal de la profesional o de la de cuidador no profesional. Este mecanismo de defensa si es utilizado de forma parcial y transitoria por el sujeto cuidador es un mecanismo de defensa muy sano que protege al cuidador de la patología de un exceso de empatía. Sin embargo, si como mecanismo de defensa lo utilizamos de forma preferente, de forma masiva, exclusiva y excluyente, entraríamos en la patología por defecto de empatía. En ambos casos de exceso y defecto de empatía, la eficacia y calidad de nuestros cuidados, además de nuestra salud, puede verse afectada. La evolución personal y profesional del cuidador profesional no debería estar excesivamente disociada si queremos proteger nuestra salud y ejercer adecuadamente nuestra función de cuidadores.

Viñeta clínica

Jorge es también un profesional que se dedica a cuidar de los otros. En el proceso de las primeras entrevistas, al analizar y elaborar su demanda de ayuda me cuenta lo siguiente; lo que esencialmente me ha motivado y conducido a pedirle ayuda es el sueño que voy a contarle: En el sueño, o más bien en los sueños que tengo desde hace varios años, sueños muy angustiosos y repetitivos, me veo escindido, separado y dividido en dos. Por una parte, estoy yo, en la base de una montaña, observando y viendo tranquilamente cómo otra persona, que también soy yo, está escalando esa montaña aparentemente sin ninguna dificultad. Sin embargo, cuando en el sueño, soy el escalador, me doy cuenta de que estoy sudando, extenuado,

angustiado y casi sin fuerzas, con la sensación de que en cualquier momento puedo caer. Al mismo tiempo me digo que si tuviese la ayuda de ese individuo que desde abajo me está observando impassible e ignorando mis dificultades, probablemente llegaría a la cima y no acabaría por caer.

El análisis y comprensión del contenido de los sueños recurrentes que padecía Jorge, le llevó a pedir ayuda. Se había dado cuenta de que desde hacía mucho tiempo su vida personal y profesional funcionaban de forma disociada y que como consecuencia de ello, podía acabar “cayendo” enfermo.

Cuidar al otro y cuidarse del otro sin descuidarse a sí mismo ni sin descuidar lo suyo propio, sería un aspecto sano y esencial del acto de cuidar, (egoísmo sano y necesario para la supervivencia y desarrollo) así como de los cuidados del cuidador.

La relación de ayuda de calidad se basa en estas características que voy a enumerar y que tienen que estar presentes en la interacción con el otro:

1. Comunicación. Comunicarse realmente (cognitiva y emocionalmente) con el otro.
2. Personalización de la relación y comunicación. Personalizar la interacción con el otro. Sentirse tratado como persona singular, con nombre propio.
3. Aceptación. Sentirse aceptado **casí** incondicionalmente por el otro.
4. Confianza. Poder confiar en el otro y en el proceso de ayuda construido con el otro.
5. Acogida. Acoger, sentirse acogido por el otro.
6. Comprensión. Comprender, sentirse comprendido empáticamente por el otro.
7. Autenticidad. Ser genuino o verdadero. Ser lo que se dice ser. Base de la confianza mutua.

La forma de ser del cuidador y su función cuidadora del otro, –como ya hemos visto anteriormente– depende de la personalidad, biografía, formación, experiencia, circunstancias y contexto de los cuidados del cuidador así como de la relación cuidador-cuidado.

FORMACIÓN Y CUIDADOS DEL CUIDADOR PROFESIONAL

La formación y competencia personal-profesional del cuidador tiene que ver con tres aspectos del saber en estrecha interacción entre sí.

El saber teórico, que está relacionado con el proceso cognitivo, permite acceder a un saber sobre sí mismo y sobre los demás, así como sobre la profesión y sobre la relación con los demás.

Para saber es preciso cuestionarnos, renovar las ideas, eliminar los prejuicios, mantener la mente abierta al mundo, ser capaces de relativizar, ser flexibles y escuchar.

El saber interroga el presente y prepara el futuro. El saber evita el dogmatismo e incorpora el sentido del humor.

Los estudios, cursos, seminarios, lecturas y comentarios de textos, así como los programas de formación profesional reglada formarían parte de la adquisición y desarrollo de competencias en el ámbito de esta dimensión intelectual del acto de cuidar.

El saber hacer, está en relación con las habilidades técnicas y la destreza profesional.

El saber hacer incorpora la práctica, la acción. Las habilidades que uno tiene y pone en juego, las destrezas al actuar y las técnicas que pueden suponer una mejora en las relaciones aportan un valor personal y profesional básico en el ejercicio de cuidar.

En este campo, para el profesional cuidador, la supervisión de casos y de la forma de llevarlos es una situación privilegiada para adquirir no solamente ese saber hacer del que hablamos sino también la capacidad de interiorizar la función del *“tercero observador”*. En este caso, la función del tercero observador sería la del supervisor, un profesional con experiencia clínica y formativa, externo a la institución donde se hace la supervisión grupal del equipo. La creación de un espacio profesional interno del profesional y del equipo, –que también tiene que desarrollar la capacidad de cuidar y de cuidarse– y

también, la creación de un espacio institucional de acompañamiento del cuidador y su equipo a lo largo del camino recorrido con el sujeto de sus cuidados me parece fundamental. Espacio donde se pueda trabajar el grado de cooperación y de ayuda mutua entre sus miembros. Espacio también, donde se pueda pensar y hablar de lo que hacemos u omitimos de hacer en la interacción con el otro que cuidamos, así como el poder efectuar un trabajo de elaboración-integración de nuestros errores, ansiedades, miedos y dificultades en la relación de cuidados que prestamos, no solamente es un elemento fundamental para el desarrollo de la calidad asistencial sino también, un importante factor protector de nuestra salud como cuidadores profesionales (Larbán J. 2009).

Para los cuidadores no profesionales, las asociaciones de afectados y familiares, así como los grupos de autoayuda multifamiliares, pueden representar para ellos algo parecido a lo que hemos comentado sobre el espacio de cuidados para los cuidadores profesionales.

Dentro de los programas de formación continuada de los cuidadores, sean profesionales o no, debería tenerse siempre presente como telón de fondo de toda formación, la filosofía, la ética, y el enorme beneficio que representa la necesidad de potenciar y desarrollar los cuidados del cuidador.

“Para la organización, cuidar a los profesionales es, ante todo, quererlos, (Winnicott dice que “para cuidar hay que sentir amor”, y no es extraño ver a profesionales vividos como cargas por las administraciones), tenerlos en cuenta, permitir y favorecer su implicación en los diseños, desarrollo y evaluación de sus acciones, confiar en ellos, permitirles ser creativos y no quedar encorsetados en las cada vez más insoportables estrechuras de una gestión mecanicista y centrada en la dictadura de los números. Significa también reconocer las tensiones que genera la tarea y facilitar los remedios para hacerle frente” (2002. Leal Rubio, J.).

También sucede que en las instituciones de cuidados hay profesionales que esperan de su institución una actitud cuidadora-maternante-terapéutica que a veces es incompatible con

la autoexigencia y la propia exigencia de calidad y de compromiso asistencial (profesional e institucional) que debería regir nuestra práctica hacia la persona a la que van destinados nuestros cuidados profesionales. También ocurre que a veces, los intereses personales y profesionales de los cuidadores predominan sobre los intereses de las personas que cuidan o que pueden ser objeto de sus cuidados.

Viñeta clínica

Miguel, que se dedica al cuidado profesional de los otros, en una de sus sesiones de psicoterapia se queja de que su nuevo jefe le acosa laboralmente, que eso le está haciendo sufrir mucho y que está agravando su depresión. Se plantea denunciarlo con ayuda de su sindicato. Cuando analizamos su situación a fondo, vamos descubriendo que su anterior jefe no les controlaba y que eso les permitía una libertad que a veces era vivida por sus trabajadores, incluido Miguel, como un abandono. Situación que se hacía dolorosamente evidente cuando Miguel tenía que asumir situaciones de responsabilidad que podían preocuparle y angustiarse. En su psiquismo se había producido una confusión entre la necesidad de control y de ser controlado en su trabajo por su jefe con el hecho de sentirse perseguido y acosado por él. El trabajo psicoterapéutico efectuado sobre su pasado biográfico nos permitió comprender y cambiar –a través del vínculo transferencial– esta percepción de Miguel. Se repetía para él y en su trabajo, así como en la relación terapéutica, la situación alternante de abandono-control persecutivo que vivió de niño en la relación con sus padres.

El Saber ser, asociado con la dimensión afectiva, las actitudes, los valores, las emociones, las habilidades de relación y comunicación del cuidador.

El saber ser en las situaciones de trabajo dirigidas a “cuidar” sólo está parcialmente dirigido por la razón. Nuestra afectividad interviene de forma casi determinante. No cabe duda de que conocer, saber, razonar... evitan o limitan los malentendidos y pueden facilitar las relaciones.

Las emociones, su conocimiento y su gestión adaptativa son muy importantes en nuestras relaciones interpersonales. Las actitudes que adopte o tenga incorporadas el profesional cuidador van a jugar un papel esencial en los resultados de la relación de ayuda o cuidados.

Para evitar “quemarse” y para ser un buen profesional cuidador es básico trabajar la capacidad para gestionar los propios sentimientos y emociones así como los factores que hemos mencionado anteriormente.

Este conjunto de habilidades forman parte del concepto de “*inteligencia emocional*”. Si olvidamos desarrollar alguna de las dimensiones profesionales mencionadas, no llegaremos a ser buenos profesionales-cuidadores. Se tiende a potenciar más la vertiente intelectual y las habilidades técnicas pudiendo quedar desatendida nuestra parte más humana; el desarrollo del ser, de nuestra vertiente afectiva.

Para la consecución de ese saber ser del que hablamos me parece muy importante que el cuidador, y sobre todo el cuidador profesional, durante su formación, haya experimentado la posición del otro que pide y necesita ayuda, siendo tratado y cuidado a través de su propio tratamiento psicoterapéutico personal o con una experiencia terapéutica personal acorde con el modelo o escuela de formación que inspire su ejercicio profesional. Evitaríamos así que algunos de los profesionales cuidadores ejerzan su trabajo como una elección defensiva inconsciente que consistiría en cuidar a los demás, cuidándose y protegiéndose de ellos para evitar ser, objeto-sujeto de cuidados. Con el importante riesgo que esto representa para el cuidador y para quien es cuidado.

Desarrollaremos ahora brevemente la problemática que afecta al cuidador profesional cuando se ve sometido a situaciones frustrantes y estresantes, repetitivas y duraderas; situaciones clínicas tales como el Burn Out y el Estrés crónico. También comentaremos la presencia y efectos de la crisis psicológica en el cuidador profesional y en los cuidados que presta.

BURN-OUT, ESTRÉS CRÓNICO Y CRISIS PSICOLÓGICA DEL CUIDADOR PROFESIONAL

Efecto y consecuencias psicopatológicas en el cuidador profesional y en sus cuidados

Estos tres conceptos enumerados, –que son utilizados como similares– aunque presentan similitudes, son diferentes. Por eso los tratamos por separado aunque incluidos en el mismo apartado de los riesgos y consecuencias que para el cuidador profesional puede tener el desempeño de su labor.

El Burn Out o Síndrome del profesional-trabajador “quemado”

Con este nombre se describe en la actualidad un síndrome patológico de la relación cuidador-cuidado, poniendo el énfasis en el cuidador.

Este cuadro ocurre o se presenta ante la frustración de ideales, crónica y repetida; frustración que simboliza o representa un obstáculo a una demanda afectiva o emocional y cuando esa demanda en el cuidador se constituye en la única o principal satisfacción o gratificación que el sujeto pretende obtener y que se acompaña de una vivencia dolorosa de “*frustración interna*”.

Les presento ahora los elementos necesarios para que pueda presentarse este “*Burn Out*” en un cuidador:

Por un lado un profesional, un cuidador que por el conjunto de factores biográficos que integran su personalidad y los que lo orientaron hacia esa actividad; más los aspectos idealizados y fantaseados, interiorizados durante su aprendizaje y formación, ayudaron a crear un profesional omnipotente y ambicioso. Que además, ha convertido ese objetivo idealizado en su principal o único objetivo.

Podríamos denominar a este profesional, por su adicción al narcisismo como una “*personalidad narcisista-adictiva*”.

Por otro lado el “*cuidado*”; un paciente o individuo atendido, cuidado o auxiliado que por las características de su afección y su evolución, indudablemente frustrará esos ideales exagerados, fantaseados y omnipotentes del cuidador.

A ello puede contribuir la estructura social, cuando restringe los medios necesarios para esa eventual labor auxiliadora, reparadora o curativa que gratificaría al cuidador.

Pero, el elemento principal o más evidente en la acción lesiva vivida por el cuidador será siempre “la relación”, que actuará como un disparador.

Desde el punto de vista psicológico, el estudio del Burn Out es una investigación de la frustración de tipo narcisista, pero con características individuales que modulan esa patología psíquica.

Lo que la realidad parece escapar al profesional no es cualquier tipo de satisfacción sino muy claramente esa única (narcisista) que busca. Esta frustración focalizada no proviene sólo del mundo exterior sino también de su mundo interior, de aspiraciones del Yo Ideal narcisista (construcción de un ideal no realista como expectativa, haciéndolo además, de espaldas a la realidad o negándola) cuando su narcisismo se frustra. Este “cuidador” “cree” que lo que padece es por culpa de la enfermedad o “*con este enfermo*”, con los colegas y jefes, con los reglamentos y disposiciones.

En la realidad lo que padece tiene que ver sobre todo con él mismo, lo externo actúa como el factor desencadenante.

Siguiendo con la frustración narcisista, ésta requiere omnipotencia y un grado de tolerancia a la frustración que es variable y relacionado con el desarrollo de la personalidad y con la aparición de una regresión conflictiva en el propio cuidador.

Como en una especie de balanza, cuanto mayor sea el narcisismo, el amor propio, las causas efectivas de la frustración narcisista pueden ser pequeñas, hasta parecer no significativas para el observador. Así, una persona puede frustrarse por razones nimias y esa frustración suele ser mucho más grave en sus efectos cuando se refiere a aspiraciones sublimadas, es decir no referidas a lo sexual, en el sentido psicoanalítico.

Para Freud la frustración narcisista es el resultado de una pulsión no satisfecha, de una identificación fracasada, pero además, quien la vive, está incapacitado para recibir gratificación.

En la frustración narcisista, según Lacan la falta es imaginaria. Es el campo de las exigencias sin límite. El individuo no puede reconocer estas circunstancias en sí mismo, pero recibe la evolución del paciente como una agresión narcisista. Debemos recordar que para que exista la agresión narcisista se requiere narcisismo y también, trastornos o psicopatología del narcisismo.

Psicopatología del Burn Out en el cuidador profesional

Como los trastornos psicopatológicos son en gran medida similares en este caso y en el del estrés crónico, me limitaré a describirlos someramente en el caso del Burn Out.

El síntoma más grave es la dificultad para la autocrítica. La ausencia o distorsión de la percepción de enfermedad o de riesgo que el sujeto tiene.

La creencia de tener ¡un perfecto control de mis emociones! (piensa él) es una de las situaciones narcisistas mayores y más peligrosas para la salud del ser humano. Esto conlleva además, grandes dificultades para pedir y recibir un tratamiento.

Podemos considerar la presencia de la sintomatología psíquica y conductual en 3 áreas: El agotamiento emocional, la desinvertidura de las relaciones y la falta del sentimiento de realización personal.

Parece que se ha levantado un muro que bloquea en ambos sentidos la comunicación afectiva. La aferentación afectiva, en la realidad, se cumple, pero es recibida por neuro-receptores diferentes que en lugar de provocar placer, inducen a frustración y disgusto. Se le ha llamado a este fenómeno, “*disonancia emocional*”.

Se la denomina “*agotamiento*” sólo para explicitar el cuadro, el cual siempre tiene un depositario determinado. Suele aparecer la frase: “*¡Este paciente me agota!*”.

La persona trabaja con tensión, está disconforme en múltiples aspectos. Pareciera que “*busca lo que no está bien, pero no hace nada para mejorarlo*”. Su irritación se traslada a su hogar y siempre es un individuo desgraciado.

Pierde fácilmente su humor y tolerancia y esto “*se contagia*” y se incrementa con el contacto con el resto del personal

o con colegas y pacientes. Es “*el conflictivo*” en nuestra forma de hablar coloquial y suele ser temido en su medio.

Provoca conflictos interpersonales que le llevan al aislamiento y su frecuente agresividad dificulta el acceso terapéutico. Tiene pobre rendimiento y por eso suele ser cambiado de un lugar a otro.

La sintomatología depresiva agregada es frecuente y su diagnóstico diferencial es importante y difícil.

No es extraño que la persona afectada adopte conductas sádicas para con algún paciente, desoyendo peticiones de ayuda o de analgesia. Dado el pobre rendimiento habitual, no es extraño que, por ejemplo en enfermería, sea derivado a horarios nocturnos. Siniestra paradoja porque queda liberado de todo control y se cita el caso de haber recibido elogios porque nunca molesta al médico de guardia con demandas.

Es más frecuente en la edad media de la vida y con pocos recursos de afrontamiento, y donde los ideales fantaseados de su profesión pueden estar aún presentes.

El sujeto que padece el síndrome del profesional “*quemado*” presenta también *trastornos psicosomáticos tales como:* cefaleas, malestar en la vista, apetito desahogado y alteraciones menstruales, trastornos del aparato osteoarticular, modificaciones inmunológicas con disminución de linfocitos T, aumento del cortisol plasmático, frecuentes problemas de sueño, fatiga, y palpitaciones.

Puede sufrir también de adicciones a psicofármacos, cigarrillos, alcohol, y en enfermería y en los médicos, la drogadicción es favorecida por su fácil acceso a la sustancia adictiva.

Su tratamiento es complejo y difícil cuando el centro asistencial al que pertenece el afectado ignora, no posee, y a veces hasta obstaculiza las actividades individuales y grupales de orientación psicoterapéutica. La desorientación diagnóstica hace de la persona con Burn Out un incomprendido, un perseguido y un desgraciado. Se hace daño a sí mismo, a los pacientes y a la estructura asistencial.

La poca o nula preparación o comprensión, y los prejuicios en la elección de profesionales psicoterapeutas que puedan orientar, ayudar o proponer tratamientos posibles, es otro

factor que dificulta el tratamiento. No obstante, pienso que es válido el concepto de que toda elección u orientación psicológica define al que elige, más que al elegido.

Creernos invulnerables a circunstancias anímicas es lo que nos transforma en *“sujetos de alto riesgo”*. El narcisismo y la omnipotencia patológica son tales, sólo para el observador. Frente a esto, es difícil proponer tratamientos a los que nadie, o muy pocos se presentarán.

Para hacer frente a esta realidad y dificultad se pueden asignar créditos de formación continuada y valor curricular a la asistencia a grupos terapéuticos.

Con frecuencia se opta por lo que parece fácil, que es cambiarlo de servicio o buscar una actividad que, en la opinión del entorno, lo gratifique. Esto no es efectivo porque la problemática padecida se lleva adentro.

Además, la gratificación que esa persona busca no es cualquiera, sino una determinada e imposible, como hemos visto.

Sin embargo, al distanciarlo del tipo de pacientes donde hubo fijado su situación psíquica actuando como disparador de su frustración, el cuadro clínico puede mejorar temporalmente.

También se puede proponer como tratamiento la organización de *“juegos de rol”*, que parecen ser efectivos y es una propuesta que suele ser fácilmente aceptada.

Deberá prestarse atención a los programas de enseñanza con objeto de no idealizar ni proyectar fantasías irreales sobre su futura actividad. Asimismo se tendrían que examinar las condiciones de selección de personal, para que atractivas idealizaciones no acaben en significativos disparadores de Burn Out.

Suponer que la labor misma, ¡la realidad de la vida! reorientará al afectado y le sacará de su problemática, es un error grave y frecuente. Es una receta siniestra que dañará a todos.

Es frecuente que en medicina, enfermería y otras actividades sociosanitarias y educativas se idealice demasiado la actividad profesional, insistiendo desde la cátedra de enseñanza sobre *“los nobles sentimientos”* del cuidador, *“la profesión*

idealizada” y muchas otras cosas que la realidad de la vida llevará progresivamente hacia la frustración.

La participación en una técnica de grupos facilita la identificación y orienta su tratamiento. Su asistencia debería ser obligatoria y constituir un elemento evaluable de curriculum, adjudicando un cierto prestigio en su medio laboral y ventajas en su trabajo.

El Estrés crónico en el cuidador profesional

El origen del término *estrés* se encuentra en el vocablo “*distres*”, que significa en inglés antiguo “*pena o aflicción*”; con el uso frecuente se ha perdido la primera sílaba. El vocablo ya era usado en física por Selye, aludiendo a la fuerza que actúa sobre un objeto, produciendo la destrucción del mismo al superar una determinada magnitud; para este autor, el estrés es una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias. Se trata de un proceso adaptativo y de emergencia, siendo imprescindible para la supervivencia de la persona; éste no se considera una emoción en sí mismo, sino que es el agente generador de las emociones.

Hans Selye desarrolla su teoría del estrés como la respuesta no específica del cuerpo a distintas demandas, enfatizando que dicha tríada patológica, (“*stress syndrome*”), puede resultar de la exposición a distintos estresores. (“*Estrés: Un estudio sobre la ansiedad*”. 1950).

Además, Selye introduce la expresión “*Síndrome General de Adaptación*” que como cualquier síndrome está constituido por un conjunto de síntomas y signos, que transcurre en tres fases sucesivas: 1–Alarma, cuando detectamos el estímulo amenazante tanto si es interno como externo. 2–Resistencia o adaptación, cuando tomamos medidas defensivas frente al elemento estresante. 3–Agotamiento, cuando comienzan a agotarse las defensas de nuestro organismo.

El estrés es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia ya que nos mantiene en alerta y preparados para la huida o el ataque.

A pesar de que un cierto nivel de estrés o de ansiedad es necesario para mantener viva la atención y para la acción, hoy

día se confunde frecuentemente con algo patológico, confusión que se debe a que ese mecanismo de defensa puede acabar, bajo determinadas circunstancias, que abundan en determinadas formas de vida, desencadenando graves problemas de salud.

El efecto que tiene la respuesta estrés en el organismo ante los elementos estresantes es profundo:

Se produce un predominio del funcionamiento del sistema nervioso simpático con reacciones como vasoconstricción periférica, midriasis, taquicardia, etc. con liberación de hormonas de las glándulas suprarrenales como la adrenalina y noradrenalina, el cortisol, y también, un aumento en sangre de la glucosa, de los factores de coagulación, de los aminoácidos libres y de los factores inmunológicos. Todo ello se produce en nuestro organismo para aumentar las probabilidades de supervivencia frente a una amenaza a corto plazo, no para ser mantenidos indefinidamente que es cuando el estrés puede derivar en patología.

Las definiciones de estrés dan cuenta de un estado de desarmonía, de una situación de homeostasis amenazada, de una respuesta del organismo frente a la amenaza o a la presencia de situaciones no esperadas, no programadas, o no aprendidas con anterioridad. Algo irrumpe en la homeostasis propia del organismo.

La mayoría de los autores coinciden en señalar que existen acontecimientos vitales estresantes, refiriéndose a aquellos sucesos a los que se les adjudica potencialmente un efecto traumático.

En todo caso, el estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en que medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas.

La vivencia del estrés como positivo o negativo va a depender de la valoración que realiza el individuo de las demandas de la situación y de sus propias capacidades para hacer frente a las mismas. Según esto, el ser humano se enfrenta continuamente a las modificaciones que va sufriendo el am-

biente, percibiendo y reinterpretando las mismas con objeto de poner en marcha conductas en función de dicha interpretación.

Hay ocasiones en las que la demanda del ambiente es excesiva para el individuo, por lo que su repertorio conductual para hacer frente a la situación generadora de estrés es insuficiente, al igual que cuando se enfrenta a una situación nueva para él.

Como vemos, la relación de cuidados en una situación estresante repetitiva y continuada no favorece la calidad ni la eficacia de dichos cuidados. Además, puede afectar seriamente la salud y el bienestar de los partícipes en la interacción.

El cuidador que tiene dificultades para contener y canalizar la ansiedad, que no puede encontrar suficientes momentos de tranquilidad y de ensimismamiento porque los teme y los vive como situaciones amenazantes para su equilibrio psíquico, que necesita estar constantemente activo y en movimiento, ya sea mental o físicamente, que no puede estar a solas y creativamente consigo mismo; este cuidador, quizás sin darse cuenta, está sometiendo a su organismo a una situación estresante continuada con grave riesgo para su salud.

La crisis psicológica en el cuidador profesional

Es frecuente asociar la idea de crisis con dificultad, riesgo y peligro.

Sin embargo, la esencia del concepto está más próxima a la de cambio crucial, significativo o determinante.

La crisis se podría definir como un síndrome agudo de estrés, caracterizado por la ruptura brusca de la vivencia de continuidad psíquica y por la respuesta activa ante un proceso de cambio. El éxito en esta respuesta favorece el desarrollo e integración de la personalidad, mientras que su fracaso puede llevar a una total desestructuración.

Entendemos como crisis una condición inestable, que se presenta en el curso de un proceso, y cuya resolución condiciona y modula la continuidad del mismo. La crisis implica la inevitabilidad de una transformación. En sí misma, es una organización inestable y transitoria; de ahí el matiz perentorio, incluso angustioso, de su concepto. La incertidumbre y diversidad de

posibilidades añade, por otra parte, la sensación de responsabilidad y de riesgo: En efecto, la crisis puede marcar el empeoramiento o la destrucción del proceso, pero también su fortalecimiento y optimización.

Para Caplan, (Caplan G., 1961), uno de los fundadores de la psiquiatría comunitaria, la crisis sería *“un obstáculo que el sujeto encuentra en la consecución de metas importantes; obstáculo que no puede ser superado mediante sus estrategias habituales de resolución de problemas”*.

El papel patológico de las crisis proviene de esta vivencia de incapacidad, de la sensación de ser superado por la situación, situación que puede acabar en una renuncia masiva al proyecto vital, con pérdida del futuro y desorganización de las capacidades de adaptación y defensa.

La aplicación del concepto de crisis en salud mental presupone un principio de continuidad psíquica, entendido como tal una experiencia básica subyacente a todas las demás. La interrupción de esta vivencia de continuidad es intolerable, y, si ocurre, debe ser rápidamente reparada. Los seres humanos tienden a buscar una lógica interna en sus vidas, de tal manera que puedan entender su desarrollo y prever su curso. El sentido de la vida viene dado por esta lógica interna. La situación de crisis, al romper el flujo continuo de la existencia, fuerza un replanteamiento vital, obligando a veces, a la construcción de un nuevo sentido.

Desde esta perspectiva, podemos entender la crisis como: *“una experiencia puntual que fuerza al individuo a reconsiderar en un plazo breve de tiempo el sentido de su vida. De ahí el riesgo y la potencialidad creativa de las crisis”* (González de Rivera J. L. 2001).

“Aunque los conceptos de estrés y trauma suelen estar asociados, corresponden en realidad a fenómenos distintos”.

“El estrés implica siempre una dinámica de resistencia, tensión y lucha, que persiste mientras los factores externos lo exigen, o mientras dura la resistencia del organismo.

“El trauma indica ya una ruptura, un fracaso de las capacidades de integración, una discontinuidad en la vida psíquica. Lo que se llama estrés traumático no consiste en una mera

sobrecarga temporal de las capacidades de adaptación, sino en una alteración profunda y permanente del funcionamiento mental. Por eso, las situaciones de estrés se recuerdan muy bien, mientras que los traumas se acompañan siempre de amnesia más o menos parcial. Para que un estrés se convierta en traumático, es necesario que su intensidad o su naturaleza superen las capacidades de procesamiento del sistema nervioso, del funcionamiento psíquico del sujeto, dando lugar a disrupciones permanentes en la organización del mundo interno”.

“En el contexto de los síndromes de estrés, puede decirse que una crisis es una experiencia estresante, que en algunos casos llega a ser traumática, y que casi siempre provoca, o viene precipitada por, un cambio vital. El elemento distintivo de la crisis es la convicción o decisión interna de que la situación es insostenible y que es preciso hacer algo para transformarla. La motivación hacia el cambio es una respuesta apropiada a la percepción subjetiva de la naturaleza del estado de crisis”. (González de Rivera J.L., 1990).

Las consideraciones negativas sobre el poder patogénico de las crisis no deben hacernos olvidar sus potenciales efectos beneficiosos. Toda crisis es un riesgo, pero también una oportunidad.

Como aspectos positivos, no hay que olvidar el aspecto potenciador de la creatividad que la crisis puede tener en el ser humano así como su capacidad para generar nuevos recursos que permitan afrontarla y superarla con éxito. Se puede salir de ella cambiado, en el sentido de *“actualizado”*, fortalecido, y enriquecido por la experiencia vivida.

La actitud del cuidador profesional ante la crisis psicológica que puede vivir frente a la necesidad imperiosa de cambios internos y/o externos, tanto a nivel de su vida personal como profesional, así como la posibilidad de que la relación de cuidados, –como las demás relaciones humanas- pueda entrar en crisis en un momento u otro del proceso interactivo entre cuidador y sujeto cuidado, dependerá de varios factores. No solamente dependerá del tipo e intensidad de la crisis, del desamparo e indefensión con que se viva, de su posible impacto traumático y de su duración, sino también, de la experiencia,

del grado de competencia, de la personalidad flexible y adaptativa, y entre otros, de la confianza en la capacidad de generar nuevos recursos que tenga dicho cuidador.

Con frecuencia, las relaciones próximas y continuadas entre los humanos, así como la relación de cuidados, se bloquean, se cronifican, y se repiten, en un círculo vicioso interactivo de difícil salida. La espiral interactiva generadora de evolución y cambio, se convierte entonces en una interacción circular y repetitiva, con imposibilidad de cambio. El miedo a un cambio necesario que atrapa al sujeto objeto de nuestros cuidados pero también, y a veces, al cuidador, bloquea, empobrece y cronifica la posible y necesaria evolución interactiva.

Por el contrario, el afrontamiento de la crisis con la consiguiente creación y gestión adecuada de los nuevos recursos disponibles, aporta confianza y esperanza, así como renovación y cambio en el estilo interactivo cronificado. Conociéndose bien, como persona y como cuidador, conociendo al sujeto que cuidamos, sus capacidades y limitaciones, y confiando en el proceso relacional construido entre uno y otro, creo que podemos permitirnos en algunas situaciones y casos, inducir unas crisis o mini-crisis que rompan los mecanismos de repetición y proporcionen una posibilidad de cambio hacia algo más dinámico y mucho mejor.

FACTORES PROTECTORES DE LA SALUD MENTAL Y RESILIENCIA EN EL CUIDADOR PROFESIONAL

Uno de los factores importantes de protección de la salud mental es la capacidad de establecer vínculos de apego seguro con los demás

El apego se define como “una vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos personas a través de su interacción recíproca, y cuyo objetivo más inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad en momentos de amenaza ya que esto proporciona seguridad, consuelo y protección”.

A la persona que puede establecer un vínculo de apego seguro (basado en la confianza y seguridad relacional) con el

otro se la asocia con una buena relación social, con una afectividad abierta y positiva, con una buena capacidad para interpretar las intenciones del otro y también, con una gran capacidad de reflexión sobre si mismo y sobre sus propios sentimientos. Tiene además una buena capacidad de resiliencia frente a los acontecimientos traumáticos. Una persona así, sería un buen candidato para ejercer las funciones de cuidador.

Resiliencia

Como plantean (Kotliarenco, M. A. & al.1997), el vocablo **resiliencia** tiene su origen en el latín, **resilio**, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. Esta significación haría alusión a la regresión que acompaña frecuentemente las situaciones traumáticas en el ser humano. Puede ser una regresión, –vuelta atrás o retroceso– para desde ahí, saltar hacia adelante, avanzar, o también puede ser, una regresión llamada “*maligna*” que hace que la persona en las situaciones mencionadas se quede sin recursos y atrapado en ella. *La traducción al castellano de “resiliencia” sería la de “resistencia”*.

El término fue adaptado por Rutter a las ciencias sociales para caracterizar a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanas (Rutter, M.1986).

El origen de los trabajos sobre resiliencia se remonta a la observación de comportamientos individuales de superación que parecían casos aislados y anecdóticos (Vanistendael, S. 2001, 2003), y al estudio evolutivo de niños que habían vivido en condiciones difíciles. Uno de los primeros trabajos científicos que potenciaron el establecimiento de la resiliencia como tema de investigación fue un estudio longitudinal realizado a lo largo de 30 años con una cohorte de 698 niños nacidos en Hawai en condiciones muy desfavorables. Treinta años después, el 80% de estos niños había evolucionado positivamente, convirtiéndose en adultos competentes y bien integrados (Werner, E.E. y Smith, R.S. 1982, 1992). Este estudio, realizado en un marco ajeno a la resiliencia, ha tenido un papel importante en el surgimiento de la misma (Manciaux M. & al., 2001). Así, frente a la creencia tradicional fuertemente establecida de

que una infancia infeliz determina necesariamente el desarrollo posterior del niño hacia formas patológicas del comportamiento y la personalidad, los estudios con niños resilientes han demostrado que son suposiciones sin fundamento científico y que un niño traumatizado, “herido”, no está necesariamente condenado a ser un adulto fracasado.

La resiliencia se podría definir como la capacidad de resistencia que tiene un individuo ante la adversidad, así como la capacidad de resurgir de momentos de desgracia, adaptándose, resolviendo los problemas y pudiendo volver a darle sentido a su vida, siendo esta más positiva y productiva.

La resiliencia se ha definido como “un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural”.

De este modo, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre éstos y su medio (Rutter M. 1993).

La resiliencia se ha definido también como “la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves” (Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2001).

La resiliencia, entendida como la capacidad para mantener un funcionamiento adaptativo de las funciones físicas y psicológicas en situaciones críticas, nunca es una característica absoluta ni se adquiere de una vez para siempre. Es la resultante de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida y que puede expresarse de muy diferentes maneras en diferentes culturas (Manciaux M. & al., 2001).

Como el concepto de personalidad resistente, la resiliencia es fruto de la interacción entre el individuo y su entorno.

Hablar de resiliencia en términos individuales constituye un error fundamental, no se es más o menos resiliente, como si se poseyera un catálogo de cualidades. La resiliencia es un proce-

so, un devenir, de forma que no es tanto la persona la que es resiliente como su evolución y el proceso de vertebración de su propia historia vital. (Cyrułnik B. 2001). La resiliencia nunca es absoluta, total, lograda para siempre, es una capacidad que resulta de un proceso dinámico (Manciaux M. & al., 2001).

A continuación exponemos tres citas ilustrativas (Dryzum J. 2006) del importante papel que juega la resiliencia como factor protector de la salud y su importancia, no solamente en el ámbito de la prevención sino sobre todo, de la promoción de la salud en el ser humano:

“Es tan jodido enfrentarse al dolor. Sentimos la punzada del dolor y decimos “es culpa de ella, o de él, o culpa mía, o culpa de mi padre, o culpa de mi madre, o culpa de Dios...” Y tratamos de zafarnos... ¡y todo sucede en un segundo!, ¡sentimos dolor... juzgamos! ¡Fuera ese dolor! Luchamos contra el dolor como si fuera a destruirnos cuando en realidad, si lo aceptamos, lo que hará será curarnos”. (Samuel Shem, 1997. “Monte Miseria”).

“Cuando estudiemos las fuerzas que permiten a las personas sobrevivir y adaptarse, los beneficios para nuestra sociedad sin duda serán mayores que todo el esfuerzo por construir modelos de prevención primaria, cuya meta es limitar la incidencia de la vulnerabilidad”. (Gamezy, 1971. Citado por Gottlieb, 1999).

“El concepto de resiliencia ha acabado con la dictadura del concepto de vulnerabilidad” (Stanislaw Tomkiewicz, 2001. “La resiliencia: resistir y rehacerse”).

Factores de resiliencia

Una de las cuestiones que más interés despierta en torno a la **resiliencia** es la determinación de los **factores que la promueven**, aunque este aspecto ha sido escasamente investigado (Bonanno, G.A. 2004). Se han propuesto algunas características de personalidad y del entorno que favorecerían las respuestas resilientes tales como la seguridad en uno mismo, la propia capacidad de afrontamiento, el apoyo social, tener un propósito significativo en la vida, creer que uno puede influir en lo que sucede a su alrededor y creer que se puede aprender

de las experiencias positivas y también de las negativas, etc. También se ha propuesto que el sesgo positivo en la percepción de uno mismo (self-enhancement) puede ser adaptativo y promover un mejor ajuste ante la adversidad (Werner y Smith, 1992, y Bonanno, G.A. 2004). Un estudio realizado con población civil bosnia que vivió la Guerra de los Balcanes mostró que aquellas personas que tenían esta tendencia hacia el sesgo positivo presentaban un mejor ajuste que aquellas que no contaban con dicha característica. (Bonanno, G.A.; Field, N.P.; Kovacevic, A. y Kaltman, S. 2002).

En estudios con niños, uno de los factores que más evidencia empírica acumula en su relación con la resiliencia es la presencia de padres o cuidadores competentes (Richters, J.E. y Martínez, P.E. 1993; Manciaux, M. & al., 2001).

En el estudio llevado a cabo por Fredrickson (Fredrickson, B.L. y Tugade, M.M. 2003), tras los atentados de Nueva York el 11 de septiembre de 2001, se encontró que la relación entre resiliencia y ajuste estaba mediada por la experiencia de emociones positivas. Éstas parecen proteger a las personas frente a la depresión e impulsar su ajuste funcional. En esta misma línea, la investigación ha demostrado que las personas resilientes conciben y afrontan la vida de un modo más optimista, entusiasta y enérgico, son personas curiosas y abiertas a nuevas experiencias, caracterizadas por altos niveles de emocionalidad positiva (Block, J. y Kremen, A.M. 1996).

En este punto puede argumentarse que la experiencia de emociones positivas no es más que el reflejo de un modo resiliente de afrontar las situaciones adversas, pero también existe evidencia de que esas personas utilizan las emociones positivas como estrategia de afrontamiento, por lo que se puede hablar de una causalidad recíproca. Así, se ha encontrado que las personas resilientes hacen frente a experiencias traumáticas utilizando el humor, la exploración creativa y el pensamiento optimista (Fredrickson y Tugade, 2003).

CONCLUSIONES

El acto de cuidar del otro implica ante todo, la necesidad de conocerse y saber cuidarse.

La esencia del acto de cuidar implica entre otros factores, una serie de condiciones éticas y formativas, de cualidades comunicativas y relacionales tales como una capacidad de escucha atenta, comprensiva y empática del sufrimiento, de los problemas y de las necesidades del otro por parte del cuidador, así como una actitud de respeto de la autonomía, de la personalidad, de las creencias, de los objetivos, y del ritmo evolutivo del otro que cuidamos.

A diferencia del cuidador profesional que hace de su profesión cuidadora una elección, el cuidador familiar de referencia se ve obligado muchas veces a cuidar y cuidarse de su familiar afectado sin el soporte, preparación y formación adecuados. Esta situación representa para él una fuente de frustraciones, de inseguridades, de sentimientos de tristeza, rabia, impotencia y desamparo que le colocan en una situación de riesgo de sufrir una crisis y de enfermar.

Las asociaciones de afectados y sus familiares pueden constituir para él ese soporte necesario para cuidarse, y para cuidar mejor al otro, además de sentirse comprendido y acompañado en el proceso de cuidados en el que está inmerso. Los grupos de autoayuda llamados multifamiliares, contribuyen a proporcionar, tanto al cuidador familiar como al afectado, los cuidados necesarios que ambos necesitan.

El cuidador profesional, en teoría, tendría menos riesgo de enfermar al ejercer su función cuidadora ya que se supone que lo hace con el soporte y la formación adecuados. No obstante, la falta de cuidados adecuados y la negación de la necesidad de dichos cuidados tanto por parte del profesional cuidador como por parte de la institución a la que pertenece, le coloca también en una situación de riesgo para su salud que se podría evitar. La supervisión de situaciones difíciles, penosas, y a veces traumáticas, vividas en el ejercicio de su profesión permite al cuidador una mejor calidad asistencial y constituye para él, un factor protector de su salud y un factor preventivo de la enfermedad profesional.

Dentro de la formación continuada del profesional cuidador, las instituciones tendrían que posibilitar la creación y desarrollo de un espacio de reflexión grupal sobre lo que se hace

y lo que se omite en el ejercicio de cuidar; un espacio que permita la contención y elaboración-integración de las ansiedades, dificultades, temores, errores, fracasos... del cuidador; un espacio en el cual se pudiese sentir acompañado y apoyado a lo largo del recorrido que él hace con la persona que cuida.

La patología derivada de un estado de frustración permanente debida a la falta de recursos asistenciales adecuados y necesarios, pero también debida a la dimensión narcisista de su personalidad, colocan a algunos profesionales en situación de riesgo de padecer el síndrome del profesional "quemado" o el síndrome de estrés crónico, con graves consecuencias para su salud y para el sistema de cuidados.

La capacidad de manejarse en situaciones difíciles y conflictivas, de afrontar las situaciones de crisis psicológicas, tanto evolutivas como circunstanciales, colocan al cuidador que reúne estas características personales en una posición privilegiada para gestionar con nuevos recursos, el proceso de cambio imperioso y necesario que le ha impuesto la crisis, evitando así en muchos casos verse atrapado en una dinámica interactiva circular de no cambio, en él, y en la interacción con el otro que cuida.

La personalidad, los valores, las actitudes, las aptitudes relacionales y comunicativas, tanto cognitivas como emocionales, la empatía del cuidador, su historia personal, su situación familiar, su experiencia, formación y motivación, así como la comprensión y el manejo adecuados de las circunstancias y el contexto de los cuidados que realiza, incluida la relación de cuidados que establece, influyen poderosamente en la calidad y eficacia de los cuidados prestados al sujeto objeto de sus cuidados, y también, en el establecimiento de un vínculo de confianza y seguridad que potencia la resiliencia (resistencia ante situaciones que dificultan el desarrollo personal y recuperación sin enfermar) de la persona que es cuidada y del propio cuidador.

En el proceso de selección del profesional cuidador tendría que tenerse en cuenta no solamente su grado de capacitación y competencia profesional sino también, todos estos factores, características y habilidades enumerados tanto personales co-

mo profesionales, de forma que, no solamente contribuyamos a una mejora de la calidad asistencial sino también, a una disminución de los factores de riesgo para la salud, tanto en el cuidador, como en la persona y familia objeto de sus cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- Block J., Kremen, A.M. (1996). "IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness". *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, p, 349-361.
- Bonanno, G.A. (2004). "Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events"? *American Psychologist*, 59, p, 20-28.
- Bonanno G.A., Field N.P., Kovacevic A., Kaltman S. (2002). "Self-enhancement as a buffer against extreme adversity: Civil war in Bosnia and traumatic loss in the United States". *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, p, 184-196.
- Boszormenyi-Nagy I., & Cols. (1993). *Lealtades Invisibles: Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*, Buenos Aires, Ed. Amorrortu.
- Caplan G. (1961). *An approach to community mental health*. Grune&Stratton, New York.
- Cyrułnik B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*, Madrid, Ed. Gedisa. (Orig., 2001).
- Dryzum J. (2006). "Daño o desafío: posicionamiento subjetivo ante el trauma". *Aperturas Psicoanalíticas*, 24.
- Fredrickson BL., Tugade MM. (2003) "¿What Good are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the USA on September 11th, 2001" *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, p, 365-27.
- González de Rivera J.L. (2001). "Psicoterapia de la crisis". *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI, p, 35-53, Ed. AEN.
- González de Rivera J.L. (1990). "El síndrome post traumático de estrés". *Psiquis*, 11, p, 290-298.

- Kotliarenco M.A., et al. (1997). "Estado de Arte en Resiliencia". *Organización Panamericana de la Salud*.
- Larbán J. (2007). "El proceso evolutivo del ser humano: Desde la dependencia adictiva hacia la autonomía". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 43-44, p. 171-195, Ed. SEPYPNA.
- Larbán J. (2008). "Guía abreviada para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el bebé". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 45/46, p. 63-152, Ed. SEPYPNA.
- Larbán J. (2006). "Ser padres. Interacciones precoces padres-hijos. Reflexiones a propósito de la prevención y detección precoz de los trastornos del desarrollo en el bebé". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 41-42, p. 147-160, Ed. SEPYPNA.
- Larbán J. (2009). En prensa. "El modelo comunitario de atención a la salud mental: Continente y contenido". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. Ed. SEPYPNA.
- Leal Rubio, J. 2002. "Cuidarse, cuidar, ser cuidado. La soledad del cuidador". III Jornadas del Centro Alberto Campo. Ed. CRIPS- Societat Catalana de Rorschach i mètodes projectius. Barcelona.
- Manciaux M., Vanistendael S., Lecomte J., Cyrulnik B. (2001). *La resiliencia: estado de la cuestión*. En: Manciaux, M. (comp.). La resiliencia: resistir y rehacerse. Madrid, Ed. Gedisa, 2003. (Orig., 2001).
- Richters J.E.; Martínez P.E. (1993). "Violent communities, family choices and children's chances: an algorithm for improving the odds". *Development and Psychopathology*, 5, p, 609-627.
- Rutter M. (1993) "Resilience: Some conceptual considerations". *Journal of Adolescent Health*, 14, p, 626-631.
- Rutter M. (1986) "Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder". *British Journal of Psychiatry*, vol.147, p. 598-611.

- Simas R.; Golse B. (2008). "Empathie(s) et intersubjectivité(s). Quelques réflexions autour de leur développement et de ses aléas". *La psychiatrie de l'enfant*, LI, 2, p, 339-356.
- Torralba Roselló F. 2005. "Esencia del cuidar. 7 tesis". *Sal Terrae* 93. p, 885-894.
- Vanistendael S. (2003). "La resiliencia en lo cotidiano". En M. Manciaux (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid, Ed. Gedisa (Orig., 2001).
- Werner E.E., Smith R.S. (1982). "Vulnerable but invincible: A study of resilient children". New York: McGraw-Hill.
- Werner E.E., Smith R.S. (1992) "Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood" Ithaca.
- Winnicott W. D. (2002). *Realidad y juego*, Ed. Gedisa.

EVALUACIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO QUE SE DESVÍA DE LA NORMALIDAD*

Mercedes Valle Trapero**

Elegimos este título porque estamos acostumbrados a trabajar, sobre todo en el ámbito clínico, en programas de seguimiento sobre factores de riesgo y como muchas veces decimos, el mayor riesgo es no tenerlo, ya que lo que llamamos hoy nuevas morbilidades debido en parte a tantos avances clínicos y tecnológicos, escapan a nuestra comprensión y sobre todo prevención.

Cuando un niño ya en los primeros meses o primer año, se desvía de la normalidad, lo primero que pensamos es que han fallado los múltiples mecanismos de protección a nivel personal y/o familiar y/o social que normalmente existen a lo largo del desarrollo. Nos acordamos de los niños llamados “resilientes” por Emily Verter y Lira (2004), que a pesar de tanta adversidad habían conseguido tener un desarrollo normal.

Sabemos que la psicopatología del desarrollo pertenece al terreno de la intersubjetividad y que todos los procesos evolutivos tienen un carácter transaccional y un correlato neurobiológico en los procesos de maduración cerebral.

Hoy día vemos muchos más niños durante el primer año, con problemas que llaman de tipo psicológico-madurativo, debido a los programas de prevención en el ámbito materno-

* Texto base utilizado en el Taller realizado en el XXI Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “Períodos de transición en el desarrollo e intervenciones psicoterapéuticas” tuvo lugar en Almagro del 17 al 18 de octubre de 2008.

** Psicóloga clínica. Servicio de Neonatología. Hospital Clínico S. Carlos de Madrid Correspondencia mvalle.hcsc@salud.madrid.org

infantil (Prevención del maltrato en la embarazada y en el Recién Nacido. IMMF, 1998), a la decisiva coordinación con los servicios de Pediatría y al establecimiento de los programas de Atención Temprana (AT Europa, 2006).

Al haber descendido tanto la mortalidad infantil ha aumentado la morbilidad y los trastornos del desarrollo; por eso muchos niños con problemas biológicos o de larga hospitalización en el periodo neonatal, son después incluidos en programas de Riesgo social y psicológico por la alta frecuencia de trastornos del desarrollo que presentan; debido no solo a la gran interacción de factores de riesgo de todo tipo transgeneracionales (Fava 1997) o lo que se llaman familias multiproblemáticas, sino a sus propias características individuales: 1º Mayor indefensión de tipo biológico unido a una organización especial de su comportamiento neonatal, influido por las agresiones físicas recibidas unidas a la separación de la madre (que no ha podido hacerlas tolerables o actuar de escudo protector); 2º A la rotura de un vínculo ya prenatal (puede coincidir con embarazo de riesgo, diagnósticos de “posibles secuelas”); 3º El exceso de demandas, poco gratificantes, para su crianza (dificultades en la alimentación, sueño mal organizado, derivación a tratamientos de Atención Temprana para “potenciar su desarrollo”), problemas todos ellos que alteran la vida familiar; si hay una estructura vincular fuerte el sistema familiar se une y cohesiona más pero si es débil o inestable se rompe o entra en disfunción, reiniciándose así en el hogar un círculo muy peligroso desde el punto de vista relacional y vincular, que requiere apoyo o tratamiento psicológico cercano para su normalización. De ahí lo paradójico de las listas de espera tanto en salud mental materno-infantil, como en Atención Temprana.

Los pediatras y neuropsiquiatras suelen consultar, si existe la posibilidad de una evaluación psicológica complementaria, simultánea a las suyas, en distintas fases del desarrollo de un niño, muy significativas desde el punto de vista de la prevención, las más frecuentes suelen ser:

En los 3 primeros meses de vida por dificultades en la autorregulación de los estados (Als, 1988), irritabilidad, no conductas de apego y ambiente emocional negativo en los padres.

En el lactante de más edad, como ya tiene más manifestaciones clínicas y su yo es corporal, las dificultades relacionales o trastornos de tipo psicológico pueden empezar a manifestarse a través de no ganancia ponderal, problemas psicósomáticos, cronificación de funcionales, como es el reflujo gastroesofágico, alteraciones del tono ligeras de tipo hiper o hiporeactivo.

Durante todo el primer año de vida son frecuentes las consultas por problemas de tipo madurativo (algunas funciones no presentan un desarrollo evolutivo normal), muy posiblemente asociado a hipoestimulación ambiental: Horarios excesivos y agotamiento de los padres, no espacios para la exploración con hiperestimulación visual (expuestos al televisor para comer, dormir o permanecer sentados, en espacios muy reducidos); escuela infantil tipo aparcamiento; niños muy buenos (lentos) en los que se observan calvas laterales, ahora que ha pasado la moda de dormir en prono.

Otras consultas que les parecen ya a ellos mucho más preocupantes a cualquier edad y que se suelen identificar como dificultades inherentes al niño, de ahí la demanda para derivación a tratamientos de atención temprana, suelen venir como: Inatención con o sin inquietud motora, retraso en lenguaje y falta de intención comunicativa, juego rígido, alteraciones significativas del tono muscular (hipertonía o hipotonía) o retraso inespecífico global.

Qué respuestas puede haber:

Esperar a que crezca, dar pautas y orientaciones a los padres, programas para padres (tan de moda hoy día). Vemos que el niño sí es un puzzle que no engrana, que esas señales de desajuste las emite muy pronto; que los estudios más recientes demuestran que el Recién nacido es muy competente ya (Brazeltón y Cramer 1993) y en general a edades más tempranas; las nuevas tecnologías con imágenes bioeléctricas de gran precisión están siendo una buena ayuda para demostrar el valor de las experiencias tempranas en la organización cerebral (Muratori, 2008); se habla de una dirección del desarrollo hacia la seguridad, hacia el bienestar que un niño experimenta desde su etapa prenatal (Juri 2006), por las experiencias

biológico- emocionales que tiene, se le desea y sueña y esto continuará con la explosión bioquímica del apego, en comparación con otros niños, que estas experiencias no las tendrán nunca; los obstetras hacen un diagnóstico intraútero de “pérdida de bienestar fetal”, unido muchas veces a un malestar evidente en la madre, que deberíamos atender ya en esta etapa.

Aspectos a tener en cuenta para la evaluación.

1.º Qué aporta el Niño. 2.º Qué aportan los padres como personas. 3.º Qué aporta este sistema familiar, inmerso en este contexto social.

Desde nuestro entorno clínico materno-infantil actual, donde no hay más remedio que trabajar en equipo, si queremos entender algo y donde el derivante es un profesional sanitario, siempre nos damos la misma respuesta: escuchar a la familia.

Desde el ámbito clínico:

Escuchar a la familia, ver demanda parental en ambos padres, dejarte impactar por la familia (Moro, 2007); es muy interesante la observación de algunas neonatólogas cuando dicen que hoy día los padres preguntan cosas que nunca se le hubiera ocurrido aclarar a un médico espontáneamente (Pallás, 2002).

Desde el ámbito psicológico: Actualmente es posible hacer una serie de intervenciones con la familia viendo: demanda parental y necesidades prioritarias: de tipo psíquico, interpersonal o intergeneracional.

La calidad estimular puede no ser adecuada porque está alterada la función parental, por idealización, rigidez o porque en estas circunstancias puede ser una carga demasiado pesada para estos padres, como dice Fava, y no pueden escuchar.

Desde el ámbito social: Se plantea cómo algunos trastornos del desarrollo pueden ser contemplados más que como una entidad clínica como un producto del contexto social, basado en las características de la personalidad posmoderna: Una identidad personal marcada por una ausencia de contacto social, sin apego intergeneracional (Fava, 1997) como pautas de conducta culturalmente dadas.

LA EVALUACION DEBERÁ CENTRARSE EN OBSERVAR

Las características del RN o lactante: Se dice en nuestro ámbito que quizás el viaje más arriesgado del ser humano sea el prenatal.

El temperamento infantil: existe una escala de temperamento (www.schwabLearnig.org) en la que se han evaluado bebés y observado sus características; se han definido tres categorías de niños: Niños activos, lentos y difíciles; curiosamente estas categorías no correlacionaban mucho en cómo les veían sus padres.

Berk (2001) concluye que es de gran interés ver cómo les ven los padres, para ver cómo les consideran y responden. No es raro oír en la consulta “estos niños dan muchos problemas” o aún más catastrófico “no da más de sí”.

Son muy interesantes las investigaciones con bebés de hasta 6 meses (Crockenberg y Leerles, 2004) y su concepto del desarrollo de la autorregulación emocional como adquisición decisiva a esta edad, porque implica tanto el temperamento del bebé como el comportamiento contingente y sensible del cuidador-madre para la adquisición de ese estado.

Evaluar en los primeros meses las conductas asociadas al apego que todo RN trae para facilitar, buscar interacción y lograr la proximidad: succión y aferramiento, llanto, sonrisa y seguimientos visuales y auditivos como un repertorio flexible donde se van afianzando las de más éxito, las confirmadas y las más complejas; siempre hacia un número reducido de personas, cuidadores que son los que regulan la calidad y cantidad estimular, señalan estos autores.

En la clínica vemos que si el bebé no las aporta los padres se desorientan: por separación precoz, síndrome de abstinencia, etc. Siempre habrá que valorar el sistema de apego y hacer díadas.

En resumen podríamos definir en cuatro apartados, la semiología de alarma en un niño que se desvía de la normalidad, desde los primeros meses y a lo largo de la primera infancia, teniendo en cuenta si hay factores de riesgo iniciales en el propio niño que puedan marcar, en parte su proceso de desarrollo.

Siempre habrá que relacionarlos con los factores de riesgo y de compensación (ver anexo) que todo ser humano trae desde su concepción, a nivel personal, familiar y social, para poder entender y analizar con cada unidad familiar el tipo de intervención.

BIBLIOGRAFÍA

- Als, H. (1988). Modelos de conducta infantil: ¿análogos de ulteriores dificultades de organización?. C.5. En Duffy, FH. Geschwind, N. (1998): Dislexia. Aspectos psicológicos y neurológicos. Ed. Labor. Barcelona.
- Arizcun, J. y Arrabal, M^a C. (2005). Deficiencias, Discapacidades del Desarrollo y los servicios de Neonatología. En Millá, MG y Mulas, F. Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención. C.6. pág 85-108. Ed. Promolibro. Valencia.
- Arrabal, MC. Mateos, R. Valle, M. (2004). Estudio de potenciales evocados en niños de muy bajo peso al nacimiento. Rev. Neurología; 39(2); 105-108.
- Atención Temprana. Análisis de la situación en Europa. Aspectos clave y recomendaciones. European agency for Development in Special Need Education.
- Editora Victoria Soriano. <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>
- Brazelton, T. y Cramer, B. (1993). La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona, Paidós.
- Crockenberg, S.C., Leerles, E.M. (2004): Infant and Maternal Behaviors Regulate Infant Reactivity to Novelty at 6 months. *Developmental Psychology*, 40(6), 1123-1132.
- Fava Vizziello, G.(1997):»Representaciones Maternas, Apego y Desarrollo en los niños prematuros». Ponencia del XI Congreso Nacional de SEPYNNA. Lérida.
- Genysi on line.
- Jiménez, Pascual, A.(2002):Detección y atención de la patología mental en la 1^a infancia. Rev. Asoc. Españ. Neuropsiquiatría, vol. XXII. N^o 82 pp115-126.

- Juri, L(2008): El sentimiento de seguridad es un camino del desarrollo. Rev. De Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente, nº 11, 43-48. Abril.
- IMMF (1998): Programa para la detección del riesgo social en neonatología. Madrid, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Lira, P. (2004). Identificación de Factores de Riesgo. Modelo Ecológico. On line: <http://smaq.prw.net/abusos/identificación.htm>.
- Moro, MR (2007): Aimer ses enfants ici et ailleurs, Paris. Odile Jacob.
- Muratori, F. (2008): El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria. Rev. de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente nº 12, 39,50. Noviembre.
- Nacional Center for Clinical Infant Programs(1998). Clasificación Diagnóstica: 0-3. Clasificación diagnóstica de la salud mental y los desórdenes del desarrollo de la infancia y la niñez temprana. Barcelona: Paidós.
- Palacio, F. (2003): La técnica de la psicoterapia psicodinámica breve madre-padre-hijo. Rev de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente. Nº 3, pp 9-18. Ed. Fundación Orienta. Barcelona ISSN 1695-8691.
- Pallás, CM. Dela Cruz, J. Medina, C: (2002): Programas de Seguimiento. ¿Por qué?. Rev. De Atención Temprana de Murcia. Vol. 5, nº 2, 63-75. Diciembre.
- Perapoch, J., Pallás, CR y al. (2006): Cuidados centrados en el desarrollo en España. Anales de Pediatría (Barcelona) 64 (2)132-9.
- Reinberger, S.(2009): Cuidado del prematuro. Mente y Cuerpo 34. pp 16-22.
- Schwab, C. (2005). Escala de temperamento. En www.SchwabLearnig.org.
- Valle, M. (2005). Prevención de trastornos del desarrollo y Pedagogía Hospitalaria. En Millá, M^a G y Mulas, F. Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención. C.18, pp 329-340. Ed. Promolibro. Valencia I.S.B.N. 84-7986-598-9.

INTERVENCIÓN CLÍNICA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (HOSPITAL DE DÍA A TIEMPO PARCIAL) EN TRASTORNO AUTISTA: A PROPÓSITO DE UN CASO*

Ana María Jiménez Pascual**, **Pilar Fuertes Benéitez*****,
Isidora Casas Ochoa****, **M.^a Luisa Bustamante Castillejos*******,
Jesús Ruiz Aranda***** y **Belén Cabezas Mateos*******

RESUMEN

El trabajo clínico del Hospital de Día/terapia intensiva, está basado en la *Terapia institucional* donde por una parte el equipo terapéutico ha de poder vincularse al niño para contener sus angustias, favoreciendo los procesos de pensamiento; por otra ha de favorecer la relación entre los niños, siendo esto uno de los factores favorecedores del cambio psíquico.

En la primera fase del tratamiento es necesario posibilitar una relación estable, empática, estimulante y no intrusiva con un monitor/a. A través de este encuentro se va creando el entramado de la intersubjetividad presimbólica. En un segundo momento es importante ir trabajando en la adquisición de la propia identidad, ayudar al niño a consolidar la imagen de sí

* Ponencia presentada en el Congreso Internacional de Autismo celebrado en Toledo los días 3, 4 y 5 de Febrero de 2010.

** Psiquiatra. Jefe servicio de psiquiatría y SM. Área Mancha Centro.

*** Psicóloga, psicomotricista, USMIJ.

**** Enfermera, USMIJ.

***** Auxiliar Clínica (monitor) hospital de día.

***** Auxiliar Clínica (monitor) hospital de día.

***** Trabajadora social USMIJ.

mismo diferente de los otros, y a poder reconocer sus emociones y las de los demás. Por último, es importante estar atentos a los sentimientos y conflictos con los otros, comunes a los demás niños, pero procesados en algunos casos de manera diferente, para que puedan ser afrontados y resueltos con mayor facilidad.

Así mismo se trabaja semanalmente con los padres y se mantiene una coordinación con la escuela.

Se explica este funcionamiento a través de la exposición de la evolución, durante 4 años y medio, de un niño en tratamiento en este dispositivo. En las diferentes fases reseñadas se aprecian los cambios relacionales, emocionales y cognitivos del niño.

Palabras Clave: Hospital de día. Terapia institucional. Terapia intensiva. Autismo. Trastorno del espectro autista.

ABSTRACT

The clinical work of the Day's Hospital intensive therapy is based on the institutional Therapy where on one hand the therapeutic team needs to become attached to the child to contain his distresses, favouring the thinking processes; on the other hand, it has to favour the relation among the children, being this one of the favouring factors of the psychic change.

In the first phase of the treatment it is necessary to make possible a stable, empathic, stimulant and not intruding relation with a trainer. Thanks to this meeting the studding of the pre-symbolic intersubjectivity is created. In a second stage, it is important to work on the acquisition of the the child's own identity, to help the child to consolidate his/her image as different from others, and to being able to recognize his/her emotions and those of others. Finally, it is important to be attentive to the feelings and conflicts with others, common among all children, but accused in some cases of a different way, in order for them to be able to confront and solved them in an easier way.

Also, we work weekly with the parents and we keep a coordination with the school. This result is explained thanks to the exhibition of the evolution, for 4 and a half years, of a child in

treatment in this device. In the different outlined phases they appreciate the relational, emotional and cognitive changes of the child.

Key Words: Day hospital. Institutional therapy. Intensive therapy. Autism. Disorder of the autistic spectrum.

INTRODUCCIÓN

Consideramos que los Trastornos del Espectro Autista, además de las dificultades en las interacciones sociales y de comunicación, con alteraciones neurocognitivas características (1), presentan trastornos afectivos y de los procesos de pensamiento: oscilaciones rápidas del humor, crisis de angustia intensas y masivas, fobias muy graves y por lo general extravagantes, raras; risas discordantes y crisis de cólera; rituales, y alucinaciones, evidenciando claros componentes psicopatológicos y no sólo déficits cognitivos (2).

En estas patologías, partimos de que el niño ha vivido experiencias que no ha podido integrar, creando una serie de mecanismos de defensa, de funcionamiento muy rígido que tienden a repetir en la relación con el otro, creando círculos viciosos difíciles de romper (3).

Efectivamente, las últimas investigaciones parecen apuntar que a nivel neurológico puede existir un trastorno de la conectividad de la corteza frontal, temporal y del cerebelo, siendo estas partes esenciales para el desarrollo de las funciones sociales, emocionales y cognitivas (Filipo Muratori)(4), apareciendo anomalías especialmente del lóbulo frontal en el caso del autismo.

Pero de cara al tratamiento clínico, es fundamental partir del hecho de que estos circuitos de conexión frontal, temporal y cerebelosos, se desarrollan después del nacimiento, y no entran en pleno funcionamiento hasta el segundo año de vida. En los niños autistas la tendencia innata de iniciar una acción estaría alterada, pero las investigaciones demuestran que estos niños ***sí pueden estar implicados en relaciones con contenido emocional y social, pero sólo a partir de la intencionalidad del Otro (4).***

La detección precoz de ciertas conductas de riesgo para desarrollar TGD y Disarmonías evolutivas se vuelve fundamental para poder iniciar lo antes posible, un tratamiento adecuado que puede modificar los pronósticos de estos niños, ya que la experiencia apunta que la fijeza de la sintomatología será lo que determinará el diagnóstico futuro y con él, el pronóstico. Efectivamente, hoy en día sabemos de la gran plasticidad del SNC y como **la experiencia modifica permanentemente las conexiones entre las neuronas y los cambios son tanto de orden estructural como funcional. (5)**

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL HOSPITAL DE DÍA A TIEMPO PARCIAL

El Hospital de día para niños es un dispositivo asistencial para el tratamiento institucional intensivo, en un medio terapéutico específico, de los trastornos mentales severos que aparezcan en estos periodos de la vida y que tienen en común el provocar una pérdida en sus posibilidades evolutivas y de vida autónoma, así como serias dificultades en la vida relacional social y familiar, estando asimismo seriamente alteradas sus capacidades académicas o profesionales (6).

La mayoría de estos niños están escolarizados en sus colegios correspondientes.

Este funcionamiento hace necesario el apoyo en la comunidad, estableciendo un trabajo coordinado, especialmente con el nivel educativo y de Bienestar Social.

Para ello es importante diferenciar y especificar los lugares de atención, evitando confusiones entre el nivel educativo y clínico, que deben estar coordinados y no funcionando en redes paralelas.

En el caso de los Trastornos del Espectro Autista, centramos el tratamiento en el funcionamiento mental y en los síntomas clínicos observables, así como en los procesos neurocognitivos conocidos, partiendo de la hipótesis general de que en la etiología influyen factores biológicos en interacción con los del ambiente.

El trabajo clínico del Hospital de Día/terapia intensiva, está basado en la *Terapia institucional* que consiste en la

utilización de la institución como instrumento psicoterapéutico, destacando:

- La escucha y comprensión de la dinámica emocional de cada niño.
- La comprensión de la dinámica grupal y del funcionamiento del equipo terapéutico, marcada y en muchos casos determinada por las psicopatologías de los niños.
- Las reuniones de síntesis semanal por parte del equipo terapéutico, son la base fundamental.

Por una parte el equipo terapéutico ha de poder vincularse al niño para contener sus angustias, favoreciendo los procesos de pensamiento.

Por otra la vida relacional ha de posibilitar la expresión de ansiedades, afectos, conflictos intrapersonales y relacionales..., a través de un encuadre firme y estable y un ámbito contenedor, que garantice una continuidad de cuidados, para el logro de un cambio que vaya más allá de la simple desaparición o disminución de síntomas concretos.

Así mismo la terapia institucional ha de favorecer la relación entre los niños, siendo esto uno de los factores favorecedores del cambio psíquico.

La acción terapéutica se centra “en la posibilidad de establecer con el niño una relación que ofrezca garantías suficientes de estimulación y continuidad” (7). Nos basamos en el desarrollo del bebé y de las interacciones tempranas, siendo fundamental el concepto de contención descrito por Bion (8) y de empatía de la figura materna, descrito también por Winnicott (9).

La base fundamental es establecer de forma no intrusiva (7) una relación privilegiada con el niño, respetando sus defensas, pero haciendo una aproximación paulatina para que éstas puedan ir modificándose. Por ello desde el primer momento se intenta fomentar la relación privilegiada con uno de los monitores, siendo la figura clave en el tratamiento. En los niños más graves se trabaja en una relación de tres niños por monitor.

A la vez, se trabaja con los padres, a través de una reunión de grupo semanal, donde se pretende ayudar en la comprensión del comportamiento de sus hijos, de su funcionamiento psíquico y de contener y elaborar sus ansiedades y dudas.

ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD DE TERAPIA I

El Hospital de Día está dividido en tres Unidades de Terapia, dependiendo de la edad. La UTI, con niños de edad entre los 2 y los 6 años, funciona tres días a la semana, estando todos los niños en edad escolar, escolarizados en sus centros correspondientes, compaginando los horarios con la asistencia a la Unidad de Terapia Intensiva (UT) (10).

Los niños son siempre derivados por la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ), quien realiza la evaluación diagnóstica.

Antes de su admisión en el HD se le comunica al equipo psicopedagógico correspondiente en caso de estar escolarizado, siendo importante que en la medida de lo posible siempre haya una valoración psicopedagógica por su parte.

En esta coordinación inicial se establece:

- El tiempo y el horario que el niño va a tener con nosotros, para que en el centro escolar puedan programar los apoyos.
- Las reuniones de coordinación con el personal docente y periodicidad de las mismas.
- Los intercambios de información necesarios para la mejor comprensión del caso.

El Personal de la UTI, pertenece a la USMIJ y consta de:

- Una psiquiatra/psicoterapeuta (a tiempo parcial).
- Una psicóloga/psicomotricista (a tiempo parcial).
- Tres Monitores.
- Un maestro perteneciente al aula hospitalaria (a tiempo parcial).
- Una logopeda (concertada).
- La trabajadora Social de la USMIJ.

Actividades

La estancia en la UTI se divide en tiempos y espacios determinados. En esquema estas actividades son:

- Tiempo de llegada y reencuentro.
- Psicomotricidad relacional.

- Juego simbólico.
- Taller.
- Aula- espacio cognitivo.
- Logopedia.
- Almuerzo.
- Actividades de patio.
- Talleres cortos (actividad con Mediadores): Musicoterapia.

PRESENTACIÓN CASO

Para mejor comprender la dinámica del funcionamiento del grupo de terapia intensiva, voy a presentar la evolución de un niño que está en tratamiento en este dispositivo:

Javier es derivado por el pediatra con 2 años y 5 meses, por presentar un retraso en el lenguaje. Toda la valoración orgánica realizada es normal.

Antecedentes Familiares

Tiene una hermana 7 años mayor y un hermano 4 años mayor, ambos sanos.

Convive la familia nuclear, no apreciándose conflictos.

El abuelo paterno falleció (autolisis) con 5, teniendo el padre de Javier 20 años.

El abuelo materno, en el momento de las primeras consultas, presentaba desde hacía 4 años atrofia cerebelosa, lo que le impedía hablar y moverse.

Antecedentes personales

Embarazo deseado y parto eutócico, a término.

Lactancia materna durante 5 meses. Buena adaptación al biberón, al igual que a los alimentos sólidos.

Los primeros meses tuvo cólicos del lactante. En el primer año de vida lo describen como un bebé muy tranquilo, dormía y comía bien, aunque presentó problemas para la aceptación de alimentos y a los cambios de texturas y sabores.

Gateo a los 10 meses. Comienzo de la marcha a los 13 meses.

Según la madre, comenzó a decir las primeras palabras, “papá”, y “mamá” muy pronto, presentando con posterioridad un retraso en esta área.

No controlaba esfínteres en el momento de venir a consulta por primera vez. En ese período come de forma autónoma, y no le gusta que le ayuden.

Con dos años acude a CAI de su pueblo presentando problemas importantes en la relación con los iguales y con los adultos de referencia. En un principio se relacionaba con éstos pegándoseles. Le costaba mucho trabajo acatar las normas. Poco a poco fue aceptando las rutinas básicas.

Los padres se mostraban muy preocupados tanto por el retraso en el lenguaje, como por su conducta que no la consideraban igual que la de sus hermanos: refieren en ese período que estaba siempre en su mundo y no hacía caso, era muy independiente. No atendía ni comprendía órdenes sencillas.

En el momento de venir a las primeras consultas le describen como un niño intranquilo, con mucho genio y con muy poca capacidad de frustración.

Valoración psíquica inicial

En las entrevistas de valoración realizadas, acude Javier con ambos padres. Se muestra serio y mira al terapeuta; aunque sí se interesa por los juguetes, no organiza ningún juego simbólico y durante las entrevistas no demanda nada de los adultos, aunque se aprecia una pequeña reciprocidad entre el padre y el niño. No emite sonidos y en muchos momentos está como ausente de la situación de consulta.

Se aprecia una alteración en la interacción social, al igual que en las habilidades de comunicación verbal y no verbal.

Aunque desde la entrada en la guardería los padres y la educadora aprecian progresos importantes en la evolución, lo que también podemos observar en nuestro grupo de tratamiento, en la primera valoración de la observación de grupo podemos apreciar en el área de la conducta un grave déficit de atención y moderada hiperactividad así como cierto oposicionismo y utilización de objetos de forma autista. En el área del lenguaje se apreciaba una ausencia grave del deseo comuni-

cativo y retraso en el lenguaje expresivo, en el área social presentaba dificultades graves de relación con los demás.

Pruebas de evaluación realizadas

En el Inventario de desarrollo **Battelle** realizado el 28-01-2005, cuando Javier cuenta con 28 meses, se obtiene una puntuación global de 18 meses, que le sitúan en un nivel significativamente inferior al esperado por los niños de su edad.

- En el área de la comunicación obtenía una puntuación de 9, apreciándose la grave perturbación en ese aspecto;
- También tenía una puntuación baja (equivalente a 15 meses) en el área personal social que mide la interacción con el adulto y los compañeros, la expresión de sentimientos y el rol social entre otros.
- En el área adaptativa obtenía una puntuación equivalente a 21 meses.
- Es en el área motora donde obtiene sus mejores resultados siendo equivalente a 25 meses.

La puntuación del **IDEA**¹ (11) en marzo de 2005 era de 90 (siendo 98 la puntuación más alta que corresponde a la de máxima gravedad). La puntuación por áreas era la siguiente:

- Trastorno del desarrollo social: 22 puntos (máxima puntuación 24).
- Trastorno de comunicación y lenguaje: 24 puntos (máxima puntuación).
- Trastorno de Anticipación y Flexibilidad: 22 puntos (máxima puntuación 24).
- Trastorno de simbolización. 24 puntos (máxima puntuación).

Orientación diagnóstica

Fue diagnosticado de “Otros Trastornos Generalizados del Desarrollo” (F84.8 CIE 10) evidenciándose componentes autistas.

¹ Todos los IDEA han sido evaluados por los monitores respectivos que a lo largo del tratamiento ha tenido el niño, bajo la supervisión de la psicóloga.

En el Centro Base y en APNA donde fue valorado, fue diagnosticado de Trastorno autista.

Tratamiento y evolución

A lo largo del tratamiento en la UTI podemos apreciar diferentes fases de la evolución, debiendo en todo momento el equipo terapéutico estar al tanto de los cambios experimentados en el niño, para que la comprensión de los mismos nos permita seguir avanzando.

A través del caso de Javier, podemos ver que existen tres fases fundamentales en el tratamiento y en la evolución, que son comunes a la trayectoria seguida por los demás niños tratados en el hospital de día. Estas fases no son rígidas y cada niño accede a ellas en un ritmo diferente, objetivándose así mismo características cualitativas diferentes, que tal vez nos puedan dar cuenta de las diferencias iniciales del cuadro de TEA, o de las diferencias de factores asociados, como el tipo de intervención escolar, situaciones familiares...

1.ª fase del tratamiento

Se comienza tratamiento en la UTI en febrero de 2005, cuando Javier tiene 2 años y 6 meses.

Partimos que si bien Javier si parece tener un núcleo de identidad propio que le posibilitaba cierta interacción con el entorno, éste no era suficientemente estable y amplio como para que las interacciones fueran fuente de estímulo para seguir avanzando en su desarrollo.

Tras esta falla en la capacidad relacional y de comunicación con el otro, podemos hipotetizar dificultades de integración de sensaciones, afectos, representaciones, que provocan que persistan sensaciones no conectadas a procesos cognitivos y emocionales (no puede identificar, clasificar, nombrar, darles un sentido a sus sensaciones), pudiendo aparecer en situaciones de mayor tensión ansiedades muy primitivas ligadas a sensaciones corporales, como ansiedades de despedazamiento, caída al vacío, aniquilamiento (9) por lo que evita la relación con el entorno intentando que éste no cambie con actitudes de control, que en Javier tal vez se manifestaba por su oposicionismo.

En la actualidad se considera que los trastornos del espectro autista, por causas aún desconocidas (aunque posiblemente en la mayor parte de casos de origen multifactorial), son el efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria, siendo ésta en el desarrollo normal esencial para la estructuración del psiquismo del niño (4).

Por ello en la primera fase del tratamiento con Javier fue posibilitarle una relación estable, empática, estimulante y no intrusiva con su monitora. A través de este encuentro donde inicialmente la relación es fundamentalmente no verbal, sino en registros corporales, afectivos y cenestésicos, se procuran experiencias compartidas que va creando el entramado de la intersubjetividad presimbólica (12).

Todas las actividades del hospital de día, van encaminadas a favorecer y estimular estas vivencias, para crear un vínculo significativo. Inicialmente la monitora trabajó individualmente con el niño, calmando su ansiedad con un acercamiento corporal, lo que el niño sí toleró, mostrándole los diferentes espacios del hospital de día, permitiendo que él explorara o se replegara, proponiendo diferentes actividades. En este primer período la monitora estuvo muy atenta a los intereses de Javier, pero también a sus temores y ansiedades.

Así pudo comenzar un vínculo a través de experiencias compartidas agradables, como tomarle en brazos y cantar canciones de niños, mecerle, balancearle..., permitiendo poco a poco un contacto más corporal a través del masaje, actividad muy importante que aparte de relajarle, posibilita una comunicación no verbal, se propicia el contacto ocular a través del contacto físico, se ayuda a tener representación de las diferentes partes del cuerpo, pudiendo contribuir a tener experiencias de cuerpo cohesionado.

A la vez se observa que Javier presenta miedo o ansiedad intensa a quitarse el abrigo cuando llega y a ponerse el baby cuando tiene que ir al taller; a través del trabajo en equipo, se planteó la hipótesis de cómo se podía sentir desprotegido sin abrigo, que al ponerse el baby lo podía vivir como una invasión o un ataque. Esto ayudó a la monitora a tener una actitud empática, ayudando al niño a solucionarlo en poco tiempo por su actitud y al verbalizárselo.

Así mismo Javier se tapaba los oídos cuando oía o veía a personas más ajenas, si se abría o se cerraba una puerta, también lo hacía si escuchaba canciones que le gustaban, indicando no sólo una conducta evitativa, sino la dificultad para elaborar sus emociones y sensaciones, aunque fueran positivas. Con el paso de los días, estos mecanismos defensivos o de protección fueron disminuyendo progresivamente, aunque el taparse los oídos ha aparecido a lo largo del tratamiento en determinados períodos.

A la vez, actitudes en principio de refugio autista, como meterse en una salita para aislarse, fue transformado en un juego relacional: La hipótesis para entender esto fue que era una defensa frente a la monitora y una forma de tolerar o defenderse de la ausencia de la madre; la monitora inicio un juego de ir a buscarlo como si se hubiese escondido, jugando al cucu-tras. Cuando llegaba hacia él y le decía “tras” empezó a responder corriendo hacia los brazos de la monitora sonriendo. Poco después intercambiaban los papeles en el juego y era la monitora quien se escondía, siendo Javier quien iba a por ella.

Poco a poco va estando más tranquilo, demandando la relación afectuosa con la monitora y participando cada vez más en las actividades propuestas. “En el espacio cognitivo puede permanecer cada vez más tiempo sentado jugando con las construcciones, haciendo torres, juegos de meter y sacar. Al principio es un juego dirigido, repetido con diálogos y se crea un vehículo de intercambio de miradas, expresiones faciales, vocalizaciones. Posteriormente tiene iniciativa para jugar sólo y se refuerza su actitud. La pasividad que mostraba cuando le quitaban algún juguete fue desapareciendo, defendiéndose y no permitiendo que le arrebaten lo que tiene, llegando a chillar. Obedece órdenes sencillas como hacer y tirar la torre, cambiar de espacio, ir a la pared...

Se ha creado este primer vínculo relacional, estimulante para el niño y la monitora, que va a permitir avanzar. Han aparecido afectos diferenciados, de cariño pero también de rabia, que pueden sentirse e integrarse sin ser peligrosos (persecutorios, provocando bien aislamiento, bien pasividad).

2.ª fase de tratamiento

En un segundo momento es importante ir trabajando en la adquisición de la propia identidad, favoreciendo los mecanismos de introyección e identificación que van a ayudar al niño a consolidar la imagen de sí mismo diferente de los otros, y a poder reconocer sus emociones y las de los otros.

Así en el espacio de psicomotricidad, a través de **Juegos psicomotores** (13) se facilitan la interacción social y la simbolización: se propone el corro, carreras tomados de las manos, canciones acompañadas con gestos y palmadas que empiezan a imitar y tararear, saltos en la colchoneta a través de un pasillo hecho con los bloques, procurando que guarden y comprendan su turno. En el juego del escondite y en el cucu-tras, las cosas pueden ser invisibles pero no desaparecer.

Esto favorece experiencias placenteras sensorio-motoras, y afectivas unidas, ayudando a la integración corporal y relacional.

A la vez con los bloques de psicomotricidad se trabaja –construir-tirar-construir–, favoreciendo la elaboración de sensaciones de fragmentación corporal y reunificación: cada niño construye una torre de un color determinado, y una vez colocados se adjudica a cada uno, nombrándose y relacionándose con el bloque; después gozosamente corren a tirar cada cual su torre, para poder volver a reconstruirlo.

Esta actividad también favorece la identidad diferenciada de cada cual.

Inicialmente Javier era incapaz de esperar quieto para luego salir a tirar la torre, además había que llevarlo hacia ella. Poco a poco puede esperar todo el tiempo mientras se va asignando a cada niño su torre. A lo largo de este periodo ha empezado a nombrarse a sí mismo, pero aún en pocas ocasiones.

También poco a poco va teniendo pequeños juegos simbólicos, como dar de comer a los muñecos, dormirles..., siguiendo la iniciativa seguramente de la monitora.

No se relacionaba con las otras dos niñas aunque poco a poco se va acercando, tocándolas. Tan sólo participaba en

juegos grupales si iba guiado por la monitora, pero en ocasiones después de negarse a participar y una vez organizado el juego, se acercaba espontáneamente.

A la vez aparecen deseos (muy relacionales con su monitora) y pide a su forma lo que le gusta como el balanceo en la colchoneta.

En el taller los niños manipulan y juegan con plastilina, garabatean con pinturas, usan pincel, desmenuzan techopan para soplar, hacer lluvia, cantan canciones relacionadas con la actividad, se juega con el agua (llenar y vaciar cubiletes). Estas actividades favorecen la motricidad fina y gruesa, atención y concentración, la coordinación...; las actividades de pintura, barro, favorecen también la sublimación de tendencias más agresivas y desorganizadas, estimulando la creatividad y la simbolización.

Javier en este período no se interesaba por ninguna de las actividades propuestas.

En el Aula (espacio cognitivo) cada niño ocupa su sillita y en este período, para seguir trabajando la identidad diferenciada de cada cual, se nombra a quien pertenece cada silla, ocupando la monitora siempre la misma. Para trabajar la diferenciación se les ofrece juegos de formato:

- Meter y sacar, (se manejan los conceptos dentro y fuera).
- Dar y tomar (se establece una diferenciación, el uno y el otro).

Se les muestra cuentos de mamás y papás, de animalitos, para conseguir el gesto de señalar el referente e imitar sus sonidos.

Javier con los cuentos muestra mucho interés, señala, repite palabras que le dice la monitora, imita sonidos de animales. Los reconoce cuando ve el dibujo.

Su lenguaje ha evolucionado un poquito, el saludo y despedida, palabras frase: agua, nombra animales e imita su sonido, dice su nombre.

Ha transcurrido cerca de un año. En el inicio del curso, con la entrada de un nuevo niño en el grupo manifestó celos; estaba triste, prefería estar en brazos que participar en actividades de

la sala común, estando a la vez más aislado y apático. Aumentaron sus conductas estereotipadas (taparse oídos), teniendo también más dificultad para aceptar el baby nuevamente.

En unos meses, aunque tenía momentos puntuales donde le molestaba que su monitora estuviera atenta al niño nuevo, comenzó a disfrutar otra vez de las actividades, a participar (con aros, con balón, con casita en el montaje muy receptivo...), disminuyendo nuevamente su conducta de taparse los oídos ante cambios en el ambiente y en el taller vuelve a ponerse el baby sin dificultad.

Al final de este período estaba más alegre, más sociable con adultos y con los niños se acercaba a ellos e intenta comunicarse con su lenguaje.

Javier ya tiene 4 años y medio y en el grupo se manifiesta alegre y participa en casi todas las actividades.

Comienza a tener juego simbólico espontáneo, haciendo hablar a dos muñequitos, dándoles de comer... y también fabricando juguetes, utilizando distintos materiales (goma espuma, piezas de construcciones...).

Espontáneamente se comunica con el adulto; con los niños del grupo intenta relacionarse y se le nota motivado para estar con ellos, pero con torpeza, con pocas habilidades y no controla bien sus impulsos. Utiliza con ellos lenguaje verbal, y se defiende cuando le quitan algo.

Su deseo de comunicarse coincide con el inicio del trabajo de la logopeda dentro de la Unidad. Se adapta muy bien a ésta y puede imitar gestos con las manos de las canciones del ordenador. Va pudiendo decir algo de sus experiencias, respondiendo con una palabra a preguntas muy concretas; aunque en ocasiones le cuesta pedir lo que quiere y hay que insistirle.

No utilizamos los pictogramas en nuestro trabajo, pues intentamos estimular las representaciones internas del niño, aunque comprendemos que este método puede ser eficaz en algunos ámbitos como la escuela.

En poco tiempo puede nombrarse, hablar en primera persona, contar experiencias muy cortas con algún otro niño (por

ejemplo “me he chocado con Lourdes”, dice riendo), pero aún el discurso es muy corto y muchas veces poco interactivo.

Comprende los estados de ánimo del adulto con respecto a él, lo que indica cierta capacidad de empatía.

Ante la presentación de tareas nuevas muestra más interés y mejor disposición pero necesita ser guiado por el adulto (llevarle la mano) si interviene la psicomotricidad fina, que nos podría indicar su necesidad de estar en algunos aspectos, funcionando a nivel simbiótico con su monitora.

Han desaparecido las ansiedades anteriores, pero a veces tiene llanto o enfado ante situaciones sin causa aparente (como limpiarle la boca, darle galleta rota, el nudo de los cordones...), lo que nos puede indicar que ciertas vivencias actuales remiten a huellas enemigas, a representaciones del orden sensorial y afectivo, que aún no han podido simbolizarse, darles un sentido. (14 catalana).

Así mismo, en una ocasión que la mamá se tuvo que ausentar (nacimiento de una sobrina), Javier tuvo un episodio de encopresis, manchando las paredes con sus heces (¿manifestación de rabia?, ¿manejo de la tristeza y la separación a través de su propio cuerpo?, en todo caso manifestación emocional directa, sin elaboración psíquica).

Pruebas de evaluación en esta fase

En el **IDEA** (realizado el 27-07-2007) obtiene una puntuación de 22, aumentando pues la mejoría. (La puntuación del **IDEA** con fecha del 21-08-2006, obtuvo una puntuación de 33 (ver comparación en gráfico I) Por áreas tenemos:

- Trastorno del desarrollo social: 6 puntos (anterior 9).
- Trastorno de comunicación y lenguaje: 6 puntos (anterior 9).
- Trastorno de Anticipación y Flexibilidad: 7 puntos (anterior 9).
- Trastorno de simbolización: 3 puntos (anterior 6).

Escala MC CARTHY de Aptitudes y Psicomotricidad (MSCA). (Realizada: 7/5/07 y 12/5/07): Es la primera vez que se le puede realizar una valoración psicométrica de estas caracte-

terísticas; en algunas pruebas no contesta, por lo que los resultados hay que tomarlos con cautela. Obtiene una puntuación típica Cognitiva General de 65 (puntuación media: 100 y desviación típica 16) que le sitúa en un nivel límite.

En WISC- realizado el obtiene las siguientes puntuaciones:

CI Total: 88, CI Verbal: 83 y CI Manipulativo: 96.

Test Proyectivos

También se intentaban realizar por primera vez, pero en esta ocasión su participación fue casi nula; no quiso pintar, ni contar ninguna historia, pero sí contesto algo en el CAT; en las escasas respuestas que da, éstas se amoldan a la consigna, describiendo bien tanto a los personajes como las acciones.

3.ª fase del tratamiento

Javier tiene ya 6 años y dada la buena evolución, sólo viene un día por semana. También ha cambiado de monitora, pasando al grupo del monitor que lleva niños más mayores y patologías en procesos más evolucionadas.

Se siente muy a gusto de estar en el grupo de los mayores, (él refiere que es mayor) y se adapta bien al monitor y a los nuevos compañeros. Le gusta dominar en el juego a los más pequeños que llevan las monitoras, con los que coincide en el mismo horario (a veces los pasa a la sala azul y él es quien los dirige), pero también se muestra regresivo en ocasiones acurucándose en el monitor.

Desde que empezó a interesarse por temas escolares, ha manifestado clara rivalidad con algún compañero, mostrando enfado o negándose a trabajar si el otro le aventajaba.

Han disminuido por completo determinadas estereotipias (taparse oídos); respecto a sus miedos ha tenido altibajos, como ir solo al WC y después sentir "terror" por la cadena, hacerse pis en la ropa; ya a finales de curso utiliza el orinal de forma independiente, puede ir solo aunque persiste el miedo a la cadena del WC.

Aún hay algunas situaciones que las vive de forma un poco desproporcionada (que le ocupen su sitio, miedo a hacer alguna actividad con pinturas, llama a mamá) se enfada, llora se echa al suelo. Pronto se puede reconducir. Últimamente en celebraciones de fiestas (cumpleaños...) no se angustia, ni tampoco con las canciones (situaciones que antes le producían mucha ansiedad, con llanto difícil de calmar).

Persisten ciertas alteraciones cualitativas en la comunicación, especialmente fracaso relativo para iniciar o mantener conversación en la que es necesario el intercambio de respuesta con el interlocutor (sobre todo con personas adultas poco habituales para él, o en situaciones de rabia o miedo con ansiedad).

En ocasiones persistían alteraciones de las interacciones (voz amorfa, hablando como el adulto), lo que interpretamos como la dificultad de no poder ser el mismo en esos momentos, debido a ansiedades por posibles dificultades para comprender, asimilar la realidad.

Entendemos que además de las posibles causas orgánicas que pueden estar influyendo, Javier presenta esta sintomatología de forma más acusada en situaciones de ansiedad para él, como cambios bruscos del grupo y especialmente situaciones que le provocan rabia, quedando bien muy bloqueado o en algunas ocasiones teniendo crisis de agitación, con gran ansiedad, difícil de calmar.

Javier tiene 7 años. Se siente mejor en las actividades estructuradas; disfruta y participa en juegos organizados por el monitor, sobre todo cuando éste participa, aceptando bien a los compañeros en estos juegos, sin embargo, en juegos más simbólicos, se aísla, y juega solo comenzando a tener fantasías que solo a veces sí nos puede transmitir, aunque no siempre podemos entender. Así, solía hacer trocitos con el barro, diciendo que son piedras u hormigas... Con los juguetes se interesa por animales, simboliza que son amigos y hay uno que es el más poderoso y ayuda a los otros.

Sus intereses se han ido ampliando, utilizando los clips u otros muñecos de la casa de madera donde a veces organiza

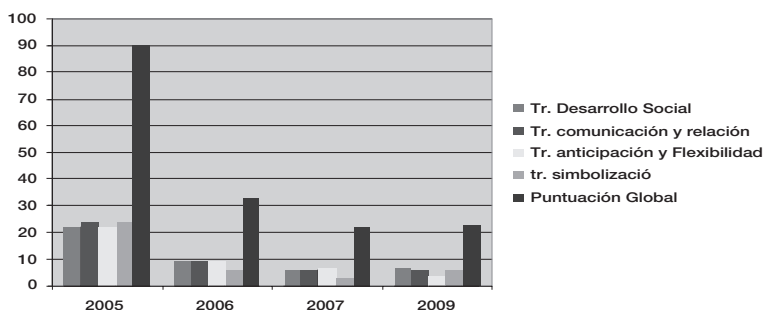
una familia, en otras ocasiones el juego es algo menos claro, de extraterrestres o que buscan un tesoro... y juegos de contacto físico con el monitor que le persiga y él se defiende atacándole.

Pruebas de evaluación en esta fase

En **IDEA** (20-08-2009) obtiene una puntuación de 23 (anterior 22). Por áreas:

- Trastorno del desarrollo social: 7 puntos (anterior 6).
- Trastorno de comunicación y lenguaje: 6 puntos (anterior 6).
- Trastorno de Anticipación y Flexibilidad: 4 puntos (anterior 4).
- Trastorno de simbolización: 6 puntos (anterior 6).

EVOLUCION INVENTARIO IDEA



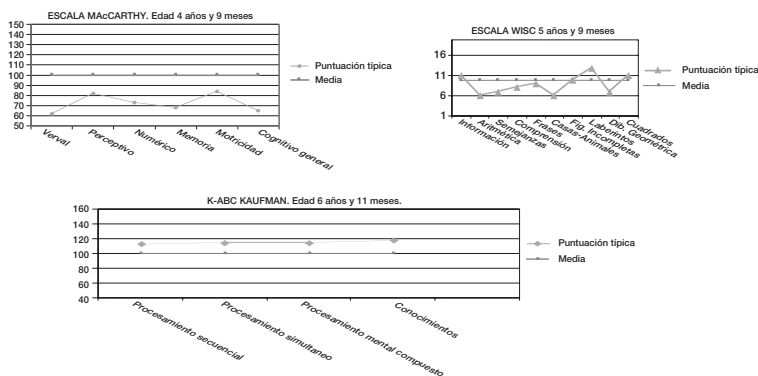
En el **K-ABC DE KAUFMAN** (07-09-2009) obtiene una puntuación media de 115. Las puntuaciones obtenidas son:

- Procesamiento mental: 115.
- Procesamiento secuencial: 113.
- Procesamiento simultáneo: 115. En este punto hay que marcar que obtiene en “Matrices analógicas” una puntuación de 125.

Conocimientos: 118. En “Adivinanzas” obtiene una puntuación de 88 (es la puntuación más baja que obtiene en

toda la prueba, aunque indica rango normal); sin embargo en “Lectura y Decodificación” y “Lectura y Comprensión” obtiene respectivamente 140 y 130. En el cuadro II podemos observar la diferencia con el realizado el año anterior.

Gráfico II: Comparación de las escalas realizadas



Aquí ya podemos ver claramente una organización psíquica, donde se puede elaborar los conflictos a través de la simbolización con el juego: aspectos persecutorios, deseos de dominio, de poder...; pero seguramente estos mismos aspectos que sí puede simbolizar en el juego, es lo que le puede impedir en algunas ocasiones compartir el juego con los demás.

¿Podemos decir que Javier tiene ya un funcionamiento psíquico similar a los niños de su edad?

Ahora Javier puede hablar, jugar, pintar, aceptar participar en pruebas que le pedimos, por lo que la valoración de su funcionamiento es posible y más objetiva. Sabe leer, escribir y es un gran lector, ávido en recibir información sobre gran variedad de temas. Y así podemos ver como Javier tiene aspectos bastante normalizados, junto a otros que nos indican que persisten núcleos sin mediatizar, sin elaborar, que aparecen con mayor claridad cuando Javier pasa por períodos o acontecimientos más angustiantes para él.

Por su funcionamiento, donde aún persisten dificultades en algunas ocasiones para relacionarse con los otros con norma-

lidad, pensamos que existen posibles núcleos paranoides en relación a proyecciones de sus sentimientos negativos, temores de que él otro va a saber de sus insuficiencias y le puede ridiculizar, y temor en su insuficiencia narcisista, que él otro le influya, le cause ansiedad.

Es pues necesario continuar tratamiento, ya por la edad en la UTIL, donde es importante ayudar a reconocer y nombrar los sentimientos más negativos que aun le asustan tanto (como rabia, rivalidad, miedo a la intrusión a la dependencia...), ayudándole a expresarlos y a resolverlos de forma más normalizada.

DISCUSIÓN

Desde hace años se viene desarrollando en Francia el modelo de Hospital de Día a tiempo parcial (15), pero más centrado en patología de Disarmonías evolutivas graves. Basándonos en este modelo, pusimos en marcha en el área de Alcázar de San Juan este dispositivo en el año 1992, por parecernos más acordes a nuestra realidad sanitaria. En la actualidad en diferentes sitios, como en Ginebra (16), al parecer algunos de los HD clásicos, adquieren esta modalidad, aunque manteniendo para algunos casos la estructura a tiempo completo.

Todos estos modelos, al igual que el nuestro, parten de una orientación psicodinámica.

Existen algunos estudios de la eficacia de este modelo a tiempo completo (17), aunque son de hace varios años, y no se refieren a España. Esta escasez de estudios sobre la eficacia del HD para patología mental grave en la infancia, pensamos que se debe en principio al poco desarrollo de este tipo de dispositivos en las diferentes comunidades autónomas, aunque en los últimos años si vamos asistiendo a la creación de HD pero fundamentalmente para adolescentes. Por otra parte, al querer objetivar cambios no solo cuantitativos, sino cualitativos, nos encontramos con dificultades importantes de metodología, que entorpecen estas iniciativas de investigación.

Sin embargo, todos los que trabajamos en estos dispositivos y en concreto los de niños más pequeños, constatamos la eficacia de los mismo tanto en niños con TEA, como en otras patologías mentales graves. Es por ello que insistimos en la necesidad de buscar estas vías de investigación, que den cuenta de nuestro trabajo, a la vez que nos permitan comparar las técnicas utilizadas en otros dispositivos desde una visión diferente (Atención Temprana y Educación fundamentalmente), para poder aunar y coordinar nuestros respectivos trabajos.

Por otra parte, en un estudio publicado por la Carlos III (18), dentro de las contraindicaciones para el abordaje de los TEA están las técnicas psicoanalíticas. pensamos que no hay suficientes publicaciones de esta forma de trabajo como para aseverar este punto, sin contar que en la actualidad la medicina basada en la evidencia recibe muchas críticas (19), como para plantearlo como la máxima objetividad. Además posiblemente se desconocen las técnicas de origen psicodinámico, refiriéndose exclusivamente o bien al psicoanálisis clásico, o bien a ciertas teorías de origen psicodinámico, que en la actualidad no se están utilizando como tales.

A través de este caso hemos querido poner de relieve la forma de trabajo con los TEA, desde una dimensión relacional, en el trabajo del vínculo, partiendo que el desarrollo emocional y cognitivo van unidos.

Constatamos que la buena evolución está también ligada a:

- La intervención precoz.
- La intervención coordinada con el nivel escolar.
- El trabajo y la colaboración con los padres.

La constatación de las diferentes fases por donde pasa el niño en su tratamiento, con sus particularidades relacionales, emocionales y cognitivos, nos hace ver la importancia también de tener un tiempo prolongado, que permita ir trabajando las diferentes etapas.

Por último es importante volver a insistir en la necesidad de estar atentos en todo momento a la organización psíquica, a la problemática emocional, y no centrarse solamente en la sintomatología más llamativa.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) A. Rivière; J. Martos. (Comp.) El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas. Ed.: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. 1998.
- (2) Didier Houzler. Les signes précoces de l'autisme et leur significations psychopathologiques. En Autisme; état des lieux et horizons. Sous la direction de B. Golse et P. Delion. Ed. Éres. 2005.
- (3) Winnicott D.W. - *Las Psicosis y el Cuidado de Niños*. En: Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Ed. Laia. 1979.
- (4) Filippo Muratori. El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria. Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y adolescente. N° 12. Noviembre 2008.
- (5) F: Ansermet; P. Magistretti. A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente. Ed.: Katz. 2006.
- (6) Jiménez Pascual, A. (coordinadora del grupo trabajo). Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes. Revista Asociación española de Neuropsiquiatría, 2001, vol XXI, n° 77, pp. 115- 124.
- (7) Burnand S.; Manzano J.; Palacio-Espasa F. *La acción terapéutica de los Centros de Día*. En las Terapias en Psiquiatría Infantil y en Psicopedagogía. Ed. Paidós. 1993.
- (8) Bion W.R. - "*Elementos en Psicoanálisis*". Ed. Paidós. 1966.
- (9) Winnicott D.W. - *Desarrollo emocional primitivo*. En: Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Ed. Laia. 1979.
- (10) Jiménez Pascual, Ana M^a. Estructuras clínicas intermedias en la psicosis infantil. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1999, vol XIX, n° 69, pp. 151-159.
- (11) Angel Rivière. IDEA: Inventario Espectro Autista).
- (12) A. Brun. Mediaciones terapéuticas y psicosis infantil. Ed.: Herber. 2009.
- (13) Aucouturier, Darrault y Empinet (1985). La práctica psicomotriz: Reeduación y terapia. Barcelona: Científico-Médica.

- (14) Julia Corominas. Psicopatología arcaica y desarrollo: ensayo psicoanalítico. Ed. Paidós. 1998.
- (15) Misès R. - Hoshmann. *L'orientation des institutions de soins psychiatriques pour les enfants et les adolescents en France*. Neuropsychiatrie de l' enfance et de l'adolescence. 40 année / n° 5-6, Mayo - Junio, 1992.
- (16) Ferruccio Bianchi. Dispositivos de tratamiento (de cuidados) y contra-transferencia. Ponencia sin publicar del I Congreso Internacional de Autismo (celebrado en Toledo el 3,4 5 de Febrero de 2010).
- (17) Manzano J.; Palacio-Espasa F. *Estudio sobre la Psicosis Infantil*. Ed. Científico-Médica. 1987.
- (18) Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, España. Guía de buena practica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. Rev. Neurol. 2006; 43 (7): 425-438 437.
- (19) *German E Berrios*. Sobre la medicina basada en la evidencia. Psicoevidencia (portal para la Gestión del Conocimiento del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud.). Febrero 2010.

EL ESPECTRO DEL AUTISMO HOY: UN MODELO RELACIONAL*

Juan Manzano Garrido***

I. ESTADO ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN ANATÓMICA, GENÉTICA Y NEUROFISIOLÓGICA

A partir de revisiones recientes de la literatura en revistas reconocidas y prestigiosas en este campo nos encontramos con un acuerdo general sobre los puntos siguientes.

Neuroanatomía

Estudios post-mortem y estructurales (resonancia magnética) han señalado hasta ahora los lóbulos frontales, amígdala y cerebelo como patológicos. “Por el contrario, estudios recientes sugieren que es el desarrollo del cerebro lo que estaría alterado más que el resultado final de ese desarrollo¹. Estos autores concluyen que el espectro del autismo es un grupo heterogéneo y con co-morbilidad.

C. Schmitz y P. Rezaie² concluyen igualmente que “la neurobiología del TEA (Trastornos del espectro del autismo) está pobremente definida” y que los estudios actuales (imágenes)

* Ponencia presentada en las I Jornadas Nacionales de Hospitales de Día Terapia Intensiva de Niños y Adolescentes celebradas en Alcázar de San Juan los días 22 y 23 de mayo de 2009.

** Juan Manzano Psiquiatra Psicoanalista. Presidente de SEPYPNA. Miembro titular didacta de la Societe Suisse de Psychanalyse. Ex director del Servicio médico-pedagógico de Ginebra.

¹ Amaral, D. G. et al., *Neuroanatomy of autism*, Cell Press, Trends in Neurosciences, 2008.

² *The neuropathology of autism*, Neuropathology and applied Neurobiology, 2008).

se refieren a “trastornos funcionales” y a la “conectividad” en las conexiones sinápticas que afectan a numerosas regiones del cerebro.

Autores franceses³ concluyen a su vez a “anomalías de la activación temporal a la voz humana” y otras anomalías temporales (estudios no replicados). “Sin embargo, no hay ni clara ni consistente anatomía patológica que emerge de esos resultados”.

Genética y biología molecular

En un número especial de la revista Nature (2008) dedicado a las enfermedades neuropsiquiátricas incluido el autismo, los editorialistas resumen: “Nuestra comprensión de los mecanismos biológicos de enfermedades como los trastornos del humor, la esquizofrenia y el autismo es frustrante y limitada... La identificación de los genes involucrados se ha mostrado inalcanzable”⁴.

“Hay también una falta de marcadores biológicos fiables” [id.].

“Avances recientes en la técnica aportan modos de testar hipótesis sobre la neuropatología subyacente” [id.]. Esos avances son titulados por S.E. Hyman⁵ “una tenue luz (a glimmer of light) sobre los trastornos neuropsiquiátricos... Este pobre panorama está finalmente comenzando a mejorar... En las dos últimas décadas, los esfuerzos por identificar “alelos” comunes de formas diferentes de enfermedades psiquiátricas, no han tenido éxito”. “Se ha comprobado que esta base genética es altamente compleja... Las variantes que contribuyen son típicamente aislados nucleótidos-polimorfismos (SNPs) que no son en sí mismos individualmente dañinos, pero pueden dar lugar a riesgos mediante la interacción con otras variantes en otros *loci* (genes) y con factores no genéticos (ambientales)” [Hyman, id.].

³ Boddaert N. & Coll, P. ONE 2008, *Superior temporal sulcus anatomical abnormalities in childhood autism : a voxel-based morphometry MRI study*, Neuroimage, 2004.

⁴ I-han Chou and Tanguy Chouard, Seniors Editors, Nature, oct. 2008).

⁵ Hyman S. E., *A glimmer of light for neuropsychiatric disorders*, Nature, oct. 2008.

Como ya hemos mencionado anteriormente hay que señalar también aquí las investigaciones en la conectividad inter-neuronal. “Tales como mutaciones en los neurologin y neuroxin genes (responsables de la producción de moléculas excitantes o inhibitoras de la transmisión sináptica”.

Finalmente, el autor concluye:

“La genética en neuropsiquiatría ha tenido muchos –y muy publicitados– falsos comienzos. Quizás sea el caso también de estos últimos hallazgos... pero puede ser que la tenue luz nos dirija a nuevos pasos en el conocimiento del diagnóstico y del tratamiento” [id.].

En una revisión J. G. Steyaert y W. De La Marche⁶ resumen de una manera similar a lo que hemos citado, en lo que concierne el estado actual de los conocimientos neurofisiológicos y genéticos. Insiste en particular que “La genética del autismo refleja la interacción gen-medio”.

Diagnóstico

En esta literatura neurofisiológica anglosajona y pediátrica se observa que se habla cada vez más de espectro del autismo junto con T. global (invasor). Reencontramos pues aquí las nociones clásicas de la psicopatología.

“No existen marcadores ni diagnóstico neurobiológico”.

Hay una tendencia a considerar el espectro del autismo como grupos heterogéneos. Esta literatura utiliza la DSM IV, pero esta clasificación es criticada: “no es un espejo de la realidad” [Hyman, id.]; las categorías están arbitrariamente delimitadas y debe emplear necesariamente el sistema de co-morbilidad.

Tratamiento

- Los conocimientos anatómicos, genéticos, neurofisiológicos actuales no permiten basar en ellos ningún tratamiento.
- No existe ningún tratamiento “alternativo” [Steyaert, id.].

⁶ Steyaert J. G., De La Marche W., *What's new in autism ?*, Eur. J. Pediatr., 2008.

- Ningún tratamiento psicofarmacológico mejora los síntomas fundamentales. Tratamientos sintomáticos puede utilizarse (neurolep. Risperidone, dimetalfemidato) pero no a largo plazo.
- La terapia cognitivo-comportamental tiene efectos “muy limitados” [Steyaert, id.]. El ABA⁷ tras más de 20 años de utilización se ha demostrado ineficaz. Un meta análisis de todas las publicaciones⁸ desde 1987 concluye que las evaluaciones publicadas de los resultados pueden reflejar sobre todo “factores políticos y filosóficos” y no las competencias reales de los niños.
- Los resultados de Lovaas de 1987 no se han confirmado nunca. “Ya es hora de que la comunidad profesional informe a las familias del hecho de que si bien el tratamiento ABA pueda ser beneficioso no hay ninguna prueba de que aporte la curación ni el desarrollo normal para 47% de los niños como sostenía Lovaas en 1987” [Shea, id.].

Puede resumirse la tendencia actual sobre el tratamiento de estas publicaciones como necesidad de aumentar la comunicación social de estos niños en un medio natural [Steyaert, id.]. Esta tendencia es similar a la practicada en los centros de día médico-pedagógicos.

II. NEUROCIENCIAS DEL AUTISMO Y GUÍAS DE BUENA PRÁCTICA

Este resumen esquemático que acabo de hacer sobre el estado actual de la investigación en neurociencias es admitido por la esencial por las guías de buena práctica para el tratamiento por ejemplo la española de 2006⁹.

⁷ Lovaas O. I., *Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children*, Journal of consulting and clinical psychology, 1987.

⁸ Shea V., *A perspective on the research literature related to early intensive behavioral intervention (Lovaas) for young children with autism*, Autism 2004 SAGE publications and the National Autistic Society.

⁹ Fuentes-Biggi et al., *Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista*, Rev. Neurol., 2006.

Pero nos podemos preguntar por qué esta guía española se limita exclusivamente a este punto de vista neurobiológico, ciertamente importante pero no exclusivo. ¿Por qué ignora completamente la literatura reflejando la larga experiencia clínica de los “centros de día” con una comprensión psicológica del desarrollo y la comprensión psicodinámica?

Pienso que todos sabemos la respuesta: aunque no se pueden excluir diversos intereses corporativos, la principal razón –como formula una autora americana púdicamente– es “filosófica y política” [Shea, id.]. Fue el hecho, que hace unos 40 años algunos autores psicoanalíticos como Bettelheim (pero también autores no psicoanalíticos) cometieron el error de emitir una hipótesis –nunca probada– de una etiología que concernía a los padres.

A partir de aquí se ha ignorado que muchas otras psicoanalistas jamás sostuvieron esta idea. Por ejemplo M. Klein, la más importante creadora de la principal corriente del psicoanálisis infantil y que fue la primera que describió un niño con espectro del autismo (antes que la descripción de L. Kanner)¹⁰. También se ignora que la mayoría de los psicoanalistas que se han ocupado de estos niños –entre los que me encuentro– jamás sostuvieron esta teoría. Personalmente, yo he escrito numerosos artículos y con mi colega Francisco Palacio Espasa, ya publicamos hace unos 30 años un libro traducido al español¹¹, en que exponíamos nuestra experiencia y nuestro punto de vista: nunca hemos encontrado diferencias entre los padres de niños autistas y la población general.

Es hora pues de reunir todos los puntos de vista y experiencias. Como otros muchos (Hochmann, Ferrari, Muratori, Palacio, Golse¹², en mi conceptualización, el punto de vista neurocientífico debe ser necesariamente tenido en cuenta. Un puente de convergencia está hoy día abierto.

¹⁰ Klein M., *The importance of symbol-formation in the development of the ego*, 1930, WMK 1 pp. 219-232.

¹¹ Manzano J., Palacio F., *Etude sur la psychose infantile*, Ed. SIMEP, Lyon, 1983 – *Estudio sobre la psicosis infantil*, Ed. Científico-Médico, Madrid, 1987).

¹² Golse B., *Pour une approche intégrative de l'autisme infantile (le lobe temporal supérieur entre neurosciences et psychanalyse)*

III. SALUD MENTAL RELACIONAL (RELATIONAL MENTAL HEALTH) Y TRASTORNO ESPECTRO DEL AUTISMO

Personalmente he descrito un modelo relacional del desarrollo, la psicopatología y el tratamiento de los trastornos precoces, a partir de la experiencia clínica y pedagógica y la comprensión psicodinámica, en particular en los centros de día, así como los avances en neurociencias. Estos avances en neurociencias señalan esencialmente:

- la plasticidad cerebral existente toda la vida y no solo en la infancia;
- los circuitos de la memoria¹³;
- el sistema de neuronas espejo¹⁴;
- además de las investigaciones empíricas sobre las competencias del bebé¹⁵.

Estos avances han llevado a su vez a un interés creciente de los investigadores en neurofisiología por el psicoanálisis.

Por relacional yo entiendo un punto de vista que se basa sobre el postulado que el niño, desde el nacimiento, es un *organismo, un todo*, una estructura viva.

En términos neurofisiológicos, he propuesto como fórmula sintética que el cerebro del recién nacido está *programado para entrar en relación con una persona, para reprogramarse en función de la relación*. El desarrollo es por consiguiente concebido aquí como la modificación adaptativa del programa innato en contacto con el otro.

En términos psicodinámicos, desde el nacimiento el niño dispone de una parte organizada de la personalidad (*un yo*) con una cierta representación de “sí mismo” y una relación (de objeto) diferenciada de “sí mismo”, con la madre o equivalente.

¹³ Kandel E. R., *The molecular biology of memory storage : a dialogue between genes and synapses*, Science, 2001.

¹⁴ Rizzolatti G., Fogassi F., Gallese V., *Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation action. Perspectives*, Nature Reviews / Neuroscience, 2001.

¹⁵ Manzano J., *La part des neurosciences dans les constructions psychanalytiques, l'exemple du développement précoce*, Revue française de psychanalyse, Numéro spécial Neurosciences et psychanalyse, vol. 71, No 2, 327-337, avril 2007.

La estructura de la personalidad del bebé va a cambiar en esta relación.

Cualquiera que sean los factores que intervienen (lesionales, genéticos, conflictos, etc.) los trastornos del desarrollo no son jamás una simple expresión de esos factores sino reorganizaciones –o ajustes– del programa para continuar el desarrollo a pesar de las alteraciones. Entre estas reorganizaciones o ajustes se encuentran los trastornos del espectro del autismo. Puesto que se trata de ajustes adaptativos del programa no son jamás rígidos ni inmutables. Por el contrario pueden evolucionar de nuevo en la interacción.

Puesto que el desarrollo es relacional el tratamiento es también para mí necesariamente relacional. Las diversas medidas pedagógicas educativas, farmacológicas, psicoterapéuticas u otras, tendrán siempre como objetivo el establecimiento de una relación y el de garantizar su continuidad, para permitir un nuevo cambio de la organización, de la estructura de la personalidad.

En nuestra experiencia donde mejor se consiguen. Esta reorganizaciones positivas es en los centros de día o equivalentes.

IV. CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL CENTRO DE DÍA

Puedo resumir brevemente las características y el funcionamiento del centro de día como sigue:

- Equipo pluridisciplinario (educadores, enseñantes especializados, psicólogos, médicos, fisioterapeutas, asistentes sociales).
- La idea de base es considerar al niño como un todo, una persona. Y por consiguiente reunir en un solo lugar los especialistas que necesite y no dividirlo en partes, enviándole a sitios y personas diferentes en lugares diferentes.
- El equipo debe funcionar a su vez como un todo para cada niño.
- Colaboración permanente de los padres.

Primera línea

Una relación personalizada. Permitir a cada niño el establecimiento de una relación con una persona (educadora u otra) para que más tarde la extienda a otras personas. Eso significa que los educadores o enseñantes están formados para –sin medidas artificiales forzales– reconocer las ventanas relacionales existentes.

Segunda línea

Estos educadores benefician y comparten comprensión de las otras especialistas del equipo supervisiones regulares, formación continua especial, reuniones de síntesis. Integración progresiva de intervenciones específicas (logopedas, psicomotricistas, psicoterapeutas, técnicos sobre funciones perceptivas) y cualquier otra actividad recreativa. Pero siempre manteniendo y no interfiriendo con la relación principal educadora y pedagógica.

Integración de los niños pequeños a la enseñanza

Según su edad y evolución integración parcial a “la clase” con enseñantes especializados. Manteniendo siempre la relación principal. La indicación de integración parcial a la escuela: cuando el niño es capaz de aceptar una situación ritualizada y en grupo con un especialista en la transmisión de conocimiento.

Dependiendo de cada evolución, integración progresiva del niño fuera del centro en la escuela normal.

En resumen un centro de día debe esencialmente “reunir las condiciones necesarias para permitir el establecimiento de una relación y garantizar su continuidad” el tiempo necesario.

Estudios evolutivos

Hemos podido efectuar estudios evolutivos prospectivos y catamnésicos¹⁶ que nos permiten afirmar, con una evidencia

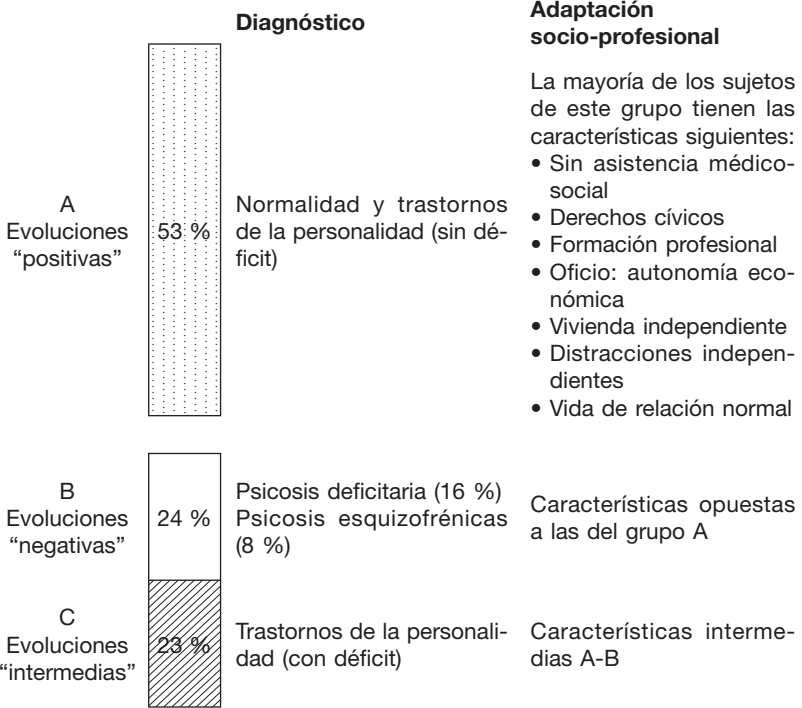
¹⁶ Manzano J., Palacio F., *Etude sur la psychose infantile*, ed. SIMEP, Lyon, 1983 – *Estudio sobre la psicosis infantil*, Ed. Científico-Médico, Madrid, 1987.

factible y realista, que una evolución positiva es posible. Aquí nos limitaremos a señalar el estudio catamnésico en los gráficos siguientes.

Investigación catamnésica – Población

Número	100 sujetos
Edad 1. ^a consulta	6,8 años
Edad catamnesis	27 años (media)
Periodo catamnestic	20,4 años (media)

Investigación catamnésica - Resultados (100 sujetos)



CON-FORMACIÓN Y DIS-POSICIÓN. EQUIPO Y FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES*

M.^a Dolores Ortega García y Luis León Allué*****

INTRODUCCIÓN

Este trabajo que trataremos de presentar, nos ha supuesto una serie de reflexiones necesarias e ineludibles a la hora de plantear la organización y los objetivos terapéuticos en un dispositivo asistencial como Hospital de Día.

Forma y contenidos, formación y disposición, pilares fundamentales en esta construcción terapéutica, sin duda de las más intensas e intensivas, resultan inestables ante la escasez bibliográfica y falta de definición y consenso.

El momento actual nos parece especialmente significativo e importante dada la aprobación del Ministerio de Sanidad y Consumo del reconocimiento de la subespecialidad clínica de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Fuera o no éste el motivo del traspaso de la cartera ministerial a las 24 horas sucesivas de su anuncio, nos llena de expectación y esperanza el cómo se implantará y desarrollará en nuestro país. Esta ardua espera, dota si cabe aún más de la necesidad e importancia que, para nosotros tiene que estas jornadas se realicen en este preciso

* Ponencia presentada en el I Congreso Regional y I Jornadas Nacionales de Hospitales de día-terapia intensiva de niños y adolescentes que bajo el título: "Hospitales de Día de niños y adolescentes" tuvo lugar el viernes 22 y sábado 23 de mayo de 2009 en Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

** Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital La Mancha Centro.

*** Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital La Mancha Centro.

momento de cambio (que conste que esta exactitud temporal no estaba planeada y el cese ministerial escapa a nuestra responsabilidad).

Esto abre un interrogante a la comunidad psiquiátrica y de la Salud Mental, en general, de respuesta (pensamos) obligada. Vamos a tratar de ofrecer una de esas posibles respuestas, si no la mejor, la que consideramos más adecuada a la hora de abordar la problemática específica y el abordaje terapéutico de estos chicos, con estos chicos y para estos chicos.

Para ello (y para ellos) hemos titulado esta ponencia “**CON-FORMACIÓN Y DIS-POSICIÓN**”, ya que consideramos que la particularidad de la demanda que estos chicos plantean sólo puede ofrecerse con una respuesta particular:

Con-formación, este juego de palabras no gratuito por nuestra parte, pretende articular diferentes conceptos y propuestas. La formación con-junta, esto es, el aporte que cada uno ofrece al equipo terapéutico debe integrarse con las aportaciones de los otros, configurándose así una línea homogénea y común a cada uno y todos de los profesionales, línea directriz de la orientación terapéutica para el tratamiento de estos chicos de tal modo que esto suponga que el todo sea mayor que las suma de sus partes.

En estas edades y, dadas las características de los chicos que son atendidos en estos dispositivos, no podemos obviar la *formación* (es decir, el proceso de modelado) y desarrollo de aspectos del Yo, la personalidad, los mecanismos de defensa..., del sujeto en definitiva. Sujeto que tendrá la posibilidad de jugar sus cartas en el campo del deseo y en la relación con el otro. Consideramos que desde este concepto de con-formación, se realiza un llamado al Otro, es decir, la posibilidad de establecer un lazo social.

Orientación terapéutica y sus efectos van de la mano, conformando una unidad. Semilla y fruto de una dis-posición dentro del marco terapéutico.

(Pasamos así a elaborar el segundo concepto que titula nuestra mesa)

Dis-posición. Uno de los objetivos de estas jornadas, a nuestro entender, es dar cuenta de un modelo determinado de

orientación en la práctica clínica, diferente a otros modelos hoy en día bastante en boga, como son:

- enfoque de rehabilitación clásico (que incluye terapia psicomotora, terapia logopédica, el método Delacato, el enfoque etológico, la teoría de la mente, la intervención comportamental precoz de Lovaas y el método ABBA, el método TEACCH y la comunicación facilitada);
- enfoque emotivo-relacional (el modelo sistémico y la terapia familiar, la musicoterapia, el holding y el método etodinámico AERC, la terapia asistida a través de animales);
- Además, de otras terapias psicoanalíticas clásicas.

Frente a todo esto, proponemos un modelo de orientación dinámica (con base psicoanalítica) que junto a lo dicho en el primer punto, adopta una posición radicalmente diferente en relación a los otros modelos, es decir, se dis-positiona. Esto, tiene sus efectos: en primer lugar sobre la institución; en segundo lugar, sobre los terapeutas y por último, también tiene sus efectos sobre el niño.

Efectos sobre la institución: Pensamos que no es posible abordar el tratamiento del niño obviando su relación con el otro, otro que resulta, en este caso particular, encarnado en la institución. Por tanto, pensamos que la propia institución debe posicionarse de una determinada manera que permita, por un lado, el establecimiento de una serie de proyecciones e identificaciones útiles para el niño y el adolescente a la hora de crear su propia identidad; otro pacífico, no impositivo, nada caprichoso, “regulado”, esto es, sometido ambos, niños e institución, a las mismas normas y dictámenes; y por otro lado, que dicha posición institucional sea lo suficientemente neutra para que las vivencias del niño no se tornen persecutorias, amenazantes, invasivas o inquietantemente eróticas.

Esto sólo es posible, desde nuestro planteamiento, si ningún *terapeuta* (psiquiatra, psicólogo, auxiliar, enfermera...) se siente en posición de ocupar un lugar significativo de Ley para el *niño*, sometiéndolo a los caprichos de su propio deseo. Por tanto, los diferentes profesionales deberían conformar un trabajo grupal que sirva de soporte único y constante al niño y a la propia institución, es decir, que la línea que orienta nuestra

posición terapéutica con respecto al niño debe ser homogénea, debiendo nosotros también someternos a las mismas normas y dictámenes que el niño y la institución, independientemente del espacio terapéutico en el que se lleve a cabo el modelado del sujeto, como veremos más adelante.

1. HOSPITAL DE DÍA / CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO

- Definición
- Objetivos

2. EQUIPO

- ¿Qué se entiende por equipo?
- ¿Quién lo forma?

3. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES:

- Descripción de actividades terapéuticas (psicodrama, terapia de grupo, terapia de juego y/o simbolización, dibujo, elaboración y resolución de conflictos mediante expresión verbal, habilidades sociales, psicomotricidad..., apoyo externo a nivel escolar y logopédico) incluyendo trabajo grupal e individual tanto de pacientes como de las familias de los mismos, así como la coordinación con los centros escolares.
- Formación del equipo
 - Formación dinámica.
 - Formación específica.
 - Formación personal y grupal (supervisión).

Atendiendo a la definición de la RAE, *equipo* se define como “grupo de personas organizado para una investigación o servicio determinado” y *trabajo en equipo* como aquel que se realiza “coordinadamente entre varios”. Esta última definición será el objetivo primordial de nuestra ponencia.

Consideramos que la formación dinámica permite un discurso complementario a la labor educativa ya llevada a cabo en la familia y en los centros escolares.

La orientación dinámica nos acerca al mundo psíquico del niño abordándose aspectos emocionales, relacionales, familiares... que determinan, en gran medida, su organización psíquica, y los modos de relación consigo mismo y con su entorno (relaciones intra e intersubjetivas), lo que abarca todo aquello que permite el surgimiento de la propia identidad, de los afectos y su modulación, la instauración de los mecanismos defensivos y de afrontamiento que caracterizarán al sujeto-niño y los patrones de interacción que marcarán su modo de acercamiento al mundo.

El objetivo sería, por tanto, ofrecer una “experiencia emocional correctora” que permita al niño/adolescente modificar la estructura psíquica que determina su psicopatología y que motiva sus características comportamentales.

Para poder aplicar esta orientación es necesario llevar a cabo una formación dinámica, cuyas bases no están regladas ni reguladas en nuestra geografía en el momento actual. Es necesario establecer, ante una nueva subespecialidad puesta casi en marcha, un programa formativo que subsane las carencias existentes en cuanto a formación y reconocimiento de esta especialidad clínica, debe hacerse especial hincapié en las experiencias formativas en el contexto de Hospital de Día, mediante la observación y participación en las actividades terapéuticas, reuniones de coordinación y evaluación, así como en una adecuada supervisión por personal suficientemente experimentado, que, en nuestra opinión debería ser alguien que no forme parte de dicho dispositivo en concreto. Mientras tanto, dicha formación corre a cargo del interés y la economía individual, por lo que motivación y formación quedan supeditadas a un circuito externo cuya vinculación a la red asistencial pende, en gran parte, de la economía particular.

FORMACIÓN ESPECÍFICA Y PROFESIONALES

• Profesionales

Los recursos humanos que constituyen cada Hospital de Día están sujetos, en el momento actual en nuestro país, a

diferentes variaciones de unos dispositivos a otros. Estas jornadas constituyen, sin duda, una posibilidad para unificar criterios en cuanto a la organización. Consideramos de vital importancia que los profesionales del Hospital de Día trabajen en equipo, operando de manera multi e interdisciplinaria, para atender las diversas necesidades de los pacientes. La disponibilidad de profesionales integrantes del equipo estaría en función de las demandas asistenciales y de las posibilidades particulares de cada hospital, tal y como ha quedado ya expuesto en la primera mesa del día de ayer, que trataba los diferentes modelos de Hospital de Día I-J. Psiquiatra de niños y adolescentes, psicólogo clínico, logopeda (en el grupo de los pequeños), psicomotricista (pudiendo ser asumida esta función por otro miembro del equipo con formación específica), personal de enfermería y auxiliares clínicos con formación específica, trabajador social, terapeuta ocupacional, maestro con formación en pedagogía terapéutica... precisan de una formación terapéutica profesional y personal que facilite la coordinación entre los componentes del equipo y en consecuencia, se logre una optimización terapéutica para nuestros pacientes.

ESPECIALISTAS CLÍNICOS: PSIQUIATRA Y PSICÓLOGO INFANTO-JUVENILES

Para poder trabajar como psiquiatra/psicólogo en Hospital de Día consideramos imprescindible una formación en las siguientes áreas:

- Psicología del desarrollo.
- Desarrollo psíquico normal y patológico de la infancia y de la adolescencia.
- Relaciones familiares y entorno social (situaciones de riesgo).
- Psicopatología de la infancia y adolescencia.
- Conocimientos de las patologías pediátricas y sus implicaciones psíquicas.
- Evaluación y psicodiagnóstico clínico, y además, conocimiento de los distintos sistemas de clasificación, epidemiología e investigación.

- Tratamientos psicoterapéuticos.
- Psicofarmacología (área médica).
- Trabajo en equipo y trabajo comunitario (lo que incluye las labores de coordinación con Educación, Servicios Sociales y Justicia) así como el conocimiento de otros dispositivos asistenciales de la Comunidad.
- Aplicación de pruebas y tests psicológicos.
- Formación en psicoterapia.

Enfermería

- Especialidad de Salud Mental y formación complementaria en el trabajo con niños adolescentes.
- Conocimiento y experiencia en el funcionamiento de Hospital de Día I-J.

Auxiliares clínicos

- Formación en Salud Mental I-J, así como conocimiento y experiencia en el funcionamiento de Hospital de Día I-J.

De forma común a los profesionales mencionados hasta el momento, consideramos imprescindible la formación en aspectos complementarios y específicos tales como:

Técnicas y dinámicas grupales en niños/adolescentes y padres abarcando aspectos psicoeducativos y psicoterapéuticos (simbolización, psicodrama, talleres de lectura, escritura y/o literarios, psicomotricidad grupal, juego libre, etc.).

Existen otras modalidades terapéuticas tales como musicoterapia, arteterapia, e incluso psicodrama que pueden ser realizados por personal no adscrito al equipo pero con formación reglada en las mismas.

Trabajador social

Su formación debe estar especializada en el conocimiento de aspectos infanto-juveniles, para la atención de estos pacientes y sus familias. También es necesario el conocimiento de la legislación vigente así como de dispositivos asistenciales adecuados a las características psicopatológicas de estas edades, además de reforzar la coordinación e intercambio de información con los centros educativos.

Psicomotricista

Junto a los conocimientos de su formación académica, debe tener conocimientos básicos en Salud Mental I-J, dada las peculiaridades así como las necesidades específicas de estos pacientes.

Esta función puede ser asumida por otro miembro del equipo con formación específica.

Terapeuta ocupacional

Conocimiento de aspectos básicos del desarrollo normal y patológico I-J, para poder ofertar actividades acordes a las necesidades e intereses de los niños.

Maestro con formación en pedagogía terapéutica

Consideramos que esta formación es imprescindible para que el maestro pueda desarrollar su función atendiendo a las necesidades y carencias presentes en el ámbito educativo de estos niños.

Logopeda

Sus funciones son de especial interés en el primer grupo de edad (edades tempranas). Su labor debe complementarse con conocimientos básicos del funcionamiento normal y patológico del niño. Al igual que en el caso del maestro, es importante transmitir a los niños las posibles aplicaciones prácticas de los conocimientos que están adquiriendo, logrando así un mayor interés y participación y promoviendo la aplicación y generalización de estos conocimientos a la vida cotidiana.

- La **formación específica** debe incluir los aspectos necesarios que permitan realizar las diversas y variadas actividades terapéuticas dentro de cada uno de los Hospitales de Día.

Actividades que colorearán el horario teniendo en cuenta las necesidades y el deseo de nuestros pacientes, así como las inquietudes personales de los diferentes colaboradores terapéuticos del equipo desde las cuales se aporten propuestas que despierten el interés del niño. Es decir, por un lado se

busca promocionar aquellos recursos que serán de mayor utilidad en el modelado de los chicos, (psicomotricidad, terapia corporal, musicoterapia, arteterapia) y por otro, elegir el personal adecuado por sus cualidades, ya no sólo formativas, sino personales para llevarlos a cabo. De nada servirá un terapeuta psicodramatista que, a pesar de una extraordinaria formación, presente dificultades en la realización de dicha actividad o introducir dicha terapia en grupos de pacientes con importantes resistencias o características psicopatológicas no abordables desde la misma. La demanda y el deseo se van alternando entretejiendo un entramado dúctil, flexible a la par que consistente favoreciendo la continuidad del trabajo terapéutico y aportando seguridad relacional a largo plazo. El terapeuta y el paciente con-forman así la unidad buscada.

Se favorece por tanto la emergencia del deseo del niño además de facilitarle que pueda interesarse en las propuestas que el terapeuta realiza en base a su deseo personal, no siendo el deseo del terapeuta caprichoso o arbitrario sino un complemento de la oferta terapéutica. Esto le daría la oportunidad al niño de posicionarse como sujeto ante el deseo del otro, permitiéndole un margen de elección y otorgándole un lugar que no un sitio.

Representando cada uno su papel, la escena precisa de una supervisión, pues como en toda obra que se precie, la gran dis-posición y coordinación entre sus componentes, puede hacer presente alguno de los múltiples enemigos que distorsionen nuestra labor (agotamiento, frustración, hastío...). Es un escenario flexible pero no por ello dirigido por el azar. Cada uno de los terapeutas debe a su vez poner en conocimiento de los demás el desarrollo de las escenas, ya sea mediante reuniones periódicas establecidas en las que se expresen dudas, limitaciones, angustias...; supervisiones regladas (tanto a nivel individual como grupal), así como el trabajo terapéutico personal de los facultativos para evitar interferencias subjetivas. Junto a esto es necesario, la actualización de los conocimientos adquiridos. Y la motivación, promovida por qué no a nivel institucional.

4. CON-FORMACIÓN Y DIS-POSICIÓN

Todo lo dicho hasta ahora cobra su sentido si tenemos en cuenta, a la hora de su aplicación práctica, las características de los niños y adolescentes que tratamos en los Hospitales de Día y Centros Educativos Terapéuticos. Se trata, hagamos memoria, de niños con patología mental grave: psicosis y autismos, trastornos graves de la personalidad, chavales con unas dinámicas psico-sociales francamente desestructuradas que les dificultan una adecuada y armoniosa organización de su aparato psíquico y que, en consecuencia, van a presentar unos modos de interrelación con el entorno y consigo mismos francamente desadaptativos y generadores de sufrimiento. Winnicott decía que, cuando vemos a un niño, vemos junto con él a su madre, aunque ésta no esté presente en ese momento. Teniendo esto en cuenta, resulta de capital importancia, como se ha señalado, realizar un trabajo integrador con el niño y su familia (no perdamos de vista que la familia debe ser acompañada también en este caminar, porque van a encontrar cambios en el chico que no siempre resultan fáciles de asimilar en un primer momento).

Por otro lado, y teniendo en cuenta las características de los niños a tratar, no debemos perder de vista que estos dispositivos terapéuticos, en mayor o menor medida, reproducen para el niño la sociedad donde le está costando integrarse, donde no acaba de encontrar su lugar, niños que no encuentran "su lugar en el mundo" (¿recuerdan la película?) o, al menos, no pueden encontrar más que un sitio en la sociedad cargado de rechazo, persecución, perjuicio, tiranía, confrontación a su narcisismo (tan elevado y por ello tan frágil, tan en riesgo de caer a abisales profundidades, desmoronándose con él todo su aparato psíquico), una relación con el Otro de corte invasivo, caprichoso, autoritario, desafiante... vivencias generalizadas en los trastornos psicóticos y en la patología mental grave en general. El niño, en su transferencia con la institución misma, deposita y reproduce estos patrones si no sabemos facilitarle que nos coloque en lugares más neutrales y pacificadores en la transferencia: si no tiene lugar un efecto de pacificación, cualquier maniobra, terapéutica o no, va a ser vivida

por el niño o el adolescente como impositiva y va a generarle un monto de angustia ante el que va a desplegar defensas primitivas donde priman las cargas persecutorias.

Por tanto, para empezar con buen pie, debemos tratar de tener muy presentes estas características y dificultades del niño a tratar a la hora de organizar las labores terapéuticas y los planteamientos esenciales que la institución ofrece a estos chicos. De este modo, hemos de intentar ocupar, cada uno de los profesionales en primer lugar, pero también la institución, un lugar inicialmente pacificador. Y todo esto debe estar interconectado, según nuestro punto de vista, de la manera que vamos a exponer a continuación, para poder dar una respuesta adecuada a las necesidades y las demandas de cada chico en particular.

En primer lugar, debemos tener en cuenta el caso por caso: si algo distingue a la orientación psicoanalítica de las demás orientaciones, es precisamente la consideración de cada demanda como particular, rescatando lo que de genuino y personal (que no intransferible, porque todo esto se reactualiza en la transferencia, como veníamos diciendo previamente) de cada individuo. Una escucha particular para cada demanda particular, una atención que no olvide nunca lo especial del “caso por caso”, y que permita y facilite al niño encontrar sus propias respuestas ante la demanda del Otro social, tan inquietante para él las más de las veces.

Comenzaríamos, pues, con un tratamiento de la relación con el Otro a partir de la institución. Sin despreciar las jerarquías internas, necesarias para el buen funcionamiento entre los diferentes profesionales, al niño debe ofrecérsele una institución “regulada”. Con regulado queremos decir que debe también someterse a la ley simbólica, pero sin llegar nunca a encarnarla, ni a nivel de la institución, ni a través de alguno de sus miembros. En lenguaje comprensible para el niño, la institución también tiene “unos jefes” por encima de ella que la regulan y organizan, y cuyos dictámenes ésta debe acatar (aunque estos jefes ocupen un lugar puramente imaginario para el niño): permitimos así al niño conciliarse con el complejo de castración repudiado en el Edipo, mediante el establecimiento de identificaciones

imaginarias con la institución y con los propios terapeutas. Para el terapeuta se aplicarían los mismos principios, teniendo que mostrarse también éste “regulado” por la ley simbólica; una respuesta que se considera válida en otros enfoques diferentes al psicoanalítico consistiría en la “educación” del infante, forzándolo a doblarse a ciertas normas que, en función de la situación concreta que se plantee, éste puede vivenciar como antojadizas e invasivas. El enfoque psicoanalítico oferta, por el contrario, una respuesta conveniente y aceptada por todos nosotros, el terapeuta el primero, de modo que éste también puede ser sancionado si se sale del marco establecido.

Lo que además supone una ventaja clara a la hora de afrontar situaciones que no han podido ser previstas de antemano, lo que no es, por cierto, nada infrecuente en la convivencia con estos niños. ¿Qué hacer cuando el niño o el adolescente expresan un deseo que, en ese momento, deja al terapeuta sin posibilidad de dar una respuesta adecuada? Desde nuestro punto de vista, sólo hay una respuesta posible, que consiste en mostrarnos en falta, esto es, reconocer nuestra dificultad para dar una respuesta concreta (esto es, hacerle ver al niño estamos bajo el complejo de castración y, por tanto, sometidos a la ley simbólica), y ofrecer una alternativa donde pretendemos favorecer que aparezca la subjetividad del chico, subjetividad demasiado ausente por lo general, al menos al inicio del tratamiento. ¿Cómo llevamos a cabo esto? Ofrecemos al chico una salida posible (sin cerrar con ello su posibilidad de invención, de creación de una salida sintomática diferente), y le invitamos a que él mismo (con nuestra ayuda, si es preciso), realice una demanda (que ya de por sí implica un llamado al Otro), una demanda concreta que va a ser respondida por esos “jefes” (imaginarios para él, pero también existentes sin ser encarnados por nadie ante el niño) de forma personalizada al propio niño. Por ejemplo, se puede hacer una carta donde el niño pide algo, garantizándosele que va a recibir otra carta como respuesta, estableciéndose un medio de comunicación simbólico donde la subjetividad del niño y su demanda alcanzan un primer plano.

Volviendo al título de nuestra ponencia, de este modo nos dis-posicionamos de ciertos lugares que conviene no encarnar,

apaciguando al chico, favoreciendo la mentalización y la estructuración de la dinámica temporal mediante la existencia de un espacio solicitud-respuesta que el niño aprende a tolerar, favoreciendo el establecimiento de los tiempos y los lapsos de espera que sí van a obtener una respuesta concreta, lo que evita que el muchacho o la muchacha se vean en riesgo de caer del otro o ser tiranizados por éste y precipitarse en el vacío y la angustia psicóticas.

Hablábamos de la dificultad que se nos plantea, en la práctica diaria, a la hora de responder a determinadas demandas o situaciones que surgen de improviso. No olvidemos que no debemos posicionarnos en un lugar de ostentación del saber, lo que quedaría sintetizado en la frase “hay que saber *no* saber”, esto es, debemos poder soportar las preguntas que la práctica clínica nos suscita y sacar de ellas un provecho que redunde en el trabajo terapéutico con los niños. Otra puede ser la respuesta que se ofrece ante las exoactuaciones auto o heteroagresivas: ante una agresión, no podemos ofrecer nuestra mirada cómplice sin hacer nada, lo que puede dar lugar a interpretaciones en la línea del deleite ante el paso al acto. Pero, precisamente, para no prestar una mirada cómplice, en ocasiones es mejor no prestar la mirada. Pensemos en lo importante que es para cualquier niño la delimitación de un espacio propio, lo que suele llevarse a cabo en las escuelas mediante el desafío al otro y la defensa ante éste; en la psicosis infantil, con más razón, esto adquiere capital importancia, pues se sienten tan invadidos (por ejemplo, ante la entrada de un nuevo miembro al grupo) y ven peligrar tanto su lugar, que entrarán en esas dinámicas. Nosotros podemos, en una primera instancia, explicar a los niños que estamos en un marco donde no se permiten las agresiones de los unos hacia los otros o hacia uno mismo, ni hacia el mobiliario y las instalaciones; dejando esto claro, ante un rifi-rafe entre dos chicos, podemos constatar que en muchas ocasiones el retirar la mirada puede conllevar un efecto de pacificación para los chicos, extinguiéndose por sí misma la trifulca que se estaba desplegando. Si no, ofrecemos espacios de contención donde es importante que inter vengan las figuras de apego que estos niños eligen (invistiendo a uno u otro terapeuta en concreto, estableciendo de este modo

un vínculo especial, lo que de por sí tiene efectos terapéuticos), y donde se debe recordar el marco de respeto, respeto que garantiza también la seguridad del propio niño en su relación con el otro. Para esto, además, conviene respetar los momentos del chico, y hacerle presente estos acuerdos de convivencia cuando el niño esté receptivo y calmado, con el efecto adicional de registrar el suceso acontecido.

Ante esta dificultad que las situaciones conflictivas que surgen de improviso nos plantean, y para favorecer la conformación de los equipos terapéuticos, es completamente imprescindible, a nuestro modo de ver, realizar una puesta en común de lo que ha sucedido en el día con cada chico, y esta puesta en común debe realizarse entre todos los integrantes del equipo terapéutico. Se trata de un espacio que permite la puesta en común de dudas, dificultades, interrogantes, angustias y frustraciones de cada terapeuta, con el objetivo de analizar lo que está sucediendo, y de tratar asimismo de ofrecer una respuesta concreta beneficiosa para el niño, no solamente para los terapeutas, así como una orientación general, que pase por la comprensión de las dificultades que cada chico en particular presenta en la relación con los demás. Porque, no es un descubrimiento para nadie de los presentes, estas situaciones a veces nos angustian, nos llenan de dudas, y nos pueden incitar en ocasiones a actuar de forma no meditada y, por tanto, poco terapéutica en ocasiones. Recordemos el juramento hipocrático: *primun, non nocere*.

Esto debe complementarse con la supervisión con alguien, a ser posible, externo al equipo, que pueda tener la distancia suficiente para realizar una observación descargada de tintes emocionales y más ajustada a la realidad de la situación planteada.

Consideramos entonces la relación del niño con cada terapeuta, de los terapeutas con los niños, de los niños entre sí, de los terapeutas entre sí, de cada uno de nosotros y de los niños con la institución... combinaciones de elementos tomadas de dos en dos y de tres en tres, lo que eleva las dificultades a cotas que no pueden ser respondidas desde la soledad del terapeuta ni desde los protocolos de actuación (no olvidemos

el caso por caso), situaciones que, siendo abordadas entre todos, evitan emergencias narcisistas por parte de los terapeutas y que suelen conllevar, las más de las veces, efectos deletéreos. Frente a esto, por tanto, preconizamos, como veníamos diciendo, la “práctica entre varios”.

Tratamos, no lo olvidemos, de facilitar y favorecer la reinserción del niño en la sociedad en unos términos más adaptativos y adaptados, sin por ello forzarlos a perder su singularidad personal y lo genuino de su propio deseo, cuya aparición (de este deseo singular) tratamos de fomentar. Un esquema terapéutico que convierta a los niños en perfectos obedientes que cumplan todas y cada una de las expectativas del otro sin permitir su puesta en cuestión, sólo es posible aniquilando al sujeto y su deseo (recordemos la película “la naranja mecánica”), y para nosotros no sólo no resulta válido, sino que es un esquema a evitar. No existen tratamientos estándar por la sencilla razón de que no existen los sujetos estándar, los niños estándar, ni tan siquiera si el niño es colocado en el lugar de objeto.

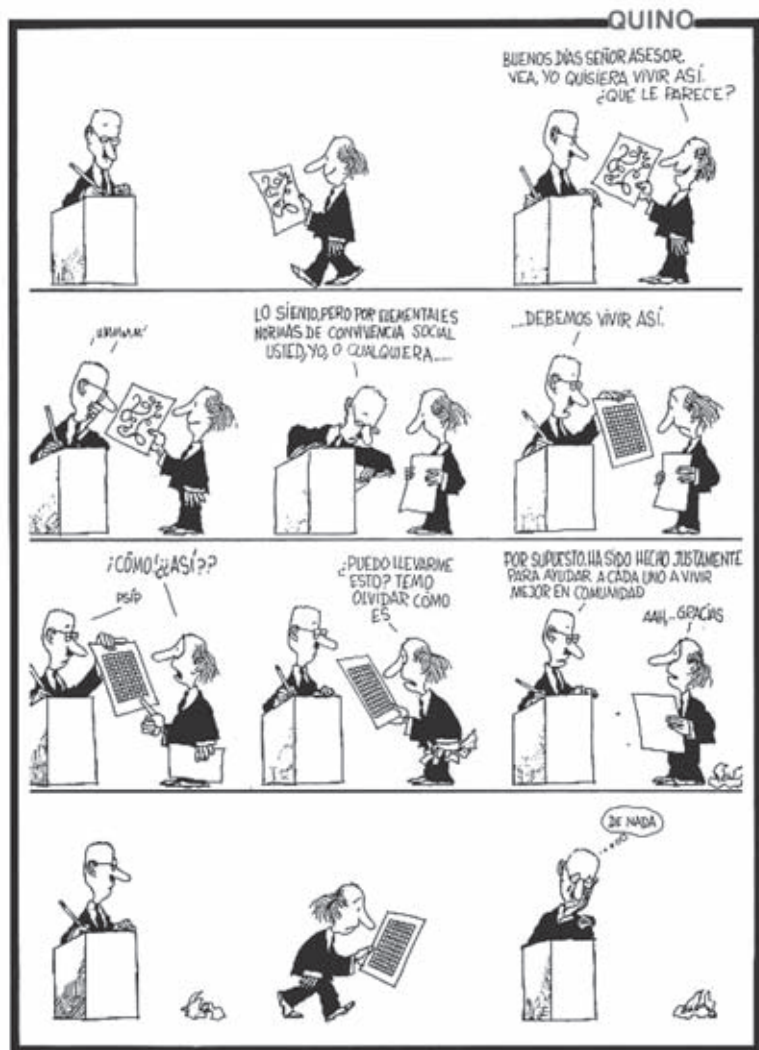
Qué efectos tiene todo esto sobre el niño es el motor de todo este planteamiento, y vamos a analizarlos rápidamente para concluir:

Hablábamos en la introducción de la con-formación del sujeto en cuanto a modelado (referido a la forma, y no a un modelo predefinido) y, teniendo en cuenta estas aportaciones del psicoanálisis, de la aplicación de la teoría psicoanalítica y la comprensión que ésta nos brinda del sujeto y su aplicación a la propia institución; y matizando que el trato del niño con los terapeutas y la institución es la antesala de la inclusión en sociedad, de la emergencia del deseo del niño de establecer un lazo social, tratamos de obtener unos resultados basados en una relación posible con un Otro no invasivo, ni caprichoso, ni perseguidor, ni tiránico, sino un Otro sometido a lo simbólico, a la ley paterna, con capacidad de permitir que los chicos inventen un lugar donde ser y donde estar con el Otro, que no un sitio donde subsistir ante ese Otro. Se favorecen mecanismos de defensa más adaptativos y generadores de menor angustia pero, sobre todo, la emergencia de una subjetividad que

les pertenece a ellos y un deseo propio donde poder significarse y con el que pueden recomenzar sus andanzas en la vida; vida que cobrará un sentido diferente al que tenía cuando llegaron, desde un lugar distinto, y abierta a nuevas posibilidades que ellos tienen la responsabilidad de establecer y el derecho a luchar por ellas.

Se trata el Hospital de Día, pues, de un lugar de escucha, de un lugar que favorece la emergencia de la demanda subjetiva, y no de un sitio, no de un espacio físico. Si permitimos que los niños consigan encontrar y mantener esto, si les acompañamos mientras encuentran o inventan sus propias respuestas, habremos permitido que los niños hagan algo fundamental con sus vidas. Si no es así, si los adoctrinamos y entrenamos, las fallas van a reaparecer y nuestra labor no tendrá efectos para estos chicos. Y, desde luego, tampoco puede tener entonces sentido para nosotros, con lo que nos deberíamos plantear no continuar.

Muchas Gracias.



PROBLEMAS DE UN CLÍNICO ENFRENTADO A LA INVESTIGACIÓN*

Genoveva Bustillo Gálvez**

RESUMEN

El presente artículo es una reflexión que surge durante el proyecto de un estudio sobre la eficacia de un Hospital de Día psiquiátrico infanto-juvenil. Se plantean las dificultades que los profesionales clínicos de salud mental encuentran cuando se enfrentan a la tarea de estudiar científicamente, variables que muestren un verdadero cambio psíquico.

Medir la eficacia de estos dispositivos implicaría obtener datos objetivos tanto de los niveles de síntomas como de la adaptación escolar y social de los pacientes. Sin embargo proponemos añadir medidas globales y subjetivas porque son las que permitirán que los individuos expresen su experiencia interna, añadiendo una dimensión diferente que contribuya a explicar lo que el tratamiento ha supuesto en su vida.

Palabras Clave: Hospital de día psiquiátrico, niños, trastorno mental severo.

ABSTRACT

The current article contains reflections that arose while designing a study to measure the efficiency of a Child Psychiatry

* Ponencia presentada en el I Congreso Regional y I Jornadas Nacionales de Hospitales de día-terapia intensiva de niños y adolescentes que bajo el título: "Hospitales de Día de niños y adolescentes" tuvo lugar el viernes 22 y sábado 23 de mayo de 2009 en Alcázar de San Juan. Ciudad Real

** Psicóloga Clínica del Hospital de Día de Leganés. Madrid. (COGESIN).

Day Hospital. It addresses the difficulties that mental health practitioners encounter when attempting to define and measure the variables that indicate an internal psychological transformation.

In order to measure the efficiency of these schemes it is necessary to collect objective data both on the patients' symptoms and on their social and scholastic adaptation. We propose that global, subjective measures be included to add a different dimension that will allow individuals to fully express their subjective reality by explaining what real-life implications the treatment has had for them.

Key Words: Day Hospital, pediatric psychiatry, severe mental disorder

INTRODUCCIÓN

El actual interés en la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), nos puede llevar a suponer que nuestras impresiones clínicas y nuestra experiencia, variables sobre las que en la práctica basamos nuestras decisiones, han perdido valor. Los que trabajamos en los dispositivos de Hospitales de Día infanto-juveniles, normalmente lo hacemos porque estamos convencidos de su eficacia. A nosotros, a los que estamos en contacto con estos niños tan graves, nos parecen “evidentes” los cambios a los que asistimos a lo largo del proceso que supone su estancia en hospital de día. Lo determinante que está siendo esta parte de su vida en el futuro que puedan tener realmente y, aunque a menudo nos asaltan temores y dudas, seguimos ahí por la convicción que tenemos en nuestro trabajo. ¿Cómo podríamos tener la satisfacción de mostrar a la comunidad científica el resultado de éste trabajo? ¿Cómo podríamos evidenciar la eficacia de nuestros dispositivos?

1. Cómo clínicos las dificultades a superar son muchísimas y de toda índole:
 - Para empezar nos falta la formación y la cultura de investigación necesarias.
 - Además no estamos conectados con estructuras de apoyo al desarrollo de la investigación que asistan a los clínicos en esta labor.

- Añadamos también los problemas de tiempo, de inconsistencia en la recogida de datos, de la descoordinación entre distintos evaluadores que participen en el estudio, y todas las dificultades de llegar a obtener una base de datos completa y sin incongruencias.
2. Por otro lado es en la práctica clínica donde surgen los interrogantes. Nuestra experiencia vital con los enfermos es la que nos permite planteamientos novedosos y estimula la creatividad necesaria para ofrecer a los científicos las preguntas que necesitamos contestar y las hipótesis a probar y que permitirían comenzar a diseñar un estudio.

¿EVIDENCIA CIENTÍFICA?

Una vez enfrentados a la tarea de aportar evidencia científica sobre la eficacia de los Hospitales de Día infanto-juveniles, empezamos a profundizar sobre las características que debería tener un estudio.

La MBE pretende acercar los datos de la investigación clínica a la práctica médica, ayudando a los clínicos en la toma de decisiones sobre qué tipo de tratamientos están científicamente demostrados como eficaces. Lo que realmente está ocurriendo con este movimiento es que una vez sometidos a una revisión sistemática de la bibliografía, pieza esencial de la MBE, los métodos de revisión sistemática y el meta-análisis de las características científicas de los estudios sobre tratamientos en personas con trastornos mentales severos, arrojan serias dudas sobre la fiabilidad de muchos resultados publicados.

En 1976 el ministerio de sanidad de Canadá constituyó una comisión de expertos a la que se encargó la tarea de desarrollar una metodología encaminada a adjudicar unos “pesos” a la evidencia científica. Así elaboraron un sistema de jerarquización o graduación de la calidad de la evidencia, que supuso un auténtico hito metodológico (Guerra Romero, 1996):

1. Evidencia obtenida por al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado adecuadamente.

2. Evidencia obtenida por:
 - a. Estudios de cohortes o de casos y controles preferiblemente de más de un grupo o centro de investigación.
 - b. Estudios comparativos de tiempo o lugar, con o sin intervención o algunos estudios no controlados pero con resultados espectaculares
3. Opiniones de expertos, basadas en la experiencia clínica o en estudios descriptivos.

Autores como Tizón (2001) plantea que una vez revisada la bibliografía y realizado el meta-análisis de los estudios sobre la eficacia de las psicoterapias con trastornos mentales severos, se observa que existen demasiados estudios irrelevantes, sesgados o falseados además de contar principalmente con muestras muy lejanas a la población clínica con la que nos encontramos en los servicios de salud mental. Para Tizón *fuera de los estudios aleatorizados controlados y de los estudios estrictamente experimentales, el resto de estudios poseen en principio el mismo nivel de valor teórico y heurístico que las comunicaciones de un clínico honesto y con suficiente experiencia.*

Así que llegamos a un punto de acuerdo claro de momento. Son tantas las dificultades de investigar en el terreno de los trastornos mentales con variables observables y grupos de control adecuados y aleatoriamente distribuidos que en realidad se hace muy importante la opinión de los clínicos expertos a la hora de enfocar un buen estudio que honestamente quiera analizar la eficacia de nuestro tratamiento terapéutico en los enfermos mentales severos.

En general a los clínicos los resultados de los estudios de investigación, nos parecen de corto alcance; dado la necesidad que tenemos de profundizar en el cambio que queremos ver en los pacientes. A menudo los sujetos utilizados para el estudio no son representativos de los pacientes con los que nos encontramos en nuestra práctica clínica, (voluntarios, estudiantes universitarios, sujetos pagados etc.) los tratamientos y sus resultados son medidos a corto plazo y les falta representatividad sobre lo que supone el tiempo de evolución de enfermedades tan graves.

LA REALIDAD DE ESTUDIAR LOS HOSPITALES DE DÍA

Si nuestro objetivo es mostrar la eficacia del tratamiento en Hospital de Día (HdD) tenemos tres obstáculos fundamentales que salvar.

1. El primero que no tenemos la posibilidad de tener un adecuado grupo de control al que dejar sin tratamiento y por lo tanto, tendremos que paliar esta dificultad, por ejemplo haciendo uso de la lista de espera al HdD, comparando puntuaciones con muestras de otra región sanitaria sin acceso a HdD infantiles...
2. El segundo handicap es la dificultad de medir variables subjetivas con el añadido de que lo que nos gustaría medir es el cambio psíquico profundo que perseguimos con nuestro dispositivo.

En los estudios sobre eficacia de tratamientos en niños con trastorno mental severo, los instrumentos de evaluación usados frecuentemente son escalas observacionales, en un intento de ser objetivos y "científicos". Estas escalas comparten la idea subyacente de que el informante y el investigador comparten un conocimiento común. Sin embargo aunque estas escalas son útiles en lo que respecta a la evaluación clínica, resultan poco válidas para poder observar cambios de intensidad de los síntomas, si el informante está totalmente mediado en su percepción del problema del niño por el tipo de vínculo que existe entre ambos (como es el caso en que sea uno de los padres o, a veces, el profesor). Sin contar con las dificultades de fiabilidad que suponen el uso de escalas construidas para otra población y que usamos incluso para medir a poblaciones con características psicosociales y culturales muy diferentes (inmigrantes, etnia gitana...).

Como clínicos, lo cierto es que cuando usamos esos instrumentos no dejamos de desilusionarnos porque, al reducirse a conductas observables, les falta ese otro factor "humano" tan difícil de medir que nos diera cuenta del cambio psíquico al que nosotros dirigimos nuestros esfuerzos. Si el camino para llegar a que un niño autista me mire a los ojos cuando me pide algo que necesita, es el reforzamiento positivo, yo no me puedo sentir reconocida como una persona diferente en esa

mirada y desde luego su madre no podrá sentirse reconocida como “madre”. ¿No sería mejor que él “quiera” mirarme? Sin embargo ambos niños puntuarán igual en una escala observacional y desde luego no han conseguido “lo mismo”.

3. Pero se nos apunta una tercera dificultad añadida y es que ¿Está claro a qué nos referimos cuando decimos tratamiento en HdD? La realidad es que cada HdD es diferente y en realidad aplica tratamientos diferentes que son además muy cambiantes con estrategias diseñadas para cada individuo en particular, con su universo concreto de patología y entorno social y familiar.

UNA PROPUESTA PARA COMENZAR A CAMINAR

En nuestro equipo estamos empezando a definir qué variables registrar, a la hora del ingreso de nuestros pacientes. Variables que a priori puedan resultarnos útiles en un posterior estudio sobre eficacia de estos dispositivos. Dentro de las limitaciones ya mencionadas debemos comenzar por tres objetivos prioritarios para luego poder avanzar:

1. Describir cuidadosamente los dispositivos que se decidieran incluir en el estudio. Qué tipo de tratamientos, orientación teórica, horarios, tipos de profesionales, número de pacientes, tipos de grupos etc. De manera que podamos estar seguros de incluir dispositivos que realmente tengan algunas variables en común.

En nuestro equipo pensamos en la posibilidad de identificar el dispositivo HdD con un tipo de tratamiento global cuya eficacia poner a prueba. Lo haríamos partiendo de la premisa de que el trabajo en HdD es algo más que la suma de tratamientos. Se añade algo cambiante que intenta adecuarse a la complejidad de cada momento de cada paciente al igual que entendemos que hay que proporcionar una relación especial que se ajuste a cada niño y es esta riqueza de usar la calidad de la relación humana que aporta el equipo terapéutico lo que define a estos dispositivos. Por eso es cada uno diferente y no nos interesa centrarnos en tratamientos concretos sino plantearnos **cuáles son las variables del individuo y su entorno actuales y a largo**

plazo que nos permitan evidenciar que un tratamiento como HdD ha sido eficaz de cara a su reintegración en la sociedad, siendo este el objetivo último de estos dispositivos mas que la ausencia de “enfermedad” al alta.

2. Definir muy bien la población clínica objeto de nuestro estudio y describir exhaustivamente la muestra que se utilice en aras de poder luego proponer comparaciones con “muestras control”. Sobre todo si intentamos hacer un estudio multicéntrico. No es probable que todos atiendan a población parecida en variables muy importantes no solo desde el punto de vista de la psicopatología sino también escolares, familiares o sociales.
 - a. Por ejemplo nos parece muy importante intentar evaluar **el grado de integración real que el niño tiene en la escuela y el uso de recursos educativos que está implicando mantener este nivel de integración.** Sería bueno conocer y usar la clasificación que utilicen las instituciones educativas porque luego serán datos más fáciles de recoger. Sin embargo estas clasificaciones no parece que vayan a ser útiles a la hora de establecer diferencias interindividuales en niños muy graves. Por eso sería interesante añadir variables tangibles y posibles de perseguir y registrar con fiabilidad. Por ejemplo hacer una estimación del uso real que hacen de la institución educativa:
 - i. Por ejemplo número de horas de pedagogía terapéutica o apoyo escolar.
 - ii. Número de veces que ha sido expulsado “al despacho del director”.
 - iii. Número de episodios de descontrol de impulsos en la escuela y nº de profesionales que tuvieron que atenderle.

(por ejemplo en el mes anterior al ingreso en HdD)
 - b. Igualmente ocurre con variables sociales. Sería adecuado usar clasificaciones estandarizadas para poder establecer comparaciones con otros estudios y con la población normal, pero sería necesario añadir alguna otra fuente de medida. En este sentido proponemos los códigos Z de la CIE-10.

- c. En cuanto a la medida de variables familiares, creemos útil usar algún instrumento de medida del clima familiar pero habría que añadir también datos sobre la calidad de vida del cuidador principal.
3. En cuanto a las variables clínicas, decir que es difícil la objetivación del cambio psíquico porque es interno. Por eso creemos que aparte de las escalas comportamentales y psicopatológicas nos interesa añadir otras medidas. Cada vez más los estudios incluso de fármacos incluyen medidas “globales y subjetivas”, medidas de conceptos casi filosóficos como “la calidad de vida” o el “funcionamiento social”. En nuestra opinión estas medidas tienen la característica de proporcionar al sujeto la oportunidad de expresar de manera global su experiencia subjetiva interna. También podría ser útil en este ámbito estimar el uso de servicios sanitarios como por ejemplo:
- i. Número de ingresos hospitalarios.
 - iii. Número de contactos con servicios de urgencia.
 - iii. Número de citas con pediatra...
- Puntuaciones en definitiva que dan cuenta de cómo se sienten el paciente y su entorno y que puedan medir de manera válida y fiable el cambio en su vida que el paso por nuestro dispositivo ha supuesto.

BIBLIOGRAFÍA

- BENITO, A. “Percepción de los factores terapéuticos de un grupo en pacientes de un Hospital de Día”. Revista electrónica: Interpsiquis. 2005. www.interpsiquis.com. INTERPSIQUIS.
- FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ I, GÓMEZ DE LA CÁMARA A. “Investigación en atención primaria: situación”. *Guía de investigación clínica para atención primaria.*, 2005, Capt. 1. Ediciones Mayo. Barcelona.
- GRANELLO DH, GRANELLO PF, LEE F. “Measuring treatment outcome in a child and adolescent partial hospitalization program”. *Adm. Policy. Ment. Health.*, 2000, Jul (6): 409-422.

- GUALTERO R D., GUBERT M., CUERVA F., GOMÁ M. "Seguimiento de pacientes dados de alta de un hospital de día para adolescentes. Estudio descriptivo". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2007, vol. XXVII, n.º 100, pp. 293-301
- GUERRA ROMERO L. "La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica." *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 377-382
- MATZNER FJ, SILVAN M, SILVA RR, WEINER J, BENDO J, ALPERT M. "Intensive day program for psychiatrically disturbed truant adolescents". *Am. J. Orthopsychiatry.*, 1998, Jan(1):135-141.
- SALVADOR-CARULLA L. et al. "La salud mental en España: Centicenta en El País de las Maravillas". *Informe SESPAS 2002*. Capítulo 15. Edit. Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica, SEEP.
- SALVADOR-CARULLA L. PSICOST. "La economía de la salud mental en España. ¿Una asignatura pendiente?" *Gac Sanit.*, 2007; 21(4):314-5.
- SUNYER M. "El papel del grupo en el proceso rehabilitador". *Informaciones psiquiátricas*, 2003, Primer trimestre. Número 171.
- TIZÓN JL. "Investigación y docencia en salud mental (II): ¿Queda algún futuro para la "Asistencia Centrada en el Consultante" y el pensamiento clínico?" *Rev. ASoc. Esp. Neuropsiq.*, 2001, vol XXI, nº78, pp. 73-101.
- WAKSCHLAG LS, BRIGGS-GOWAN MJ, CARTER AS, HILL C, DANIS B, KEENAN K, McCARTHY KJ, LEVENTHAL BL. "A developmental framework for distinguishing disruptive behavior from normative misbehavior in preschool children". *J. Child. Psychol. Psychiatry.*, 2007, oct; 48 (10): 976-987.
- WILMSHURST LA. "Treatment programs for youth with emotional and behavioral disorders: an outcome study of two alternate approaches". *Ment. Health. Serv. Res.*, 2002 Jun; 4 (2): 85-96.

EL HOSPITAL DE DÍA COMO DISPOSITIVO DE APOYO PARA LA EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA*

Mercedes Valle Trapero**

RESUMEN

En este trabajo referimos la necesidad de coordinación fluida de los Equipos de Salud Mental infanto juvenil con los servicios de Pediatría de Atención Primaria y Especialidades para la evaluación psicológica, que es imprescindible casi siempre, antes de iniciar tratamientos en Atención Temprana. Se exponen los trastornos emocionales más frecuentes sobre todo en poblaciones de alto riesgo perinatal, así como el enfoque terapéutico adecuado.

Palabras clave: Salud mental, Evaluación psicológica, Atención temprana; trastornos precoces del desarrollo emocional.

ABSTRACT

In this work we refer to the necessity about the fluent coordination between the Children's Mental Health team and the Primary care pediatric services and Specialities for the psychological evaluation, which is essential almost always, before

* Ponencia presentada en el I Congreso Regional y I Jornadas Nacionales de Hospitales de día-terapia intensiva de niños y adolescentes que bajo el título: "Hospitales de Día de niños y adolescentes" tuvo lugar el viernes 22 y sábado 23 de mayo de 2009 en Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

** Psicóloga clínica. Servicio de Neonatología. Hospital Clínico S. Carlos de Madrid. Email: mvalle.hcsc@salud.madrid.org

starting early treatments. The most frequent emotional disturbs appear especially in populations with a high **perinatal** risk, so as the adequate therapeutic approach initially with.

Key words: Mental Health, Psychological evaluation, Early treatments: early disorders of the emotional development.

La coordinación de los centros y equipos de Atención Temprana (AT) y Salud Mental debería hacerse de forma fluida, como prevención de patologías mentales más graves.

Cuando un niño es derivado desde el sistema sanitario a dispositivos de Atención Temprana, a cualquier edad, es necesario que, antes de hacer una Intervención sobre el niño (prevención terciaria) haya un diagnóstico psicológico complementario, centrado en la familia, para tratar de identificar la posible etiología del trastorno o comorbilidad, si no hay una base orgánica evidente; así se evitarían muchas intervenciones innecesarias o perjudiciales (AT en Europa 2003, Pallás 2002).

El pediatra pues debería disponer de una evaluación psicológica complementaria, como la neuropediatría, antes de mandar o decidir tratamientos en AT, con la derivación oportuna.

Una coordinación eficaz parece sí es posible en algunas sitios, pero en general los pediatras se quejan que no hay fluidez, rapidez en la información, tampoco criterios definidos con Salud Mental y éstos que, con frecuencia, no tienen capacidad para evaluar trastornos en niños tan pequeños.

Nuestro modelo asistencial resulta muy caro y con listas de espera para todo, con el consiguiente desgaste familiar, basado en el modelo de los años 70-80 (Guralnick, 1989), en los que había un mayor predominio de deficiencias establecidas; hoy es inabarcable frente al surgimiento de nuevas morbilidades en niños, no sólo unidas al aumento de población, la gran supervivencia, que conlleva hospitalizaciones prolongadas, y nuevas técnicas de procreación sino a factores socioculturales que afectan a la estabilidad de las nuevas organizaciones familiares y a las formas de crianza de los más pequeños.

Curiosamente la evidencia científica demuestra que es ésta la población más vulnerable, frente a estos factores, porque son los más dependientes. En el caso de niños con trastornos

mentales graves la evidencia es mayor y los resultados son claros: la evolución depende del diagnóstico y abordaje precoz y el nivel de implicación parental; una derivación prematura a AT define el problema centrándolo en el niño, pasando los aspectos relacionales a segundo plano.

¿QUÉ TRASTORNOS DEBERÍAN SER EVALUADOS DESDE SALUD MENTAL, DERIVADOS DE PEDIATRÍA, POR PRESENTAR UNA CLARA ALTERACIÓN DEL DESARROLLO?

En AT vemos niños, en el 1º semestre, la mayoría con factores de Riesgo biológico unidos a larga hospitalización neonatal o varias intermitentes, que presentan **un trastorno en la Regulación**, definido por la clasificación diagnóstica 0-3 (Nacional Center for Clinical Infant. 2005). Suele ser detectado en las consultas de seguimiento de neonatología, neuropsiquiatría o su pediatra de Zona, estos profesionales están muy atentos por los factores de riesgo biológico (FRB) perinatales sufridos por estos niños y detectan muy pronto una alteración en el desarrollo; además suelen causarles gran impacto al no encontrar factores etiológicos que justifiquen esta alteración global del desarrollo tan precoz.

La sintomatología fundamental es: alteraciones del tono, dificultades para el procesamiento sensorial, no atención mutua, inaccesibilidad, vínculo evitativo, siempre unido a una alta reactividad negativa al contacto corporal.

Otros diagnósticos: Teniendo como referencia el modelo de la clasificación diagnóstica 0-3, en el diagnóstico relacional siempre se encuentran relaciones alteradas.

En diagnósticos médicos, suele haber varios, pero no de gran riesgo neurológico (ECOS normales, exploración neurológica dentro de la normalidad al alta neonatal).

Estresores psicosociales familiares suelen existir y de intensidad moderada-severa.

El nivel funcional emocional siempre es inadecuado para la edad del niño.

Se derivan a AT porque presentan una Alteración evidente en el desarrollo: no atienden, lo lógico es estimular; está rígido, el arqueo del cuerpo parece un opitóstonos, provoca una incoordinación motriz, o bien es como “un bebé de trapo”, por ello se solicita fisioterapia; es muy nervioso o insensible a los estímulos, no demanda, no le entienden, etc.

La indicación de ir a AT para que le estimulen, sin un diagnóstico claro a la familia de qué le pasa, se convierte en otro estresor psicosocial, unido a que el niño no mejora claro, lo cual a su vez justifica intensificar la estimulación, convirtiendo la solución en el problema, como se dice en el modelo sistémico.

En cambio si se hace desde la salud mental y hay una buena implicación parental, se modifican las relaciones, se aumentan los factores de Protección y bienestar, el conocimiento del niño, analizando sus proyecciones, suele remitir, pero siguen siendo niños muy vulnerables a poder desarrollar un trastorno mental hasta los 18 meses. Deberían seguir en el ámbito de Salud Mental.

Otro tipo de niños, más preocupante aún al ser detectados más tarde, son los que derivan sobre **los 24 meses** por presentar “una amplia gama de **dificultades lingüísticas e interpersonales**” como refiere la clasificación 0-3.

En principio podría parecer más un problema sociocultural que clínico, generado por una estructura social donde el cuidado de los más pequeños no cuenta apenas con recursos ni ayudas a los padres, con unos entornos para la crianza inestables, contradictorios, llenos de aparatos para facilitar todo y horas de guardería excesivas sin calidad educativa, pero el trastorno mental es grave.

Esta etapa de 2-3 años, una vez que se han consolidadas las capacidades sensoriomotrices, se sabe que es fundamental en el desarrollo para la interacción social y los procesos representacionales, unido a unas expectativas positivas todavía en su entorno social (puede mejorar mucho). El diagnóstico que se hace es decisivo para la intervención y pronóstico.

Siguiendo la Clasificación diagnóstica 0-3, la que mejor recoge estos problemas actualmente, muchos niños que presentan estas graves dificultades, están recibiendo el diagnóstico

de TGD (según la clasificación DSM. IV), que incluye el espectro autista, lo cual supone un pronóstico muy pesimista y arriesgado; se está emitiendo en amplios sectores educativos y terapéuticos y aún no hay evidencia científica, a estas edades, ni suficientes estudios, que lo justifique. En nuestro entorno clínico y educativo también se comenta que cada vez vemos más niños a los cuales se les diagnostica posible TGD, o parece un hiperactivo a los 2 años.

Se debe tener muy en cuenta el gran potencial evolutivo a esta edad y la posibilidad de una clara mejoría cuando presentan una gama, aunque sea reducida, de patrones relacionales, incluso inadecuados, unida a dificultades en la regulación del afecto y una variedad de dificultades de procesamiento, motrices, sensoriales y cognitivas.

El nuevo diagnóstico que propone es Trastorno multisistémico del desarrollo (TMDS): según sus investigaciones y la práctica clínica demuestran que tratados de forma adecuada y con diagnóstico precoz, muestran un progreso sistemático hacia una relación más interactiva de calidez y le sigue un progreso en lenguaje y cognición.

Si se aplica este diagnóstico, el déficit no es permanente, esta abierto al cambio, en cuanto a la etiología, evolución y pronóstico.

“TMSD es una expresión descriptiva y refleja el hecho de que hay múltiples tipos de retrasos o disfunciones, por tanto debe considerarse cuando hay un deterioro significativo de la comunicación y el procesamiento motor y sensorial, pero revela alguna capacidad potencial para la intimidad y proximidad relacionales.

La relación con los pares, a esta edad no es la base para determinar su capacidad relacional básica” (p 72-73).

OBJETIVOS PROPUESTOS SEGÚN ESTE ENFOQUE

Prioridad absoluta de Intervención.

Desde Salud Mental se ve necesario un tratamiento intensivo para potenciar capacidades emergentes, no parece posible reeducar meramente funciones que además no han podido aparecer aun.

Abordaje de las dificultades emocionales y para el procesamiento, sobre todo sus aptitudes simbólicas.

Ayudar a la autorregulación emocional y organizar sus experiencias.

¿Cuál es el contexto más adecuado y de quién la responsabilidad del diagnóstico e intervención?

¿Es posible hacerlo desde los entornos de Atención Temprana?

¿Qué abordajes y métodos terapéuticos son los más adecuados a esta edad?

COORDINACIÓN

Siempre suele haber una respuesta en Educación, ya que a los 3 años todos los niños pueden ser escolarizados y hay un equipo específico de TGD que hace una evaluación psicopedagógica; lo preocupante es que, siendo un equipo escolar, en coordinación con los Centros específicos de Atención Temprana (CATs) están evaluando niños cada vez de menor edad.

CASO PRÁCTICO

Niño de 2 años 9 meses, enviado de neuropediatría por retraso en lenguaje; sano, a término, pero muy alérgico a determinados alimentos, le tenían que dar aparte de comer en la escuela para que no le diera envidia la comida de otros niños (dice la madre). Le define como un niño muy bueno, que no demandaba nada, mucho en la cuna, no gateó. Ingresó pronto en Escuela Infantil privada. Es hijo único, los padres, españoles, trabajan ambos, nivel cultural medio.

En la exploración empieza sentado al lado de la madre; sí hay atención, pero muy breve, no es recíproca, se satura enseguida e inicia un juego muy repetitivo; presenta dificultades en reactividad sensorial y motriz, tropieza mucho, no atiende a ninguna orden (pienso en pedirle potenciales evocados auditivos PEAT); la madre interfiere continuamente; me dice que sí señala; viene a mi lado donde están los juguetes, acepta la cercanía y una caricia, consigo algunas respuestas de imita-

ción, secuencias interactivas como a nivel de 10-12 meses. No hay juego simbólico ni conocimiento de su imagen corporal.

Mi impresión diagnóstica es: TMSD patrón C.: tiene gestos sociales simples, no señala, algunos más complejos como aparecer y desaparecer por la puerta, buscar a la madre; se satura enseguida pero acepta la proximidad incluso la caricia.

Eje II: parece una relación sobreinvolucrada (padre nunca ha venido, a pesar de mi insistencia) no hay reciprocidad, ni gestos verbales entre ellos, pero sí cercanía y busca la mirada de la madre.

Eje III: estresor psicosocial: moderado-severo: el inicio de escuela infantil, privada, muy pronto y con un nivel evolutivo muy bajo.

Hago una redefinición del diagnóstico, le digo que no es un simple retraso del lenguaje, la madre parece muy receptiva y pregunta por qué estará así, si será porque le daban de comer aparte en la guardería, para que no tuviera envidia. Le explico el tipo de tratamiento que necesita, hago la derivación y pido una entrevista con el padre también (no vienen).

A los 3 años vuelve, me dice que dejó el centro que le indiqué porque le admitieron en un centro de Atención Temprana; ha estado haciendo tratamiento de Estimulación y Psicomotricidad; me dice que muy bien, que no se cae tanto, y dice alguna palabra. La veo mucho menos involucrada en el problema; le han dicho que no es un problema emocional, me sugiere que puede tener algo de autismo; que va a ir al colegio con apoyo y que ha empezado logopedia con el método de pictogramas, (me había llamado la atención que al enseñarle una lámina con dibujos se retirara).

En la exploración veo ha mejorado la planificación motriz y cierta organización sensorial, pero nada de atención conjunta, ni mirada casi, nada de conocimiento de su imagen corporal, eso es muy difícil de enseñarle me dice la madre (en los test de desarrollo esa capacidad está puesta como adquirida a los 21 meses); el mismo juego repetitivo, ninguna capacidad simbólica o imitación diferida, pura experimentación sensoriomotriz y muy breve; el Cociente de desarrollo en el test de Brunet Lezine ha bajado.

La madre me dice al despedirse “que qué es eso de un enfoque más terapéutico”. Derivo a salud mental para posibilidad de Hospital de Día ese año, ya que el equipo de Educación no le ha derivado, aunque está en la misma zona.

BIBLIOGRAFÍA

- Als, H. (1988): Modelos de conducta infantil: ¿análogos de ulteriores dificultades de organización? C.5. En Duffy, FH. Geschwind, N. (1998): *Dislexia. Aspectos psicológicos y neurológicos*. Ed. Labor. Barcelona.
- Arizcun, J. y Arrabal, M^a C. (2005): Deficiencias, Discapacidades del Desarrollo y los servicios de Neonatología. En Millá, MG y Mulas, F. *Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención*. C.6. pág. 85-108. Ed. Promolibro. Valencia.
- Atención Temprana. Análisis de la situación en Europa. Aspectos clave y recomendaciones (2003). European agency for Developement in Special Need Education.
- Editora Victoria Soriano.
<http://www.european-agency.org/eci/eci.htmlwww.european-agency.org>
- Fava Vizziello, G. (1997): “Representaciones Maternas, Apego y Desarrollo en los niños prematuros”. *Ponencia del XI Congreso Nacional de SEPYNNA*. Lérida.
- Genysi on line
- Guralnick, M. Forrest, C. (1989). *Eficacia de una intervención temprana en los casos de alto riesgo*. Colección Rehabilitación. Ministerio de Asuntos Sociales. ISBN:84-86852-
- Jiménez, Pascual, A. (2002): Detección y atención de la patología mental en la 1^a infancia. *Rev. Asoc. Españ. Neuropsiquiatría*, vol. XXII. N^o 82 pp115-126
- Juri, L (2008): El sentimiento de seguridad es un camino del desarrollo. *Rev. De Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, n^o 11, 43-48. Abril.
- IMMF (1998): *Programa para la detección del riesgo social en neonatología*. Madrid, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

- Lira, P. (2004). Identificación de Factores de Riesgo. Modelo Ecológico. On line: <http://sraq.prw.net/abusos/identificación.htm>
- Muratori, F. (2008): El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria. *Rev. de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente* n° 12, 39,50. Noviembre.
- Nacional Center for Clinical Infant *Diagnóstica: 0-3. Clasificación diagnóstica de la salud mental y los desórdenes del desarrollo de la infancia y la niñez temprana*. Barcelona: Paidós. Revised(DC: 0-3R). ZERO TO THREE 2005. ISBN O_943657-90-3. Item N° 335-OLB.
- Pallás, CM. Dela Cruz, J. Medina, C: (2002): Programas de Seguimiento. ¿Por qué?. *Rev. de Atención Temprana de Murcia*. Vol. 5, n° 2, 63-75. Diciembre.
- Perapoch, J., Pallás, CR y al. (2006): Cuidados centrados en el desarrollo en España. *Anales de Pediatría (Barcelona)* 64 (2)132-9.
- Reinberger, S. (2009): Cuidado del prematuro. *Mente y Cuerpo* 34. pp. 16-22.
- Schwab, C. (2005). Escala de temperamento. En www.SchwabLearnig.org
- Valle, M. (2005). Prevención de trastornos del desarrollo y Pedagogía Hospitalaria. En Millá, Mª G y Mulas, F. *Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención*. C.18, pp. 329-340. Ed. Promolibro. Valencia. I.S.B.N. 84-7986-598-9.

ATENCIÓN INTEGRAL A LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES EN LA INFANCIA. CENTRO DE DÍA TERAPÉUTICO-EDUCATIVO DE ORTUUELLA*

Begoña Solana Azurmendi**

RESUMEN

El abordaje de algunos niños con trastornos mentales graves y dificultades de integración escolar precisa de una atención intensiva e integral en un Centro de Día, que garantice la coherencia y la continuidad de las intervenciones, además de la atención al grupo familiar.

Se describen las características de un dispositivo asistencial destinado a este fin, resaltando la importancia del trabajo en equipo, en el que participan profesionales de la salud y de la educación, la atmósfera terapéutica, los diferentes programas asistenciales y los talleres educativos concebidos como mediaciones psicoterapéuticas.

Palabras Clave: Centro de día terapéutico-educativo, trastorno mental grave infantil, trabajo en equipo multidisciplinar, tratamiento intensivo e integral, atmósfera terapéutica, psicoterapia individual, psicoterapia grupal.

* Ponencia presentada en el I Congreso Regional y I Jornadas Nacionales de Hospitales de día-terapia intensiva de niños y adolescentes que bajo el título: "Hospitales de Día de niños y adolescentes" tuvo lugar el viernes 22 y sábado 23 de mayo de 2009 en Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

** Psiquiatra-psicoterapeuta. Centro de Día de Ortuella / Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de Uribe Kosta (Vizcaya).
E-mail: begona.solanaazurmendi@osakidetza.net

ABSTRACT

COMPREHENSIVE ASSISTANCE FOR CHILDREN WITH SEVERE MENTAL DISORDERS. A DUAL THERAPEUTIC-EDUCATIVE DAYCARE CENTER. Some of the children with severe mental pathology and difficulties in their school integration need an intensive, comprehensive and complete assistance in a Daycare Center. This center must guarantee the adequate consistency and continuation of the interventions used with children and their families, and in this work we will describe its features. Some of the main characteristics of this service are the multiprofessional team, with both Mental Health and Education specialists, the therapeutic atmosphere established, the different and specific assistance programs designed and the educational workshops created as psychotherapeutic tools.

Key Words: Therapeutic-educative daycare center, children severe mental pathology, multiprofessional team work, intensive and complete treatment, therapeutic atmosphere, individual psychotherapy, group psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

La Unidad Terapéutico-Educativa es fruto de un convenio entre el Departamento de Educación del Gobierno Vasco y el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), con el objetivo de prestar atención intensiva e integral a niños con trastornos psiquiátricos graves que presentan dificultades para ser asumidos, en un momento determinado, por el entorno escolar normalizado y /o el Centro de Salud Mental.

La Unidad comenzó la actividad asistencial en Noviembre del año 2000 en Sondika (Bizkaia). Inicialmente también participó en el convenio una entidad bancaria (BBK) que cedía una parte de sus instalaciones en el Colegio de Educación Especial La Ola. En Septiembre de 2007 se produce un cambio en la ubicación geográfica de la Unidad pasando de Sondika a Ortuella y desligándose la BBK del convenio. Hasta la fecha se han atendido 63 niños. Es un recurso de ámbito suprasectorial para el Territorio de Vizcaya.

RECURSOS HUMANOS

El personal, dependiente del Servicio Vasco de Salud y del Departamento de Educación, se constituye funcionalmente como un equipo multidisciplinar, contando con un coordinador sanitario y un coordinador educativo.

Equipo Sanitario:

- 1 Médico psiquiatra – psicoterapeuta a media jornada. Coordinador sanitario.
- 1 Psicopedagogo- psicoterapeuta.
- 1 Enfermera especializada.

Equipo Educativo¹:

- 1 Coordinador del Área Educativa.
- 2 Profesoras especializadas (Pedagogía Terapéutica).
- 1 Maestro taller de Artes plásticas.
- 1 Profesor de deporte a media jornada.
- 1 Psicomotricista relacional.
- 1 Auxiliar de educación especial.

PERFIL DIAGNÓSTICO Y EDAD

Edad: de 6 a 12 años.

Estar diagnosticado de:

- Trastorno psicótico.
- Trastorno grave de la personalidad.
- Otros trastornos que por su gravedad no puedan abordarse desde un centro de salud, ni en un entorno escolar normalizado.

Exclusiones: Autismo, cuadros deficitarios severos, trastorno disocial.

Plazas: 10

¹ El coordinador educativo, profesor de deporte y conserje están compartidos con la Unidad de adolescentes.

DERIVACIÓN

El proceso de derivación se realiza de acuerdo al protocolo elaborado conjuntamente por el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) y el Departamento de Educación. Se requiere:

- Propuesta del Centro de Salud Mental.
- Propuesta del técnico del Equipo de Orientación Psico-pedagógica (Berritzegune).
- Consentimiento informado de los padres o tutores.
- Aprobación por la Comisión Técnica del Centro de Día.

ENCUADRE

La estancia se plantea de forma temporal, con el objetivo de conseguir su reintegración al centro escolar de procedencia. En cuanto es posible, los niños acuden por las tardes a sus centros escolares. Esto va a permitir asegurar allí su lugar, sus vínculos y los recursos pedagógicos de apoyo. En la medida que se alcanza una mejoría clínica, se va ampliando gradualmente su inserción en el centro escolar con el que se mantiene una estrecha coordinación.

Cada situación de integración es particular y cada proyecto individual se personaliza y ajusta de forma permanente. La ventaja de esta escolarización compartida es que permite establecer una serie de triangulaciones muy beneficiosas para el niño. El Centro dispone de transporte para realizar los desplazamientos.

El calendario escolar es el normalizado, de Septiembre a Junio. Durante las vacaciones escolares el equipo clínico mantiene las actividades terapéuticas con los niños y sus familias. La estancia media se sitúa en torno al año y medio.

ACOGIDA EN EL CENTRO

No es sólo el tiempo para acoger la demanda y determinar la adecuación del recurso al niño sino que es también el de analizar la posición de los diferentes agentes que la realizan, conocer las condiciones que la han generado y las expectativas que tienen sobre la Unidad. En este periodo se establecen

los acuerdos mínimos con los derivantes, las familias y los niños, para que la intervención sea lo más eficaz posible. Con este objetivo se realiza:

- a) Un trabajo con los agentes derivantes: Si la derivación viene precipitada por los conflictos originados en el centro de origen, sin que se haya elaborado una demanda de tratamiento, las resistencias de los padres y el niño se acrecientan.
- b) Un trabajo de la demanda y el consentimiento de los padres: Se trata de ayudarles a aceptar la Unidad como un recurso más especializado de la red educativo-sanitaria, pero no por ello segregativo.
- c) Trabajo de la demanda y consentimiento del niño: Desde las primeras entrevistas se empieza a trabajar con el niño la idea de que para poder ayudarle tenemos que poder conversar de lo que le pasa, de sus problemas. Se trata de crear las condiciones para que se pueda pasar de objeto de la demanda a sujeto de la demanda. Previo a la admisión, se realiza un periodo de vinculación en el que el niño asiste a la Unidad a tiempo parcial durante dos semanas. En este tiempo no participa de los talleres grupales, manteniendo únicamente encuentros individuales con diferentes profesionales.

PERFIL Y FUNCIONAMIENTO MENTAL DE LOS NIÑOS

En general, se reciben niños diagnosticados de psicosis² y trastornos graves de la personalidad. Al margen de las particularidades y diferencias evolutivas de los niños, la mayoría comparten en mayor o menor grado características del **núcleo estructural psicótico** que incluye: una indiferenciación entre el yo y el otro, identidad personal difusa, falta de una imagen corporal unificada, predominio del proceso primario sobre el secundario, existencia de angustias primarias y mecanismos de defensa arcaicos. La angustia de aniquilamiento y de desintegración suele estar presente. Así, ante la mínima frustración

² Para simplificar la exposición se utilizará de forma genérica el término “niño psicótico”, para referirnos al niño con trastorno mental grave.

o confrontación con la dificultad, vivencian todo tipo de angustias catastróficas, a veces verbalizadas y la mayor parte actuadas en forma de conductas bizarras, disruptivas o por el contrario, inhibiciones masivas. Tienen gran dificultad para pensar, comunicar y en definitiva para simbolizar.

En el lenguaje aparecen trastornos evidentes. El esquema comunicacional está alterado y parasitado por fenómenos de carácter persecutorio y autorreferencial o de literalidad y de aquí la gran dificultad para hacer lazo social. El lenguaje simbólico, metafórico, les confunde. El psicótico acostumbra a tratar a la palabra como si fuera la cosa. A menudo, en su discurso abundan las frases hechas, tomadas de los otros en su literalidad, pero es un discurso vacío de significación subjetiva. Se evidencia que el niño es hablado por el Otro, que no tiene enunciación propia. Con frecuencia, cuando llegan a la Unidad, no soportan que nos dirijamos a ellos de forma directa, no pudiendo escuchar al interlocutor. Se sienten perseguidos fácilmente por la palabra y la mirada. Con el fin de apaciguar estas angustias se utilizan diversas estrategias como favorecer conversaciones trianguladas y cultivar la actitud de “estar distraídamente atento”.

Debido al predominio de la temporalidad libidinal, hay una gran dificultad para tolerar la espera y esto hace que vivan en un presente continuo, en el que no hay pasado ni futuro. Como consecuencia de sus dificultades de simbolización, tienen serios problemas para aceptar la norma y los límites. Al margen de la particularidad de cada niño, se aprecian ciertas características comunes:

- a) Dificultades con el saber y no solo en relación con los aprendizajes escolares sino con el saber respecto a sí mismos y a las cuestiones más vitales de la existencia.
- b) Su manera de tratar la angustia suele ser a través del:
 - Pasaje al acto.
 - No querer saber sobre el malestar que les invade.
 - Oposicionismo.
 - Imputar a los otros su malestar.
- c) Dificultades para hacer lazo social. Temen la relación afectiva con los otros, porque continuamente se activa

la amenaza de desintegración y/o el pánico a la invasión-intrusión. Y todo esto coexiste, simultáneamente, con un deseo desesperado de relación y de contención. Necesitan una relación estable, de confianza y con garantía, en la que a través de los diferentes encuentros puedan confiar y evolucionar. Así, el problema es el vínculo y el vínculo es la solución (Lasa, A. 2001).

ATMÓSFERA TERAPÉUTICA EN EL CENTRO

Aunque existen unas actividades orientadas desde una perspectiva más clínica y actividades con un contenido más educativo, toda la estructura se concibe como terapéutica. En la Unidad se trata de responder de la manera más adecuada al niño, privilegiando lo particular frente a lo general, al contrario del funcionamiento habitual en el marco escolar normalizado. No existe una solución universal para la psicosis sino que nos enfrentamos a soluciones particulares.

La Institución terapéutica, en general, tiene entre otras funciones favorecer encuentros y mediaciones a aquellos que tienen dificultades para hacer lazo social. Y sobre todo, tiene la función de ofrecer un Gran Otro al niño psicótico que está muy fijado a un tipo de relación de objeto, fijación patógena que no cesa de producir y que convoca a los demás a repetirla y perpetuarla. Para que el psicótico pueda pasar del lugar de objeto al lugar de sujeto, se necesita un cambio en la posición del Otro. El niño va a repetir y nosotros somos la oportunidad de romper, de rectificar ese Otro. De ahí la importancia de que se le pueda ofrecer "otra relación" que le permita salir de esa vida mortificante. Sabemos de su vulnerabilidad, del temor a la relación afectiva y la necesidad de establecer una distancia que le proteja. Se acepta esta particularidad, respetando sus tiempos, sin proponerle actividades o relaciones que pueda vivir como demasiado invasivas. Para el psicótico, el Otro es alguien que lo sabe y puede todo, que le da órdenes de las cuales no puede desprenderse, que le persigue, en definitiva. Esto no lo puede expresar el niño de forma manifiesta sino que lo hace más bien a través de conductas extrañas, agresivas o

disruptivas. Por ello, la posición del adulto es evitar encarnar a ese Otro persecutorio, omnipotente y sin falta, siendo su responsabilidad encontrar “la buena distancia” y mostrarse como un “adulto regulado” (Di Ciaccia, A. 2003).

Trabajar con esta orientación implica que los profesionales hagamos una diferenciación entre lo que tenemos que saber y lo que no tenemos que saber. Es muy importante mantener esta actitud de “saber no saber”, renunciando a hacer interpretaciones sobre su conducta, aunque interesándonos por lo que nos muestra. Es preciso hacer este vacío para que ahí se pueda alojar el saber del niño. Aquí reside la diferencia con algunos enfoques educativos y también clínicos, que es tratar la psicosis como un déficit y no como un proceso donde el pensamiento y el lenguaje están contaminados por fantasías primarias amenazantes. Estos enfoques niegan la función de las fantasías inconscientes y actúan con la hipótesis de que el psicótico no sabe y hay que enseñarle, en lugar de partir de la base de que él si sabe, aunque tenga una visión muy particular del mundo, su visión psicótica. Con nuestro saber, impedimos que el niño elabore el suyo. Es por esta razón que necesita percibir que el Otro no lo sabe todo. El niño psicótico tiene que hacer su propio trabajo de mentalización y para ello necesita nuestra ayuda con el fin de conseguir: habitar su cuerpo simbólicamente, ubicarse en un mundo vivido como peligroso, y tener en cuenta al Otro sin que represente una amenaza.

PROGRAMAS

- a) Tratamiento Individual: psicoterapia, psicomotricidad relacional, tratamiento farmacológico
- b) Tratamiento grupal
- c) Trabajo con la familia: orientación, psicoterapia, grupo multifamiliar
- d) Trabajo en equipo
- e) Trabajo en red: consiste en la creación y articulación de un marco protegido en el que pueda transitar el niño y que favorezca su desarrollo. Con este objetivo se realizan coordinaciones con:

- Servicios Escolares (Centros Escolares, Equipos de Orientación psicopedagógica).
- Servicios Sanitarios (Centros de Salud Mental, Atención Primaria, Unidad de Hospitalización).
- Servicios Socio-comunitarios (Servicios Sociales de base, Programas de ocio protegido, Equipos de intervención socio-familiar, Servicio de Protección a la Infancia).

El Centro Terapéutico-Educativo constituye el pivote alrededor del que se establecen las articulaciones en red, siendo la institución responsable de asegurar la coherencia y la continuidad del proyecto terapéutico común. Resulta esencial que los lugares y las funciones de todos los participantes estén claramente definidas y diferenciadas.

TRATAMIENTO INDIVIDUAL

A cada niño se le ofrece un espacio terapéutico individual adaptado a su nivel evolutivo. En aquellos con un mayor predominio del proceso primario, existe una confusión mental, dónde los recuerdos y vivencias corporales coexisten sin conexión ni ubicación en el espacio- tiempo y sin poderlos articular en una historia personal (Vilá, F. 2001). Se trata de ayudarles a ordenar ese caos para que sean capaces de construir su historia y favorecer el proceso de subjetivación, establecer un yo separado y encontrar defensas más adaptativas.

TALLERES

Al comienzo, en general, no se proponen aprendizajes escolares reglados, salvo que el niño consienta expresamente. La razón es que suelen manifestar un franco rechazo. Con frecuencia, y como expresión del proceso de individuación, el niño presenta un comportamiento negativista o de oposición. Puede entenderse como una defensa ante el temor extremo a someterse al deseo del Otro, pues esta sumisión representaría la pérdida de la identidad o la desorganización total. Este temor a someterse al deseo del Otro es una constante en la

relación del niño con el mundo. La salida de este conflicto es decisiva para su evolución y, por lo tanto, su manejo representa una de las tareas fundamentales del equipo. Posteriormente, cuando el niño ha adquirido una organización y una identidad suficientemente estable, es cuando tienen sentido las actividades escolares regladas (Manzano, J.; Palacio-Espasa, F. 1984).

La mayoría de las actividades se realizan en pequeño grupo. En sentido amplio, los llamamos talleres. Algunos son fijos y otros variables. Se realizan diversas agrupaciones de los niños en función de su estado evolutivo y capacidades. El objetivo de los talleres es movilizar las capacidades actuales del niño partiendo de los intereses que él mismo va a poder expresar con el apoyo de los educadores. Se trata de hacer cualquier taller que permita un “buen encuentro” para lo que es válido cualquier tema, máxime si proviene del interés del niño (cocina, manualidades, música, teatro, huerto, deporte, juegos de mesa, lectura de cuentos, etc.). Es importante que el adulto tenga interés en esa actividad ya que solo así se podrá causar el interés del niño. Se trata de crear el gusto por el saber, lo simbólico, y que lo nuevo no sea persecutorio sino que lo puedan disfrutar en compañía. Desde esta perspectiva, los talleres educativos se convierten en auténticas mediaciones psicoterapéuticas. El educador está participando en un proyecto de orientación psicoterapéutica, pero conserva su función específica, es decir, está orientado hacia la adquisición de conocimientos y la apertura a intereses socio-culturales. A través de las experiencias vividas, el niño adquiere confianza en su capacidad de realización; todo ello va generando una seguridad interna, un placer en el funcionamiento mental que, posteriormente, podrá traspasar al registro escolar (Manzano, J. 2002).

Una experiencia de creación de un taller como respuesta a un conflicto institucional

Todo empezó a raíz de las grandes dificultades relacionales que presentaba un chico afectado de psicosis con rasgos autísticos. En su estrategia defensiva, empezó a traer su consola a la Unidad. Al principio, la usaba únicamente en los desplaza-

mientos y en los descansos, pero después ya no podía separarse de su objeto y contra la voluntad de los educadores la introducía en los diferentes talleres. Algunos de sus compañeros, se adhirieron a su conducta y empezaron a traer también sus consolas. Los educadores no conseguían regular este asunto.

Sin embargo, había algo positivo en esta situación conflictiva y era que este chico, que hasta entonces había sido ignorado o burlado por sus compañeros, dada su mayor gravedad y distorsión del juicio de realidad, empezaba a ser interesante para ellos ya que era un hábil jugador. En este contexto, la psicoterapeuta (María Verdejo) resolvió el problema de forma imaginativa, dando unas coordenadas simbólicas de tiempo y espacio al objeto consola, creando un nuevo taller, el "Taller de Consolas". Esta propuesta tuvo un efecto de apaciguamiento en los chicos, que se prestaron a colaborar inmediatamente al ser tenidos en cuenta en sus intereses. Se reguló la conducta, dejaron de utilizar las consolas de manera anárquica y colaboraron en la preparación del taller. Finalmente, hubo que pedir a la Dirección la aprobación de la puesta en marcha del taller. Este último requisito es una estrategia que resulta útil para incluir la intervención del tercero, de la ley, y por lo tanto, favorecer el proceso secundario, ya que hay que escribir, dar argumentos y dirigirse al Otro para pedir. Y también sirve para que el niño nos perciba como adultos regulados, que no son caprichosos ni omnipotentes, y que también están regulados por la ley. Estas maniobras, permiten construir una demanda y trabajar la espera.

Una vez autorizado el taller, los chicos traían ese día sus consolas. Algunos se las prestaron a los que no tenían y la Dirección las proporcionó más adelante, cuando este taller se consolidó, siendo uno de los preferidos por los chicos más evolucionados. Al principio, cada niño jugaba a solas concentrando la mirada en su consola. Paulatinamente, empezaron a hablarse, a pedirse ayuda unos a otros para superar niveles y ganar premios. Cesaron las descalificaciones y los insultos hasta entonces habitualmente presentes en sus relaciones. El que más sabía y por quien había empezado todo el asunto, se

enfadaba porque le preguntaban constantemente y se quejaba de que perdía tiempo de su juego. El adulto hacía respetar el tiempo de este chico y se decidió que las preguntas se le podían hacer al final. Algunos, muy impulsivos, se apoderaban bruscamente de la máquina del compañero cuando tenían que enseñarle algo, invadiéndole en su espacio. Entonces el adulto mediaba, aclarando que no se trataba de hacer sino de explicarlo con palabras. El más avezado empezó a llevar al taller unas guías de instrucciones de los juegos. La mayoría empezaron a leerlas por primera vez, buscaban en Internet, hablaban con sus familiares y conocidos con lo que se favorecía la socialización dentro y fuera del taller. Más adelante, fueron capaces de jugar en equipos, creándose un sentido de pertenencia al grupo, aprendiendo a soportar la frustración individual en favor del objetivo colectivo.

NORMAS Y LÍMITES

La mayoría de estos niños tienen dificultades para aceptar los límites y las normas. A veces, su precariedad simbólica les conduce a conductas agresivas. Las prohibiciones y las medidas coercitivas no suelen dar resultado. Por el contrario, en nuestra experiencia, lo que siempre ayuda es extraer la lógica de los actos violentos. En muchas ocasiones, el origen de la violencia es el peligro que entraña para el niño la posibilidad de perder su lugar. El niño psicótico, que no ha podido asegurarse una identificación simbólica, está frecuentemente convocado a una identificación imaginaria y por eso entra con tanta facilidad en esa confrontación agresiva “o yo o tú”. Cada educador, con su conducta, debe favorecer el lugar del niño, siempre en peligro, para lograr así una identidad que no adquirió por filiación.

Cuando se produce un hecho inadmisibles, se dice No a la conducta pero desde la confianza del Si fundamental al sujeto. Es decir, el hecho es inadmisibles pero el lugar del sujeto se mantiene. Esta escisión entre acto y sujeto facilita la aceptación del No. De no hacerse así, el niño acostumbra recibir el No como un rechazo a su ser (Coccoz, V. 2001).

EQUIPO

Se trata de un trabajo interdisciplinar. Una de las tareas fundamentales es la elaboración conjunta del proyecto de atención individual para cada niño, flexible y ajustado de forma periódica. Con el objetivo de facilitar el seguimiento del plan se constituye una díada funcional constituida por el terapeuta responsable y el tutor educativo.

Dada la estructura del Centro de Día, desde el comienzo nos vimos en la necesidad de hacer conciliar el discurso educativo y el discurso clínico (de orientación psicodinámica) tan divergentes en algunos aspectos. Ha sido necesario realizar un largo camino, no exento de dificultades, para articular y respetar lo propio de cada disciplina y aceptar los límites de cada una. Tras la experiencia de nueve años de trabajo conjunto, actualmente compartimos la tarea, cada uno desde su especificidad y función profesional, de tratar de entender las conductas del niño como defensas frente al malestar y lo insoportable. Hemos de leer las conductas y tratarlas como un mensaje a descifrar. Nuestro objetivo es transformar la conducta actuadora en acto de pensamiento. Tanto desde el ámbito educativo como desde el terapéutico, se trata de mentalizar.

Y respecto al saber en el equipo conviene plantearlo como un “saber a construir entre todos, un saber compartido”. Cada disciplina, cada práctica, encuentra sus propios límites al trabajar en este campo. Y son estas imposibilidades las que conviene compartir para mentalizar y decidir la estrategia más pertinente al caso. Lo que supone un obstáculo para cada miembro del equipo debe ser motivo de reflexión para el conjunto. Igualmente, es labor del equipo reflexionar sobre los síntomas y repeticiones inherentes a los procesos institucionales.

CONCLUSIONES

En general, la evolución que han experimentado los niños y sus familias ha sido muy satisfactoria. Se constata el beneficio que determinados niños obtienen de un tratamiento integral en una institución como el Centro de Día Terapéutico-Educativo y que para algunos, es la única forma de tratamiento, al

menos inicialmente. El trabajo conjunto entre profesionales de la salud y la educación, demuestra su eficacia en el abordaje de los trastornos mentales graves. A raíz de esta experiencia se han inaugurado recientemente en el País Vasco otras dos Unidades de similares características, una en Guipúzcoa y otra en Álava, además de la Unidad de Adolescentes en el Centro de Ortuella.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Alberto Lasa, impulsor de la creación del Centro y firme defensor de este modelo asistencial.

A María Verdejo, por sus estimulantes aportaciones al trabajo que compartimos.

A todo el equipo, cuyo esfuerzo y dedicación ha hecho posible este proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

- BOLEA, E (2008). Conferencia en Bilbao sobre la Unidad Médico-Educativa Balmes de Sant Boi de Llobregat.
- BRIOLE, G. Orientarse con el psicoanálisis en la práctica institucional. *Revista Norte de Salud Mental*. Vol V nº 19. Págs. 34-40.
- BRUN, A (2009). *Mediaciones terapéuticas y psicosis infantil*. Herder Editorial.
- BURNAND, J, MANZANO, J, y PALACIO-ESPASA, F (1993). La acción terapéutica de los Centros. de Día. En: Manzano J, Palacio-Espasa F. *Las Terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía*. Pág. 153-165. Paidós.
- COCCOZ, V. (2001). Un lugar en el mundo. *Desarrollos actuales en la Investigación del Autismo y psicosis Infantil en el Área Mediterránea*. Ministerio Affari esteri. Direzione generale per la promozione e Cooperazione culturale. Ambasciata d'Italia. Madrid.
- DI CIACCIA, A. (2003). La practica "entre varios" en La Antenne 110. *Cuadernos de Psicoanálisis. Revista del Instituto del Campo Freudiano en España*. Ed. Eolia.

- ERRECONDO, M (1999). La clínica entre varios ante la psicosis infantil. *Revista Carretel* n.º 2.
- FAVRE, J-P., MIDENET, M., COUDROT, A. y COUDROT, M. (1983). *Psicopedagogía del niño psicótico*. Masson.
- HOCHMANN, J (2001). Tratamiento en institución de los niños psicóticos y autistas. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale-E-37-210-A-10*.
- JIMÉNEZ, A. y colab. (1996). *Estructuras intermedias: una experiencia concreta con niños graves*. *Revista de Psiquiatría infanto-juvenil*. N° 1/96.
- LASA, A. (2003). Hiperactividad y trastornos de la personalidad II: sobre la personalidad límite. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*. SEPYPNA, n° 35/36 Pág. 5-117.
- LASA, A. (2001) Ponencia “El niño psicótico: su organización mental y su capacidad de relación” en la *Jornada “La relación terapéutica y la relación pedagógica con el niño psicótico”*. Centro de Día Terapéutico - Educativo La Ola (Sondika). Vizcaya.
- LEDOUX, M. (1987). Concepciones psicoanalíticas de la psicosis infantil. Paidós.
- MANZANO, J. (2002) Ponencia “ Planteamientos terapéuticos y pedagógicos con el niño psicótico” en las II Jornadas sobre “*La relación terapéutica y la relación pedagógica con el niño psicótico*”. Centro de Día Terapéutico – Educativo La Ola (Sondika). Vizcaya.
- MANZANO, J; PALACIO-ESPASA, F (1984). Estudio sobre la Psicosis infantil. Editorial Científico Médica. Pág. 129-133.
- MAZET, P., HOUZEL, D. y BURZSTEJN, C.(2001). Autismo infantil y psicosis precoces del niño. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale -E-37-201-G-10*.
- MISÉS, R. (1994). Pathologies limites de l'enfance. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Paris), Psychiatrie, 37-201-A-30.
- VANECK, L (1986). Les psychoses infantiles et leurs perspectives thérapeutiques. Expériences en Hôpital de Jour. Le fil rouge. Presses universitaires de France.

- VILÁ, F. (2001). Actualidad de la clínica del Autismo. *Desarrollos actuales en la Investigación del Autismo y psicosis Infantil en el Área Mediterránea*. Ministerio Affari esteri. Direzione generale per la promozione e Cooperazione culturale. Ambasciata d'Italia. Madrid.
- ZENONI, A (2003). Orientación analítica en la institución psiquiátrica. *Revista Carretel* n° 5.

MODELO DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICO EN EL HOSPITAL DE DÍA DE LEGANÉS: PROPUESTAS Y REFLEXIONES SOBRE EL TRABAJO INTERDISCIPLINAR*

Edith Bokler**

RESUMEN

A partir de la práctica un Equipo se plantea reflexiones sobre su modelo de intervención. Para ello necesita dar marcha atrás y repasar los antecedentes y fundamentos del modelo elegido. En el texto se pone especial énfasis en la incorporación a nuestro modelo de tratamiento psicoterapéutico grupal de la figura del “**terapeuta referente**” sobre el que entendemos recae una parte muy significativa de la creación de un nuevo entramado subjetivo que posibilite el cambio psíquico de nuestros pacientes. En la revisión del “**trabajo interdisciplinar**” nos apoyamos en un texto de *Ponce de León y otros* para pensar el sentido de la interdisciplinariedad, los aportes de un Equipo a una institución y los efectos terapéuticos del trabajo intra-grupal del Equipo.

Palabras clave: modelos de intervención en hospitales de día, terapeuta referente, equipo interdisciplinar.

* Ponencia presentada en el I Congreso Regional y I Jornadas Nacionales de Hospitales de día-terapia intensiva de niños y adolescentes que bajo el título: “Hospitales de Día de niños y adolescentes” tuvo lugar el viernes 22 y sábado 23 de mayo de 2009 en Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

** Psicóloga de la Unidad Infantil del Hospital de Día Infanto-Juvenil de Leganes de Madrid.

paginas omitidas, consultar en la WEB

UN MODELO DE HOSPITAL DE DÍA EN NIÑOS PEQUEÑOS. SUS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES*

Margarita Alcamí Pertejo**

RESUMEN

Se describen características del funcionamiento mental de los niños pequeños y consecuentemente aspectos que deben considerar los Hospitales de Día (HdD) que atienden estas edades. Se propone un modelo caracterizado por: estructurar las actividades entorno a una figura de vinculación; tratar a niños con trastornos diferentes y trabajar con los padres. También se plantean interrogantes en relación a indicaciones/contraindicaciones en la utilización de este tratamiento intensivo.

Palabras claves: Hospital de día psiquiátrico, niños.

Keywords: *Psychiatric day hospital, children.*

Sabemos que hay diferentes Hospitales de Día (HdD). Los rangos de edad evidentemente marcan diferencias y en función de la orientación teórica, de la forma de comprender la patología por el equipo, así como de la variedad de profesionales que lo constituyen, cada HdD es diferente.

Además los HdD están ubicados en diferentes lugares, en distintas comunidades autónomas con distintos planes de

* Ponencia presentada en el I Congreso Regional y I Jornadas Nacionales de Hospitales de día-terapia intensiva de niños y adolescentes que bajo el título: "Hospitales de Día de niños y adolescentes" tuvo lugar el viernes 22 y sábado 23 de mayo de 2009 en Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

** Psiquiatra. Hospital de Día de Leganés. Madrid (COGESIN).

actuación en salud mental. No podemos olvidar que esa realidad también es determinante en las características y estructura que adquiere cada HdD, pues responden en su creación a “la demanda” que recae sobre ellos.

Vemos diferenciados en función de la demanda dos tipos de ritmo de HdD. En aquellas comunidades autónomas en que los propios Servicios de Salud Mental (SSM) asumen las tareas del HdD encontramos que éstos se encuentran ubicados en el mismo espacio. La responsabilidad de cuidar a toda su población genera un intercambio continuo y fluido de pacientes entre la estructura más propia de consultas y la terapia de HdD. Ello genera modelos parciales, pero muy creativos, y en los que la exigencia a sus profesionales es muy alta pues deben funcionar cubriendo tareas en las dos estructuras. En otras comunidades los HdD se han creado en espacios fuera de los SSM y son llevados por un equipo de profesionales de forma autónoma. Sobre ellos recae la responsabilidad de atención de la población que se les asigna desde los SSM. Ambos modelos tienen sus ventajas e inconvenientes.

Parece que no hay duda para los responsables de salud y educación de que el HdD es un recurso necesario en edades como la pubertad y adolescencia. Sin embargo encontramos que hay que justificar ante las autoridades (y ante muchos de nuestros mismos compañeros) que deben existir HdD en los niños pequeños. De ahí el título que se dió a esta mesa “Hospital de día/ terapia intensiva para los problemas mentales graves de los niños pequeños: ¿necesidad- prioridad?”.

Las presentaciones previas de la mesa han sido suficientemente claras y dicha afirmación es incuestionable. Niño y madre/entorno se encuentran en un momento único donde desarrollo/crecimiento neuronal/cuidados/capacidad de *rèverie*... se comportan casi como perteneciendo a un solo cerebro. Es un momento donde las capacidades de la madre sostienen la homeostasis de las células de su bebé, construyen la intersubjetividad, dirigen aspectos de interconexiones cerebrales, y propician el desarrollo cerebral de áreas que arrastran tras sí el enriquecimiento de los patrones de interacción social y la comunicación.

Sus presentaciones me permiten, pues, adentrarme en otros temas. Me extenderé sobre todo en describir un modelo de HdD basado en el funcionamiento mental de los niños pequeños. Pero quisiera también dejar planteados ciertos interrogantes y dudas en relación a indicaciones/contraindicaciones en la utilización de este tratamiento intensivo.

Nuestro planteamiento surge de la experiencia de trabajo en un HdD para niños menores de 6 años con un modelo de asistencia a tiempo completo. Es decir un HdD en el que los niños acudían a diario, en horario completo de mañana, siendo las actividades grupales. Se incluían cuidados específicos como la comida y con los padres se trabajaba predominantemente en un encuadre también grupal. Este esquema de trabajo, que no es equiparable a una atención ambulatoria intensiva, siempre supuso para el equipo la inquietud sobre su rendimiento y eficacia ya que pocos niños podían en realidad acceder a esta forma de tratamiento.

Partiendo de un reconocimiento y el más profundo respeto a otras formas de HdD parcial, insistiremos en nuestro interrogante sobre la necesidad de atención a tiempo completo en ciertos niños muy graves. Más allá de la realidad de poder facilitar una asistencia a pesar de la distancia al centro de tratamiento, la asistencia parcial le permite al niño seguir vinculado con estructuras sociales más amplias. La asistencia de forma completa parece recrear un período de “dependencia absoluta” en expresión de Winnicott (1), frente a propiciar una “dependencia relativa” entre niño/familia e institución si la asistencia es parcial. Crear este entorno de “dependencia absoluta”, en el que el HdD es la estructura que rodea casi de forma única al niño y su familia, nos parece una situación facilitadora para el gran reto terapéutico que nos planteamos con los niños más graves. A medida que el niño mejore la relación con el HdD evolucionará hacia la “dependencia relativa” y “hacia la independencia”, pero haber recorrido juntos ese período casi fusional habrá sido imprescindible.

Para aquellos menos familiarizados con los trastornos en los niños pequeños quizás es importante insistir en el hecho de que, en la primera infancia, la patología mental repercute de

forma muy específica en el desarrollo de la interacción. La utilización del aislamiento, la retracción, es la defensa que con mayor frecuencia vemos en la patología grave de la infancia. Ello no solo deja al niño sumido en “el autismo” sino que impide que la vivencia de la relación con el otro permita el desarrollo de la intersubjetividad y la simbolización. El desarrollo del niño se ve entonces detenido..., siendo frecuentes las evoluciones deficitarias.

Utilizando las palabras de la reciente Guía de diagnóstico y tratamiento de los TEA realizada en la CAM (2) “El drama de nuestros pacientes es la tendencia al aislamiento y las dificultades graves en la interacción y la comunicación” “sabemos que, por su propio trastorno, el niño con rasgos autistas va a rechazar todo aquello que organiza de ordinario el movimiento de individuación del niño (3). Lo que le sirve a un niño sano –el encuentro y el intercambio afectivo con sus padres, la interacción con iguales, el mundo de los objetos como lugar de simbolización, el juego– no le va a servir a nuestro pequeño paciente”.

Otro problema a enfrentar es que, por deficiencias de los sistemas clasificatorios internacionales, la patología mental grave en pequeños queda “absorbida” de forma indiferenciada bajo el término Trastornos Generalizados del Desarrollo o entendida toda ella con la nomenclatura actual de Trastornos del espectro autista. Ello acarrea que se planteen tratamientos unificados para todos, tratamientos donde la visión de que existe un déficit innato que hay que reeducar es la línea predominante de trabajo.

Frente a esta postura determinista respecto a los cuadros de autismo sabemos que existen niños pequeños con rasgos autistas en los que las dificultades en la interacción no podemos considerarlas como irreversibles. Como plantea la clasificación 0-3 (4) “el déficit relacional no tiene que ser en todos los casos primario ni permanente” y por lo tanto “está abierto al cambio y el crecimiento”. Pero igual que defendemos que existen ese tipo de niños hemos encontrado otros cuyas dificultades de interacción son previsiblemente “cuasi-irreversibles”.

Nuestro registro teórico guiará la mirada sobre el paciente y la comprensión sobre lo que le ocurre. Pero sobre nosotros recae la responsabilidad de basar nuestra intervención o programa de tratamiento en una comprensión tan completa como resulte posible de las circunstancias del niño y su familia.

Las clasificaciones internacionales parecen darnos como única alternativa de diagnóstico en los casos graves la entidad de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). Dirigidos por esta nomenclatura miramos al niño desde la perspectiva de las alteraciones del desarrollo... pero ¿dónde ha quedado la exploración psicopatológica que nos ha caracterizado a los psiquiatras?: los trastornos del pensamiento; las alteraciones sensorio-perceptivas; las alteraciones del discurso verbal como consecuencia del pensamiento alterado; ... y con ello el reconocimiento de los distintos tipos de angustia, los trastornos de la afectividad, las inestabilidades de las emociones. Sin una evaluación de ese tipo no podremos comprender a nuestros pacientes, y por lo tanto diseñar los acercamientos terapéuticos que precisan, incluyendo los farmacológicos.

A medida que el niño va creciendo las trayectorias del desarrollo en áreas claves se van diferenciando más claramente. Esto no sólo permitirá realizar un diagnóstico diferencial más acertado, sino que irá marcando más claramente las líneas en las que debe seguir el abordaje terapéutico.

Pero en los niños pequeños nos encontramos una doble situación. Por un lado el diagnóstico diferencial es especialmente difícil de establecer; y, por otro lado, las líneas del desarrollo están mucho más abiertas, y por tanto la posibilidad de curación es también posible.

En palabras de Eulalia Torras (5): “Toda intervención terapéutica que mejore al niño desde el ángulo emocional, relacional o intelectual, madurará su equipamiento biológico de base. Por supuesto también, todo aquello que por vía biológica mejorara al niño, por ejemplo que madurara el sistema nervioso central, pondría al niño en mejores condiciones para aprovechar los estímulos psicológicos que se le ofrecieran, psicoterapéuticos o de su vida cotidiana”.

Entendemos el equipamiento biológico de base como los instrumentos yoicos más básicos: capacidades motrices (no sólo fuerza, tono, sino coordinación y capacidad de planificación); procesamiento sensorial y reactividad hacia los estímulos; capacidad para el procesamiento viso-espacial, para prestar atención y enfocarla... Muchos elementos que son los primeros “ladrillos” de nuestros recursos yoicos... y en cuya discusión no podemos entrar ahora.

En nuestra evaluación diagnóstica incluiremos siempre una valoración del nivel de desarrollo del niño pues tanto su situación psicopatológica como su perfil de desarrollo van a determinar nuestro planteamiento terapéutico. Posteriormente tanto la evolución clínica como los avances en el nivel de desarrollo del niño nos confirmarán la respuesta al tratamiento.

Insisto en la necesidad de ser conscientes de los recursos terapéuticos reales de que disponemos para ofrecer a nuestros pacientes... y de las características del niño que pueden determinar el éxito o fracaso de un programa determinado. Lo importante no es hablar de este tratamiento es bueno, eficaz... sino este tratamiento es bueno para este niño.

Planteamos como un modelo de HdD para niños pequeños aquel que se caracteriza porque: 1. estructura las actividades con los niños entorno a una figura de contención (sobre la que se trabaja específicamente la creación de un vínculo); 2. asume a niños con trastornos diferentes y 3. que trabaja con los padres.

1. UN HDD QUE ESTRUCTURA LAS ACTIVIDADES CON LOS NIÑOS ENTORNO A UNA FIGURA DE CONTENCIÓN, SOBRE LA QUE SE TRABAJA ESPECÍFICAMENTE LA CREACIÓN DE UN VÍNCULO

Como ha planteado la Dra. Ana Jiménez, “La base fundamental es establecer de forma no intrusiva una relación privilegiada con el niño, respetando sus defensas, pero haciendo una aproximación paulatina para que estas puedan ir modificándose. Por ello desde el primer momento se intenta fomentar la

relación privilegiada con uno de los monitores, siendo la figura clave en el tratamiento”.

En el modelo de HdD que defendemos cada niño tendrá su terapeuta de referencia, que compartirá con otros niños de su grupo. El terapeuta asumirá las actividades de cuidado (incluyendo alimentación, higiene...) además de la dirección del grupo en tareas psicoterapéuticas y lúdicas.

Algo muy común a todos los niños pequeños con patologías graves es “la defensa autística”. El encuentro con el mundo resultó demasiado “catastrófico” y el niño se protegió manteniéndose en un mundo dirigido por sus propias sensaciones. Tustin (6) planteaba que “la experiencia de la separación física de la madre trae aparejada la concomitante distinción entre el yo y el no-yo, lo conocido y lo desconocido, lo familiar y lo extraño. Por varias razones el no-yo, ese ente extraño y desconocido, en el niño autista, resulta terrorífico en medida mayor de lo soportable”.

Winnicott nos habló de las funciones maternas de holding, handing pero también de la “presentación del objeto”. Planteaba la necesidad de una similitud en la presentación del objeto para que éste fuera asequible por el niño, quien sobre una modificación mínima iba permitiendo aceptar ese mundo cambiante y complejo al que podía acceder. La utilización del cuidador principal en HdD permite que esta función materna pueda desarrollarse de forma privilegiada reduciendo el riesgo de una intensificación del movimiento defensivo de aislamiento. Entendemos que en los HdD de niños mayores, la relación privilegiada con uno de los terapeutas, es probablemente un arma terapéutica a utilizar, pero las funciones que darán soporte tienen una cualidad diferente dado el distinto momento evolutivo emocional del niño.

A través de la relación con el terapeuta referente se pretende que el niño con un funcionamiento psicótico no quede invadido de angustias precoces desintegrativas al vivir la diferenciación yo/no-yo. Sobre esta figura principal de maternaje se realizará el despliegue de investimentos que permitirá una inclusión progresiva en un mundo más amplio donde los otros terapeutas son aceptados y buscados.

No debemos olvidar que en el Hospital de Día esta relación con los terapeutas se da en un entorno grupal. Si la diferenciación está resolviéndose de forma privilegiada con el cuidador principal, los esbozos de intersubjetividad que se están creando permiten que “el otro igual”, los otros niños, empiecen a ser vistos, mirados lentamente... sin que su presencia genere angustias catastróficas que le lleven a intensificar las maniobras de aislamiento. Inicialmente en la relación con los otros utilizará la imitación con un carácter adhesivo, ... pero posteriormente veremos que empiezan a interactuar en un espacio que tiene algo de transicional. Probablemente los movimientos, la planificación que copia de otro niño son muy adecuados a sus vivencias corporales, a sus sensaciones... y le permiten intensificar la diferenciación y ser utilizado posteriormente como puntos de identificación.

La situación grupal además obliga al niño a compartir al cuidador principal. Los otros pacientes aportan el ruido, las peleas, los celos, la competencia... pero también un juego compartido especial, que se desarrolla únicamente entre ellos. Mientras juegan, nos arrastran a los terapeutas a un lugar más lúdico y creativo, del que disfrutamos. Observar, respetar y facilitar que ese juego se pueda dar es quizás una de las tareas más importante del trabajo en Equipo.

Francisco Palacio Espasa planteaba (7): “el hecho de que el niño pase 5 días por semana en el HdD hace que en los funcionamientos psicóticos más regresivos, como el autismo, la relación terapéutica que en su contexto se produce constituye a priori una mejor indicación que la terapia analítica”. De la relación psicoterapéutica en un terapia analítica refiere que “el niño presenta más ansiedades de intrusión frente a los acercamientos de tipo simbólico y verbal”, por el contrario el terapeuta del HdD “aún teniendo el recurso de la verbalización, dispone de un abanico más amplio de acercamientos a través de los gestos y las actitudes interactivas de la vida cotidiana” “El acercamiento a través de los gestos favorece la elaboración rudimentaria de actividades intersubjetivas las cuales, con el paso del tiempo, se tornan más complejas para abrir de manera más natural la vía de los intercambios más abstractos que demandan la verbalización y el lenguaje”.

La cotidianeidad del funcionamiento de un HdD a tiempo completo permite la aparición de muchos elementos interactivos. Se introducen elementos aportados por los terapeutas y por los otros niños que permiten abrir una puerta peculiar, hasta ahora inexistente o inaccesible, que lleva a nuestro pequeño paciente a abandonar sus rígidos modelos defensivos previos. Insospechados elementos del día a día se vuelven terapéuticos gracias siempre al marco contenedor institucional. Estos elementos en una escuela normalizada serían prácticamente imposibles de ser tomados por el paciente, y por lo tanto ser terapéuticos.

2. UN HDD QUE ASUME A NIÑOS CON TRASTORNOS DIFERENTES

Desde la experiencia nos es evidente que la heterogeneidad de patologías permite un enriquecimiento de la experiencia terapéutica.

Misés (3) señalaba que “si los niños autistas comparten el espacio terapéutico con niños con otras patologías en las que hay un menor aislamiento y mayores capacidades de expresión y simbolización, se les ofrecerá posibilidades interesantes de comunicación”. Igualmente entendemos que niños con dificultades no tan graves como el autismo, se ven beneficiados de compartir el espacio terapéutico con niños que tienen dificultades distintas.

Tanto en las psicosis autísticas como en las psicosis no autísticas el peso de la indiferenciación, el funcionamiento disgregado, la angustias primitivas... requieren de un nivel de contención que creemos es muy difícil de mantener fuera de una estructura terapéutica que trabaje en equipo y con contención institucional. Por ello son éstas las indicaciones más claras de tratamiento intensivo en HdD.

Existen otros trastornos graves de la infancia donde la psicosis no está presente pero sí un gravísimo deterioro de los procesos de vinculación. Para provocar un cuadro así necesitamos una verdadera desatención de las necesidades ya no solo psíquicas del niño sino una inestabilidad de figuras, de

espacios y tiempos.... Siguiendo una de las ideas en que nos ha hecho pensar Lourdes Sánchez niños criados en una “incubadora” física que cambia de temperatura, de nivel de ruido, incluso de forma; una incubadora que oscila entre estar llena de objetos que provocan sensaciones o vacía. El niño se ve aproximado a la percepción de una soledad a la que se teme pues implica un vacío en el que uno no quiere verse nuevamente precipitado.

De hecho los estudios sobre los modelos de apego han demostrado que los que generan clara patología en la vida adulta son los patrones inestables,... peor que un modelo establemente ansioso/inseguro es el cuidador que da y quita; abraza y rechaza.

Es curioso que en ciertos niños estos Trastornos del vínculo no generen retracción y aislamiento de tipo autista, sino una manifestación conductual ávida de relación, pero que ataca la relación misma. Aunque nuevas figuras de relación sean ofrecidas, aunque sea pues colocado en un entorno incubadora diferente, ... el control omnipotente, la intolerancia a la frustración y la agresión son claramente manifiestas en la relación con el otro.

En los trastornos vinculares en que los patrones de relación han quedado como campo de batalla... consideramos que se precisa un tratamiento intensivo como el ofrecido en los HdD. Un alto nivel de contención favorece disminuir la intensidad de la agresión vivida frente a la relación y reescribir algo básico que se perdió en las primeras etapas.

Existen otros trastornos de la infancia donde el abordaje institucional de HdD está indicado, pero habríamos dibujado los principales trastornos en los que habitualmente es necesario un abordaje intensivo.

3. UN HDD QUE TRABAJA CON LOS PADRES

Es evidente que ya no es necesario justificar la necesidad de un trabajo con los padres en el trabajo de HdD, pero sí podemos señalar algunas características que tiene este abordaje al tratarse de niños pequeños.

La experiencia nos ha permitido constatar que en el HdD de niños pequeños, la colaboración de los padres en el tratamiento de sus hijos se encuentra en una posición especial. Los niños que presentan trastornos mentales graves suelen estar marcados por una mayor vulnerabilidad y dificultan mucho los cuidados parentales.

Sabemos también que en las primeras etapas del desarrollo el espacio psíquico entre madre y niño es tan pequeño que cambios en uno de los registros genera cambios en el otro.

Stern (8) defiende que tras el nacimiento de un bebé, y en especial si se trata del primero, la madre entra en una nueva y única organización psíquica a la que denomina “constelación maternal”.

Según este autor este hecho obliga a los clínicos a adoptar un marco distinto de tratamiento con un nuevo tipo de alianza terapéutica. Se trata de una nueva organización temporal cuya duración es muy variable, ya que oscila de meses a años. Pero durante ese tiempo se convierte en el principal eje organizador de la vida psíquica de la madre y deja a un lado las organizaciones o complejos nucleares previos que ocupaban ese papel central.

Ella considera una construcción psíquica única e independiente, que supone una situación privilegiada ya que permitiría a la madre una nueva oportunidad para un cambio psíquico interno.

Con esta idea de la constelación maternal Stern nos alerta que si no se aprecia el carácter y la predominancia de la constelación maternal, es difícil llegar a los principales temas subjetivos que experimenta la madre, a la estructura de los problemas por los que busca ayuda y por tanto la forma de alianza terapéutica que más necesita.

En el trabajo con los padres en el HdD de niños pequeños nos encontramos muy cercanos al período de Constelación maternal, por lo que si estamos atentos a sus características, probablemente las proyecciones patológicas sobre los hijos sean más movilizables y se puedan conseguir mayores cambios psíquicos que en etapas posteriores.

No quisiera finalizar mi presentación sin dejar planteados dos temas, que suscitan habitualmente mucho debate. Cada HdD debe conocer para qué tipo de pacientes su modelo es el más beneficioso... y debe reevaluarse ante cada paciente de forma periódica.

Parece que en los niños pequeños, más que en otras edades, nos vemos tan cercanos a la iniciación de las patologías que nos movemos con ciertas fantasías idealizadas de que siempre es posible reconducir el desarrollo. Ante la detección de las primeras alteraciones intentaremos que éstas no se consoliden como patrones inadaptados de funcionamiento, pero la experiencia nos irá mostrando cómo en ciertos pacientes nuestro objetivo terapéutico tendrá que limitarse a ciertos logros de objetivos (disminuir la ansiedad; trabajar específicamente las disfunciones motrices, sensoriales, de comunicación; frenar su inquietud; crear cierta capacidad de interacción) objetivos que no hay que menospreciar pues tendrán un valor crucial en la calidad de vida del niño y de su familia.

En la práctica clínica nos hemos encontrado con dos factores a considerar cuando pensamos en términos de indicaciones y contraindicaciones: factores del paciente y de la familia.

FACTORES DEL PACIENTE

Ciertos diagnósticos en etapas tempranas resultan devastadores por cuanto son comprendidos desde una óptica de la irreversibilidad, ello es injusto pues existen muchos aspectos a modificar. Pero en algunos de estos casos, no en todos, entendemos que el peso de una encrucijada constitucional los convierte en inmodificables.

En algunos niños la salida de una psicosis autística es imposible por patologías médicas de base; en otros el tiempo del aislamiento ha llevado al niño a una situación de "no retorno". Tustin (6) hablaba de un autismo regresivo en el que el "deterioro sufrido pronto se torna irreversible".

Quizás de este tipo de pacientes hemos aprendido que tenemos que saber reconocer cuándo la eficacia de nuestra intervención entrechoca con una falta de instrumentos en el niño que hace más indicado otro tipo de abordaje.

Pero si el mayor peso de las dificultades está en la interacción el reto de abordarla específicamente desde un modelo afectivo intensivo es la única salida y deberemos mantener el tratamiento.

Lo que desde luego hemos aprendido de algunos de nuestros fracasos terapéuticos es que la atención precoz es imprescindible. De ahí nuestra obligación no sólo de detectar los cuadros cuando se están instaurando sino de responder terapéuticamente lo antes posible con un tratamiento global e intensivo que desde el principio tome en cuenta aspectos interactivos y no sólo instrumentales.

FACTORES DE LA FAMILIA

En ocasiones nos encontramos funcionamientos familiares muy patológicos que impiden la evolución del niño. En esos casos en el HdD tenemos la sensación que reclamamos a nuestro pequeño paciente que desarrolle sus instrumentos yicos y sea capaz incluso de sostenerse afectivamente a sí mismo sin entorno contenedor.

Los estudios están demostrando que los traumas aislados no modelan el futuro del niño tanto como las relaciones en proceso con personas significativas. Vaillant (9) demostró que los mecanismos de defensa primitivos o de imagen distorsionada como aquellos típicos de personalidades narcisistas y limítrofes (escisión, negación, omnipotencia, devaluación, idealización primitiva) fueron adquiridos en parte por factores genéticos, pero de manera más importante a través de relaciones interpersonales.

Cuando el HdD se muestra incapaz de modificar el entorno patológico que rodea al niño, parece que prolongamos los tiempos de atención... pero la pequeña edad de nuestros pacientes hace irreal nuestras expectativas de que el niño se sostenga a sí mismo. Probablemente recursos de tipo residencial terapéutico sea la indicación cuando la familia está claramente desestructurada o tiene un riesgo social importante, pero ¿qué haremos cuando la dificultad es claramente la estructura psíquica de los padres? El HdD parece ser insuficiente para ayudar

a padres cuyo nivel de angustia o vicisitudes previas fueron tan graves que no son capaces de abandonar el funcionamiento psíquico defensivo que les generó. En esos casos la puerta de entrada hacia ellos no puede ser sólo el trabajo sobre las dificultades del hijo... y necesitaremos otras instancias terapéuticas.

El tratamiento de los niños se diferencia mucho del de adultos, e incluso del de adolescentes. Por eso los HdD de niños tienen unas características muy diferenciadas. Utilizando las palabras de Kanner (10): “mientras el esquizofrénico intenta resolver su problema saliendo de un mundo del que ha formado parte y con el que ha estado en contacto, nuestros niños se comprometen gradualmente, acercándose cautelosamente a un mundo en el que han sido completamente extraños desde el comienzo”.

En muchas ocasiones, pero no en todas, entendemos que un HdD reúne las condiciones óptimas para que ese acercamiento cauteloso se resuelva con éxito... pero aún nos queda mucho recorrido por realizar y el reto sería que nuestros pacientes siempre puedan decir del tiempo que pasaron con nosotros que les ofrecimos un “maternaje suficientemente bueno”.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Winnicott, D. (1951) Objetos y fenómenos transicionales. Estudio de la primera posesión “no yo”. En Winnicott (1979) *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp 313-330). Barcelona. Ed. Laia.
- (2) Guía.
- (3) Misés R. Pautas orientadoras en el tratamiento de la psicosis autísticas. En Parquet PhJ, Bursztein C, Golse B, Editores. *Autismo: Cuidados, educación y tratamiento*. Barcelona: Masson S.A; 1992. p. 17-31.
- (4) National Center for Clinical Infant Programs. Cero a tres. *Clasificación Diagnóstica de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana*. CD: 0-3. Buenos Aires: Paidós; 1997.

- (5) Torras E. El trastorno autista: una perspectiva actual. *Psicopatol. Salud ment.* 2006, 8: 65-71.
- (6) Tustin F. *Autismo y psicosis infantiles.* Barcelona: Paidós; 1987.
- (7) Palacio-Espasa F. Consideraciones sobre la acción terapéutica relacional y psicoterapéutica en las psicosis infantiles. *Psicopatol salud ment* 2004, 4: 41-50.
- (8) Stern, D. (1997). *La constelación maternal. Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos.* Barcelona: Paidós. "Orig" (1995).
- (9) Vaillant G., Bond M. y Vaillant C. An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Arch General psychiatry* 1986; 43: 786-794.
- (10) Kanner L. Autistic Disturbances of affective contact. *Nervous Child* 1943; 2: 217-50.

FUNCIÓN TERAPÉUTICA DEL HOSPITAL DE DÍA PARA ADOLESCENTES*

Asunción Soriano Sala**

El trabajo de muchos psicoanalistas en la asistencia pública ha implicado una apertura a la población general, nos llegan pacientes con una demanda psicopatológica muy diversa y, también, con una presión asistencial que no permite realizar lo que sería el psicoanálisis estándar; sin embargo, lejos de ser un inconveniente, esta realidad ha abierto puertas para ver como la herramienta “psicoanalítica” puede interaccionar con otras disciplinas y crear sinergias de trabajo más efectivo. En este momento, por tanto, habría que hablar de “técnicas psicoanalíticas diversas” que con la introducción de modificaciones permite atender a un mayor número y tipo de pacientes (Clusa J. 1997). El tratamiento de adolescentes en el hospital de día desde un enfoque psicoanalítico es un ejemplo de ello.

La experiencia clínica, a largo de los 7 años de funcionamiento del hospital de día para adolescentes y en el que atendemos a pacientes con psicopatología grave, nos ha obligado a afinar nuestra intervención terapéutica y la sinergia entre las diferentes disciplinas que actúan simultáneamente.

Nuestros pacientes son chicos y chicas que transitan hacia la adolescencia cargando con grandes dificultades personales y de su entorno. Normalmente han perdido la vinculación con

* Ponencia presentada en el I Congreso Regional y I Jornadas Nacionales de Hospitales de día-terapia intensiva de niños y adolescentes que bajo el título: “Hospitales de Día de niños y adolescentes” tuvo lugar el viernes 22 y sábado 23 de mayo de 2009 en Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

** Psiquiatra, Psicoanalista. Coordinadora del Hospital de Día para Adolescentes. Fundación Sant Pere Claver. Barcelona.

la escuela, la problemática familiar y social es marcada y la relación con los pares es inexistente o muy distorsionada.

Todo ello nos lleva a afirmar que no es cierta la utopía inicial de que en los hospitales de día atenderíamos adolescentes en una situación de crisis, pudiendo hacer una intervención rápida y darles de alta. Esto es realmente excepcional, la mayoría de los casos son pacientes con una evolución patológica desde la infancia, con situaciones familiares graves (80 % de padres presentan patología mental) y con poca o nula vinculación con el sistema educativo. Son pacientes con una evolución psicológica muy frágil, que los cambios puberales, el inicio de la adolescencia junto con la entrada en la ESO, rompen un equilibrio que ya venía siendo precario.

En el hospital de día se crea un espacio de convivencia terapéutica en el que la primera función es la observación, que permite la clarificación diagnóstica mucho más afinada que la obtenida en la consulta ambulatoria. A partir de esta premisa se empieza a organizar el proceso terapéutico en el que la contención y la función de *revêrie* serán elementos claves.

La situación de ruptura en la, generalmente, llega el paciente al hospital de día, hace imprescindible una actuación terapéutica compleja. Debido a la interdisciplinariedad del equipo, el adolescente tiene la oportunidad de ser atendido en todas las áreas que son básicas en su vida, a la vez que se interviene en su entorno a través de la familia, la escuela, servicios sociales, EAIAS, justicia.

Cuando la afectación externa es importante, por actuaciones de riesgo, problemáticas muy externalizadas, en la escuela, en la familia o, incluso, en el ámbito judicial, es necesario valorar la propuesta terapéutica de forma amplia y plantearnos como iniciar nuestra intervención para que sea lo más ágil y útil con el fin de evitar riesgos o encallamientos evolutivos.

Las combinaciones son todas posibles: terapia individual, terapia familiar, intervenciones sociales, educativas, medicación. Normalmente se trata de casos que por la múltiple afectación intervienen diferentes profesionales, dentro del propio centro o de fuera, lo que implica un importante esfuerzo de

coordinación para que los diferentes recursos actúen como una red coherente en beneficio del paciente.

Aunque la estrategia terapéutica sea múltiple, hemos de partir de un conocimiento profundo de la situación interna y externa del paciente ya que la mejoría tendrá que ver con haber incidido en lo más nuclear de sus carencias, distorsiones o fallas evolutivas. Tendremos que prestar mucha atención a la crianza y a su relación real e internalizada con las figuras parentales. Esa comprensión profunda, será la que orientará todo el camino a recorrer y la estrategia del caso.

Detectar el núcleo principal o más accesible ha de servir de guía ya que en situaciones tan complejas, y a menudo con biografías muy traumáticas, saber escoger el punto de partida de nuestra intervención y el enfoque psicoterapéutico más eficaz, evita perderse en los mil y un detalles del caso (Torras E. 1996). Esto implica actuar con precaución, con capacidad crítica, por tanto, dispuestos a rectificar, retroceder y modificar el abordaje cuando sea necesario.

Esta guía ha de ser real y significativa, para que favorezca procesos de cambio psíquico. Ha de ser cercana a las necesidades del paciente, ya que nosotros hemos de hacer el esfuerzo de formularle lo que creemos que le ocurre y hacia donde dirigiremos el tratamiento, tratando de establecer una alianza terapéutica con las partes más adultas y capaces de entender y colaborar en el proceso.

Todos los chicos y chicas ingresadas tienen un terapeuta (psiquiatra o psicólogo) y un educador de referencia, ambos formarán una unidad funcional. En nuestro dispositivo tratamos que todos los pacientes tengan una sesión de psicoterapia semanal con el terapeuta de referencia. En los casos con muchas dificultades de mentalización, nos hemos planteado que cuando la psicoterapia en el sentido más estricto es difícil de alcanzar, hay que buscar otro tipo de recursos en los que de ningún modo se renuncia a la función psicoterapéutica. Estos harán de plataforma preparatoria y les abrirá paso a la mejoría psíquica en primer lugar pero, también, a poder seguir más adelante con una psicoterapia más reglada.

Algunos pacientes no han adquirido aún una capacidad de observación interna, se mantienen muchos aspectos infantiles y solamente actúan, externalizan su patología por lo que “ellos no tienen nada que pensar, hablar, cambiar”. El setting psicoterapéutico puede resultar estéril o claustrofóbico, impidiendo el aprovechamiento del recurso en otro momento en el que el paciente esté más preparado. Al cambiar a otros tipos de escenarios terapéuticos, la problemática puede hacerse más patente para el propio paciente y para el terapeuta, de forma que sean más resolutivos. También hemos observado que recursos aparentemente no psicoterapéuticos, actúan como elementos transicionales y pueden resultar facilitadores en pacientes con bajo nivel de mentalización y verbalización.

En ese sentido, en el hospital de día observamos como la relación que alguno de estos chicos establece con su educador actúa como agente de cambio psíquico. El estrecho acompañamiento que tienen los educadores con pacientes muy fóbicos o muy simbióticos o muy esquizoides es imprescindible, en un inicio para generar algún vínculo de confianza y de esperanza que abra las puertas al proceso terapéutico.

También recogemos esta experiencia de cambio a través de los talleres, el dibujo, el barro, mascotas o juegos cooperativos. La enfermera se ocupa de los aspectos más ligados al cuerpo, la administración de fármacos y la atención a los efectos secundarios, pero tiene un especial función educativa en la que colabora estrechamente con los educadores sociales y en el contacto más directo y cotidiano con los pacientes.

Mediante el convenio entre sanidad y educación contamos con la colaboración de una docente que trata de integrar la experiencia escolar anterior a través del contacto con las escuelas a las que acudía el paciente antes del ingreso. Hemos podido observar como se modifica la relación con la escolaridad vivida a través del aula del hospital de día que participa de los objetivos terapéuticos globales. Este aspecto es de gran importancia ya que uno de los objetivos que nos marcamos como equipo es que el paciente recupere o retome algún tipo de alternativa educativa y es un trabajo que junto con la estabilización clínica forma parte de la preparación del alta.

La trabajadora social, facilita el enlace del paciente con el medio y apunala en lo posible la incorporación laboral o pre-laboral, en aquellos casos que por la edad y los intereses del paciente la opción educativa ya no es factible. Interviene además en las problemáticas familiares que son imprescindibles de atender para que el adolescente evolucione.

Es necesaria una evaluación profunda para decidir los recursos a utilizar en cada caso. El trabajo en equipo y la supervisión son importantes, ya que de ninguna manera han de ser pruebas improvisadas, sino valoraciones razonadas adaptando nuestra técnica a las necesidades del paciente (Alanen, 1997, 2003).

Consideramos equipo terapéutico a todas las personas que en el hospital de día interaccionan con los adolescentes y que en la medida de la responsabilidad diferenciada de su función han de dar respuestas de salud. La especificidad de funciones de cada uno de los miembros del equipo revierte en un punto común y es que entre todos tratamos de dar al paciente un marco de convivencia terapéutica. Hay que tener en cuenta que el paciente repite en la relación con todos los profesionales del hospital de día muchas de las actitudes que son causa y efecto de su problemática, y esto es una buena oportunidad (García Badaraco, 1990). Aunque el chico o chica no estén receptivos a entender a partir de una interpretación, la respuesta diferente que recibe del equipo, tiene el efecto de la función de *revêrie* descrita por Bion y actúa como una experiencia emocional correctiva (Alexander y French, 1946).

Esta respuesta tratamos de darla con la máxima coherencia, pero tenemos que reconocer que esto es extremadamente difícil. A menudo la propia conflictiva del paciente y la repetición de ésta con los miembros del equipo, las salidas de la normativa, las vivencias de confusión, las actuaciones auto o heteroagresivas llevan a situaciones críticas y de sufrimiento para todos. Dar la respuesta adecuada y mantener la coherencia y cohesión del equipo es un reto no siempre alcanzable.

Hemos de lograr que la respuesta que el paciente reciba conecte con su problemática de fondo –hemos de curar allí donde está la herida interior–, pues esto hará que pueda dar

un paso hacia la mejoría. Por eso es necesario que, exceptuando normas básicas en relación principalmente a no tolerar la agresión, las respuestas del equipo sean consecuencia del conocimiento de la realidad interna del adolescente. De esta forma potenciaremos los aspectos más sanos y sus recursos más evolucionados.

Es evidente que esta tarea solo se hace con el instrumento humano que sufre y se desgasta. Nosotros también tenemos nuestras heridas, carencias y experiencias dolorosas. Es importante destacar que los profesionales, cualquiera que sea nuestra perspectiva, a la hora de “entender la realidad del paciente”, lo hacemos con nuestras capacidades mentales, emocionales, relacionales. Hemos de “medir, evaluar algo”, y el instrumento que utilizamos es el mismo que no conocemos bien. Esto lleva a limitaciones que convendría reconocer y tener en cuenta. Hinshelwood (2004) habla del impacto emocional que sufrimos todos, trabajemos con la teoría que trabajemos, en el contacto con la locura.

Estar sometidos a estas fuentes de ansiedades, que a menudo no son demasiado conscientes ni se expresan con claridad, suele llevarnos a adoptar posturas defensivas diversas. En unos casos, buscando rápidamente certezas biológicas que nos tranquilicen y eviten el acercamiento emocional con el paciente, en una especie de “tocar y marchar” (Donati, 2000); en otras, amparados en la teoría, podemos refugiarnos en intelectualizaciones, explicaciones, interpretaciones que, alejadas de la realidad del paciente, nos evitan el doloroso contacto con el sufrimiento mental. Una forma de mejorar esta situación sería, siguiendo a Hinshelwood, tener en cuenta y atender tanto el trabajo técnico como el emocional, buscando las maneras de afrontar con realismo las posibilidades de mejora del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- ALANEN, Y (1997b) Schizofrenia: Its Originis and Need-Adapted Treatment. London: Kranac. (2003) *Atenció psicoterapèutica als pacients psicòtics a la xarxa pública*. Ponencia presentada en el colegio de médicos de Barcelona.

- ALEXANDER y FRENCH (1946). *Terapéutica psicoanalítica*.
- GARCIA BADARACO, J. (1990). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid. Tecnipublicaciones, SA.
- BION, W.R. (1962) *Learning from Experience*. Seven Servants, New York, Jason Arosón, 1997.
- CLUSA, J. (1997). *Congreso de psiquiatría biológica*. Valencia.
- DONATI, F. (1989). Madness and morales. *British Journal of psychotherapy* 5:317-329. Republished in R.D. Hinshelwood and Wilhend Skogstad (eds.) 2000 *Observing Organizations*. London: Routledge.
- HINSHELWOOD, R.D. (2004). *Sufering Insanity*. London: Routledge.

EDUCAR EN LO PARTICULAR*

Luis Gol Corzo**

Esta ponencia pretende reflexionar sobre la necesidad de adaptar constantemente al individuo concreto y su particularidad las diferentes herramientas de intervención educativa que se dan en el Hospital de día para adolescentes y la importancia de que este trabajo se construya desde un modelo interdisciplinar. El constante trabajo de adaptación y transformación de los espacios permite que el adolescente pueda desarrollar sus capacidades propias en un espacio más cómodo y seguro. La intervención que además ha de ser dinámica para adecuarse a los progresos que el adolescente vaya realizando y, por tanto, a las nuevas necesidades que estos requieren. Lo que exige una constante adecuación al cambio y una actitud flexible y creativa por parte de los profesionales. *No se trata de adaptar el caso a una idea preconcebida, sino de poder verlo en su particularidad. Justamente poder acoger lo propio de cada caso es lo fundamental*¹...

Se trata, por tanto, de posibilitar que aparezcan espacios donde el sujeto pueda realizar actividades exploratorias tales como circular, manipular, elegir, equivocarse, cambiar de objetos y de actividades, sin que ello signifique una valoración negativa de la persona. Dar el tiempo que el sujeto necesita para poder elegir, esto es, despertar el interés: resorte verdadero del trabajo educativo. La educación viene a postularse

* Ponencia presentada en el I Congreso Regional y I Jornadas Nacionales de Hospitales de día-terapia intensiva de niños y adolescentes que bajo el título: "Hospitales de Día de niños y adolescentes" tuvo lugar el viernes 22 y sábado 23 de mayo de 2009 en Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

** Educador Social. Responsable del área educativa del hospital de día para adolescentes de la Fundación Sanitaria Sant Pere Claver.

¹ Aichhorn. *Juventud desamparada*. Ed. Gedisa. Bcn 2004.

como recurso que posibilita al sujeto saber algo sobre sus posibles intereses y como intentar realizarlos desde una perspectiva socialmente admitida o admisible².

Para poder realizar este trabajo contamos con herramientas imprescindibles como las supervisiones, las reuniones de casos y la constante coordinación del educador de referencia con el psicoterapeuta de referencia que permiten la comprensión profunda de las ansiedades, de los conflictos internos, así como también de síntomas y actuaciones.

Otro de los puntos importantes del trabajo con los adolescentes ingresados pasa por la confianza. La psicopatología que presentan estos chicos/as les ha dificultado mucho las relaciones tanto con los iguales como con los adultos provocando una serie de experiencias negativas en diferentes ámbitos que se han ido acumulando a lo largo de su vida.

Crear un clima de confianza, tanto en la relación con los profesionales, como con el hospital de día y sus diferentes espacios ha de ser una de los primeros objetivos a trabajar. Intentar que el adolescente sienta que estamos para ayudarlo y consienta, después, dejarse educar.

EXPOSICIÓN DE UN CASO CLÍNICO:

Se trata de un chico, Martí, de 15 años con una evolución tórpida desde la infancia. Relación muy simbiótica con la madre. En el momento del ingreso es diagnosticado de psicosis paranoide.

El primer objetivo es crear un clima de confianza que nos permita la intervención

Martí se muestra de entrada como un chico de apariencia tímido y reservado, no mira a los ojos. Muy temeroso del contacto con las personas, tanto iguales como adultos. El aspecto físico es algo sucio y descuidado y da la impresión de ser un chico deficiente. Solo acepta venir a visitas con la madre, aunque se le ha presentado a su educador de referencia y se intentará que acceda a venir a espacios individuales. Muy desconfiado y con miedo a lo que se encontrará aquí.

² Violeta Núñez. *Reinventar el vínculo educativo*. Ed. Gedisa. Bcn 2005.

A nivel social; no sale de casa, no va a la escuela, no tiene amigos. Pasa casi todo el tiempo jugando al ordenador, escuchando música o dando vueltas por la casa.

Parece bastante importante que comience a venir al Hospital de día, pero todos los intentos por que se incorpore a un espacio con su educador resultan frustrados ya que no llega a venir. Como estrategia se decide darle un espacio individual con el educador después de una visita con el terapeuta, de esta manera evitamos todo el tiempo de espera lleno de temores y ansiedades que hace que Martí no pueda venir. Él acepta quedarse aunque pide que su madre se quede en la sala de espera hasta que él termine por si se encuentra mal y tiene que salir antes. Otras veces la madre espera fuera, en el coche, y Martí necesita constantemente acercarse a la ventana para comprobar que sigue allí.

En las primeras sesiones con el educador no mantiene conversaciones, se limita a responder sí o no a las preguntas que se le formulan y el único centro de interés aparece a través de los juegos de ordenador. El educador durante este periodo se muestra cercano e interesado por lo que Martí le trae, le acompaña y está presente mientras él juega con el ordenador y espera que éste le vaya poco a poco permitiendo una mayor y más amplia relación. Esperando que Martí se muestre más confiado y comience a permitir que se le planteen actividades alternativas, de momento aún en sesiones individuales.

Como objetivo tratamos de establecer una relación de confianza, pero no solo con el educador sino también con otros profesionales que le ayuden a ir familiarizándose con diferentes espacios del hospital de día. Para conseguir esto se trabaja desde el espacio psicoterapéutico y desde la terapia familiar la relación simbiótica madre-hijo y la poca presencia del padre.

Poco a poco también van incorporándose otros educadores a las actividades con Martí, primero se le presentan y en siguientes días entran en la dinámica del taller durante un rato para que Martí pueda sentirse también confiado con otras relaciones dentro del hospital de día y que vaya permitiendo pequeñas separaciones de su educador de referencia, igual que ha permitido separaciones con su madre.

Las necesidades de Martí, su vulnerabilidad y sus escasos recursos relacionales nos exigen una transformación muy importante de la dinámica del Hospital de día. Un espacio reservado sólo para él, buscarle horas de taller en la que la dinámica grupal no fuera muy actuadora, un educador en exclusividad, etc. En este caso no hubiese sido posible que Martí se hubiese adaptado a la dinámica cotidiana de un Hospital de día, sino que el Hospital de día tenía que adaptarse, al menos al comienzo, a la dinámica de Martí.

Segundo objetivo: romper el aislamiento

Parece que comienza a mostrarse más tranquilo y se le ofrece la posibilidad de ampliar las actividades a realizar dentro del hospital de día. Las actividades grupales permiten comenzar a trabajar la relación con los iguales.

Gracias a la información del espacio psicoterapéutico y familiar, así como también de las coordinaciones de la maestra del hospital de día con la escuela a la que asistió Martí, podemos comenzar a entender dos dificultades importantes del paciente que limitan el desarrollo de nuestro objetivo. Una, es su extremado temor a las relaciones con iguales: (él expresa en terapia situaciones de agresión muy graves hacia él, contrastadas con la información que recibimos de la familia y escuela en la que se hace patente el sufrimiento que ha debido experimentar en las diferentes escuelas por las que ha pasado). Y otra es su falta de identidad y lo vacío que se encuentra. No muestra motivación por las actividades y tiene dificultades para escoger y para saber lo que le gusta.

Eulalia Torras de Beá dice: "El aburrimiento es un estado mental. Hay chicos a los que se les ha de entretener, y otros que siempre están con motivación e interés por explorar". Martí tiene un vacío en su mente, una gran falta de fantasía y se ha de introducir desde fuera esta motivación, la imaginación.

De todas formas observamos que, con el tiempo, él consiente mucho más en la relación con los educadores y eso nos permite dar un paso más y ofrecerle un espacio pensado para él. Intentamos crear un taller en el que se pueda sentir cómodo y que le sirva de experiencia positiva. Un lugar más protegido con

pocos chicos no conductuales en el que pudiese estar acompañado por su educador de referencia, y de menos duración.

Como ya se preveía, aparecen muchas dificultades de relación (no dice nada a ningún compañero y mira siempre para abajo) y dificultades también en el desarrollo del trabajo (poco habilidoso y poco cuidadoso). No obstante parece que la experiencia le sirve para calmar los temores hacia el grupo y acepta participar de algún taller más.

Se le van ampliando los espacios con iguales a medida que los tolera mejor y promueve la relación con estos, ayudándole a incluirse en las conversaciones (dando pie a que muestre su opinión o llevando la conversación hacia temas que conozca o le motiven más).

En estos espacios la función más importante del educador es mediar en las relaciones que se establecen o que el educador mismo promueve, estimular los recursos del adolescente y complementar con los propios allí donde éste no llega. Es de esta forma como se va consiguiendo que Martí cada vez esté menos aislado y pueda compartir un mayor número de horas con iguales.

Tercer objetivo: promover sus habilidades y sus capacidades cognitivas

Una particularidad de Martí que obliga de nuevo a transformar las actividades que realizamos es, que solo trabaja en los talleres si el tema tiene relación con el personaje de Pokemon. Cualquier actividad que se le proponga tiene que estar relacionada con este personaje. Esto nos obliga a ser creativos y adaptar las actividades que realiza al centro de interés que propone.

Este personaje funcionará durante bastante tiempo como intermediario, como objeto transicional. Lo materializa en casi todas las técnicas de manualidades, en cristal, en dibujos, etc. Es un personaje que se va transformando a medida que Martí mejora en la factura de sus trabajos, hasta el punto de convertirlo con una técnica de papel maché en un muñeco de casi medio metro de altura. A partir de aquí, de esta experiencia de "éxito personal" se siente capaz de atreverse a hacer nuevas cosas. Trabaja otros personajes de la saga y acepta también propuestas diferentes.

Pensamos en incluirle en talleres que estimulen de una forma más directa sus capacidades cognitivas (revista, talleres de expresión) con la idea de que poco a poco se pueda ir incorporando al aula del Hospital de día y se pueda pensar en un paulatino regreso a la escolarización.

Adquiere algunos recursos que le facilitan la relación. Se le ve más satisfecho y aumenta su autoestima. Tizón³ habla de la importancia de la recuperación de las habilidades perdidas y de las capacidades cognitivas en los tratamientos con pacientes psicóticos.

A medida que se va sintiendo más seguro comienza a relacionarse un poco más en los espacios de descanso. Empieza jugando al ping-pong con los educadores y con alguno de sus compañeros y alguna vez también se incluye en baloncesto o fútbol. El deporte se le da bastante bien y demuestra con capacidades desconocidas que desde los educadores se le destacan y potencian. Para la familia éste también es un descubrimiento sorprendente.

Aprovechando que Martí despliega en estos juegos capacidades y recursos que anteriormente no habíamos observado e incluso su expresión corporal comienza a cambiar, se le propone incluirlo en un taller específico de deporte. Este taller implica la salida del centro a un polideportivo que nos permitiría trabajar aspectos de autonomía en el exterior, así como aspectos relacionados con la propia imagen corporal, la higiene, el juego reglado, etc. A pesar de que la experiencia con las salidas anteriores no han sido nada buenas, se decide probarlo.

Martí comienza con muchos temores; por ejemplo no se atreve a coger el autobús porque piensa que cuando este se mueva se caerá al suelo y se hará daño. El primer día ésta verdaderamente asustado, el educador se pone a su lado y lo lleva cogido todo el trayecto, él está muy tenso y preocupado pero se muestra confiado a la ayuda.

Tiene también mucho miedo al trayecto a pie y en los espacios abiertos se muestra desconfiado y temeroso a que le puedan hacer daño. Siempre un educador está a su lado y le

³ Artículo "*Los cuidados democráticos en la psicosis*".

va dando conversación ya que si va entretenido sufre menos. Además cuando sopla el viento tiene la sensación de que se ahoga y esto le impide continuar caminando. La solución en este caso fue que un educador se pusiese delante para que no le diese el viento directamente y así podía continuar.

También en el vestuario del polideportivo hay bastantes dificultades de adaptación ya que Martí tiene mucha vergüenza de mostrar su cuerpo. Esto se complica con el hecho que conocemos a través de su psiquiatra de que la medicación que había tomado anteriormente le había provocado una ginecomastia. Aunque en este momento se había reducido considerablemente Martí tiene miedo que algún chico se dé cuenta de este hecho y sea motivo de burla. Los primeros días Martí acompaña al grupo en el vestuario pero no se cambia de ropa ni se lava después del deporte.

Muchas veces para desencallar una situación es necesario una intervención creativa. Intervención que para ser eficaz ha de ser pensada desde la particularidad de cada caso.

Martí no accedía de ninguna de las maneras a cambiarse la camiseta en el vestuario (un mínimo que le pedíamos de higiene personal y un intento de desbloquear la vergüenza que sentía por enseñar alguna parte de su cuerpo). Por otro lado Martí estaba realizando una camiseta dentro de un taller con el dibujo de Pokemon, que no le gustaba como estaba quedando (quizá por comparación con otros compañeros que dibujan mejor) y que no quería terminar. El educador le insistía en que el dibujo estaba bien y que debía terminarla pero Martí se negaba y no había forma de cambiarle de idea. Decide que no le gusta la camiseta y que no piensa terminarla. El educador le pregunta si se la puede quedar, que a él sí que le gusta y Martí accede.

A la semana siguiente en el vestuario, el educador aparece con la camiseta de Martí y se la pone para hacer deporte. Martí se queda muy sorprendido y al finalizar la actividad se le propone que ésta podría ser su camiseta de hacer deporte. A partir de aquí Martí utiliza esta camiseta en el polideportivo, y se cambia sin tanto pudor. Además decide terminar de pintarla en el taller.

Es importante encontrar con el adolescente una actividad que le interese, que le permita tener iniciativa y que le enganche, es decir, que encuentre una gratificación. A veces no es importante que la actividad sea práctica, tenga futuro o que tenga contenido pedagógico, lo que se intenta es que el adolescente tenga la oportunidad de verificarse en algo que él desea o piensa y que nunca puede hacer, lo haga juntamente con otros y que tenga un educador que le instruya y lo oriente. Si estas primeras propuestas tienen éxito después vendrán otras con programas más elaborados.

Martí cada vez se integra más a la actividad. Pide de forma espontánea y para sorpresa de todos, se ha unido al grupo de piscina y comienza a participar de este taller. Esta mucho más integrado en los espacios de descanso y en algunos talleres. Parece que quiera buscar una identidad relacionada con el deporte. Mejora las habilidades sociales. Mejora la higiene personal. Aunque continúan siendo acentuadas las dificultades de trabajo y juego en equipo. También comienza una relación de amistad con un compañero con el que se ve también fuera del hospital de día. Comienza a verbalizar deseos de ir a la escuela, y ganas de practicar algún deporte fuera del hospital de día.

ÚLTIMO PUNTO: EL TIEMPO

Una de las claves para realizar un trabajo educativo en el hospital de día es el tiempo. El tiempo para pensar, para coordinarse, para supervisar. El tiempo que el profesional precisa para realizar bien su trabajo, pero también el tiempo del adolescente. El tiempo particular que necesita para ir asumiendo los retos que se le proponen. Dice Lacan: “para cada uno, un tiempo para ver, un tiempo para comprender, y un tiempo para concluir. La medida de los mismos nos es desconocida”.⁴

La educación sostiene al sujeto en sus búsquedas dándole el tiempo o los tiempos, que requiera. La imposición continuada de un tiempo único, o la presión para que aprenda según el ideal del educador, acaban agotando las búsquedas.

⁴ Lacan, Jacques. *El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma*. Escritos 1. Ed. Siglo veintiuno. Bs. As. 1971.

PATOLOGÍAS GRAVES EN LA ADOLESCENCIA. LOS QUE DESERTAN

Beatriz Janin*

ADOLESCENCIA Y CRISIS

Revisando la bibliografía psicoanalítica sobre la adolescencia y, a pesar de todas las diferencias, cierta idea se repite: es una etapa crítica que supone riesgos.

Ya se plantee como un momento de cambios y duelos, como una crisis a acompañar, como una encrucijada con posibilidades creativas, como un momento de transición siempre hay algo de un peligro en juego. Psicosis, adicciones, suicidio, anorexia, aparecen generalmente en esta etapa.

¿Cuál es la exigencia que puede desencadenar la catástrofe? El adolescente se encuentra con un cuerpo indomitable (desde sus propias sensaciones y desde la mirada que le devuelven los otros) y debe hacer un duelo por su cuerpo de niño, debe resignar identificaciones, separarse de los padres de la infancia y reconstruir su narcisismo puesto en jaque apelando a nuevos logros. Y al mismo tiempo, las urgencias pulsionales y las exigencias sociales presionan desde un interno-externo que vuelve a confundirse. Así, los requerimientos externos no son vividos como tales, se entremezclan con las

* Psicóloga psicoanalista, Directora de la Carrera de Especialización de Psicoanálisis con Niños y Adolescentes de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (en convenio con la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires), Directora de la revista "Cuadernos de Infancia" y Profesora titular de la carrera de Psicología en diferentes universidades. Dirección: Avda. Córdoba, 3431, 10.º "A" (1188) Argentina Telef. 4963-4729 Correspondencia: beatrizjanin@yahoo.com

pasiones, operando como disparadores de éstas. Y todo requerimiento es vivido como algo a rechazar. (“Quiero dormir. No los soporto –refiriéndose a los padres y profesores–. Que me dejen tranquilo”, afirmaba un adolescente de quince años).

A la vez, hay una reestructuración de los contenidos representacionales del Inc. y del Prcc. y se reorganizan los límites entre ambos sistemas. La reedición del Complejo de Edipo reactualiza los deseos incestuosos. Se instalan las categorías de tiempo y de historia, así como las de cero y nada (que remiten a la representación de la muerte). Hay una construcción de categorías abstractas que incluyen el establecimiento de una ética.

Julia Kristeva habla de una “estructura abierta a lo reprimido”. Pero para que la estructura se abra sin romperse, debe haberse constituido sólidamente. Para que lo reprimido no inunde todo el universo representacional, deben haberse diferenciado claramente, con la entrada a la latencia, los dos sistemas, estabilizándose la represión primaria.

Podemos pensar la adolescencia desde la idea de caos, de indeterminación, de un juego de fuerzas que posibilitará nuevas construcciones, nuevas formas. Reorganización representacional que dará lugar a diferentes posibilidades.

Historia y proyectos, pasado y futuro se entrecruzan en el adolescente. Pero el pasado se le viene encima cuando quiere desembarazarse de él y el futuro aparece lejano e inalcanzable. En el presente, hay sufrimiento, pero también nuevos placeres.

Es por esto que todo adolescente vive necesariamente una crisis y que esta crisis, generalmente, implica una pelea con el mundo adulto.

A partir de la reflexión sobre el trabajo clínico con adolescentes que presentan dificultades severas, propongo la siguiente hipótesis: hay adolescentes que no pueden enfrentar esta pelea y hacen una retirada en la que arrasan con ellos mismos. Esta resolución de la crisis tiene sus raíces en una estructuración psíquica incapaz de soportar el caos de pasiones e ideales.

Considero que son adolescentes que, frente a la crisis, desertan de entrada. Y cuando hablo de deserción, no me refiero sólo a los que desertan de la escuela (que es sólo una de las caras de la huida), sino al abandono de toda lucha, que deriva en una vuelta sobre sí de la agresión. Abandono que se manifiesta en abulia, abatimiento, negativa a estudiar y a trabajar y puede derivar en adicciones. Así, investigando historias de adolescentes drogadictos me he encontrado con un tiempo previo a la adicción, que no fue registrado como patológico, en el que huían de todo vínculo, dormían todo el día, o tenían momentos de desborde, fluctuando entre estallidos violentos y estados de abulia, o eran incapaces de resolver solos las mínimas exigencias escolares (aunque hubiesen sido antes alumnos brillantes). Si bien son situaciones muy disímiles, siempre me encontré con ese “antes” perturbado en el que se insinuaba una oposición, un conflicto, exigencias internas y externas y un borrar-borrándose.

“Estoy mal, pero no sé qué me pasa. No tengo ganas de nada. Voy al colegio porque me llevan. No escucho lo que dicen los profesores. No me interesa. Es problema de ellos. No tengo amigos”, comenta, desplomado sobre el escritorio, un chico de quince años que repite segundo año y ha comenzado a consumir alcohol. “Es lo único que me pone contento”, afirma.

Los adolescentes tienden habitualmente a pelearse con los padres y con todo aquello a lo que éstos están ligados, pero se arman su propio contexto. El grupo de pertenencia les resulta fundamental, así como los ideales compartidos. Y madre y padre permanecen como un puerto al que pueden volver hasta que se animan a quemar las naves. Oposición, pelea, creación. El fragor de Eros está presente.

Pero estos adolescentes adolecen de un dolor diferente.

Si los adolescentes son habitualmente cuestionadores, innovadores, ¿qué pasa con estos chicos que rondan el circuito de la muerte?

“No siento. Nada me importa. Todo es un gran vacío. Los demás no entienden”, dice en una de sus primeras sesiones un adolescente de dieciséis años, drogadicto.

Pienso que en ellos la pérdida de cierta estabilidad funciona como un terremoto que no deja nada en pie, por lo endeble de las construcciones previas. Esto implica que la separación que deben realizar queda estancada, como una especie de empresa imposible, de exigencia ciega. Exigencia que, en lugar de ser posibilitadora, les resulta abrumadora.

Iré tomando los elementos antes mencionados: empuje pulsional, deseos incestuosos, duelos, narcisismo, identificaciones, ideales, reorganización representacional y construcción de representaciones abstractas para plantear las diferencias y las determinaciones.

SUFRIMIENTO Y DESIERTO ANÍMICO

“No quiero, no pienso, no siento”.

Arminda Aberastury habla de los duelos “por la pérdida de la fantasía de la bisexualidad, del cuerpo, el rol, los padres y la identidad de la infancia...”

El adolescente se mira en un espejo que, como un caleidoscopio, le ofrece una imagen siempre discordante y siempre variable de sí. Y hay adolescentes que parecen no soportar estos duelos y, más que una pérdida a elaborar, enfrentan un dolor terrorífico.

Lo que registran es una fragilidad a nivel de las representaciones corporales, de la ligazón de sensaciones.

Y el empuje pulsional es desestructurante cuando hay fallas en la articulación de las zonas erógenas, en la constitución de yo, en la represión primaria, en la constitución del Prcc. y en la estructuración del Superyó e Ideal del yo.

Perder los soportes infantiles se torna insoportable cuando esos soportes no fueron firmemente internalizados. Más que la pérdida de algo, mientras lo demás permanece, parece ser el derrumbe de todo el edificio lo que está en juego.

Y frente a tanto dolor, es frecuente que se produzca un efecto de tierra arrasada. Hacen como los rusos frente a las tropas de Napoleón: queman todo en la retirada. Cuando los adultos avanzan suponiendo que conquistan territorio, lo que hacen es marchar sobre un territorio devastado, en el que el

repliegue ha sido absoluto. Y entonces, se encuentran con que del otro lado no hay nadie, ni para escuchar ni para conectarse afectivamente.

Está desierto.

¿Será una suerte de repetición invertida de situaciones anteriores? ¿Estos chicos habrán vivenciado la ausencia del otro, la desconexión afectiva?

Un adolescente de dieciséis años, adicto a la cocaína, hablando de sus “ataques de nervios”, decía que, de chico, tenía momentos en los que se descontrolaba y pegaba a quien estuviera cerca y rompía todo lo que tenía a mano. De pronto, con una profunda tristeza, me pregunta: “Beatriz, mis hermanos no podían frenarme porque eran más chicos que yo y me tenían miedo, mi mamá no podía porque no tenía fuerza, por ser mujer, pero mi papá, ¿por qué no me agarraba?”. Reclamo de contención y sostén que no pudo ser escuchado.

Una adolescente de quince años, que sale permanentemente con diferentes muchachos en una búsqueda desesperada, sometándose a maltratos, le contesta a la madre que le reprocha su actitud: “¿No te das cuenta de que necesito todo el tiempo tener alguien que me abrace y que me diga que me quiere?”.

También es frecuente que los padres desmientan el abatimiento generalizado de estos chicos y el consumo de drogas o alcohol, enterándose generalmente porque alguien denuncia la situación, después de varios años.

¿Por qué la pérdida se transforma en desgarró, la separación no puede realizarse y la tensión dolorosa se vive como algo intolerable que debe ser anulado como sea?

Se separan aparentemente de los padres, sin separarse, adhiriéndose a un objeto (como la droga) que no pueda abandonarlos.

Los vínculos que establecen tienen un carácter de adhesividad, pero son superficiales. No pueden amar ni se sienten amados.

Tienen anestesiado el sentir, porque el dolor es excesivo. Intentan entonces expulsar todo dolor.

La capacidad para registrar los propios sentimientos se da en una relación con otros que a su vez tienen procesos pulsionales y estados afectivos. Adultos que a veces buscan sentirse vivos a través del consumo vertiginoso, desconectados de sí mismos y de los otros.

En el Proyecto, Freud afirma que la vivencia de dolor deja la impronta de un rayo, la tendencia a huir de la situación dolorosa y de su recuerdo. Así, el dolor es el más “imperioso” de todos los procesos. Es decir, implica una exigencia brutal, pero la exigencia, a diferencia del deseo, es una exigencia de huida. El dolor sin calmante arrasa con el entramado psíquico y lleva a destruir, como en una estampida, todos los caminos, impidiendo el armado de conexiones.

Lo que queda, entonces, si no hay nadie que frene el devenir expulsor, la primacía de la pulsión de muerte, es una tendencia desinscriptora. También puede quedar un estado de obnubilación de conciencia o de abolición de la conciencia y de la subjetividad.

El semejante que contiene y calma lo que aporta son sus propias posibilidades de que prime Eros.

Entonces, tendencia desinscriptora; estado de obnubilación de conciencia, abolición de la conciencia y la subjetividad son estados anímicos que encontramos en estos adolescentes y que nos llevan a pensar en la cuestión del procesamiento del dolor.

La tendencia a la desinscripción, a la desinvestidura, a la desconexión, que lleva a “excorporar” o a expulsar violentamente toda investidura lleva al vacío. Toda representación puede ser dolorosa y hasta el proceso mismo de investir e inscribir puede ser intolerable. Trastornos graves de pensamiento suelen predominar en estos chicos. No pueden ligar ni conectar lo inscripto.

Freud habla en el Proyecto de que la defensa primaria implica una urgencia para abandonar la imagen-recuerdo hostil y que esto esfuerza una actividad de descarga acrecentada y un “desagüe de los recuerdos.”. Entiendo que está planteando el vaciamiento representacional. Vaciamiento de pensamientos, de sentimientos, “vacío” del que dan prueba las patologías que

predominan actualmente. Exceso de dolor sin procesamiento, sin nadie que contenga y calme.

“Desagüe de recuerdos”: en la tentativa de separarse, el adolescente intenta “sacar de sí” todo aquello que vive como presencia materna-paterna dentro de él. Sin embargo, él “es” ya rasgos maternos-paternos, identificaciones estructurantes que lo sostienen. Pero si las identificaciones se han ido edificando en un “como si”, como una cáscara vacía, la sensación de “romperse en mil pedazos” en el cambio lo abrumará permanentemente. Esto facilita que se aferre a algo-alguien para sostenerse, algo-alguien que le garantice ese entorno de cuidados, disponibilidad, sostén, que anhela y, fundamentalmente, algo-alguien que lo haga sentirse existiendo.

Hay numerosas observaciones de que, en los hombres, la adicción se da generalmente en relación a las drogas o al alcohol o al juego, mientras que en las mujeres, es más frecuente la adicción a los hombres o a los golpes.

LOS CAMINOS DEL DOLOR

Considero que hay un primer momento en el que lo que resulta intolerable es el dolor, o la vergüenza, o el pánico. Sufren pasivamente y se desarman por la carencia de sostenes internos. Renuncian a buscar salidas, “desertan” porque la lucha se presenta desde el vamos como imposible.

Pero, al expulsar las representaciones dolorosas, expulsan todo sentir. Son chicos infinitamente tristes, apagados, abúlicos.

Generalmente, la crisis adolescente lleva a separarse de los padres y a buscar nuevos objetos, sosteniendo las identificaciones constitutivas del yo y la prohibición del incesto frente a la reedición de la conflictiva edípica.

Pero en estos adolescentes la actualización de los deseos incestuosos se hace intolerable porque fallan tanto los modelos como las prohibiciones internas y un yo armado en un “como si” se resquebraja. Así, entran en pánico frente a los objetos nuevos, no pueden abandonar a la madre (se odian por no poder hacerlo) y realizan un movimiento expulsor de sus deseos. Como si para enfrentar los deseos incestuosos debieran

arrasar con todo deseo, sentimiento, pensamiento. Lo que predomina es la expulsión de la representación del objeto pero también del deseo mismo, lo que los lleva a sensaciones de vacío, de inexistencia.

Eero Rechartt y Pentti Ikonen afirman que la destrucción del objeto estimulante y/o la fuente de la libido puede servir para apaciguar el exceso de libido no ligada, resultando de este modo posible pensar los desbordes agresivos de estos chicos como intentos de aniquilar la pulsión, proyectada afuera.

Destrucción en la búsqueda de una supuesta paz interna, porque el fragor de Eros resulta intolerable e incontenible. A veces, cuando se impone la idea de que es el objeto el causante del “exceso”, se sienten atacados y reaccionan con estallidos de violencia.

Así, M., de trece años, relata la siguiente escena: estaba mirando la televisión y la madre se pone delante del aparato y comienza a bailar; él le pide que se corra pero ella sigue, riéndose; él se le tira encima y le pega. “¿No era eso lo que buscaba? ¿Para qué me vino a provocar?”, concluye. Las fantasías incestuosas, sin freno interno ni externo, insisten.

Y cuando se abroquelan en el autoerotismo e intentan armar una coraza protectora antiestímulo, no pueden resolver la contradicción entre aquél y la exigencia de cumplir normas, por lo que tienden, restitutivamente, a idealizar salidas transgresoras. Son chicos que afirman: “Yo hago lo que quiero” después de declarar: “No quiero nada”. Y se estrellan contra el mundo.

El propio funcionamiento pulsional arrasa, abrumando al sujeto con una tensión desgarradora. Y quedan sobrepasados por cantidades. Allí donde otros arman la novela familiar, pueden escribir una historia, armar fantasías, ellos quedan a merced de urgencias no tramitables, no simbolizables.

Y si en un primer momento, lo que quieren es aplacar el dolor, en un segundo momento el no sentir les genera desazón, los deja con vivencias de vacío, de no-vida. Frente a esto, buscan “emociones fuertes”: alcohol, droga, velocidad, golpes, como elementos que sacuden, que lo sacan del estado de apatía.

FUGAS Y DROGAS

R. llega al consultorio después de un año de entrevistas con los padres. Se negaba a tratarse. En segundo año abandonó el colegio secundario, después de meses en los que dormía todo el tiempo, vivía recluido en su pieza y rehuía a los amigos de la escuela primaria. Comenzó a drogarse en esa época (los padres registraron esto dos años más tarde), probando “de todo, menos inyectables”. Se había fugado muchas veces de la casa, solía romper objetos y había sacado dinero y cosas de valor a sus padres. A la vez, R. no conversaba con ellos (su lenguaje era muy pobre) pero la madre solía lavarle la cabeza o hacerle masajes, manteniendo un contacto corporal estrecho.

Es interesante reflexionar acerca del modo en que R. acepta el tratamiento. Durante las entrevistas con los padres, vamos trabajando la dificultad de éstos de contenerlo. En uno de los intentos de fuga, después de una situación de desborde en la que pateó los muebles y rompió objetos, los padres, por primera vez, le prohíben que se vaya. R. amenaza con tirarse por la ventana y el padre lo frena. El chico se encierra en su pieza, escribe una carta a un amigo y, por primera vez, acepta verme.

¿Qué efecto tuvo la contención paterna? En principio, abrió un espacio a la escritura y al análisis.

Es habitual que los padres sostengan la omnipotencia mortífera de estos adolescentes. Se ubican como impotentes frente a ellos, dejándolos a merced de un movimiento autodestructivo. “Pega un portazo y se va, ¿qué podemos hacer?” es una pregunta que se repite.

Esto nos lleva a pensar en los adolescentes que pegan a los padres. ¿Qué violencia se juega allí? En muchos casos, he visto que esos chicos que hoy parecen tan terribles, fueron dejados solos con su crisis y su desesperación, sin que los adultos pudieran hacerse cargo de ellos en los momentos de desborde. Adolescentes que fueron niños que pegaban y rompían sin que nadie los contuviera.

Cuando los padres pueden decidir que R. se quede en su casa en las situaciones de desenfreno, y pueden llevar a cabo esa decisión, un camino queda despejado. Pienso que tanto el

chico como sus padres comienzan a salir de la confusión, de la fusión con los otros, se diferencian y cada uno comienza a tener un lugar más claro.

En el vínculo con la madre, R. no puede desprenderse del objeto incestuoso; el duelo por el vínculo infantil se ha transformado en una herida que no cicatriza.

Si nos remitimos a Frances Tustin, ella habla de una madre “dadora de sensaciones” y de que la desconexión con ella (cuando la madre es experimentada como una parte del propio cuerpo) desencadena reacciones autosensuales que producen la ilusión de fundirse con un objeto-sensación. Esto lleva a un estado de desposesión, de terrores fantásticos.

En las entrevistas, R. habla de que no puede amar a nadie. “Lo malo es que no siento, no siento nada, ni amor, ni bronca. Cuando fumo un porro, ahí sí siento algo.” La droga aparece en el intento de poblar el territorio devastado.

“Ellos no entienden. A mí que me dejen tranquilo, que no me molesten”. Que nadie irrumpa, que no haya tensiones, porque frente a la más mínima tensión, el pánico es insostenible.

En la expulsión de sí de sus procesos anímicos ¿habrá también un intento de constituir un objeto diferente del yo, o de delimitar territorios ?

Los padres no pueden poner un freno a los estallidos, quedan atemorizados y paralizados y no saben cómo acercarse a él. ¿Siempre fue un extraño para ellos?

Su relación con las mujeres es adhesiva. Se aferra durante un tiempo a una mujer a la que supone incondicional, que funciona como una sombra inseparable, sin palabra propia. Durante ese tiempo, no puede hacer otra cosa más que estar con ella, al mismo tiempo no puede registrar qué sentimientos lo unen a ella. (“Ella siente. Yo no siento nada”)

El acceso a las representaciones abstractas no se realiza ¿o se pierde en los albores de la batalla?

Es llamativa la limitación del lenguaje. Chicos cuyos padres tienen un vocabulario amplio, se manejan con un vocabulario absolutamente restringido, sin palabras que aludan a cuestiones abstractas. ¿Forman parte de la misma familia? ¿Cómo se comunican?

Son chicos en los que el lenguaje padres-hijo (sobre todo, madre-hijo) predominante sigue siendo a través de lo corporal.

Hay una estructuración particular del preconiente. No me refiero al lenguaje adolescente compartido, a las “palabras clave”, al “dialecto adolescente” sino a la pobreza de vocabulario, a la imposibilidad de comprender términos. Es como si borrraran de un plumazo lo aprendido, como si no quedara nada al arrasarse con el mundo representacional. Sólo aquellas representaciones concretas, referidas a cosas, persisten. Y los adultos, entre ellos los padres y también el analista (si no tiene esto en cuenta) se transforman en extranjeros que hablan otro idioma.

Es interesante en este sentido reflexionar acerca de los cómics, muy leídos por los adolescentes, que presuponen un tipo de organización a predominio visual, fragmentario y críptico. Es un lenguaje para entendidos, en el que cada elemento remite a historias que se dan por conocidas. Es un contar en imágenes, con un mínimo de palabras, las que a su vez responden a ciertas claves.

En oposición a esto, la escritura, ¿qué significa en la adolescencia? Julia Kristeva habla de la relación entre el adolescente y el novelista, pero... ¿es siempre posible escribir? Algo hay que ordenar para poder escribir. Y hay que apropiarse de las palabras y de los recuerdos. Si alguien está devastado internamente, no tiene recursos para escribir. Si alguien ha expulsado de sí las representaciones, no tiene qué escribir.

Es cierto que es un tiempo de armar historias, de reorganizar lo vivido. Quizás por eso la escritura es una salida elaborativa para muchos adolescentes. Cuentos, novelas, poesías... un escribir para vivir.

Sin embargo, cuando Jorge Semprun explica su no-escribir para vivir, es un no-escribir sobre los horrores para poder conectarse con otras vivencias. Es entonces esa historia previa de amores y violencias, esa historia en la que se pusieron en juego ideales y normas, la que posibilita o no una escritura reorganizante.

En relación a las identificaciones, R. se identifica con exterioridades: el pelo largo, cierta música, pero la imagen de sí mismo tambalea.

Él no supone un futuro ni tiene proyectos. Vive en un presente sin historia. No recuerda.

Como todo adolescente tiene terror a repetir la vida cotidiana de los padres, que siente monótona y desabrida, pero a diferencia de aquellos que fantasean con salidas heroicas y originales, R. borra la posibilidad del planteo mismo: “Yo no quiero ser como ellos. No quiero andar corriendo y con corbata”. E inmediatamente: “No me interesa pensar. Nada me importa”.

La falla en la identificación se hace evidente en la noción de tiempo. Todo es un eterno presente. Piera Aulagnier dice: “Con el Yo irrumpe en la psiquis la categoría de la temporalidad, y por la misma razón, el concepto de diferencia en su aspecto más difícil de asumir: la diferencia de sí mismo a sí mismo”.

Seguir siendo el mismo siendo otro... es un trabajo arduo. Y estos adolescentes no se pueden pensar a sí mismos en un otro tiempo.

“¿Por qué tengo que pensar en hacer algo? Yo no pienso trabajar. Que trabajen ellos. Todo puede seguir así. Yo sólo quiero que me den plata. Ellos tienen. Si no me dan es porque no quieren. Pero me dan o se las saco.”

La idea del tiempo se liga a la representación de la nada, del cero. R., al desestimar la idea de futuro y de cambio, supone que sus padres son eternos y que él podrá depender eternamente de ellos. Es decir, desmiente la posibilidad de muerte de los padres. También desmiente la idea de hacerse cargo de sí mismo, que lo aterrja, y juega a ser todopoderoso en la idea: “o me la dan o se las saco”.

Otro adolescente, frente al fracaso escolar sostiene: “Es a mi mamá a la que le importa, así que se ocupe ella. Yo no voy a averiguar cuándo son los exámenes. Que ella busque los libros, haga los resúmenes y me los lea. A mí no me interesa”. Dependencia absoluta, que intenta encubrir con una fachada de oposición y pelea.

La tensión entre el yo y el Ideal del yo se resuelve en una derrota que aparece como sentimiento de inferioridad. (“No soy bueno en nada, soy un fracasado”, afirmaba M., de

13 años. No hay pasos intermedios, no hay aprendizaje ni entrenamiento posible. Él es “un fracasado”). Sentimiento que puede ser rápidamente encubierto con la euforia que da el alcohol o la cocaína, entre otras drogas. Omnipotencia prestada que tapa por momentos el dolor intolerable por la sensación de derrumbe narcisista.

CONSECUENCIAS DE LA DESERCIÓN FRENTE A LA CRISIS

Podemos detectar:

- 1) En lugar de duelos a elaborar, un dolor insoslayable que arrasa con todo.
- 2) En lugar de identificaciones nuevas, tambaleo de las antiguas, armadas en un “como si”.
- 3) En lugar de la salida exogámica, persistencia en el vínculo incestuoso (a veces bajo la forma del odio).
- 4) En lugar de la reorganización representacional, un vaciamiento representacional.
- 5) En lugar de la representación de la nada posibilitando las representaciones abstractas, borramiento de estas últimas y desmentida de la idea de muerte.
- 6) En lugar de proyectos, un presente considerado eterno.
- 7) En lugar del reaseguro narcisista a partir de logros, sensación de fracaso o salida megalomaniaca.

Es decir, allí donde debería aparecer la lucha, la rebeldía, el fragor complejizador de Eros hay abatimiento y apatía.

EL IDEAL DEL YO CULTURAL

Generalmente, los ideales cobran una importancia fundamental en la adolescencia. Frente al quiebre de la imagen de sí mismo, los ideales son sostén narcisista.

Pienso que los ideales culturales favorecen o entorpecen la resolución de la crisis adolescente.

En un contexto familiar transgresor, en el que las normas y valores no están claros, el pasaje del vínculo corporal a la

palabra se hace más difícil, y esto lleva a que se fluctúe entre momentos de confusión y de violencia.

Freud, en Esquema del Psicoanálisis, hablando de la constitución del Superyó, afirma: “No sólo adquieren vigencia las cualidades personales de esos progenitores, sino también todo cuanto haya ejercido efectos de comando sobre ellos mismos, las inclinaciones y requerimientos del estado social en que viven, las disposiciones y tradiciones de la raza de la cual descienden.” Freud habla acá de “efectos de comando”, representaciones-metas impuestas por la cultura, imperativos categóricos propios de un grupo social, o de una época, o de una tradición. Padres comandados a su vez por exigencias y valores sociales, así como por exigencias y valores de las generaciones precedentes.

Sabemos que la ética incide en la constitución psíquica de un niño en todos los momentos de su estructuración, dado que la pulsión de muerte operando como motor autodestructivo queda potenciada por la ausencia de mediatizaciones, de metas que exigen mayor complejización.

Pienso que la incorporación de normas e ideales que se fue dando a lo largo de toda la infancia es clave para que un sujeto pueda afrontar la entrada a la adolescencia sintiéndose sostenido internamente.

A la vez, el Ideal del yo cultural ofrece caminos alternativos a la exigencia pulsional, caminos alternativos que lo ayudan a desprenderse de los objetos incestuosos. Pero si la sociedad no sostiene esos caminos, el adolescente queda apresado en los deseos incestuosos o en el rechazo a todo deseo. Y estos adolescentes fluctúan entre ambas posiciones.

Freud insiste en que la ética supone una limitación de lo pulsional. Pienso que si consideramos el movimiento de la pulsión sexual y el entramado de Eros y Tánatos en la misma podríamos decir que la transmisión de una ética de vida implicaría una limitación en el movimiento de retorno de la pulsión, es decir, en el efecto de la pulsión de muerte, en el cerramiento que implica la desaparición de la pulsión misma como motor y a la vez el sostenimiento del movimiento como búsqueda permanente, como derivación a otras metas.

Cuanto más abstracta sea la representación del ideal, cuanto más lejano esté “el gran hombre” del mundo de los sentidos, más independiente será de una persona concreta, y habrá más posibilidades de cumplir la norma internalizándola, despojándola del carácter de renuncia a sí mismo. Esto es fundamental en la adolescencia, en que los imperativos categóricos ya no deben provenir de los padres sino de figuras más lejanas y abstractas.

Considero por esto que, paradójicamente, hay una transgresión que implica un triunfo de la desligadura.

A la vez, podemos hablar de una transgresión creativa, al servicio de Eros, que implica complejizar, reorganizar. Es más, pienso que es la salida por excelencia a la crisis adolescente. Camino diferente en las distintas generaciones. pero siempre productivo, generador de cambios con respecto a la anterior.

La creación supone normas, reglas y posibilidades de ir más allá de ellas, de romper con los caminos ya establecidos, retomando la historia para abrir recorridos nuevos. La transgresión como triunfo de Tánatos, en cambio, implica la desmentida o la desestimación de la norma en una suerte de burla omnipotente que lleva a la autodestrucción.

¿Por qué son tantos los adolescentes que, en esta época, renuncian a la batalla?

Considero que en una historia de violencias, en un contexto transgresor, en una época de crisis de los valores éticos, es más difícil encontrar un camino. Repeticiones, desconciertos... Y los adultos tienden a repetir una actitud culpabilizadora con los jóvenes mucho más que pensarlos en una cadena generacional y social. Se tiende a ubicarlos como culpables, sin preguntarse por el lugar que ocupan ni por las transformaciones de las que son voceros.

Los valores que predominan en nuestra cultura, como el éxito fácil, la apariencia, el consumo, no tienen peso. Podríamos decir que son valores triviales, que no ayudan a la complejización sino que favorecen las fantasías omnipotentes y megalomaniacas. La idealización del poder y de la magia re fuerzan los ideales del yo-ideal. En lugar de proyectos, hay un “ya” demoledor.

La disyunción es: o se es “un ganador” o no se es, situación que deja a alguien en crisis absolutamente solo y desamparado. Esto, en un momento en que el sí mismo está siendo cuestionado, puede ser devastador. Puede hacer sentir que la lucha está perdida de antemano y que eso implica no ser. “Quedás afuera del mundo” es una frase muy usada últimamente, que alude a una marginalidad radical. Y entonces, tierra arrasada frente al empuje pulsional, tierra arrasada frente a los embates al narcisismo, tierra arrasada frente a las exigencias de un mundo que no da vías de salida.

En una época en la que, como afirma C. Castoriadis: “No puede no haber crisis del proceso identificatorio, ya que no hay una autorrepresentación de la sociedad como morada de sentido y de valor, y como inserta en una historia pasada y futura”, ¿a qué y con quién identificarse?

Es por esto que, actualmente, los referentes internos, la ética transmitida, la capacidad mediatizadora y complejizadora, son fundamentales como elementos con los que alguien llega a enfrentar un pasaje que no sólo no está pautado sino que está dificultado socialmente.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. y colaboradores (1971): Adolescencia. Edic. Kargieman.
- Aulagnier, P.: (1984) El aprendiz de historiador y el maestro brujo. AE.
- Castoriadis, C.: (1996) Conferencias en el Colegio Nacional Buenos Aires.
- Freud, S.: (1950 - 1895) Proyecto de una psicología para neurólogos. O.C. AE vol. 1.
- Freud, S. (1912) Tótem y tabú. O.C., AE, vol. 13.
- Freud, S. (1920 g) Más allá del principio de placer. O.C., AE., vol. 18.
- Freud, S. (1940 a) Esquema del psicoanálisis. O.C. AE, vol. 23.
- Green, A.: (1990) De locuras privadas. AE.

- Green, Ikonen, Laplanche, Rechartd y otros (1991) La pulsión de muerte. AE.
- Gutton, Philippe (1993): Lo puberal. (1990) La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud. AE, Bs. As.
- Janin, B.: (1989) "Aportes para repensar la psicopatología de la infancia y la adolescencia". Rev. Argentina de Psicología N° 40, A.P.B.A,Bs.As.
- Janin, B (1996) "La infancia, la constitución de la subjetividad y la crisis ética". Cuestiones de infancia N° 1.
- Käes, Faimberg, Enríquez, Baranes (1993): Transmisión de la vida psíquica entre generaciones. AE, Bs. As.
- Kristeva, Julia: (1993): Las nuevas enfermedades del alma. Edic. Cátedra. Madrid.
- Maldavsky, D: (1996) Linajes abúlicos. Paidós. Bs. As.
- Mannoni, O. y otros: (1994) La crisis de la adolescencia. Gedisa Edit., Barcelona.
- Tustin, F: (1981) Estados autísticos en los niños. Paidós. Barcelona.

Normas de publicación. Instrucciones para el envío de originales

La Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.), publicará eminentemente trabajos referentes a la psicología, la psiquiatría y la psicoterapia del niño y del adolescente, tanto desde el punto de vista asistencial, como teórico y práctico.

Publicará las aportaciones que se presenten en los Congresos y eventos científicos organizados directamente por S.E.P.Y.P.N.A. o aquellos en los que la Sociedad colabore.

Aceptará y estimulará la presentación de trabajos y colaboraciones que se ajusten a las siguientes normas.

1. Los trabajos no podrán ser presentados simultáneamente en otra publicación y, salvo condiciones especiales, deberán ser originales. En casos puntuales el Comité de Redacción podrá valorar la reedición de artículos de interés.
2. Para la publicación tanto de originales como de Notas clínicas y Comunicaciones, el Consejo de Redacción tendrá en cuenta su valor científico y se reserva el derecho de retrasar temporalmente su publicación si fuera necesario por necesidades de compaginación.
3. La responsabilidad de los contenidos y opiniones que se presenten recaerán exclusivamente sobre los firmantes del trabajo. Si el trabajo incluye la reproducción de fuentes originales, el autor asumirá la responsabilidad de obtener el permiso correspondiente.
4. Los artículos serán revisados por el Comité de redacción y por los evaluadores externos, quienes emitirán un informe sobre la conveniencia de su publicación.

5. Los originales se presentarán mecanografiados a doble espacio, por una sola cara, en papel tamaño DIN A-4, sin correcciones a mano y con las páginas numeradas.
6. Se deberá de enviar, además, el fichero que contenga el original con texto, gráfico y tablas en formato word, rtf, bien vía mail o en disquette.
7. Al original ha de acompañarle: Una carátula en la que conste: A) El título, el nombre del autor/es, entidad (centro de trabajo), dirección de correspondencia (postal y/o e-mail) para ser publicada a pie de página. B) Número de teléfono, fax o e-mail para facilitar una comunicación fluida entre los autores y la revista. C) Título del artículo en castellano y en inglés y un resumen del artículo en castellano e inglés de no más de 150 palabras. D) Entre 3 y 5 Palabras Clave en castellano y en inglés que identifiquen adecuadamente el contenido del artículo.
8. Las figuras, dibujos, gráficos y tablas se presentarán una en cada hoja respetando las siguientes reglas: A) En el reverso indicar el nombre del autor/es, título del trabajo y fecha. B) Tamaño de 7 ó 14 centímetros de base. C) Altura máxima de 20 centímetros. D) Pie de gráfico, dibujo, figura o tabla en castellano e inglés.
9. El uso de notas será a pie de página y se numerarán en el texto con números arábigos consecutivos.
10. Los escritos deberán atenerse a las normas de publicación de la APA (Publication manual of the American Psychological Association), entre las que recordamos:
 - Las citas bibliográficas en el texto se harán con el apellido del autor y año de publicación (Ej. Freud, 1900a, 1900b).
 - Las citas bibliográficas de libros: autor (apellido, coma e iniciales de nombre y punto –si hay varios autores se separan con coma y antes del último autor con una “y”); año (entre paréntesis) y punto; título completo (en cursiva) y punto; ciudad y dos puntos; y editorial. Para señalar los libros traducidos, se añade al final la referencia “Orig.” y el año entre paréntesis.

Ej.: Lebovici, S. y Soulé M. (1973). El conocimiento del niño a través del psicoanálisis. México: Fondo de Cultura Económica (Orig. 1970).

- Capítulos de libros colectivos: autor/es; año; título del trabajo que se cita y a continuación introducido con "En" las iniciales del nombre y los apellidos de los directores, editores o compiladores, seguido entre paréntesis de dir., ed., o comp. Añadiendo una "s" en caso de plural; el título del libro en cursiva y entre paréntesis la paginación del capítulo citado; la ciudad y la editorial.

Ej.: Boulanger, J.J. (1981). Aspecto metapsicológico. En J. Bergeret (dir.) Manual de psicología patológica (pp. 43-81). Barcelona: Toray-Masson (Org. 1975).

- Revistas: Autor; año –entre paréntesis–; título del artículo; nombre de la revista completo (en cursiva); vol.; n^o –entre paréntesis– sin estar separados del vol. Cuando la paginación sea por número, y página inicial y final.

Ej.: Henny, R. (1995). Metapsicología de la violencia. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 19/20, 5-24.

11. Envío de trabajos y disquettes: Los trabajos deberán remitirse a: Manuel Hernanz Ruiz - c/. Heros, 19-6^o D - 48009 Bilbao, o mhernanz@correo.cop.es, enviándose a vuelta de correo confirmación de la recepción.
12. Los autores recibirán un ejemplar de la revista cuando sea publicada su aportación.

