

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

**TRABAJANDO CON NIÑOS,
ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS**

**Acerca de un proyecto creativo propuesto
como factor de cambio asistencial para
una comunidad**

Pseudónimo: ARGA

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

RESUMEN

El presente escrito tiene por finalidad transmitir a los lectores algunas ideas y planteamientos que se propusieron por un grupo de profesionales interesados en el trabajo psicológico con niños y adolescentes y sus familias que les permitió gestar un programa de intervención en la comunidad autónoma en la que residen, dando a luz de este modo una amplia cartera de servicios en salud mental infanto-juvenil de carácter novedoso para esa población. En este trabajo se presentan los objetivos que pretende alcanzar dicho programa, el procedimiento de intervención, así como los fundamentos teóricos inspirados en el modelo psicoanalítico del que parte. Finalmente se describe un caso clínico en el que se trata de dar cuenta del tipo de abordaje e intervención con la finalidad de ejemplificar la práctica de dicho modelo. Se requiere de una intensa labor formativa, de coordinación y una amplia experiencia para lograr que el programa de salud mental infanto-juvenil logre alcanzar los objetivos planteados y proporcionar un marco y un modelo de trabajo para la práctica clínica de dicha comunidad autónoma.

SUMMARY

This paper has the aim to communicate the readers some ideas and proposals suggested by a group of professionals interested in psychological work with children, adolescents and their families, who were able to develop a program for clinical intervention in the community where they live, giving birth to a large variety of original services in the field of Child and Adolescent Mental Health available to the population where they deal

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

with their practice. This paper presents the objectives pursued by the program, the process of intervention as well as the theoretical frame inspired by the psychoanalytic model on which it is based. Finally, a clinical case it is presented in order to illustrate the practice of the described model. It requires an intense training, coordination and an extensive experience to reach the objectives of the childhood and youth mental health program and provide a framework and a theoretical model for clinical practice in the region.

Palabras clave: psicoterapia psicoanalítica, salud mental infanto-juvenil, programa de intervención, investigación clínica.

Key words: psychoanalytic psychotherapy, childhood and youth mental health, program intervention, clinical research.

“Con los niños, igual que con los adultos, la situación terapéutica puede ser solamente establecida y mantenida en tanto se conserve una actitud puramente analítica hacia el paciente. Pero en el comportamiento con niños ciertas modificaciones de este principio se hacen necesarias, sin apartarse con todo de lo esencial.”

Klein, M. (1932). *El Psicoanálisis de Niños*.

1. INTRODUCCIÓN

En nuestra comunidad autónoma los dispositivos sanitarios públicos dirigidos a la atención de la salud mental infanto-juvenil ofertan intervenciones en su gran mayoría de corte psicofarmacológico. Los dispositivos y programas terapéuticos especializados en la atención a esta población son muy limitados. Al considerar la importancia de poder

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

Intervenir con este delicado colectivo de otro modo, se ofertó a la comunidad un “Programa de apoyo a la salud mental infanto-juvenil” en el que la población de niños, adolescentes y las familias que requiriesen intervención pudieran contar con una cartera de intervenciones actualizada y amplia adaptada a las necesidades terapéuticas actuales de ese grupo humano. Se contempló un programa de honorarios reducidos para familias con recursos limitados. Este trabajo se viene realizando desde hace cinco años.

La existencia de la enfermedad mental en niños y del sufrimiento psíquico en ellos es un hecho innegable. Es un derecho elemental el que se pueda garantizar que los niños y adolescentes puedan recibir un tratamiento a sus dolencias al menos tan digno como el que reciben para las patologías de índole somática en donde la cobertura está garantizada mediante una atención especializada de primera línea. Incluimos también en esta propuesta de intervenciones a aquellos jóvenes que aún se encuentran en proceso de formación previa a su primera inserción laboral.

Diversos estudios consideran altamente insuficiente la atención en materia de SMIJ (Salud Mental Infanto-juvenil) de nuestro país si se la compara con la situación de la psiquiatría de adultos o de la pediatría, pero aún resulta esto más notorio cuando lo comparamos con los desarrollos de países vecinos de la Unión Europea (UE). Hoy en día en España y en esta Comunidad Autónoma (CA) un niño que padezca cualquier patología somática es tratado a nivel de Atención Primaria o especializada, con la misma o mayor eficiencia aún que en cualquier otro país desarrollado.

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

2. PROGRAMA DE APOYO A LA SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

El programa de apoyo a la salud mental infanto-juvenil se ha gestado a partir de una inquietud clínica y profesional y a partir de las necesidades detectadas en nuestra CA citadas con anterioridad. Desde que comenzamos con nuestro programa de apoyo a la SMIJ se han atendido a más de 200 niños.

2.1. FORMULACIONES TEÓRICAS QUE INSPIRAN EL PROGRAMA

Una cuestión a la que, a lo largo de estos años hemos ido concediendo cada vez más importancia, es al hecho de poder dotar de una mayor congruencia a lo que pensamos como terapeutas y a cómo operamos en la clínica. Evidentemente, dicha congruencia está en consonancia directa con el modo en que hemos podido ir pensando el proceso terapéutico.

El campo clínico del psicoterapeuta de niños presenta complejidades de diverso orden, tanto a nivel teórico-técnico, como a nivel transferencial. Si bien la técnica del juego brindó la posibilidad de incursionar en el mundo representacional infantil, permitiendo el despliegue transferencial y logrando constituirse en un instrumento que ha mostrado ser de gran utilidad en la investigación del psiquismo infantil, facilitando la posibilidad de establecer criterios diagnósticos de salud y enfermedad, otros problemas de orden metodológico y técnico necesitan ser dilucidados.

Para poder abordar esta tarea el terapeuta de niños debe buscar en el interior de su mente y en un estado semejante al que Bion (1967) describe como capacidad de revèrie,

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

a la que Waksman (1988) se refiere como las huellas dejadas por el niño que fuimos para percibir, comprender y contarle al adulto que ahora somos aquello que sentimos, para poder hacer uso de ello en nuestro trabajo. Trabajo nada sencillo para lo cual nos vemos exigidos a ser observadores serenos e imparciales de los movimientos transferencia-contratransferencia. Nuestras comprensiones necesitan volver a ser codificadas vía sintaxis lúdica en una intervención que pueda enmarcarse dentro del escenario de juego (Sirota, 1988, 2008). Frecuentemente hemos podido comprobar que una interpretación en código verbal, emitida fuera del escenario lúdico propuesto por el niño, resulta ser para éste un elemento extraño, que o bien le resulta incomprensible o que opera como un elemento perturbador a ser desestimado en ese momento. Mientras que una interpretación que puede ser emitida como parte misma de ese escenario lúdico, jugando a lo que el niño juega, es rápidamente tenida en cuenta y aceptada por éste. Hemos observado que la formalización de las interpretaciones es un elemento a ser tenido muy en cuenta en el tratamiento con niños ya que puede contribuir a generar resistencias en el niño. Hay niños que sólo en el juego y a través del juego pueden hacerse cargo de aspectos de sí mismos poco gratos, que de otro modo no hubieran podido ser abordados, léase envidia, sadismo, celos entre otros.

El diálogo analítico agrega algo más que lo distingue de cualquier otra relación humana esto se refiere a la interpretación de lo inconciente en la transferencia. Melanie Klein (1991) plantea en 1926 en *Psicoanálisis de niños* que la diferencia entre el análisis de

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

adultos respecto del de niños es puramente de técnica y no de principios y por tanto, no debemos ajustarnos solamente a las mismas normas del método psicoanalítico de adultos sino que también llegamos a sus mismos resultados, la única diferencia reside en que adaptamos sus procedimientos a la mente del niño.

Manteniendo incólumes los principios fundamentales de nuestro método (Freud, 1912, 1913; Etchegoyen, 1986; Meltzer, 1968), en la clínica con niños nos encontramos con el diálogo que tiene lugar dentro del encuadre del que nos provee la sesión analítica (Gallo et al. 2004; Ríos & Rinoldi, 1995). En el encuadre se produce el encuentro entre un terapeuta, que posee una modalidad de comunicación que realiza fundamentalmente a través del código verbal y el niño que se expresa a través de diversos modos comunicacionales pero que mayoritariamente lo realiza a través del juego. Si bien equiparamos el juego a la asociación libre del adulto, éste posee, en el mejor de los casos, un manejo acabado del código verbal mientras que el juego nos plantea otro código, con otra sintaxis y otra semántica exigiéndonos otras aptitudes para su decodificación. No sólo hemos de estar atentos en el trabajo con niños a sus intercambios comunicativos provenientes de la sintaxis propia del juego. En la sesión terapéutica se producen otros intercambios comunicativos, estos se componen de las acciones, actitudes posturales y verbalizaciones que producen los niños mientras juegan y que también requieren de nuestra atención.

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

Por lo tanto, el terapeuta de niños se encuentra ante la tesitura de tener que estar dispuesto a comprender todos los modos de proceder del niño en sesión y a interpretar el significado inconciente contenido en ellos, con una actitud de receptividad y comprensión (López, 1984). Disponemos con esta finalidad de un encuadre particular que incluye una caja de juguetes y una consulta provista de las comodidades necesarias para adecuarse al despliegue del juego.

También contamos con la teoría que nos provee de una serie de conceptualizaciones, que en el mejor de los casos nos permitirán acercarnos a comprender ese lenguaje específico que es el juego. Llevamos a cabo un complejo trabajo psíquico que requiere de la puesta en marcha de una serie de operaciones mentales. Funcionamos como “traductores de distintas lenguas”. Observamos la escena que se despliega ante nuestros ojos, lo hacemos de la manera más imparcial posible. La primera traducción necesaria dentro de nuestras mentes, es la que opera sobre aquello que observamos: el *sintagma lúdico*. Este ha de ser traducido a un sintagma verbal que constituiría el contenido manifiesto y a partir de allí poder encontrar el camino hacia lo latente. Luego será menester establecer la conexión de significados pertinente para esa secuencia lúdica, que deberá encontrar su vía de expresión a través de la interpretación. La vehiculización de la interpretación a través de una formulación oportuna, vía la gramática del juego o a través del código verbal es el siguiente paso. Nos hallamos en una ida y vuelta: del juego a las palabras y de las palabras al juego. El *jugar del analista* (Valeros, 1997)

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

puede hacerse necesario en estas circunstancias, una interpretación que puede ser emitida como parte misma de ese escenario lúdico, jugando a lo que el niño juega, puede ser tenida en cuenta con mayor facilidad. Al ser ésta aceptada y no contribuir a la gestación de un clima resistencial, promueve la configuración de un campo propicio para el insight. La transferencia en el trabajo con niños suele ser de gran intensidad y lleva fácilmente a producir efectos contratransferenciales que pueden hacer que el analista se aleje de su posición de observador sereno e imparcial (Heinmann, 2004). Por lo que estamos de acuerdo con Bick (Bick & Harris, 1989) en las indicaciones de que cuando analista y paciente están de acuerdo con la descripción de lo que está sucediendo en la transferencia y la contratransferencia, su significado o interpretación podrá volverse gradualmente evidente para ambos.

No menos importante resulta la compleja posición que debemos ocupar como analistas de niños entre el niño traído por unos padres de los que depende y los padres que acuden a un analista, las más de las veces, con el narcisismo dañado después de algún tipo de fracaso previo. Nos vemos afectados por una suerte de superposiciones y de transferencias múltiples y complejas, así como por la incidencia de transferencias colaterales que tienen su origen en movimientos transferenciales con el terapeuta y con la situación misma de análisis y que parten de estos adultos que traen al niño. Dichas transferencias no son tratadas en el encuadre con el niño pero requieren de un espacio donde ser pensadas junto a los adultos en cuestión. Se producen entonces dos

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

encuentros: el encuentro con los padres y el encuentro con el niño. Los padres nos plantean lo que a su parecer le sucede al niño y lo que creen que debe resolverse. El otro encuentro es el encuentro con el niño con el que nos relacionaremos a través del juego. ¿Qué lugar ocupa en nuestra mente la narración que esos padres harán acerca de ese hijo? ¿Cómo puede operar esa narrativa en el preciso momento que se produce el encuentro con el niño? La particular visión del niño que los padres aportan al terapeuta a través de su relato puede operar en la mente del terapeuta como obstáculo a la hora de interpretar (Ianni, Kaplan & Failla, 2001). Tales referencias aluden al concepto de competencia intertextual de Kristeva (1978) que describe acerca de cómo el texto producido por los padres en el encuentro con nosotros puede operar como obstáculo en el momento en que se produce el encuentro con el niño dificultando nuestra posición de observador imparcial y desapasionado.

Sin embargo, plantear una clínica de niños que prescindiera de la narrativa de los padres es difícil de sostener actualmente. Como plantea Ana Sigal de Rosemberg (1995) consideramos prácticamente imposible la realización de un tratamiento cuando los padres no se implican. La palabra de los padres nos permite dilucidar quién es ese niño en la trama simbólica en la que está inmerso lo que nos permite situarlo en relación al discurso familiar. Por lo tanto, el discurso del niño en parte está co-determinado por el discurso parental pero sólo en parte, no podemos considerar al inconciente infantil como mera proyección del de los padres sino como sujeto de su propio discurso. Además el

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

discurso de los padres nos da la oportunidad de poder captar y resolver eventuales transferencias que de otro modo interferirían en la evolución del proceso terapéutico así como en la continuidad del mismo. Son los padres los que, en definitiva, se responsabilizan del tratamiento y han de sostenerlo.

Diversos posicionamientos teóricos en el campo del psicoanálisis infantil intentan dar cuenta de la constitución del psiquismo y de las intervenciones técnicas pertinentes. Desde allí es que podemos considerar distintos tipos de abordaje (incluir a los padres o no, mantener encuentros con los padres y sesiones sólo con el niño, derivar a los padres o sólo a uno de ellos a otro analista, realizar sesiones familiares, vinculares con uno u otro de los padres). Cada uno de estos actos clínicos dependerá de nuestra adscripción teórico-técnica y del modelo de constitución del psiquismo del que partamos. Podemos plantearnos la cuestión desde el paradigma que se plantea un inconciente presente desde los inicios y en donde la constitución subjetiva se funda en lo intrapsíquico y lo innato y donde nuestra labor analítica circula en torno a los contenidos de la fantasía inconciente. Otra posibilidad está dada al pensar el inconciente del niño en relación con el deseo de los padres, apelamos entonces a otra concepción acerca de la constitución subjetiva en donde lo inter-subjetivo tendrá un lugar de peso. El discurso de la madre será fundante entonces. Otros paradigmas intentan dar cuenta del psiquismo del niño no sólo como reflejo del inconciente de los padres intentando comprender al psiquismo infantil como

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

efecto de una compleja operatoria donde tanto lo intrasubjetivo como lo intersubjetivo aparecerán entrelazados dando lugar a configuraciones singulares.

Si pensamos la situación clínica como un campo de observación, a la vez que de interacción entre el niño y el terapeuta, e intentamos que ese campo se configure de modo tal que los datos provengan en su mayor grado de las variables aportadas por el niño, entonces, es muy importante que nos podamos plantear cómo lograr las condiciones más favorables para que allí pueda inscribirse el fenómeno transferencial sin tropiezos. El encuadre nos provee de ese marco que protegerá tanto al niño como al terapeuta: al niño, de datos que puedan interferir en el proceso y al terapeuta, de sus propios errores que alterarían la marcha del proceso. El terapeuta permanece atento a los derivados del inconciente, a las transferencias y a la contratransferencia y en disposición a interpretarlas en el encuentro con el niño durante la sesión analítica. El encuadre forma parte de un continuum junto a los vaivenes de la transferencia y la contratransferencia, a partir de la cual no hay lugar para el planteamiento de su ruptura. En este marco se inscribirá el texto sobre el que posteriormente operará nuestra labor de desvelamiento. Mantener la disposición mental más oportuna, para realizar la tarea a la que nos hemos comprometido puede atravesar diversos tropiezos a los que será menester estar atentos y que dependerá el par transferencia-contratransferencia. En este sentido, la conceptualización de Bion (1967) acerca de la función continente del pecho de la madre aplicada al tratamiento psicoanalítico mantiene una relación de

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

correspondencia con la función continente que le podemos atribuir al encuadre. Según esta idea, el concepto de revèrie materno da cuenta del mecanismo de comunicación primitivo que opera entre el niño y la madre a través de la identificación proyectiva. Podemos pensarlo de forma semejante al contacto emocional intersubjetivo que observamos cuando desarrollamos nuestra función como analistas de niños. El material lúdico aportado por el niño, la contratransferencia además de nuestra experiencia lograda como terapeutas y con los espacios de supervisión nos orienta acerca de cómo poder intervenir.

2.2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE APOYO A LA SMIJ

El objetivo general del programa es atender de forma integral a niños y adolescentes de 0 a 18 años para la prevención, detección y atención de problemáticas en SMIJ. Incluimos también a jóvenes mayores de esta edad que se encuentren realizando estudios terciarios.

Los objetivos específicos son, en primer lugar, atender a niños, adolescentes y jóvenes que presenten una problemática a nivel de salud mental grave y que requieran de un tipo de asistencia específica a ser administrada a la mayor brevedad o urgente, sin generar lista de espera. En segundo lugar, facilitar una asistencia a todos los niños, adolescentes y jóvenes en materia de salud mental que requieran intervención en Salud Mental en X sin generar lista de espera. Por último y en tercer lugar, se pretende generar un modelo asistencial de intervención psicoterapéutica que permita la prevención en salud mental

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

infanto-juvenil, la investigación y la formación continua de los profesionales de este ámbito.

2.3. PROTOCOLO DE INTERVENCION

Nuestra propuesta asistencial pretende que los niños, adolescentes y jóvenes de X así como sus familias puedan optar a una serie de intervenciones asistenciales en materia de SMIJ sin recurrir en primer término a la psicofarmacología o sin la exclusividad de la misma. A continuación planteamos el protocolo de intervención que llevado a cabo en los casos atendidos a través del programa de apoyo en SMIJ.

2.3.1. DIAGNÓSTICO.

El Proceso Diagnóstico (PD) incluye una serie de intervenciones previas a una indicación terapéutica. El PD viene siendo supervisado por un experto externo al grupo de profesionales desde año 2013/14 con el objetivo de ir formulando un modo de hacer en la clínica y en la detección de patología y sus intervenciones más oportunas en esta CA y consta de los siguientes pasos (ver figura 1):

1. *Recepción de la demanda.* Se recibe en primer término a los padres o tutores de la crianza del paciente con los que se mantiene una o más entrevistas en las que se intenta dilucidar qué es lo que ellos identifican como problemático. En los casos en los que los padres no sean los que hayan detectado la sintomatología, consideramos necesario ponernos en contacto con quienes han detectado la problemática y mantener una entrevista informativa (en general son casos en los que en el colegio

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

se evidencian las dificultades del niño y generalmente encontramos padres o cuidadores a su vez afectados psicopatológicamente).

2. *Hora de juego diagnóstica.* Se procede a hacer uso de una caja de juego diagnóstica especialmente preparada en función de la edad y problemática del niño consultante. En niños latentes en lugar del uso de caja de juegos se procede al uso de material para la realización de material gráfico (dibujos, collages, etc.) y en el caso de adolescentes se procede a la entrevista libre. En esta hora de juego o entrevista, el profesional se dedica a investigar los mecanismos psíquicos presentes en la conducta del niño o adolescente, así como la capacidad de expresión de los mismos a través del juego u otros medios simbólicos, o a través de medios verbales, pre-verbales o para-verbales. En los casos que se requiera por sus características psicopatológicas, se procede a realizar una segunda o tercera hora de juego.
3. *Evaluación del material.* Con el material recogido se evalúa la situación en su conjunto: 1) Organización y dinámica familiar. Definición de las funciones materna y paterna; 2) Estado psicopatológico de los adultos encargados de la crianza; 3) Estado psicopatológico del niño o adolescente consultante; 4) Espacio de supervisión en el que se definen las intervenciones más oportunas.
4. *Devolución Diagnóstica.* Se realiza una o más entrevistas en las que se realiza una devolución con el fin de plantear a los adultos encargados de la crianza la situación o situaciones detectadas como problemáticas. Además de tener carácter informativo,

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

son un primer paso de intervención terapéutica ya que suele tener tales efectos. En el caso de que la detección del problema haya surgido en el ámbito escolar, se realiza una devolución a la persona de referencia que estableció el contacto. Además se realiza una o más entrevistas con el niño o adolescente consultante transmitiéndole, a su nivel de elaboración psíquica (lúdico, gráfico,...), lo que hemos detectado como problemático y consideramos que requiere de nuestra intervención. En los casos que se requiera, se puede dejar reflejado en un informe el material proveniente de dicho proceso atendiendo al protocolo de protección de datos.

2.3.2 TRATAMIENTO.

Una vez realizado el proceso diagnóstico el profesional que intervino en el caso, se propone el tipo de indicación terapéutica que se considera oportuna llevar a cabo, previamente consensuada en el espacio de supervisión. Dicha intervención se acompañará, en caso de considerarse necesario, del asesoramiento o la coordinación con los profesionales del sector (educativo, social, asistencial, atención primaria, salud mental, etc.) u otras áreas en las que el paciente requiera de apoyo.

A lo largo de estos años, hemos desarrollado una serie de recursos que funcionan como apoyos a la intervención psicoterapéutica en el ámbito cotidiano en el que discurre la vida del paciente. Contamos con dos niveles de intervención para aquellos pacientes que son atendidos desde el programa a través de los recursos siguientes: 1) Acompañamientos terapéuticos y apoyos psicopedagógicos; 2) Intervenciones de apoyo

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

a la psicoterapia a través de un sistema de voluntariado (alumnado del último curso del Grado de Psicología y de Terapia Ocupacional).

2.4. INVESTIGACIÓN.

La salud mental infanto-juvenil como el resto de especialidades médicas, debe alimentarse de su propio desarrollo. En este sentido, la investigación es un puntal para ello. Por este motivo, nuestra asociación se fundó hace 17 años en X con el propósito de promover la formación e investigación en psicoterapia infanto-juvenil. El colectivo de niños que se tratan en nuestro centro de atención clínica nos proveen de casuística que nos permite ir confeccionando trabajos de orden epidemiológico confeccionando una base de datos con objetivos de investigación epidemiológica e investigación cualitativa usando los Códigos diagnóstico Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) (2007) y el código operacional Operationalized Psychodynamic Diagnosis 2 (OPD 2) (2011), así como otros trabajos de carácter clínico y técnico que hemos ido publicando en diversos órganos de difusión (revista propia, artículos en diversas revistas, libros,...).

2.5. PREVENCIÓN.

En salud mental infanto-juvenil prevenir es evitar patología en la edad adulta y evitar la cronificación de procesos que deberían resolverse tempranamente (Avellanosa, 2000). Por este motivo proponemos un sistema de seguimiento de situaciones de riesgo desde la primera infancia y una cercana coordinación con el primer nivel de atención pediátrica. En este sentido, la detección precoz de disfunciones vinculares y

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

problemáticas psíquicas tempranas es una labor que nos hemos planteado como fundamental.

Para realizar un trabajo preventivo y detección precoz de dificultades contamos con distintos programas de intervención, entre ellos destacamos: 1) Proyecto Z (trabajo grupal con padres durante el último trimestre del embarazo y a lo largo de todo el primer año de vida); 2) Observación de bebés y canguros terapéuticos (programa de detección precoz de fallos constitutivos de los primeros pasos de la organización subjetiva, inspirados en los trabajos de la Escuela inglesa sobre todo de Esther Bick); 3) Cine Forum; 4) Escuela de Padres y; 5) Programa de radio de emisión semanal.

3. UN CASO DEL PROGRAMA DE APOYO A LA SMIJ

• CASO DE FRANCISCO

Francisco es un niño de 12 años. Los padres lo describen como un niño despistado y con pocas ganas de estudiar. Cuentan de que tiene pocos amigos y que le gusta jugar a la play y pintar muñequitos de Warhammer. El rendimiento escolar siempre había sido bajo y en los años anteriores había aprobado gracias a que su madre le organizaba sus horas de estudios y hacia las tareas con él. Francisco fue diagnosticado con TDAH desde los 6 años y desde entonces está bajo tratamiento farmacológico.

En el primer encuentro se presentó como un chico tranquilo y agradable, con buenas capacidades de expresión y buena predisposición, no quiso abrir la caja de juegos pero trajo consigo algunos muñecos de Warhammer que se le propuso pintar para luego

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

dejarlos en su caja. Francisco aceptó y en los encuentros bisemanales pudo expresar en las maneras más variadas su manera de estar en el mundo: en el espacio terapéutico no parece un niño despistado ni desinteresado, sino un cualquier chico de su edad, creativo y curioso.

Con Francisco se pudo hablar de su necesidad de que la madre esté constantemente pendiente de él y de su incapacidad para estudiar sin su supervisión. Francisco admite que necesita su presencia y que quiere seguir siendo "el bebé". Francisco no quiere crecer. Esta necesidad está relacionada con la necesidad de fusión total con su hijo de la mamá y con su incapacidad de ver en el chico alguien diferente a ella.

El vínculo entre los dos es fusional, son una diada perfecta, Francisco sigue siendo "su bebé" para ella y las dinámicas entre los relatan una total ausencia de una figura paterna capaz de efectuar el clivaje necesario para que Francisco pueda crecer como un ser individualizado y separado de su madre.

Desde el principio se trabajó con la familia para que se pudiese dejar más libre Francisco de expresarse y organizarse a su manera. Se trabajaron todos los aspectos de la vida de Francisco: desde la importancia de que el chico pudiese elegir las prendas que iba a llevar hasta la elección de que asignatura estudiar un determinado día. Con respecto a ese tema ha sido necesaria la intervención de una voluntaria para que dos días a la semana el niño pudiese estudiar sin la madre

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

Intervención de la voluntaria:

El trabajo de la voluntaria consistió en acompañar Francisco en sus tareas para permitir que desarrollase un estilo propio de estudio y nuevas modalidades de organización sin la supervisión constante de su madre.

Esto ha permitido que en los momentos de estudios se insertase un tercero, externo a la familia, que permitiese una separación hasta entonces impensable.

Terapia con la madre:

La terapia individual de la madre de Francisco comienza poco después de la de él al solicitarle a la terapeuta del niño ayuda para ella. Había estado durante aproximadamente ocho meses realizando un análisis psicoanalítico con una frecuencia de dos sesiones semanales más una sesión vincular con otra terapeuta y con el niño. La ruptura de la relación terapéutica había sido traumática para ella ya que había establecido una relación muy intensa con ambas terapeutas. Al inicio del tratamiento la angustia y el sentimiento de abandono era intenso, refería frecuentes desbordes emocionales con episodios de agresividad e impulsividad.

La frecuencia de intervención inicial fue de dos sesiones semanales, pasando a una sesión semanal posteriormente. Desde el inicio, se realizó una coordinación con un psiquiatra para poder realizar la evaluación y tratamiento farmacológico.

A lo largo de algo más de un año de intervención se ha podido establecer una alianza terapéutica que ha permitido hacer un trabajo terapéutico importante. La paciente ha

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

sido capaz de pensar su historia sexual infantil y tomar conciencia de algunos aspectos de la misma que se actualizan en su historia presente mediante el mecanismo de la compulsión a la repetición. Aspectos carenciales de su historia infantil como la falta de una figura de sostén constante y seguro en su cuidado ha generado carencias importantes en la construcción de su Yo que dificultan, a su vez, sus funciones de crianza con sus propios hijos.

La relación fusional con la familia de origen en la que las diferencias generacionales y sexuales no están claramente establecidas genera dificultades importantes en ella y en su familia actual. Se ha tratado de trabajar y potenciar esta diferenciación y autonomía de la familia de origen tratando de generar un espacio físico y psíquico nuevo y diferente, tomando conciencia de la importancia de diferenciar los distintos "lugares" de padre, madre, hijo e hija. El trabajo terapéutico realizado con la paciente ha permitido algunos cambios importantes que se evidencian en la vida cotidiana en algunos logros objetivables como son la ausencia de los desbordes emocionales con agresividad hacia la familia, la continuidad con el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de forma estable y continuado, la autonomía lograda en algunos aspectos personales como el laboral y la disminución del control y la sobreprotección del hijo.

Terapia de Pareja:

Se intentó realizar intervención de pareja a lo largo de tres meses aproximadamente hasta que ambos decidieron suspender. En dicho trabajo pudo evidenciarse como la no

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

resolución de las conflictivas edípicas de origen de ambos miembros de la pareja impedían el establecimiento de un vínculo adulto y estable que permitiera realizar además una labor de crianza conjunta respecto a sus hijos. A ambos les resultaba difícil pensar al otro como un otro diferenciado e individualizado, el reproche continuo entre ambos "no eres todo para mí", "no eres todo lo que pensé que serías", "no soy todo para ti" pasaba a primera línea haciendo difícil el trabajo terapéutico y, por supuesto, dificultando en su día a día su funcionamiento como pareja y como padres.

Se pudo trabajar de manera superficial la historia sexual infantil de ambos y la historia de ambos como pareja, pudiéndose explicitar las expectativas y deseos de ambos respecto a sí mismos y respecto al otro. Se intentó principalmente trabajar la toma de conciencia de la importancia de la diferenciación e individualización de ambos para poder establecer una relación más sana y satisfactoria entre ambos.

Las dificultades, especialmente por parte de la mujer, para tolerar una relación triangular como la que se establece en una relación terapéutica de terapia de pareja activó mecanismos de defensa paranoides y sádicos por parte de ella que resultaron intolerables para ambos requiriendo suspender el tratamiento de pareja.

Entrevistas con los padres:

Las entrevistas con los padres, de frecuencia semanal, han sido necesarias para poder sostener la mamá en la separación del hijo y para poder permitir que el papá, ese tercero desde siempre excluido, pudiese empezar a tener protagonismo en esta familia

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

matriarcal donde los hombres nunca han tenido lugar ni voz: se trabajó para poder incluir el papá como elemento separador de la diada madre hijo.

El espacio terapéutico ha sido el lugar y el momento en que los dos papás podían hablar de ellos mismos como padres. Al principio se ha trabajado para que esta nueva pareja de padres se pudiese escuchar en el espacio y tiempo terapéutico conferido semanalmente. Con el pasar de los meses la pareja ha ido desarrollando una nueva forma de ser, y una nueva manera de escuchar al otro también fuera de las entrevistas terapéuticas. Esto les ha permitido pensar en una forma diferente de ser padres: el papá está tomando un rol más activo en la crianza de sus hijos, la mamá está tramitando poder soportar no tener el control constante.

Estos cambios en el estilo de crianza han permitido que Francisco tuviese más libertades y pudiese organizar sus estudios, actividades y hobbies según sus tiempos y modalidades. A pesar de estas importantes mejorías en el ámbito escolar se detectaron en Francisco unos mecanismos de funcionamiento muy básicos, entre estos destacaba el uso contante de la desmentida: la percepción de los acontecimientos quedaba intacta en Francisco pero había un rechazo a las consecuencias que dicha percepción podía provocar sobre las creencias de su madre, que el niño procuraba constantemente mantener.

A lo largo del año ha habido varias ocasiones en las que se detectó que su realidad se borraba si no se acoplaba totalmente a la "versión" de la madre.

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

Pudimos pensar con los padres sobre esta necesidad del niño de acoplarse totalmente a la visión del mundo de la madre, de su miedo a crecer por no tener que separarse de sus padres por las continuas peticiones de ellos de que siguiese siendo "su bebé".

Gracias también al trabajo desarrollado en su terapia personal, la mamá está empezando a poder rebajar este nivel de demanda hacia su hijo y poder de alguna manera tramitar esta separación necesaria e imprescindible para que su hijo pueda vivir en futuro el movimiento exogámico adolescente.

Para facilitar este movimiento se ha reforzado la importancia que tiene en Francisco poder confiar en el grupo de pares y en los profesores: se ha trabajado para que los padres evitasen la descalificación constante de estos y la invasión de los espacios escolares ya que esto estaba influyendo negativamente en el rendimiento de Francisco. Este trabajo ha surtido efectos muy positivos y Francisco ha podido aprobar el curso sin suspender ninguna asignatura y desarrollar unas relaciones de amistad más estables y satisfactorias que en pasado.

4. CONCLUSIONES

Con este breve escrito se ha intentado sintetizar algunos de los aspectos fundamentales de nuestro trabajo y reflexionar sobre el mismo.

A partir de la amplia práctica clínica y la experiencia alcanzada en el desarrollo de este programa de apoyo a la salud mental infantil y juvenil, se ha procurado incardinar un procedimiento que permita la intervención asistencial clínica desde un modelo teórico

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

probado, la formación y difusión en esta área de la salud mental y la investigación clínica. Nuestro intento ha sido profundizar en nuevas formas de proceder en el avance del conocimiento científico que nos ocupa. Dicha intervención ha permitido una atención psicoterapéutica adecuada, con la consecuente mejora de la salud mental en la infancia y juventud de la población de la comunidad autónoma a la que se dirige. Este programa ha sido, y sigue siendo, un lugar de encuentro para poder pensar acerca del psiquismo, su constitución y reformulación en aras de un mayor bienestar y una menor patologización de la infancia y la adolescencia.

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

Bibliografía

- Avellanosa, I. (2000). Revista de Pediatría en Atención Primaria, Vol. I (3).
- Bick, E. & Harris, M. (1989). *Collected Papers of Martha Harris and Esther Bick*. London: Karnak Books.
- Bion, W. (1967). *Theory of Thinking, Second Thoughts*. Heineman: Londres.
- Etchegoyen, H. (1986). *Los fundamentos de la técnica Psicoanalítica*. Amorrortu: Buenos Aires.
- Freud, S. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*, Obras completas, Vol. XII, Amorrortu: Buenos Aires.
- Freud, S. (1913). *Sobre la iniciación del tratamiento*, Obras completas, Vol. XI, Amorrortu: Buenos Aires.
- Gallo, A. et al. (2004). Encuadre, actitud analítica y contratransferencia, *Revista de Psicoanálisis de APdeBA*, Vol. XXVI (1).
- Ianni, R.G., Kaplan, E. & Failla, H.P. (2001). La biografía del niño relatada por los padres: ¿Fuente u obstáculo para la interpretación? *Revista de Psicoanálisis de APdeBA*, Vol. XXIII (3).
- Heimann, P. (2004). *Acerca de los niños y los que ya no son niños*. Biblioteca Nueva: Madrid.
- Klein, M. (1991). Obras completas, 1921-1945. Tomo I. El psicoanálisis de niños. Paidós Ibérica: Madrid.

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

- Kristeva, J. (1978). *Semiótica I y II, Fundamentos*, Vol. 1. Espiral: Madrid.
- López, B. (1984). Condiciones para la creatividad y el descubrimiento en la situación psicoanalítica, *Psicoanálisis*, Vol. XLII, pág. 49.
- Meltzer, D. (1968). *El Proceso Psicoanalítico*. Hormé, S.A.E.:Buenos Aires 1987.
- Levin, R. (1988). Analizan a un niño, *Revista de Psicoanálisis de APdeBA*, Vol. 10 (2).
- Manfred Cierpka (Comp.) (2011). *Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD- 2): Preliminary assessment of its validity and inter-rater reliability*.
- Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) (2007). International Psychoanalytical Association.
- Ríos, C. & Rimoldi, R. (1995). El objeto combinado y el encuadre. Simposium APdeBA. Buenos Aires.
- Sirota, A. (1988). Especificidades del diálogo en análisis de niños. *Revista de Psicoanálisis de APdeBA*, Vol. 10 (2).
- Sirota, A. (2008). Persona y presencia del analista de niños. El interjuego entre la persona, la presencia y la función analítica, *Psicoanálisis*, Vol. XXX (2/3), 339-346.
- Sigal de Rosenberg, A. (Comp.) (1995). *El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños*. Lugar Editorial: Buenos Aires.
- Valeros, J. (1997). *Acerca del Jugar del analista*, Fondo de Cultura Económica: Buenos Aires.

TRABAJANDO CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

- Waksman, J. (1988). El doble diálogo del psicoanalista de niños. *Revista de Psicoanálisis APdeBA*, Vol. 10 (2).