

Daniel Cruz, Encarna Mollejo, Fernando González (Coords.)

## ADOLESCENCIAS

NUEVOS RETOS, NUEVAS TRANSICIONES



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA  
ESTUDIOS



ADOLESCENCIAS  
Nuevos retos, nuevas transiciones



Daniel Cruz, Encarna Mollejo, Fernando González (Coords.)

# ADOLESCENCIAS

NUEVOS RETOS, NUEVAS TRANSICIONES

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA  
MADRID  
2021

Este libro ha sido posible gracias a la colaboración  
de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia  
del Niño y Adolescente

SEPNNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y  
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

*Edición:* Asociación Española de Neuropsiquiatría  
C/ Magallanes, 1, Sótano 2, Local 4.  
28015 Madrid, España.  
Tel. 636725599. Fax 918473182.

*Ilustración de la cubierta:* Isabel Teresa Gómez Valero

*Impresión:* Gráficas Gutiérrez Martín

*Distribución:* Latorre Literaria  
Camino de la Boca Alta 8-9. Polígono El Malvar. 28500 Arganda del Rey (Madrid)  
*Director de la edición:* Álvaro Muzquiz

## ÍNDICE

Prólogo. <i>Alberto Lasa</i> .....	11
Introducción. <i>Daniel Cruz, Encarna Mollejo, Fernando González</i> ..	21
MIRADAS .....	27
Adolescencias: las seis tareas, los cinco duelos y los cinco ámbitos en un mundo revuelto. <i>Jorge L. Tizón</i> .....	29
Adolescencias: una mirada desde la ética. <i>Begoña Román Maestre</i> .....	57
Mundos vitales y malestar emocional en el tránsito adolescente: una mirada desde la antropología fenomenológica. <i>Martín Correa Urquiza, Ángel Martínez Hernández,     María Antonia Martorell Poveda</i> .....	69
Adolescentes digitales: vivencias y repercusiones. <i>Rubén D. Gualtero</i> .....	81
El viaje maravilloso de la adolescencia a través de los ojos de la neurociencia. <i>Ivan Ollé Llopis</i> .....	93
Ser adolescente en un mundo pueril. <i>Enrique Galán</i> .....	101
Conflicto, emancipación y utopía en la adolescencia. <i>Jorge Tió</i> .....	113
La salud mental, los jóvenes y el mundo del mañana. <i>Francesc Vilà</i> .....	129
TRABAJANDO JUNTOS .....	143
Saberes nómadas, salud mental y adolescencias: los cuidados en la comunidad. <i>José Leal Rubio</i> .....	145
El trabajo en red entre Educación y Salud Mental. <i>Isabel Pamparacuatro, María Jesús Irastorza,     Itxaso Santamaría</i> .....	157

De los malestares en el Instituto a las dificultades educativas en la consulta. <i>Jaime Funes</i> . . . . .	169
Adolescencia y Educación Social. <i>David Ventura Lluch</i> . . . . .	185
Los muros se hacen aún más altos para los adolescentes inmigrantes en la pandemia del covid-19. <i>Joseba Achotegui</i> . . . . .	193
<b>NUEVAS PROBLEMÁTICAS</b> . . . . .	<b>211</b>
Clínica de los funcionamientos límites en la adolescencia. <i>Alain Braconnier</i> . . . . .	213
Los trastornos de conducta en los adolescentes. <i>Josep Moya Ollé</i> . . . . .	221
<i>Bullying</i> : el acoso del sujeto. <i>José Ramón Ubieta</i> . . . . .	235
Cuerpo y sexualidad en la adolescencia. <i>Ricardo Fandiño Pascual, Vanessa Rodríguez Pousada</i> . . . . .	243
Adolescencia, identidad de género e identidad trans. <i>Sabel Gabaldón</i> . . . . .	255
Adolescencias digitales. <i>Jordi Bernabeu Farrús</i> . . . . .	267
Trastornos adictivos. <i>Josep Lluís Matalí, Elena Flores,</i> . . . . .	279
Confinamiento y Trastornos de Conducta Alimentaria. <i>Glòria Trafach</i> . . . . .	289
Conflictos de la parentalidad en la adolescencia. <i>Daniel Cruz, Francisco Palacio-Espasa</i> . . . . .	297
<b>NUEVOS RECURSOS</b> . . . . .	<b>309</b>
Equipo clínico de intervención a domicilio (ECID): una propuesta comunitaria para adolescentes en alto riesgo. <i>Mark Dangerfield</i> . . . . .	311
Decisiones compartidas en salud mental infanto-juvenil: visión de conjunto y estudio cualitativo piloto. <i>Francisco José Eiroa Orosa, Cecilia Rebeca Sánchez Moscona</i> . . . . .	341
Acompañamiento a la salud mental de jóvenes y familiares: una mirada comunitaria. <i>Carles Bonete</i> . . . . .	353

Grupos terapéuticos de adolescentes en los servicios públicos. <i>Batirtze Artaraz Ozerinjauregui, Igone Areizaga Irujo,</i> <i>Izaskun Etxebarria Izaguirre, Myrian García Ruiz,</i> <i>Thais Aldasoro Carcedo, Manuel Hernanz Ruiz,</i> <i>Fernando González Serrano</i> . . . . .	365
Grupos basados en la mentalización para adolescentes; un laboratorio relacional. <i>Norka T. Malberg</i> . . . . .	379
¿Qué hacemos con los padres? <i>Fernando Dualde Beltrán</i> . . . . .	393
Programas comunitarios de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales en la población juvenil. <i>Rocío Castañas, Laia Mas-Expósito, Mercè Teixidó,</i> <i>Patricia Escalona, Àurea Moreno, Mireia Merino,</i> <i>Jenifer Martín, Sónia Bernad, Eva Ezcurra, Lluís Lalucat</i> . . . . .	403
Adolescencia confinada. Reflexiones acerca de la asistencia en la distancia. <i>Paula Laita de Roda, Paloma Ortiz Soto,</i> <i>Carla Paola Russo Ferrari, Sara Terán Sedano</i> . . . . .	417
La medida sistemática de resultados, una propuesta concreta para acercar la evaluación a la salud mental <i>Sergi de Diego</i> . . . . .	431
CV autores . . . . .	445



AWARENESS  
WELLNESS  
BENEFITS  
RESEARCH  
RISK  
STIGMA  
WORRIED  
RELATIONSHIPS  
TRAUMA  
IQ  
POSTPARTUM  
CRISIS  
PSYCHOLOGY  
SELF HARM  
SUICIDE  
POST-TRAMATIC STRESS  
PSYCHOLOGICAL  
EMOTIONS  
DRUGS  
COGNITIVE  
ATTITUDE  
TREATMENT  
GENETIC  
PHOBIA  
GRIEF  
ANXIETY  
ANXIOUS  
UNHAPPY  
STRESS  
BIPOLAR  
CLINICAL  
DEPRESSION  
ANOREXIA  
OPTIMIST  
MENTAL HEALTH

## PRÓLOGO

*Alberto Lasa*

Una invitación para prologar un texto dedicado íntegramente a la adolescencia es una buena noticia. Sobre todo, cuando va a reunir trabajos de muchos compañeros que llevan una larga trayectoria profesional y que han reflexionado mucho sobre este tema, como suele decirse, tan poliédrico. Parece acertado adjetivarlo así porque presenta diferentes planos y aristas y sus múltiples vértices permiten y obligan a observarlo y estudiarlo desde diferentes perspectivas.

He tenido ocasión de recordar –en un libro reciente dedicado a la aproximación clínica del adolescente– que se echaba de menos un texto, multidisciplinar y monográfico, que abordara los múltiples temas relacionados con la adolescencia. Espero que éste sea, más que un intento, un sólido inicio para lograrlo. No he podido leer todavía el contenido de todos los temas reunidos en este texto, pero sí su índice y sus redactores. Muchos son, además de «compañeros de fatigas profesionales», verdaderos amigos. Nos hemos encontrado en numerosas ocasiones y he tenido ocasión de escuchar repetidas veces sus aportaciones al tema de la salud mental en general y a la de la adolescencia en particular. Por eso pienso, sin temor de que la amistad pueda sesgar mi juicio, que el contenido de lo que van a aportar será sin duda valioso, porque seguro que es el resultado de su amplia experiencia.

La psiquiatría, antes de denominarse «salud mental», partió de la observación y estudio del adulto. Se encontró, sin buscarlo, con que la infancia alienada también estaba internada en los mismos lugares, en los que compartían un mismo sufrimiento personal e institucional y la misma marginación y exclusión social. Eran tiempos en los que la adolescencia todavía no había emergido como colectivo social diferenciado. Creo poder afirmar que cuando nació como tal, o más bien cuando sus problemas empezaron a inquietar a nuestra sociedad, solamente disponíamos de servicios destinados a adultos y en algunos lugares también, pero más escasos, de los destinados a la infancia. De hecho, el último tercio del pasado siglo XX, se caracterizó por nuestra constante movilización profesional en busca de un objetivo: el desarrollo de unos servicios de salud mental dedicados específicamente a niños y adolescentes y de su dotación de unos recursos asistenciales dignos de tal nombre.

En realidad, la adolescencia llamó a nuestra puerta traída por la oreja. Para ser más preciso, vino inicialmente de la mano de dos problemas: la toxicomanía y la delincuencia. Con buen criterio preventivo los profesionales de los servicios de adultos, inspirados en algunos lugares por su convivencia

con quienes atendían niños y adolescentes, pensaron que algo había que hacer para evitarles el hospital psiquiátrico o la cárcel, riesgo inevitable cuando alcanzaban la fatídica y temprana edad legal que convertía sus impulsivos e insensatos actos en delitos penales y sus sufrimientos y riesgos psíquicos en síntomas merecedores de un internamiento psiquiátrico.

Recordaré, tirando de la memoria acumulada durante décadas –que a los colegas que solamente conocen los veinte años iniciales del presente siglo les parecerán prehistóricas– que hasta años muy recientes no existían lugares específicamente destinados a la hospitalización de niños y adolescentes y que fue la presión de una histórica intervención de un juez de menores la que logró que las autoridades sanitarias «reflexionaran» sobre la inadecuación de ingresar «menores de edad» en hospitales psiquiátricos nada adecuados para hacerlo. Me atrevo también a decir, que en lo que llevamos del siglo XXI, no parece que el interés por desarrollar recursos específicos para la infancia y adolescencia esté siendo una de las preocupaciones esenciales que motivan y activan a los profesionales de la salud mental. Al hacerlo no quiero dar la impresión de que la situación actual, sobre todo sus carencias –¡todavía!– en amplias áreas geográficas del país, sean resultado de cierta pasividad profesional. Creo más bien que son el resultado del verdadero interés que –más allá de sus solemnes declaraciones– muestran los responsables de nuestras políticas sanitarias. Una prueba de ello es que pronto se cumplirán cincuenta años de las primeras demandas y contactos de nuestras asociaciones profesionales con las autoridades ministeriales, solicitando la aprobación legal de la especialidad de psiquiatría de la infancia y la adolescencia, anunciada en repetidas ocasiones por varios gobiernos salientes y todavía inexistente a pesar del «amplio consenso social» que la apoya y de las crónicamente repetidas noticias de prensa acerca de su «inminente» nacimiento. Insisto, el parto lleva más de cuatro décadas de espera<sup>1</sup>.

En aquellos inicios, una vez más en la historia de nuestra profesión, tuvimos que cavilar para transformar en ayuda terapéutica el mandato judicial destinado a obedecer otro mandato más sutil, el de nuestra sociedad, cuya intención era otra. La misma que siempre esperó de la psiquiatría: proteger la paz social y librarse de la contaminación de sus calles con sujetos peligrosos poco respetuosos con la legalidad y con una convivencia sosegada o al menos ordenada. Además, presentaban otro peligro, el de dañarse a sí mismos. El suicidio y la drogadicción anticiparon otras formas más sutiles –pero más frecuentes– de autoagresión (la anorexia, los comportamientos de alto riesgo, la laceración de su propio cuerpo) que

---

<sup>1</sup> Posteriormente a la redacción de este texto, con fecha 3 de agosto de 2021, el BOE ha hecho público el Real Decreto 689/2021 por el que el gobierno aprueba la Especialidad de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, sin duda una gran noticia.

reclamaron nuestra dedicación profesional como cuidadores de su malestar psíquico, que también tenía una clara vertiente socio-familiar.

Quienes no vivieron aquellos tiempos de heroína, familias arruinadas –si no lo estaban ya– por sus hijos adolescentes, y de apasionados amores juveniles que buscando compartirlo todo se encontraron de bruces con que el sida les unía definitivamente hasta la muerte, pensaran que exagero mis recuerdos con truculencia. Me consta que varios de los redactores que me acompañan en este texto fueron también testigos de que fue muy difícil asumir un reto profesional totalmente imprevisto. Nos consta también que, como ocurre en momentos de crisis colectiva y personal, la identidad profesional de muchos resultó reforzada, tanto en quienes decidieron hacer de la adolescencia y de cierta visión de las toxicomanías –o de la dolorosa infancia que las precedía– su terreno de elección, como en quienes, impactados hasta sentirse heridos, optaron por limitarse a otros ámbitos profesionales.

Una vez que se corrió la voz de que había profesionales que se interesaban por escucharlos, –aunque para la perspectiva de los adolescentes fueran «sospechosos por ser adultos»– entonces sí empezaron a frecuentar los servicios de salud mental, que vista la nueva demanda tuvieron que ir añadiendo en sus apellidos la adolescencia y la infancia. Pero no nos engañemos, la adolescencia no acude ni masiva, ni festivamente, a solicitar nuestra ayuda. Todavía hoy, vienen ¿empujados, animados, convencidos, forzados, obligados? por los adultos que les rodean. Afortunadamente, ya no son solamente los mandatos judiciales –que en ciertos casos también pueden ejercer una imposición positiva que les salva del caos– sino también la presión o sugerencia familiar y escolar las que intervienen tratando de motivarles con más o menos capacidad de empatía y de persuasión o urgidos por su preocupación y su ansiedad. Pero seguramente la influencia que más nos tranquiliza y reconforta es la de los adolescentes que ya nos han consultado y que nos recomiendan a sus iguales.

Por diferentes caminos hoy estamos familiarizados con la idea de que la adolescencia es una etapa de la vida, llena de vitalidad, en la que el sufrimiento mental existe y se puede manifestar de diversas maneras. Una etapa crítica en la que las cosas pueden bascular hacia la descompensación psíquica o hacia la consolidación de una personalidad adulta más madura... o más problemática. Periodo vital en el que la influencia del otro y la afirmación de la individualidad se entrelazan y en la que un nuevo bienestar narcisista conforme con una auto-imagen recién construida y aceptada –tanto por el propio sujeto como por su entorno elegido– debe atemperar la excitación pulsional. Etapa en definitiva en la que la sensibilidad y responsabilidad social se desarrolla simultáneamente con el necesario egoísmo de la búsqueda de sí mismo y la satisfacción de los deseos personales más íntimos, más secretos... y más inconfesables. La desmesura –sea de generosidad o de egoísmo– que contienen los hace también desconcertantes o irreconocibles para sus propios protagonistas. Este recorrido sobre

un camino estrecho que transcurre entre arriesgadas laderas se acompaña de temores, dudas y logros; porque moviliza pasiones, éxitos y fracasos; porque permite el susto que supone el encuentro con el otro y por el desconcierto, triste o feliz, que causa; porque lleva a aislarse del mundo o a descubrirlo.

La tarea de abrirse al mundo y salir a buscarlo, de asumir el riesgo de tomar decisiones propias, de atreverse a poner a prueba sus capacidades, es el trabajo esencial del adolescente. Que acierten o que tomen opciones equivocadas marcará su futuro. Lo saben y lo temen, aunque al igual que muchos adultos, se protegerán culpando a los demás de sus fracasos. Así, con estos sentimientos, es como aterrizan en nuestras consultas y conviene no dejarse engañar por la prepotente arrogancia que con frecuencia enmascara su dolor... solamente padecen un cuadro de adolescencia. Otras veces nos llegan tras acumular, como su familia, años de desesperanza y de resentimiento, marcados por el fracaso escolar, tentados por el absentismo y la droga compartida. Estoy entre quienes pensamos que llamar a estas cosas negativismo desafiante o depresión se queda corto.

Por todo ello el adolescente necesita de fieles amistades y también, aunque reniegue de ello, de adultos fiables y tranquilos. Su reivindicación de soledad independientemente —«dejadme en paz»— es la otra cara del quejoso «no me hacéis ni p... caso». Especialista en oscilar entre una actividad provocadora —«para qué queréis que me quede metido en casa/me aburre vuestra monotonía/la vida está en la calle»— y una pasividad que tampoco tranquiliza a sus padres —«no pensarás pasarte el fin de semana tirado en el sofá sin levantarte ni para comer (...con nosotros)/el mundo real no está en tu tableta y te lo estás perdiendo»— será difícil para sus cercanos dosificar entre exigirle «algo más» de actividad y frenarle en sus excursiones impulsivas; entre privarle del mimo y del antojo excesivo del niño apalancado en la mullida protección familiar y recordarle las dificultades de la vida que tendrá que afrontar y que le asustan. Preocupados por los riesgos de la noche, la calle con sus compañías y experiencias perturbadoras, no es difícil que los padres olviden que la adolescencia es una aventura hacia nuevas tareas inevitables, entre otras escapar de un ambiente doméstico que, de tan protector resulta asfixiante o, en el polo contrario, que de tan violento y difícil obliga a huir para buscarse «otra vida» lejos de un hogar hostil o indiferente al sufrimiento y de una familia que bastante tiene con su propia lucha para sobrevivir en un mundo injusto e inhóspito. No olvidemos que para muchos adolescentes, comunas, bandas o sectas son la recreación de un nuevo hogar, de una protección familiar perdida.

La adolescencia nos revela los complejos aspectos de un particular momento evolutivo en la construcción de la historia personal de alguien que se está haciendo. Complejidad y construcción que tienen mucho que ver con una contradicción permanente. Con otros y contra otros. Queriendo y temiendo su futuro. Contando con su entorno y rechazándolo.

Buscando el amor y negando necesitarlo. Felizmente querido e insoportablemente olvidado y a la vez –paradoja reversible– insoportablemente querido y felizmente olvidado. Cosas difíciles de explicar y contar sin perder los papeles y sin recurrir al exabrupto cuando la angustia y la inseguridad aprietan.

Situación que necesita el sosiego de una escucha respetuosa incompatible con la prisa y la presión asistencial. Situación que cuestiona la certeza de quien sitúa las cosas desde la necesidad de encajarlas en un diagnóstico predefinido. Con una sinceridad –que resultaba casi hiriente para sus compañeros– una joven colega en un grupo de supervisión resumía su situación después de varios años de especialización: «estudié medicina y psiquiatría para tratar enfermos y no para que la gente venga a contarme su vida». Difícil dilema: ¿y si lo que oigo no me cabe en los cuadros clínicos ni recortando lo que no me encaja?

Infancia y adolescencia tienen una peculiaridad: son situaciones naturalmente evolutivas. No es el curso de una enfermedad lo que las determina. No lo es del todo ni siquiera cuando un proceso mórbido consolidado existe. Al decirlo no trato de negar la existencia de auténticos trastornos mentales en la adolescencia, ni en la infancia. Ya he comentado que existen carencias y necesidades asistenciales específicas y no creo que, a estas alturas de difusión universal de las categorías diagnósticas al uso, el afirmar su insatisfactoria insuficiencia pueda ser juzgada como una trasnochada declaración de un «anti-psiquiatra» despistado. Pero sí quiero afirmar mi posición clínica, el desarrollo psíquico, la construcción de la personalidad, el sufrimiento mental de niños y adolescentes es inseparable de su inserción en un entorno familiar, que ejerce de «neurotransmisor» y de «estabilizador» entre la realidad social y la construcción individual, entre la influencia externa y la responsabilidad individual.

La familia, por exceso o por defecto, siempre está presente cuando vemos a un adolescente. Es misión del terapeuta entender a unos –familia, adultos cercanos– y a otros –adolescentes– y resulta difícil conservar la calma sin tomar posición del lado de unos o de otros y sin olvidar donde está –en esta compleja ecuación inestable– el elemento más frágil, el más necesitado de una ayuda específica, de ser protegido.

Saber mantenerse a una distancia respetuosa que recibe y entiende ambos extremos –¿Quién sufre más el doble e inseparable temor a la dependencia y al abandono? ¿Quién necesita más evitar la ruptura y el alejamiento?– es imprescindible para mantener a flote una relación terapéutica viva. «Lo primero sobrevivir y lo segundo no tomar represalias» sigue siendo el consejo eternamente válido de Winnicott que, como bien sabemos hoy, fue un consumado experto en relaciones terapéuticas difíciles.

Nuevo momento vital. Crisis individual y social, personal y compartida. Hasta aquí he señalado sobre todo lo común. Hay una perspectiva de la adolescencia vista como colectividad: es la de la antropología, la historia,

la psicología social. Terrenos apasionantes que nos interesan crucialmente pero que no son el nuestro –al menos no el mío–. Creo que es un gran acierto haber sumado la gran variedad de perspectivas de la adolescencia que reúne este texto que, además, me permite limitarme para lo que resta de este prólogo a la perspectiva que mejor conozco: la de varias décadas de relación terapéutica –individual y grupal– con adolescentes en el contexto de una consulta ambulatoria pública que únicamente les imponía una condición obligatoria, acordar y asistir voluntariamente a sus consultas. Para hacerlo voy a seleccionar y reordenar algunas ideas ya expresadas y publicadas anteriormente.

Es muy frecuente oír hablar, en singular, de la crisis de la adolescencia. Es lógico porque es cierto que se trata de un fenómeno global, social, colectivo. Pero no lo es menos que también es un fenómeno personal.

Hay adolescencias muy diferentes. Hay adolescentes que viven en familias y circunstancias muy diversas. Pero –en y desde ellas– cada adolescente tiene que construir su propia historia. Ocultarles que construirla es algo que pertenece a su responsabilidad –que es a la vez su privilegio y su cruz– no les hace ningún favor.

Cuando nos dan una oportunidad de conocerlos, vemos que cada adolescente conoce pasiones y apatías, ilusiones y decepciones, éxitos que les llenan de orgullo y fracasos que rumia humillado en silencio. Cuando sabe que le escuchamos con respeto puede compartir que se siente dueño de creencias incuestionables y de desconfianzas feroces, esclavo de amores ideales, temeroso de abandonos aterradores. Pueden someterse, mansitos, a quien les explota –un líder prepotente, por ejemplo– y rebelarse, con arrogancia y menosprecio, hacia quienes tratan de protegerle. Puede desesperar con su egoísmo o darnos lecciones de generosidad. Cabalgando sobre el empuje de sus impulsos y sus ideales puede padecer alegrías exaltadas o recrearse en tristezas insondables. La nueva vitalidad de sus hormonas, la necesidad de recuperar el control de su cuerpo cambiante, la lucha implacable por moldearlo a su gusto –y al de quienes le miran con lupa y con vete a saber qué intenciones– le obligarán a imponerse a la dejadez, la molicie y el abandono. Le llevarán también a la exhibición y la prepotencia que asociadas a la velocidad y al vértigo le harán correr riesgos estúpidos. La necesidad de controlar emociones y angustias, de sustituir afectos por sensaciones, recurriendo a la ilusión de dominar todo «lo que entra y sale de mi cuerpo / lo que me meto cuando quiero» será una tentadora amenaza que además tendrá el atractivo de ser compartida «con mis colegas, los únicos que me entienden y me acompañan».

El descubrimiento del otro, de la necesaria reciprocidad del deseo sexual, a lo que hay que añadir las dudas en cuanto a su identidad –la que cree tener, pero que sigue buscando– convierten en un puzzle las posibilidades de acoplamientos armoniosos y placenteros. Es otro de los apasionantes jeroglíficos –divertidos y tormentosos– que los adolescentes de

ambos sexos y de variados géneros tienen que tratar de resolver. Huir, para evitar sorpresas dolorosas, de este afrontamiento vital, tampoco les hace felices. La cartesiana simpleza de un mundo con solo dos sexos, claramente diferenciados anatómicamente y necesariamente complementarios para el amor y la monótona seguridad que proporcionaba a la humanidad, ha caducado. En cuanto al acceso a la maternidad/paternidad, que fue la prueba del nueve que certificaba la consagración de la maduración de los adolescentes, casi da risa mencionarlo.

La tentación de encajar tan complejos comportamientos en la seguridad de nuestras casillas diagnósticas nos ofrece un frágil sosiego. Grandes palabras como «personalidad límite», «trastorno bipolar», «descompensación psicótica» —que ciertamente encierran un indiscutible contenido clínico que debemos conocer muy bien y que nos obligan a un responsable diagnóstico diferencial— se nos quedan cortas y nos resultan inseguras para responder a la «volatilidad» (permítaseme este término bancario) y a la «liquidez» (en el sentido de materia fluida y móvil de Baumann) que tenemos enfrente. Pero en lo que se refiere al sufrimiento psíquico del adolescente los balances no pueden esperar al largo plazo. El adolescente busca respuestas inmediatas y si no las encuentra decidirá por sí mismo con la precipitación propia de su impaciencia. Que sepamos que la adolescencia es un proceso «macro-temporal» y «mutifactorial» no nos ayudará mucho ante adolescentes urgidos por la intensa angustia de «solucionar ya» su problema, pero sí para comprender su impotencia y compartir la dificultad de ayudarlo a encontrar caminos de salida. Pese a su irritabilidad y la hipersensibilidad de sus juicios los adolescentes saben diferenciar el esfuerzo, del adulto, para ayudarlo en su búsqueda y soportan mejor a quien reconoce sus limitaciones y equivocaciones que a quien hace promesas incumplidas, error que jamás perdona.

Nos hemos acostumbrado a usar el término de resiliencia. Recordaré que es un término creado por los ingenieros especialistas en resistencia de materiales que tienen que calcular y predecir su respuesta a las presiones que deberán soportar. Capacidad de predicción que nos gustaría poder imitar y lograr, con su misma precisión matemática, en lo que se refiere a nuestros pronósticos clínicos. Las dificultades que afrontan ciertos adolescentes son una situación que pone a prueba su capacidad de superarlas, de convertir su flexibilidad adaptativa en fortaleza —«como el junco que oscila sobreviviendo al huracán que tumba al árbol más robusto», es una metáfora que lo ilustra—. Aficionado a la lectura de las autobiografías escritas por personajes que pasaron adolescencias turbulentas y pudieron contarlas, he tratado de encontrar sus puntos comunes con adolescentes que —teniéndolo casi todo en contra desde su infancia— han podido completar una vida posterior digna y noble. No llegaron a escribirlo, pero sí pudieron recordarlo ayudados en una relación clínica. En mi experiencia, famosos o anónimos, todos tenían una característica

común. Haber conocido a alguien que comprendió su desesperada situación y que los acompañó hasta que pudieron salir de ella. Mi conclusión es sencilla. En la vida los azares felices, los encuentros imprevisibles, pueden ser determinantes. Aún más, pueden tener efectos milagrosos o al menos inesperados.

Cruzarnos con adolescentes que están recorriendo un trayecto complicado y tratar de acompañarlos y orientarlos es a la vez un privilegio profesional y una aventura. Pero nunca es inocuo, porque siempre seremos un adulto al que recurrieron y que, o les tuvo en cuenta o no supo enterarse de lo que trataba de decirnos. Para las categorías maniqueas con las que el adolescente enjuicia al adulto la cosa es sencilla: o un ser humano que trata de ayudarles o, como todos los demás, otro incompetente más que pasa de ti.

En estos tiempos en que buscamos desesperadamente las certezas científicas y nos irritamos ante sus fragilidades e inseguridades, conviene recordar que Heisenberg, con su principio de indeterminación —el marco de observación creado, las expectativas y las hipótesis del investigador determinan el comportamiento e incluso la aparición de las partículas elementales de la materia— revolucionó las bases de la ciencia dura y pura, la física cuántica. Su objetivo era, el estudio del comportamiento de la materia. Sin duda, podemos pensar que no es menos complejo predecir el comportamiento del ser humano. Podemos también sostener una hipótesis aplicable a los adolescentes: las condiciones en las que les observamos y tratamos intervienen en su comportamiento.

Pese a ello —en una sempiterna compulsión a la repetición— tenemos una muestra de cómo tranquilizarse explicando con simpleza realidades complejas incontrolables. Hay quien ya ha encontrado una consoladora solución para encontrar a quien atribuir la culpa de los males mortales que nos aquejan. Una vez más es la consabida irresponsabilidad del comportamiento de los adolescentes —sus fiestas clandestinas, su promiscuidad y su desmadre nocturno— la que ahora, según algunos, provoca los imparables contagios de la pandemia actual. Poco importa que la edad de quienes han sido pillados en el delito o la de los organizadores del desaguisado rebase ampliamente la frontera de la adolescencia. Al fin y al cabo, siempre se ha hablado menos de la edad de los grandes capos de la droga que de la de los imberbes camellos que trapicheaban con ella para poder pagársela. O de la edad de quienes trafican con armas que de la de los niños soldados africanos convertidos en despiadados asesinos. No suele centrarse la atención social en la irresponsabilidad de los adultos.

Hay un pequeño olvido en estos razonamientos. Olvido que me lleva a cerrar este prólogo con algunas preguntas inquietantes. Los adolescentes irresponsables — y también los responsables— existen, pero: ¿Quién les ha educado? ¿De qué desconocido país proceden? ¿De quién han aprendido lo que hacen?

Tendremos que pensarlo y hacer algo. O podemos elegir el volver a creer en la maldad constitucional del ser humano. Al fin y al cabo, seguimos buscando el consuelo de encontrar quien cometió el pecado original y de obligarle a expiarlo. Los adolescentes— tan diferentes entre ellos— siempre han sido candidatos al título común de perturbadores de la paz social.

Ahora, como siempre ante grandes males, la vieja humanidad recurre a mitos que siempre vuelven. Hemos pasado de los jardines del Edén y de la manzana que provocó la perdición de Adán y Eva —y la nuestra haciéndonos carnales y mortales— a los cavernícolas murciélagos y a los torvos investigadores chinos que los acogen en sus lejanos y misteriosos laboratorios, asombrosa cópula en la que se habría gestado el virus maligno que nos penetra por los poros. El misterio de los orígenes acecha siempre a nuestros males. Lo que nos ayuda a respondernos a la pregunta que al iniciarse nuestra pandemia actual nos hicimos: ¿nos servirá todo esto para aprender algo?

La adolescencia, sin decirlo, ya ha respondido: la vida sigue y queremos seguir viviendo... como si nada ocurriera... lo que venga, vendrá... «es el mundo que nos habéis dado... es lo que hay».



## INTRODUCCIÓN

Daniel Cruz, Encarna Mollejo, Fernando González

La adolescencia es un cruce de caminos, los encuentros ahí pueden ser decisivos. Hemos recogido en esta monografía diferentes miradas que pueden ayudar al profesional a entender mejor lo que está en juego en esos encuentros. Nuestra intención no ha sido ser exhaustivos con todas las posibilidades ni elaborar un manual o guía práctica. Hemos pedido a diferentes profesionales con trayectorias de prestigio que desde su experiencia nos aporten sus reflexiones sobre diversas temáticas. A todos ellos queremos expresar nuestro agradecimiento. El trabajo con adolescentes es interdisciplinar, esta colaboración es un buen reflejo de ello. También es una colaboración entre AEN y SEPYPNA, entidades ambas unidas en la defensa de abordajes que valoren la subjetividad de las personas y los condicionantes de sus vidas y entornos. Esta obra ha sido escrita en tiempos de pandemia que nos ha recordado nuestra vulnerabilidad, pero también el potencial para trabajar juntos y encontrar nuevos recursos. Y esa es precisamente una de las tareas de la adolescencia.

La monografía está dividida en cuatro partes. *Miradas* recoge diferentes visiones que ayudan a enmarcar el proceso adolescente. *Trabajando juntos* se centra en la importancia del trabajo interdepartamental y las reflexiones a las que nos conduce. *Nuevas problemáticas* aborda algunas cuestiones de actualidad. Por último, *Nuevos recursos* nos ayuda a pensar en abordajes novedosos. Evidentemente muchos de los textos tocan aspectos propios de cada una de las partes.

### MIRADAS

Jorge Tizón enmarca de manera amplia los procesos de las adolescencias desde la necesaria comprensión psicológica y psicosocial de los mismos. Sitúa las tareas evolutivas, los duelos que se enfrentan y los diferentes ámbitos por los que transitan.

Desde el campo de la ética y de la experiencia en la complejidad de la toma de decisiones de los comités de bioética, Begoña Román nos da valiosos elementos para reflexionar sobre las inquietudes y encrucijadas que despiertan las adolescencias.

Desde el campo de la antropología fenomenológica, Martín Correa, Ángel Martínez y M.<sup>a</sup> Antonia Martorell reflexionan, a partir de una

investigación sobre los malestares adolescentes, sobre la transición al mundo adulto.

Desde el campo de la sociología, y con un conocimiento profundo de la salud mental en las vivencias de la adolescencia en nuestra sociedad actual, Rubén Gualtero nos adentra en las particularidades de los adolescentes digitales y de forma especial en los usos del móvil.

Con una extensa experiencia en el trabajo en recursos intermedios con adolescentes con trastornos graves, Ivan Ollé nos ayuda a entender las aportaciones de las neurociencias, en una mirada sobre la complejidad de este periodo y cómo la maduración condiciona la construcción de la subjetividad.

Desde el campo de la clínica, Enrique Galán nos describe el proceso psicológico de la adolescencia en una sociedad donde se privilegian los valores de la juventud, atrapando así en espejo al adolescente.

Jorge Tió ha trabajado durante mucho tiempo con adolescentes que llegan a tratamiento desde el ámbito judicial, experiencia recogida en numerosas publicaciones. Reflexiona aquí sobre la naturaleza del conflicto adolescente, la búsqueda de relaciones idealizadas y la necesidad de establecer conexiones entre su vida interna y externa.

Francesc Vilà, desde su amplia trayectoria en unidades médico-educativas y centros laborales para personas con fragilidades mentales, nos ofrece un recorrido por la comprensión psicopatológica de la infancia y la adolescencia a largo de las últimas décadas y los desafíos que se nos plantean en la actualidad.

## TRABAJANDO JUNTOS

José Leal tiene una larga trayectoria de colaboración clínica tanto con diferentes entidades sociales como con equipos de Salud Mental. Desde esta experiencia plantea una reflexión profunda sobre el tipo de demandas que reciben los profesionales y la necesidad de dar respuesta desde diferentes niveles a las problemáticas que se nos plantean. La esencia y los desafíos del trabajo interdepartamental quedan aquí expuestos.

El trabajo con el mundo de Educación es una prioridad a la que hemos querido acercarnos en detalle. Isabel Pamparacuatro, M.<sup>a</sup> Jesus Irastorza y Itxaso Santamaria reflexionan sobre la importancia de crear una red con Educación en nuestro trabajo cotidiano y las diferentes vicisitudes posibles. Por otra parte, Jaume Funes, desde su conocimiento cercano tanto del mundo educativo como del clínico, nos sitúa en las vivencias y malestares de los adolescentes en el entorno educativo y de las posibilidades de encuentro. Es también una forma de comprender la situación de los docentes, que en definitiva es una manera de acercarnos a través de ellos a los adolescentes y a los diferentes escenarios en que se mueven.

La Salud Mental va incorporando en su práctica habitual la aportación de diferentes profesionales. El trabajo desde Educación Social está cada vez más integrado en diversas unidades asistenciales. David Ventura, desde su amplia experiencia, nos permite entender algunas claves de este valioso trabajo.

Desde hace mucho tiempo Joseba Achotegui nos ayuda a ser conscientes de la vulnerabilidad del colectivo migrante en situación extrema, aún mayor si cabe en población adolescente, y a saber apreciar la lucha existente detrás de sus itinerarios vitales. La atención a su salud mental con las nuevas dificultades que aparecen es un trabajo de todos.

## NUEVAS PROBLEMÁTICAS

Los funcionamientos límites en la adolescencia son desde hace tiempo una de las mayores preocupaciones clínicas para los profesionales, están presentes en muchos de los trastornos graves de la conducta, incluyendo abusos de sustancias, autolesiones y tentativas autolíticas. Alain Braconnier nos explica la conflictividad existente tras estos funcionamientos, que lleva a replantearse la naturaleza de la crisis adolescente en la sociedad actual, y nos ayuda a pensar en las orientaciones terapéuticas. Su noción de la «amenaza depresiva» en la adolescencia cobra aquí toda su relevancia.

Muy relacionado con los funcionamientos límites encontramos la problemática de los trastornos de la conducta. Josep Moya, que posee una amplia experiencia de trabajo con estas problemáticas desde diferentes unidades especializadas de tratamiento, explica en profundidad a qué responden y da algunas claves para ayudar en el abordaje de estas dificultades en el ámbito escolar, donde el malestar generado tiene especial repercusión.

Ligado a las problemáticas anteriores encontramos el fenómeno del acoso o *bullying*. José Ramón Ubieto nos explica la naturaleza del fenómeno y cómo lo moldea la sociedad actual. Implica la presencia de diferentes actores que debemos tener en cuenta para la comprensión y abordaje de estas situaciones.

La sexualidad es uno de los temas fundamentales de la crisis adolescente, y en tanto esta es también una crisis psicosocial, el entorno actual del adolescente va a determinar su vivencia. Ricardo Fandiño y Vanessa Rodríguez nos ofrecen una visión de la evolución seguida hasta llegar a las adolescencias hipermodernas. Por su parte, Sabel Gabaldón, nos plantea la complejidad de la identidad de género y la identidad trans, y la importancia de saber acompañar al adolescente en las diversas encrucijadas en que se encuentre.

Las nuevas tecnologías están omnipresentes en el mundo adolescente. Jordi Bernabeu, con una amplia experiencia en entornos municipales y sanitarios, nos muestra la complejidad de un fenómeno que desde hace

tiempo forma parte de la crisis adolescente y nos ayuda a pensar nuestra posición desde la asistencia.

El consumo de sustancias es otro tema muy asociado a la crisis adolescente. Elena Flores y Josep Matalí nos describen los conceptos fundamentales, cuáles son los patrones actuales más habituales y cómo orientar nuestro abordaje.

Tras la pandemia por la covid-19 estamos asistiendo a un auge de demandas en adolescentes. Los trastornos de conducta alimentarios son uno de los cuadros que han experimentado un mayor auge, junto a las tentativas de suicidio. Son cuadros donde la patología alimentaria se presenta junto a rasgos disfuncionales de personalidad. Glòria Trafach, con una amplia experiencia en el abordaje de estos cuadros nos plantea unas reflexiones que ayudan a entender lo que el confinamiento ha supuesto para muchos adolescentes.

El trabajo de Francisco Palacio-Espasa sobre los conflictos de la parentalidad es de enorme utilidad para comprender las dificultades de los padres y madres y cómo podemos abordarlos. En este capítulo, con la colaboración de Daniel Cruz, repasa el concepto de parentalidad y sus conflictos y detalla las particularidades que encontramos en la adolescencia.

## NUEVOS RECURSOS

Mark Dangerfield ha puesto en funcionamiento un recurso pionero de atención clínica domiciliaria con adolescentes basado en la metodología AMBIT del centro Anna Freud de Londres. La teoría de la mentalización nos ayuda a entender el funcionamiento de casos que muchas veces han sufrido terribles adversidades en su infancia que condicionan de entrada la confianza en los profesionales que los atienden.

La planificación en Salud Mental busca desde hace tiempo recoger la voz de los diferentes agentes que intervienen en su práctica, como es el caso de usuarios y familiares. La voz de los adolescentes también forma parte del movimiento en primera persona. Fran Eiroa y Cecilia Rebeca nos presentan un estudio sobre decisiones compartidas. No nos cabe duda que su aplicación sistemática en la práctica asistencial cambiaría la dinámica de muchos equipos.

Por otro lado es importante que nuestra labor contemple la visión de las familias sobre sus necesidades y las de sus adolescentes. Desde una federación de asociaciones de familiares de personas con problemas de salud mental, Carles Bonete nos presenta iniciativas de acompañamiento a los jóvenes para favorecer la inclusión social que son un complemento a la oferta de servicios de la red pública.

La psicoterapia de grupo es un recurso tradicional en constante renovación, como no puede ser de otra manera al trabajar con adolescentes.

Batirtze Artaraz, Igone Areizaga, Izaskun Etxebarria, Myrian Garcia, Thais Aldasoro, Manuel Hernanz y Fernando González nos explican los fundamentos básicos y su aplicación en los servicios públicos. Por otra parte, Norka Malberg, una de las principales referentes de la teoría de la mentalización, nos presenta en su texto la aplicación de esta concepción a la psicoterapia de grupo con adolescentes.

Fernando Dualde nos presenta, a través de las aportaciones del modelo de los Novick, las vicisitudes a tener presentes en el trabajo con los padres para que tanto adolescente como adultos puedan proseguir sus caminos evolutivos.

Los programas comunitarios de promoción de la Salud Mental forman parte de la cartera de servicios que deben contemplar los centros asistenciales. El Centre d'Higiene Mental de Les Corts tiene una larga tradición en la defensa del modelo comunitario y de la mano de Rocío Casañas, Laia Mas-Expósito, Mercè Teixidó, Patricia Escalona, Àurea Moreno, Mireia Merino, Jenifer Martín, Sónia Bernad, Eva Ezcurra y Lluís Lalucat, presentan este tipo de programas para jóvenes.

La situación de alarma generada por la covid-19 ha supuesto la implantación generalizada de la asistencia telemática. Paula Laita, Paloma Ortiz, Carla Paola Russo y Sara Terán plantean algunas reflexiones sobre el alcance y limitaciones de esta tecnología para una población adolescente particularmente afectada por unas medidas de aislamiento contrarias a su necesidad evolutiva.

Evaluación e investigación son patrimonio de todas las corrientes en Salud Mental. Sergi de Diego, en representación de varias instituciones asistenciales, nos introduce en la complejidad de la evaluación de las prácticas psicoterapéuticas y presenta un modelo de evaluación que incluye la subjetividad y es a la vez una herramienta de intervención terapéutica.



# MIRADAS



# ADOLESCENCIAS: LAS SEIS TAREAS, LOS CINCO DUELOS Y LOS CINCO ÁMBITOS EN UN MUNDO REVUELTO

*Jorge L. Tizón*

## RESUMEN

En el trabajo intento hacer un recorrido por los aspectos psicológicos y psicosociales que me parecen básicos para la comprensión y cuidado psicológico de la adolescencia. Parto para ello de un esquema descriptivo que he propuesto en otras ocasiones: el de las seis tareas (psicológicas) y los cinco duelos en los cinco mundos (psicosociales).

Se trata de poder comprender los avatares biopsicosociales de la adolescencia en su complejidad y dinámica actuales, que nos obligan a hablar de múltiples adolescencias. Y éstas probablemente son más diferenciadas que en cualquier otra época de la humanidad y más diversificadas que cualquier otra «edad del ser humano».

Esas seis tareas psicológicas, que plantean procesos de duelo complejos, se realizan además en ámbitos psicosociales tan diversos que las variaciones de ese cuadro en nuestros consultantes exceden de nuestras capacidades de síntesis. Por ello, propongo utilizar nuestros conocimientos y desconocimientos en cada apartado para poder hacernos una idea un poco menos estigmatizadora de cada adolescente y cada adolescencia concreta. En ese sentido, la tabla no sería tan solo descriptiva, sino que proporcionaría una especie de cuadrícula operativa para recoger nuestros conocimientos y desconocimientos.

ADOLESCENCIAS: LAS SEIS TAREAS, LOS CINCO DUELOS  
Y LOS CINCO ÁMBITOS EN UN MUNDO REVUELTO

*El adolescente tiene siempre motivos... Solo que (a menudo) no sabe expresarlos.*

## *Introducción*

El término *adolescente*, como el de *adulto*, parece que derivan de verbo latino *adolescere* (crecer, desarrollarse). *Adolescente*, en esa etimología, significaría «el que está creciendo» y «adulto», «el que ya ha crecido».

Sin embargo, la *adulescentia* romana posiblemente corresponde más con la juventud, el joven hasta los 25 años. Es decir, que incluso en la etimología existen confusiones y zonas translúcidas con respecto a la adolescencia: por eso en ocasiones se la vincula etimológicamente con el *adolecer* castellano («estar quejado», o «padecer una enfermedad»), lo cual, si bien no es cierto etimológicamente, posee sustanciosas resonancias psicológicas. Como son sustanciosas y «olorosas» las vinculaciones con el verbo latino *adolere* (*ad-olere*), que describía la difusión de los olores de las esencias en los ritos religiosos romanos.

La Organización Mundial de la Salud (1-4), define la adolescencia como la etapa del desarrollo humano individual que transcurre entre los 10 y 19 años. Suele hablarse de dos fases: la adolescencia temprana o pubertad, que transcurre entre los 10 y los 14, y la adolescencia tardía, entre los 15 y los 19 años. En cada una de esas subetapas se presentan cambios tanto corporales (crecimiento, cambios en la piel, los órganos sexuales y en el organismo global), como psicológicos (formas de vivir, de reaccionar y de relacionarse) y sociales (posición que ocupa el *niño-haciéndose-adulto* en el mundo social y en la organización familiar y social).

Por otra parte, tanto la OMS como los estudios antropológicos caracterizan la adolescencia como una de las mayores transiciones psicossociales humanas y, desde luego, extendida a gran parte de las sociedades (1, 5, 6). Hoy todo tipo de investigadores, clínicos y estudiosos del ser humano y las sociedades humanas, coinciden en la idea de que la adolescencia es una de las edades claves de la vida de los seres humanos y de sus sociedades, cosa que no era contemplada desde esta perspectiva por ninguna de las ciencias anteriores, ni por la cultura popular (7). También hay acuerdo en caracterizarla con una acelerada serie de cambios biopsicosociales, en calidad y cantidad solo superada por la que experimentan los lactantes (3, 4).

Si bien podría discutirse si es en sí misma un periodo de transición o una etapa de la vida humana (una «edad del hombre», en la terminología de Erikson (5-8)), su alargamiento actual en todas las culturas nos obliga a considerar esta segunda perspectiva, que implicaría dos transiciones: desde la infancia a la adolescencia y desde la larga etapa adolescente a la hoy mucho más larga «vida adulta»... La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, que el 85 por ciento de ellos viven en países con poblaciones empobrecidas o de ingresos medios, y que alrededor de 1,7 millones de adolescentes mueren cada año en nuestro mundo globalizado (2-4).

Se suele considerar que la adolescencia está genéticamente preprogramada en la especie a partir de la pubertad, y que comienza a partir de cambios celulares en sistemas hormonales clave. Al ser una fase o etapa del crecimiento y desarrollo condicionada por diversos procesos biológicos y hallarse genéticamente pre-programada ello «facilita» la abusiva y frecuente

hipérbole biologicista que adscribe numerosos trastornos que comienzan en ella como «genéticos»: psicosis, crisis fóbicas, «psicopatías»...

La adolescencia corporal comienza con los cambios físicos de la pubertad: *puber* se usaba en latín para hablar del *joven con vello en el pubis*. Nuestra herencia ancestral marca un momento de la evolución ontogénica en el cual un profundo cambio hormonal inunda el torrente sanguíneo con esos grandes transformadores e impulsores del desarrollo y las emociones primigenias que son las hormonas sexuales. Las hormonas sexuales y la tempestad hormonal (en realidad, psico-neuro-endocrino-inmunitaria: PNEI) que la pubertad desencadena, determinan esos cambios de las características corporales: tanto en los genitales, o caracteres sexuales primarios, como en otras partes del cuerpo (los caracteres sexuales secundarios). El resultado son importantes cambios de morfología y fisiología en diversas partes del cuerpo (caderas, muslos, mamas...), cambios de peso, de talla (el «estirón de la adolescencia»), musculares, en la distribución de la grasa corporal, en la dentición, etc, bien detallados en numerosas publicaciones, y entre ellas, las de la OMS (1-4).

Desde el vértice de observación que aquí nos interesa, el cambio hormonal y metabólico, al repercutir sobre el cerebro aún en formación, promueve cambios en su micro y macroarquitectura, y éstos repercuten sobre las formas de reaccionar y de relacionarse al ser humano de esa edad: hoy sabemos que durante la pubertad y adolescencia ocurre la muerte de millones de neuronas en nuestro cerebro. La integración de la personalidad, el logro del sentido del sujeto (*self*), coinciden en tiempo y procesos con fenómenos neurológicos claves como son la *apoptosis neuronal* y el *podado sináptico* masivos de la adolescencia (la muerte de millones de células y conexiones nerviosas, en teoría las innecesarias) mientras que continúa, si bien limitadamente, la *neurogénesis* (nacimiento de nuevas neuronas). En prácticamente todo el organismo adolescente se dan esos fenómenos de proliferación celular y apoptosis. Pero cuando ello ocurre en circuitos clave del sistema nervioso central como el hipocampo, tanto la poda neuronal como la aún discutida neurogénesis pueden jugar un papel destacado en los procesos de aprendizaje, memoria, sistemas emocionales, reacciones al estrés, depresión, respuesta a los daños cerebrales y otras situaciones (9-18).

Parece que esa *apoptosis neuronal* y el *podado sináptico* masivos de la adolescencia afecta, en principio, a las células y conexiones menos usadas y, por tanto, las más inútiles. Pero ¿y si eran las conexiones neuronales básicas para un joven frágilmente vinculado a nivel afectivo, poco estimulado, con dudas acerca de su identidad, dudas de la relación con los demás, inhibición y ambivalencias profundas en sus formas de entender el mundo y a los demás, con fragilidad en ciertos circuitos neuronales preferenciales que se hallan en la base de esos logros? (18, 19). ¿Y si esas conexiones psicológicas –y neurológicas– frágiles son las únicas que ha podido organizar

el apego-no seguro que ha vivido anteriormente? ¿Qué le va a quedar para construir su integración personal, su *self*?

En sentido inverso, como en el caso de la muerte neuronal masiva del embarazo y puerperio, ello puede significar la apertura a nuevas conexiones, circuitos y reacciones. Por eso, tanto en psico(pato)logía y neurociencias, como en endocrinología, sexología, antropología y tantas otras disciplinas científicas hoy tiende a hablarse de la adolescencia no solo como una de las *etapas* de la vida, aunque sea de transición, sino también como una importante «ventana para el cambio» (neurológico, psicopatológico, endocrino-inmunitario, antropológico...) (10-14). Los cambios cerebrales que ocurren durante ella solo pueden compararse en magnitud con los de la primera infancia, sobrepasando en importancia los radicales cambios del embarazo y el puerperio (15-18).

### *Algo de Psicosociología*

Sin embargo, a pesar de estar genéticamente preprogramada, la adolescencia como transición se halla sujeta a numerosas influencias ambientales e incluso epigenéticas. Por ello, tanto a nivel biológico, como psicológico y social, su duración y características varían a lo largo de la historia, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos y las clases sociales.

Tal vez porque la adolescencia en conjunto implica tan gran número de cambios físicos, psicológicos y sociales, muchas sociedades humanas (y en buena medida, la nuestra, nuestras formaciones económico-sociales) tienden a considerarla como una edad necesitada de especiales ayudas. Por eso ponen en marcha procedimientos orientados en general a apoyar a los seres humanos en este periodo y, al tiempo, orientados hacia su paso, más o menos ritualizado, a convertirse en los adultos de esa sociedad.

Las capacidades de integración biopsicológica y de diferenciación, de creación de una identidad, también genéticamente preprogramadas, vuelven a ser desafiadas en la pubertad y la adolescencia (19, 20). La tormenta hormonal y de cambios corporales y psicosociales que se desencadenan en la pubertad, entre los 11 y los 15 años, hace que todo lo adquirido anteriormente pueda tambalearse, pero tal vez para asentarse de forma definitiva. Ante el desafío que suponen los cambios que ocurren en el propio cuerpo y en los papeles y normas sociales que los chicos y chicas púberes tienen en nuestra sociedad (con quién estar y con quién no, qué hacer y qué no hacer, hasta dónde llegar en la exploración del placer y del propio cuerpo, como soportar o actuar el miedo, la vergüenza, la culpa, el fastidio, el aburrimiento que los invaden en oleadas), puede predominar la tendencia a la regresión, a volver a ser niño. El púber tiende entonces a vivir (casi) como un bebé, dependiente del pecho-familia, a vivir «en una casa de muñecas»

o en una «banda de chicos» o «de chicas», como algunos eternos adolescentes «Peter Pan». O puede recurrir a otras estrategias ante el temor a la individuación, a hacerse diferente: puede tender a hacerse «como mamá o como papá», en una sobreidentificación con los logros y las limitaciones de sus progenitores, sin poder ver más allá, sin poder alcanzar un rol para él mismo, una identidad propia y diferenciada. (21).

Por ahí transcurre el largo, y a veces tortuoso camino, que lleva (o no) a la capacidad de *intimidad* y a la *generatividad*, que decía Erikson (5, 6), es decir, a esa capacidad para la procreación y la crianza y, en general, para la creatividad. La generatividad ha de apoyarse siempre en una identidad al menos mínimamente consolidada, que incluye «un lugar en el mundo» para ese ser en transición. Solo si tenemos una consciencia al menos mínima de ese «lugar e identidad en el mundo» podemos soñar con dejarlo mejor de lo que lo encontramos y, al menos, un poco transformado por nuestras capacidades, en gran medida provenientes de las generaciones anteriores. Cada uno de nosotros es el resultado de una secuencia ininterrumpida de seres vivos para los cuales la adolescencia es un punto crucial porque puede abrir o cerrar el camino hacia la generatividad y, por lo tanto, hacia la continuidad de la vida y hacia la mejora solidaria y creativa de la misma (esa es la esencia de la creatividad). En la larga saga de generaciones que desaparecen para dar lugar a nuevas generaciones humanas, la creatividad es la aspiración y la ilusión del adolescente (y lo seguirá siendo si consolida su generatividad): «dejar el mundo en condiciones distintas a cómo lo hemos encontrado»; a ser posible, mejorado gracias a lo que hemos recibido y a nuestras capacidades (7).

En ese sentido, los profundos cambios de todo tipo de la adolescencia suponen siempre importantes conflictos emocionales y, consecuentemente, procesos de duelo y ritos psicosociales para ayudar a elaborarlos. La circuncisión en muchas sociedades, la primera cacería de animales salvajes entre los primitivos africanos, la caza del bisonte o la incursión en un poblado vecino para los pueblos indígenas de las praderas norteamericanas (5), el servicio militar aún en muchas de nuestras sociedades, la entrada en bandas, grupos y contraculturas diversas, con sus ritos diferenciados... Todas y cada una de esas costumbres son muestras de los intentos de ritualizar sus avatares y, por lo tanto, de elaborar o disminuir los sufrimientos propios de los varios procesos de duelo que coinciden durante ese periodo, además de facilitar la adquisición de los nuevos roles sociales. En general, en las sociedades pretecnológicas, el final de la adolescencia significaba para los varones el paso de niño a hombre, guerrero o miembro adulto de la tribu o clan, y eso se acompañaba con una serie de rituales (5, 22). En las mujeres de otras épocas o culturas, su equivalente serían las fiestas y rituales de la fertilidad y fecundidad, las diversas formas de «presentación en sociedad», los diversos rituales con respecto a la maternidad y la recolección, en definitiva, que precedían siempre a la entrada de la mujer en la vida adulta.

Pero para llegar ahí, para alcanzar la *generatividad* y, dentro de ella, la *mar-parentalidad* y la creatividad en general (23), hay que pasar una serie de tormentas psicológicas en las cuales la habilidad para distinguir entre el yo y los otros conseguida hasta entonces (como niños) es revolucionada por esos cambios corporales y psicológicos: también por eso hay que pensar en la adolescencia como «ventana para el cambio». No solo por los cambios cerebrales y epigenéticos (24-26, 13), sino porque es una ventana para la mentalización (13, 27, 28), para la consolidación o no de los tipos de apegos (13, 15, 16, 27-29), para la organización y conexiones entre los diversos «sistemas emocionales» (16), para una organización cognitiva y ejecutiva más desarrollada, para la organización de la personalidad (30, 31).

El cuerpo está cambiando, el cerebro está cambiando: se abre así el camino hacia nuevas organizaciones neurológicas, y al tiempo, psicosociales. La organización social, por otro lado, impone que el papel social del púber cambie. Todas esas transformaciones bio-sociales tienden a alterar profundamente cuanto había logrado psicológicamente hasta entonces. Pero gracias a esos cambios y conflictos y a tener con quién confrontarlos (papá, mamá, los hermanos, los profesores, los tutores, los amigos, las pandillas, la red social, el grupo, etc.), se abre el paso de una real identidad adulta, base de una real autonomía. Y para ello, es necesario experimentar una y otra vez el sentido de *utilidad*, de ser parte de esa saga de seres y generaciones que pasan por la vida, así como el experimentar una y otra vez que se posee «un lugar en el mundo» y que los otros se lo reconocen. El resultado final es o bien el logro de la *identidad* o, por el contrario, la *difusión del rol*, el fracaso en tener una idea de sí-mismo, de «quién soy yo» y en qué me diferencio de los demás, la confusión o la fragmentación del self (5, 13).

Todo ello supone una profunda transformación del niño, que había llegado a estabilizarse como niño escolarizado, con su identidad como niño. Una transformación que no ocurre sin oleadas o tempestades de recrudecimiento de las *emociones primigenias* (indagación, miedo, ira, deseo, apego, pena y ansiedades ante la separación, alegría (15, 16), y, por tanto, con un replanteamiento de los «sentimientos básicos» o «funciones emocionales básicas» habitualmente ya asentadas con anterioridad: amor-odio, esperanza-deseesperanza, confianza-desconfianza, contención- incontinencia (21, 5). De ahí los profundos sentimientos, a menudo sufrimientos, ansiedades, conflictos y miedos que invaden a los seres humanos en esa transición, aunque se escindan, nieguen, denieguen o inhiban más o menos profundamente... Tanto que, a menudo, lo que sucedió en nuestra adolescencia se reprime (o disocia) con tanta fuerza y dureza a lo inconsciente como lo que sucedió en la infancia, con los padres, o en los momentos más difíciles de la vida.

Además, si bien se desencadenan cascadas de cambios corporales, cerebrales, emocionales, intelectuales, sociales, el ritmo de desarrollo del

adolescente concreto en cada una de esas áreas puede ser diferente. Los cambios en el ámbito corporal (cambios en el cuerpo), o en el ámbito psicológico (cambios cognitivos y emocionales) o en la posición y rol social, pueden adelantarse o retrasarse en una adolescente o un adolescente concreto. Por ejemplo, hay adolescentes que pueden parecer físicamente maduros/as, pero es posible que no lo sean desde el punto de vista psicológico: Su apariencia puede hacer que creamos y esperemos que su modo de pensar o sentir sea «maduro», es decir, adulto<sup>1</sup>, o que sea capaz de elaborar sus emociones, cuando la realidad no es ésa.

Y todo ello mientras que el rol social del adolescente y del posadolescente está sufriendo profundos cambios, tanto interculturales como históricos. Con solo atrevernos a mirar al pasado siglo, podemos percibir la profundidad de tales variaciones psicosociales: inicio más temprano de la pubertad; alargamientos y acortamientos de la adolescencia o de algunos de sus cambios en según qué sociedades; postergación de la edad del matrimonio (la tradicional «adulterez femenina» en nuestra cultura) y, mucho más, de la edad para tener hijo(s); urbanización, globalización y multiculturalidad de la adolescencia; profundos cambios sexuales, reproductivos, de género y de costumbres; «feminización» de la adolescencia (una consecuencia de la revolución que está suponiendo el cambio radical de la posición de la mujer en la cultura y en la sociedad); inmersión sin retorno en el ciberespacio y el mundo de las redes sociales informatizadas, y otros muchos cambios que aquí no podemos ni nombrar.

Además, a nivel social, la actual crisis social provocada por el tardo-capitalismo especulativo transnacional, está sumiendo a toda la juventud y la adolescencia de territorios enteros como la Unión Europea, los USA, Rusia o, cada vez más, a la adolescencia china y oriental, en profundas dificultades, alteraciones y retrasos de esos procesos elaborativos. Son nuevos cambios que pueden o no sobreañadirse a los anteriores. Son cambios que «caen» sobre la adolescencia, y que a menudo hacen pensar en una «manipulación generalizada de la adolescencia» con fines ideológicos y políticos.

Por eso, ante la cantidad y cualidad de los cambios de la adolescencia hoy en día, he intentado esquematizarlos en la tabla resumen que acompaña a este trabajo.

Un esquema para explorar los cambios psicológicos y psicosociales de la adolescencia.

---

<sup>1</sup> Con las dudas que algunos tenemos de que los funcionamientos adultos actuales en nuestra cultura sean suficientemente «maduros», es decir, sustentadores y favorecedores del desarrollo solidario a nivel individual y social. Como decía una pintada aparecida durante el primer mes de la Pandemia de la covid-19: *We won't return to normality, because normality was the problem* (No queremos volver a la normalidad, porque (esa) normalidad era el problema).

Nos limitaremos pues aquí con desgranar los epígrafes de esa tabla, un esquemático mapa de situación o «cuaderno de campo» sobre el tema, y aportar algunas ilustraciones y comentarios, probablemente elementales y deshilvanados, sobre los complejos cambios que tienen que soportar hoy los adolescentes y sus familiares en nuestros países, en las sociedades tecnológicas del hemisferio norte. Un esquema del que lo primero que tenemos que decir es que se inspira en último extremo, como en otros muchos temas que he intentado desarrollar a lo largo de mi vida profesional, en las enseñanzas de Luis Feduchi (33). Un esquema que, dados los acelerados cambios de su objeto, la adolescencia, incluso he tenido que ir cambiando de título (32, 22), y que hoy llamo de «*las seis tareas, los cinco duelos y los cinco ámbitos en un mundo cambiante*» (tabla 1).

*Tabla-Resumen. Componentes psicológicos y psicosociales básicos de la adolescencia*

<b>Una revolución fisiológica, psicológica y social: Las 6 tareas y los 5 duelos en los 5 mundos y con (al menos) cinco cambios socioculturales</b>			
<b>Tareas</b>	<b>Duelos</b>	<b>Ámbitos</b>	<b>Cambios sociales</b>
1. Logro de la <i>identidad</i> o bien <i>seudoself</i> , confusión o des-integración.	1. Por el mundo de la infancia.	1. <i>El adolescente en la familia</i>	• <i>Adolescencia «acordeón»</i>
2. Dependencia x autonomía	2. Por el cuerpo y el Self corporal infantil.	2. <i>El mundo de los adultos</i>	• <i>Globalizada</i>
3. Nuevas relaciones con el cuerpo ( <i>self corporal</i> ).	3. Por la omnipotencia infantil y la necesidad de buscar a Otro.	3. <i>El mundo de los adolescentes</i>	• <i>Con mayor equilibrio intergéneros</i>
4. Nueva Sexualidad: 1. Diferenciada 2. Según el «puzle» personal 3. Menos marcada por lo agresivo	4. Por los padres idealizados.	4. <i>El adolescente aislado.</i>	• <i>Multicultural-¿inclusiva?</i>
5. Claves de la Relación de Pareja.	5. Por la posición en la familia.	5. <i>¿El mundo virtual?</i>	• <i>Digitalizada (Ciberespacial)</i>
6. Claves del estilo de vida (el <i>self social</i> )			• <i>Otros cambios</i>

### *Las seis tareas*

La habilidad para distinguir el self, la propia identidad, de los demás, así como la idea que el niño tiene de sí mismo, es puesta en duda por los

cambios corporales, psicológicos y psicosociales de la pubertad: Ya no podemos mantener la misma identidad que cuando éramos niños. Por añadidura, los demás comienzan a tratarnos de otra forma. Cambios, presiones, emociones intensas, peleas y demás sucesos propios de la pubertad y la adolescencia, ponen en crisis incluso nuestros mecanismos elaborativos, las formas como anteriormente nos enfrentábamos a las presiones ambientales, conflictos y pérdidas. El adolescente tiene que «aclararse» en las complejas tareas que nuestro mundo adulto impone a la adolescencia actual.

El final de la elaboración de los duelos y conflictos propios de la pubertad y la adolescencia dará lugar a la conformación de la personalidad global definitiva, con sus formas de relacionarse, sus formas de enfrentar los duelos y pérdidas, sus formas de usar/buscar la sexualidad, el amor, el odio y el conocimiento, con la constitución de los procesos elaborativos y mecanismos de defensa típicos de cada individuo, con sus normas, ideales, esperanzas o aspiraciones como persona individualizada. Si utilizamos nuestro esquema sobre los «niveles para la contención (del desequilibrio psicosocial)» (31-34)<sup>2</sup> podríamos observar cómo todos y cada uno de esos «niveles para la contención» son utilizados de forma radicalmente diferente entre la infancia y la adolescencia y entre ésta y la edad adulta.

Desde el punto de vista psicológico, pubertad y adolescencia van a significar el paso desde una forma de vivir como niños a una forma de vivir como adultos. Desde esta perspectiva, en nuestra opinión se trata de una auténtica «transición psicosocial», una de las más importantes para la especie y la cultura: Tanto el niño como los que le rodean van a sufrir cambios, van a tener que hacer una transición desde unos modos de vivir, pensar, sentir y relacionarse, a otros nuevos... Y ese proceso, con sus tanteos, conflictos, logros y fracasos dura años. Y fíjense que hablamos de «transición psicosocial»: Precisamente para insistir en que afecta no solo a uno de los lados del «conflicto» (habitualmente el adolescente), sino a ambos. Sin embargo, la tendencia a enfocarla de forma parcial, unilateral y sectaria puede llevar a olvidar que, para los progenitores, tutores y cuidadores, la adolescencia de los jóvenes a su cuidado implica una serie de aprendizajes, introyecciones y transiciones fundamentales. Como suelo decir en estos casos: *La adolescencia es el máster de la vida* (de los adultos), es decir, también para los adultos que soportan la adolescencia de sus crías... Una perspectiva crucial en la cual hoy y aquí no podemos entrar.

---

<sup>2</sup> Un esquema en el que recomiendo considerar al menos «siete niveles que utilizamos o hemos de utilizar para contener la tendencia al desequilibrio psicosocial» a lo largo de conflictos y transiciones vitales graves: 1) el mundo interno, 2) la organización yoica, 3) el self corporal o vivencia del cuerpo, 4) la familia y la posición en la familia, 5) las redes sociales «carnales» e «informatizadas», 6) la escuela o el trabajo y el paso entre la escolarización y el trabajo y 7) la relación con los servicios asistenciales o comunitarios (de salud, de salud mental, escolares, de servicios sociales) (31, 34).

El *niño-haciéndose-adulto* debe enfrentar una tarea fundamental: el logro de una *identidad*. La realidad es que ya no puede mantener el mismo self de niño, la identidad infantil. Además, los demás comienzan a tratarlo de otra forma. Cambios, presiones, emociones intensas, competitividades, competencias y demás sucesos propios de la pubertad y la adolescencia ponen en crisis sus mecanismos elaborativos, las formas como anteriormente se enfrentaba a las presiones ambientales, conflictos y pérdidas. El final de la adolescencia, a nivel psicológico significa haber adquirido una identidad personalizada, haber construido y estructurado las bases permanentes de la personalidad, de su particular combinatoria de emociones primigenias, emociones sensoriales, sentimientos básicos, fantasías conscientes e inconscientes, esquemas cognitivos nucleares, defensas y procesos elaborativos fundamentales, ideología...

Logro de la identidad, de una identidad, o bien *confusiones* de rol, *seudoself* más o menos inestable o incluso des-integrado (por ejemplo, en los «trastornos por inestabilidad emocional límite» y en las psicosis pospuberales (31, 32, 34)): Esa es la tarea psicológica básica del período de la adolescencia. Pero a esa tarea, al menos en nuestras sociedades occidentales, se le añaden otras varias, tal vez no tan complejas, pero también costosas de elaborar: Entiendo que otra tarea primordial es la de aclararse, tomar una posición en el *conflicto dependencia-autonomía* (cuánto, hasta qué extremo y de quién ser dependiente, y hasta qué grado y en qué situaciones ser autónomo). Como vemos a menudo alrededor, muchos adolescentes fracasan en este conflicto, algo en lo cual la crisis social y política de nuestros estados está colaborando negativamente. Así, hay chicos y chicas que se quedan anclados en la dependencia excesiva: los *ni-ni* de hace unos años eran una buena muestra de ello; los posadolescentes que no pueden estudiar, ni trabajar, ni crear una familia independiente, son una versión más «moderna». Por el contrario, y a pesar de todo, otros y otras jóvenes hacen intentos actuadores, poco preparados, de independencia.

Pero el cuerpo va cambiando durante todos esos años. En una sociedad tan dominada por el mito apolíneo, por la importancia de la estética corporal por encima de la estética emocional y la ética, eso supondrá para el adolescente (y para sus allegados), meses y años de dudas y sufrimiento: ¿Creceré suficiente? ¿Cuándo se me quitarán los granos? ¿Me dejarán deformada la cara? ¿Mis senos, mi pene, mis hombros, mis caderas serán suficientemente grandes o armoniosos? ¿A qué cuerpo se parecerá mi cuerpo? ¿Al de mi padre, al de mi madre, al de mi hermana, mi tía, mi abuela...? Y también la contra-identificación del self-corporal: ¿A cuál no quiero que se parezca?

Además, los dolores y molestias propios del crecimiento corporal acelerado que suelen darse en algún momento de esos años complican la finalización de esta tercera tarea: lograr una nueva relación con un cuerpo nuevo. Observar, convivir y desarrollarse junto a ese «espacio transicional»

que cambia con el adolescente es lo que puede llevar a la vivenciación e integración del *esquema corporal* en las dimensiones del espacio-tiempo y las relaciones afectivas y sociales, es decir, a un nuevo *self corporal*. Distante del infantil, en parte contrapuesto, marcado por las vivencias tanto primigenias como actuales con el propio cuerpo y con el de los allegados, pero también influenciado por las oleadas hormonales, por los cambios biológicos en general, por la influencia de esos familiares y allegados, por las presiones sociales hacia los cuerpos perfectos y deseables o bien imperfectos, arrinconables, casi desechables...

Pero es que además, integrar-se con el nuevo cuerpo y con sus cambios implica la tarea de integrar la sexualidad o, mejor dicho, una nueva forma de psico-sexualidad, de vivir la sexualidad (porque la sexualidad y el deseo como emoción primigenia existe y se expresa en todos nosotros desde los primeros tiempos de la vida). Nuevos conflictos y, tal vez, nuevas aperturas para una tarea imprescindible: La consolidación de una psicosexualidad y de una emocionalidad diferenciadas, de unas costumbres de relación en las que se combinen de forma idiosincrásica, y diferente a la infancia, las emociones del deseo y el apego, el deseo y el juego, el miedo y la indagación, la ira y la alegría, la alegría y las ansiedades ante la separación (la pena). La psico-sexualidad, el *deseo* y el sexo pueden hacerse más urgentes e impredecibles, aunque han de ir evolucionando hacia una postura y actitudes personalizadas, individualizadas.

Cómo combinar la oralidad, la analidad y otros deseos zonales con la actividad y la pasividad, con la sensibilidad o la fuerza, con la intrusión o la recepción, con la exhibición y la escopofilia, y con diversas modas y modos culturales: he ahí las bases para un «muestrario» actualizado de posibilidades que, en nuestra cultura, por primera vez en la historia, las jóvenes y los jóvenes pueden usar para construir su propio «puzzle» sexual. Es decir que, en nuestros días, esta tarea parece haberse complicado, porque las posibilidades donde elegir, los diversos componentes de la sexualidad y el género permitidos, son mucho más abiertos, variables y polimorfos. Pueden desplegarse como un paisaje mucho más abierto ante el desarrollo del adolescente que en otras épocas de la evolución de la humanidad. Aunque no está claro que eso suponga tan solo complicaciones, pues no hay mayor «complicación» que el no poder expresar los deseos homosexuales u homogenéricos por miedo a la muerte, lo que sucedía en muchas culturas antiguas y en demasiadas de las actuales.

El resultado final es una psico-sexualidad casi siempre menos marcada por la urgencia y por lo exhibicionista y agresivo. Pero una psico-sexualidad que tendrá que haberse situado en un mundo más abierto que nunca en cuanto a las dimensiones del sistema de género y la diversidad sexual, expresando experiencias que trascienden más que nunca el binomio hombre-mujer. Ello implica una tarea: la tarea de «aclararse», al menos mínimamente, en temas tales como el sexo biológico y el *self corporal*

(la representación del cuerpo en la historia y las relaciones), la *orientación sexual* (heterosexual, bisexual, asexual, gay/lesbiana...), la *identidad de género* (hombre, mujer, transgénero, *queer*, personas trans no binarias, personas «de género fluido»...), la *identidad sexual* y la *expresión de género* (masculina, femenina, andrógina, personas con expresiones de género fluidas...) (35). Como puede verse, temas todos ellos complejos y hoy, más complejos aún, amén de controvertidos.

En esa tarea, las urgencias/temores para definirse, para mostrarse, para exhibirse, para la descarga actuadora o incontinente, o para la ideología inhibicionista no solo van a venir de dentro, de su propio mundo interno, sino de la cultura y la organización social. El adolescente se topará y tendrá que lidiar con algunas organizaciones sociales que protegen su desarrollo y con numerosas organizaciones sociales más o menos perversas que, a partir de las dificultades de esta tarea y de la perentoriedad del deseo, intentan aprovecharse de sus dudas y encuadrar o «fijar» el desarrollo del adolescente como «consumidor» acrítico (36).

De ahí mi idea de la psicosexualidad personal como *puzzle auto y hétero-construido* con cada vez más variantes y posibilidades de elección. El final de la adolescencia no es «ser como papá» o «como mamá», desarrollar estereotipos pasados. Más que en cualquier otra época histórica, los adolescentes se encuentran con la posibilidad (y el reto) de ensamblar las piezas que le proporciona la biología, la historia de sus relaciones precoces y actuales y las presiones, modelos y estereotipos culturales y sociales para construir su propio «*self sexual*». Un aspecto clave del self, de la identidad, que además, marcará de forma retroalimentada y redundante la tarea de encontrar las *claves para su relación de pareja*: abierta, cerrada, monogamia sucesiva, «monogamia imperfecta» o pasajera; con hijos o sin hijos; secreta, privada, de hecho o de derecho; homosexual, heterosexual, transexual, *queer*, cambiante, poliamor... (35). Porque lo que está detrás, la quinta tarea, trabajosamente, pero también placenteramente conseguida con la adolescencia, ha de ser la tarea de la elección de pareja y de la constitución de una pareja. O, al menos, unas ciertas tendencias personales con respecto a cómo ha de ser y puede ser esa pareja. Lo contrario es la regresión inhibida, atemorizada, obsesivizada, paranoide o por ruptura psicótica del self hacia la misoginia, el aislamiento y la soledad.

Y ese es un campo, solo uno, en el cual el adolescente busca, tantea y prueba la tarea de consolidar su estilo personal de relacionarse, su *nuevo estilo de vida*. Porque la sexta tarea consiste en aclararse e integrarse con un estilo de vida que le sea propio, con el cual identificarse, primero durante ese viaje de la adolescencia, después, en la vida adulta. Un estilo de vida que, salvo excepciones, no puede ni debe coincidir con el estilo infantil, salvo en esos y esas adolescentes infantilizadas que aún muchos adultos y la industria del consumo desearían perpetuar. De ahí la importancia de las «tribus urbanas» y las organizaciones sociales de los adolescentes: góticos,

maras, skins, okupas, futbolistas, deportistas de élite o de riesgo, grupos de skating y de surf, de ecologismo o política, tienden a convertirse no solo en equipos, gustos u opiniones, sino en creencias; no solo en ideas, sino en formas de vida; no solo en pandillas y grupos, sino en familias... Pero en ese camino, como es bien sabido, muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir, consumir, consumir... También para consumir alcohol, tabaco u otras drogas, para consumir porno y tal vez prostitución, y para empezar a tener relaciones sexuales. Y todo a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos una elevación del riesgo (37-40): del riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, del riesgo embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), del riesgo del endeudamiento de los bancos y del juego ya desde la adolescencia... De esta forma, y tal vez hoy más que en otras épocas, un estilo de vida propio debe alcanzarse a través de la resistencia a presiones y traumas con gran poder, con un enorme poder pseudo-identificadorio (40).

### *Los cinco duelos*

Todo ello, significa que el adolescente (y su familia) han de pasar por una serie de pérdidas sensiblemente descritas, por ejemplo, por Luis Martínez-Feduchi (33), cuando habla y enseña sobre la adolescencia. A nivel psicológico, no hay cambio (real) sin pérdidas. Y toda pérdida importante pone en marcha los procesos elaborativos a los que llamamos *procesos de duelo*, que hoy sabemos que es uno de los sistemas emocionales primigenios genéticamente predeterminados en la especie (16), con unas finalidades etológicas (protegernos de la separación del objeto de apego y fomentar el apoyo social ante las pérdidas y frustraciones), unas percepciones específicas incondicionadas, unos circuitos neurológicos preferentes y unos neurotransmisores propios (facilitadores e inhibidores). La denominación de este sistema emocional básico varía según la perspectiva científica y cultural, pero *pena*, *grief*, *procesos de duelo* o «ansiedades ante la separación» son los términos más utilizados y, tal vez, más adecuados (16, 31). Es el sistema emocional para disminuir y/o evitar las consecuencias de las separaciones, que, si no funcionara, dejaría campo libre al desarrollo de lo que ya Bowlby (41) describió como la «evolución del duelo en niños»: tristeza y protesta, desesperanza y desapego.

Es lo que nos permite hablar con propiedad psico-biológica de «los cinco duelos» que se entremezclan y entrecruzan a lo largo de la pubertad y la adolescencia: Primero, el duelo por el *mundo perdido de la infancia*: muñecos, peluches, juegos infantiles son substituidos, pero nunca del todo, por competitividades adolescentes, juegos de conquista, intereses sexuales, juegos agresivos, juegos de adultos... Segundo, el duelo *por*

*un cuerpo y unas formas corporales* de niña o niño, con las que ya nos habíamos identificado, pero que van a cambiar radicalmente durante la pubertad y la adolescencia: Teníamos un cuerpo conocido y definido y se abre ante nosotros un incierto futuro para este cuerpo que cambia, y que tal vez duela casi cada día durante la pubertad. Los procesos de duelo se ponen en marcha tanto ante lo que perdemos sin poder jamás recuperarlo (el cuerpo de niño, con el que ya nos habíamos identificado) y/o por lo que aparece y se va consolidando, que tal vez nos guste o no, que tal vez cumpla con nuestras expectativas (pero casi nunca de forma completa). Ahí se apoyan anorexias, vigorexias, trastornos alimentarios, hipocondrías varias, creencias cuasidelirantes en ejercicios y dietas «especiales» («Eres lo que comes»), etc. Trasuntos de un narcisismo tan necesario, pero tan difícil de integrar en la adolescencia.

La infancia se pierde. El adiós a la infancia. Todo ello es percibido con más o menos dolor y sufrimiento por el chico o chica cuyo cuerpo cambia sin que él o ella misma sea capaz de controlarlo: demasiado deprisa o demasiado lentamente. Ello radicaliza la pérdida, el sufrimiento y al final, la dolorosa *renuncia a los sueños e ilusiones infantiles de omnipotencia*: No controlamos ni nuestro cuerpo, lo que pasa y pasará en nosotros mismos. ¿Cómo vamos a poder controlar nuestra vida, nuestro futuro, ser todo lo que queríamos ser?: No tenemos todo a nuestra disposición: nuestra vida va a tener limitaciones. Es durante la adolescencia y la posadolescencia cuando se desarrolla el «objeto interno muerte» y su significado más realista, más de «objeto total», que implica nuestra segura desaparición, su «universalidad». Dependemos mucho, a menudo más de lo que nos gustaría, de los seres que nos rodean y nos quieren. Los sueños del «rey de la casa» y del «príncipe», la «princesa» (o de la «bella durmiente») se muestran como irremediabilmente trasnochados (5, 44) y trocados en una urgente necesidad de un otro con el que compartir emociones, intereses, afanes, vida...

Pero es que además, ese tercer duelo corre parejo e interacciona con el cuarto: La pérdida de los padres idealizados o, mejor dicho, la *pérdida de la idealización de los padres*. La percepción siempre emocionalizada de padres o tutores, tal vez consolidada a través de los conflictos y transiciones de edades anteriores, puede y debe ser puesta en duda a través de la percepción más amplia de la realidad de los mismos y a través de una nueva fuente de información hasta entonces inexistente: su respuesta a las emociones y necesidades del púber y el adolescente. Fantasías y representaciones profundamente grabadas de los progenitores y sus funciones entran en crisis, entre otras cosas porque la/el adolescente necesita comprobar su coherencia, su integridad real, hasta entonces supuestas y ahora desafiadas.

Los padres pasan a ser reales, demasiado reales, «pobremente humanos», llenos de defectos y conflictos, limitaciones y frustraciones, a menudo

espejo de lo que «por encima de todo no quisiera ser». Al tiempo que, para cumplir varias de las tareas anteriormente descritas, la/el adolescente en transición necesita identificarse con su padre y con su madre, contra-identificarse con aspectos de él y de ella, aceptar unas partes, rechazar otras (5, 44). Y todo ello, en medio de tempestades emocionales y de conflictos con esos progenitores y tutores, conflictos que le llevan a no aclararse entre sus elecciones e identificaciones conscientes e inconscientes, al menos durante muchos momentos o períodos. Máxime porque los cambios sociales, de los que luego hablaremos, abonan lo que en otros momentos hemos llamado «el triple miedo de la posmodernidad»: el miedo de los maestros a sus alumnos, de los políticos a sus electores y de los padres a sus hijos (42, 45). Las dificultades de identificación y contra-identificación, agravadas por las de esas figuras paternas (reales y simbólicas) hacen que sean tan frecuentes idealizaciones tales como los «padres hermanos», «padres *coleguis*», los «padres amigos», los «padres que no se enteran» y un largo etcétera. En realidad, ello significa una dificultad de los padres para concebir y aceptar una función de mediación entre una generación y la siguiente, de eslabón en la historia de generaciones que es la historia (real) de la humanidad. Y todo ello, al tiempo que las capacidades cognitivas y emocionales del joven crecen enormemente y, por lo tanto, puede percibir más y mejor los defectos de los adultos a los cuales, en mayor o menor medida, todavía idealizaba.

Para afianzar las capacidades yoicas (capacidades de relacionarse con uno mismo y las propias emociones y conflictos, y de relacionarse en sociedad) se necesitan tanto objetos externos de identificación (los padres y tutores) como objetos de comprobación y competitividad más o menos iracunda y más o menos temerosa. El desarrollo de la «experiencia del Yo», coincide con las luchas por ser y conducirse mejor que los padres (20, 33, 44). La rebelión adolescente es al tiempo una búsqueda de independencia y una formación reactiva contra el resurgir de los sentimientos edípicos, pero también un intento «reparatorio» y tal vez sublimado de encontrar y vivir con valores diferentes y mejores que los que sostenían los padres. Se ponen en marcha nuevas identificaciones que pueden modificar las identificaciones parentales iniciales. Esa búsqueda puede producir desastres, violencia y regresiones morales, pero puede conducir también a la creatividad moral y social, uno de cuyos ejemplos recientes más creativos pudo verse en el mayo del 68 y sus epígonos (43). Es decir que esta nueva etapa de la humanidad, esta nueva «edad del ser humano» (5, 44), la adolescencia, solo hace muy poco descubierta como tal (al igual que la de la «infancia»), vemos que puede contribuir de forma decidida al progreso de la civilización (y de la humanidad).

Para colmo, todo lo anterior, así como las influencias sociales, llevan a que el adolescente pierda su *posición en la familia*, hasta entonces clara, al menos en nuestras sociedades, tan influenciadas por el psicoanálisis en la nueva consideración de la infancia. Tiene que comenzar a vivir en una nueva posición, que busca y crea al tiempo. Una nueva posición en

la familia (en el «sistema o estructura familiar») y en la sociedad. Ello implicará, indefectiblemente, el pensar y fantasear en dejar a la familia o, alternativamente, en la regresión atemorizada ante ese futuro... Es el quinto duelo de la adolescencia.

El resultado de ese conjunto de pérdidas y procesos de duelo es lo que le lleva a admitir e introyectar (o no) las identidades sociales que trasmiten (pero también descubren) los valores morales de la comunidad, filtrados a través de las propias vidas y las de los padres. El púber y el adolescente se halla parciamente a su merced y parcialmente no: de ahí la importancia de los FR (factores de riesgo) y las ERA (experiencias relacionales adversas (37, 39)) en la infancia anterior y en estos momentos; por ejemplo, la importancia de la negligencia o de los abusos, que alteran de forma radical cada una de las tareas (y especialmente la 1, la 2, la 3, la 5, la 6) y complican la elaboración de cada uno de los cinco duelos fundamentales y, en particular, del 1, del 3, del 4 y del 5.

### *En los cinco mundos («o ámbitos»)*

El conjunto de conflictos y presiones es tan complejo, que el adolescente tiende a vivirlo en lo que habitualmente he llamado los «cinco mundos», por lo aparentemente completos y separados entre sí que los vive. El adolescente posee la habilidad, pasajera pero a menudo asombrosa, de poder vivir y vivirse en esos mundos, durante años enormemente disociados, y de experimentarse, perderse y re-encontrarse en cada uno de ellos: Así, todo adolescente tiene «momentos familiares», en los que lo fundamental es sentirse parte de la familia, compartir con la familia, comunicar con la familia: Por ejemplo, lo que siente, sus temores, sus dudas, sus rabias, sus pérdidas, sus dolores, sus frustraciones... Pero las profundas transformaciones y disgregaciones de la «familia líquida de la posmodernidad» (45, 47) van acompañadas, según Lasch (36) de una desregulación de los vínculos que unían amor y poder, sentimientos e instituciones, afectos y reglas (46). Los padres se han «proletarizado», en el sentido de perder una buena parte de su poder «vertical» en un mundo en el cual la legitimación se busca en relaciones más horizontales, democráticas, igualitarias (7) y en el cual las referencias al poder y a las amenazas del poder han llegado a convertirse incluso en el núcleo para una psicopatología alternativa (48). Al hacerse más porosa, permeable y disgregada, la familia ya no es el «puerto seguro», la «fortaleza», la bahía de refugio frente a la conflictividad social y la implacabilidad del mercado de trabajo, por mucho que se empeñen en seguirlo mostrando así omnipresentes productos «seudoculturales» provenientes de los centros económico-culturales del imperio. Menos aún para las/los adolescentes.

Un segundo mundo (o ámbito vivencial) es el de «los otros adultos»: Desde la escolarización, desde que ha entrado en el mundo de la tecnología,

la exploración, el esfuerzo, el ejercicio físico, han aparecido otros adultos significativos, poderosos, acogedores o, simplemente, dignos de identificaciones (o de contraidentificaciones). Son las maestras y maestros, tutores, entrenadores, adultos influyentes, familiares, amigos de los padres... Tal vez también hayan aparecido adultos autoritarios, violentos, abusadores, incluso intrusivos o perversos... De ese conjunto de experiencias relacionales diversas, filtradas a través de la *confianza o desconfianza básicas* adquiridas en fases anteriores (5, 44), dependerá en buena medida la posición y la relación entre el/la adolescente y el mundo de los adultos, en el cual le piden y exigen que viva –y en el que, a veces con dolor, percibe que va a *tener que vivir*.

Pero en nuestros días, el adolescente exhibirá y defenderá por encima de todo la importancia de sus vivencias, sus conocimientos y sus relaciones en otro ámbito, en otro mundo: con los otros adolescentes, con los amigos, *compis-compas*, compadres, camaradas, compañeros, colegas, *coleguis*, con otros adolescentes triunfantes como *blogueros*... Ese es el mundo «real», el mejor de los mundos, defenderá una y otra vez... sin creérselo del todo. Y luchará una y otra vez, y en uno y otro ámbito, para que sus padres, tutores y cuidadores cedan su papel a favor de ese mundo de los adolescentes. Combatirá por los horarios de salir o volver a casa, por las actividades que son buenas o malas de hacer, por quién y cómo regular esos horarios y actividades, por cambiar a los padres según el modelo de otros adultos admirados más «benevolentes» o más «amigos de sus hijos». Todo ello ha dado lugar a las «*generaciones culturales*» o «generaciones de coetáneos» (unos 15 años), que no hay que confundir con las generaciones biológicas (unos 30 años) (7). De ahí que después de los *baby boomers* viniera la *generación X*, con su reivindicación de las neosexualidades y uniones amorosas no legalizadas, pero que sufrió la irrupción de una pandemia global como fue el SIDA inicial. Después, la *generación Y* o de los *millennials*, con su dependencia de los medios de difusión comerciales y las TIC's, con su apariencia de *Fun Generation*, pero que últimamente se ha visto sacudida por la crisis económica, el predominio de la economía especulativa sobre la productiva-creativa, así como por la precariedad existencial y el paro omnipresente. Y esas realidades sociales, junto con la drástica disminución de la natalidad en todo el globo, pero particularmente en los países tecnológicos, tal vez esté abriendo el camino al *preariado* de una la *generación Z*. Una generación que, salgamos como salgamos de la crisis de la Pandemia covid-19, ya será diferente y ha quedado marcada, como todos nosotros, por tal experiencia.

Por todo ello, a veces como rechazo y a veces como refugio, para consolarse o para que no se note su sufrimiento, desamparo y desorientación, el adolescente tiende a hundirse, más que en cualquier otra edad de la vida en el cuarto mundo: en el mundo de su intimidad, de su estar solo con él mismo, de sus dolorosas soledades y apabullantes aburrimientos y cansancios. En el mundo del sofá, de la habitación cerrada a «cal y canto»

y con su orden-desorden oloroso particular; en el mundo cerrado con sus auriculares, o de sus músicas particulares perforando puertas y tabiques... En su obsesiva y ritualizada inmersión en algunos videojuegos se pueden estar viviendo y experimentando las emociones primigenias, pero sin algunas de las emociones sensoriales básicas: sin tocarse, sin olerse, sin sentir el roce o el peso del otro cuerpo en o sobre el nuestro... En el extremo, algunos de esos adolescentes realizan una pseudoelaboración de la intimidad precisamente a través de la red y es casi solo en ese mundo donde exponen/se exponen sus rasgos, sus riesgos, compiten, hacen amistades e, incluso, ganan dinero. Su extremo psicopatológico lo podemos ver patente en el fenómeno «*hikikomori*», en los adolescentes «colgados de la maría» durante todo el día, o en el frecuente «atrincheramiento» del adolescente con psicosis incipiente o con otros trastornos mentales graves (23, 29, 32, 38, 54).

Si pensamos en lo que hemos recordado en los párrafos anteriores, es fácil comprender que ese aislamiento (relativo) del adolescente sea a veces profundo, sorprenda a los familiares y allegados: «*Pero si no era así... Si siempre había sido tan sociable*»... Pero a menudo ese aislamiento es mucho más relativo de lo que piensan los adultos: en realidad, las TIC's son, sobre todo, una «ventana al mundo», como señalábamos anteriormente y como la pandemia reciente –y los anhelos de solidaridad también a través de la red– se han encargado de patentizar. Como muchos de tales adolescentes nos ha obligado a reconocer, el uso, incluso intenso, de las TIC's, no significa cerrarse a la realidad, a los contactos, a otras relaciones, a la búsqueda de un nuevo mundo (para ellos y para todos nosotros) (55). Puede significar, por mucho que nos duela, que tal vez están más enterados que nosotros del mundo en el que ellos vivirán (y que nosotros no podremos visitar, ni siquiera en sueños).

En realidad, salvo en el extremo del aislamiento excesivo que supone el pródromo de un trastorno grave en la salud mental de ese chico o chica o incluso del *trema*, los momentos de soledad y aislamiento van a ser necesarios para poder elaborar, digerir o rechazar tantas tareas y duelos cómo hemos descrito más arriba (32-34).

El mundo virtual, el adolescente conectado, parece que ha cambiado algo ese aislamiento. Gran parte del tiempo que anteriormente era de aparente vacío y soledad (pero que podía ser de *insight*, *mindfulness*, de conciencia sobre uno mismo (50)), de trabajoso desarrollo de las capacidades de introspección emocional y mentalización) hoy se llena de conexiones variadas y continuas: con los amigos en la red, con *influencers* y *bloguers*, con las figuras admiradas de la música, la cultura, los deportes, con la indagación voyerista o madurativa en la red, con la sexualidad aplastada a menudo por la pornografía o por enormes simplificaciones desmentalizantes, con los juegos solitarios o en grupo, con la competitividad desarrollada a través de la red, con las apuestas como expresión de núcleos de aventura,

pero también masturbatorios y adictivos... Las experiencias en el mundo virtual, la amplitud de las mismas y de sus capacidades transformadoras significan un cambio propio de nuestra época, y un cambio que repercute directamente sobre los avatares de la adolescencia. La posición del adolescente con respecto a un ámbito tan importante en nuestro mundo, tanto en su edad como en el futuro, viene marcada por la posición que va adquiriendo en el ciberespacio ya en este período: es un «*nativo digital*» que puede quedar convertido en un esquizoide y adicto «*aborigen digital*», en un «*aislado digital*» (los escasos adolescentes que rechazan o fracasan en el desarrollo de habilidades en este ámbito), en un «*adicto digital*» más o menos defensivo o, más frecuentemente, en un «*creativo digital*», en un aprendiz de nuevas formas de ver, relacionarse con el mundo, transformarlo gracias a la inmersión en el ciberespacio. Después de la experiencia de la pandemia de la covid-19 y las medidas de aislamiento tomadas en más de la mitad de la humanidad, ¿quién puede hablar de la misma forma de la «adicción a los adolescentes a las pantallas», de su uso «excesivo» o «patológico» de las mismas? Aquí han aparecido numerosas contradicciones nucleares en nuestra cultura en crisis, sobre las que vale la pena reflexionar desde ya mismo (55).

El adolescente durante años viaja de «mundo en mundo», al menos entre esos cinco planetas, como un explorador infatigable en busca de un nuevo hogar «más allá de las estrellas». En parte, porque siente obscura y profundamente que ese viaje es el más importante en la vida, se acompañe o no de viajes externos, de viajes geográficos: Al final del periplo, la única Ítaca que descubrirá, si llega a ella, es la de su nueva identidad en el mundo, ya como adulto en un mundo de adultos, con una personalidad global y estructurada, y el convencimiento de que el viaje «vale la pena», bien vale las penas. El viaje. El gran viaje.

Pero en cada jornada de su periplo, en cada encrucijada y en cada altozano, el viajero adolescente tiene que ir soportando las presiones de la familia y sus propias presiones contra la familia (horarios, autonomía, diferencias...): los conflictos de dependencia-independencia, aunque intente pseudo-superarlos de diversas formas. Por ejemplo, en muchos existe esa marcada necesidad-dependencia, de tener el móvil entre manos y mirarlo siempre... Hay jóvenes que ya no miran a los ojos, no miran a la cara si no es a través de las pantallas, en una extensión del mundo virtual a las expresiones faciales connaturales con cada emoción. La presión de la mirada emocionada del otro, en directo, cara a cara, mirada a mirada, puede ser insoportable, y hay que mediarla y mediatizarla a través de pantallas, mangas, dibujos animados, *emojis*... Pero, además, de la presión del *otro*, de *los demás*, que diría Sartre, muchos adolescentes van a tener que soportar los conflictos y presiones del primer trabajo o el paro, las presiones laborales, sociales, militares, los cambios escolares y de la entrada en la universidad, la soledad frente a la necesidad del grupo, el aislamiento frente a la

tendencia a la promiscuidad, las relaciones con el otro género, la elección sexual, etc. Todo un programa. Y con la identidad anterior como niño, trabajosamente lograda a través de las transiciones psicosociales anteriores, desafiada ahora por la identidad de nuestro grupo, de nuestra pandilla, por nuestra familia y por otros adultos, así como por la necesidad de incorporar nuevos modelos de personalidad y de rebelión contra la generación de los padres.

### *Pero todos los mundos están cambiando*

Hasta aquí hemos hecho tan solo un esquema: el cuadro es aún más complejo y variable entre los diferentes adolescentes, clases sociales, países y culturas. De ahí la validez de pensar en «adolescencias» y no solo adolescencia. Y más hoy, en nuestros días, cuando tomamos tan sujetos a los cambios de la vida líquida, el amor líquido, la sociedad líquida, la familia líquida y otra serie de liquideces socio-culturales y psicológicas (45-49). Se trata de cambios que se están dando hoy y que se seguirán dando, quiéralo así o no el adolescente y quiéralo así o no su familia y allegados. Nombremos al menos algunos de ellos.

Por un lado, nos encontramos con la «adolescencia acordeón»: al mismo tiempo que biológica y psicológicamente puede comenzar antes, en años más tempranos que anteriormente, al mismo tiempo, las radicales desigualdades sociales de nuestras sociedades pueden forzar que su duración social, y, por tanto, psicosocial, se alargue indebidamente. Y puede alargarse con la creación de nuevos conflictos añadidos, pues esta mujer u hombre biológicamente «terminados», menos que nunca tienen una forma de vivir asegurada, un lugar donde vivir, un plan con el que vivir por causa de esas desigualdades e injusticias sociales que significan la especulación con el suelo, el trabajo, la vivienda, el consumo, la sexualidad... Es decir que en realidad no poseen suficiente autonomía, ni seguridad vital para expresar su puzle sexual, las relaciones de pareja deseadas, un estilo de vida personal. Muchas de las «tareas de la adolescencia», y en particular la 2, 4, 5 y 6, quedan dificultadas ya desde la organización social, cuando no incluso por la cultura y la familia. De hecho, un número cada vez mayor de adultos jóvenes en nuestro hemisferio vive aún con sus padres: el 19 por ciento de los hombres entre 25 y 34 años, y más del 10 por ciento de las mujeres, porcentajes que han crecido en más del 30 por ciento en los últimos quince años (51-54). El paro juvenil, el apego ansioso o desestructurado, las dificultades para la anudación de pareja, las dificultades para la creación de familias (dificultades tanto psicosociales como habitacionales, a causa de la especulación del suelo), las dificultades para encontrar o mantener el trabajo, con la imposibilidad de conciliar la vida laboral con la vida familiar, el desarrollo del «precariado» en amarga sustitución del

antiguo «proletariado» (49, 51-54) dificultan durante años (tal vez durante los años clave de su vida) su incorporación al «mundo de los adultos como un adulto». Incluso las normas sociales protectoras pueden contribuir a ese «relativo retraso», por ejemplo en la incorporación al trabajo. En los años 80, con la creación de la ESO se alargó a los 16 años la incorporación al mundo laboral. Anteriormente podía ser a los 14 (por eso, a menudo, el adolescente de entornos rurales, de la «España vaciada», se siente útil antes porque ayuda en las tareas del campo o en la organización familiar).

Todos esos factores y tantos otros dan lugar a esa «adolescencia acordeón» que por un lado es más precoz y por otro se alarga en esa «generación bumerán» (que en muchos casos tiene que volver a casa de los padres). A menudo, al menos hoy, la adolescencia parece entonces desvanecerse en una pseudoadultez o bien terminar abruptamente, pero en ambos extremos sin poder acabar de realizar sus tareas fundamentales porque las condiciones sociales así lo imponen (36-40).

Y eso para una adolescencia que, por primera vez en la historia, se propone de derecho (sabiendo que no es un hecho) como globalizadamente, equitativa, igualitaria, necesariamente feminista por tanto... (53). El cambio sociocultural del ascenso de la mitad de la humanidad a una equiparación que tarde o temprano habrá de triunfar, ya lleva a muchos jóvenes, y en especial del género masculino, a una desorientación profunda con respecto a sus roles sociales y psicosociales, así como a amplias discusiones y conflictos con respecto al *feminismo* y el papel real de la mujer, el papel posible y deseado del *masculinismo* y otras muchas dudas... Y eso, precisamente, para personas que están en el camino... Imaginemos un camino de montaña que, de repente, se pierde en la niebla, o que es sometido al movimiento de un terremoto con sus secuelas subsiguientes... Y eso en cuanto al cambio de equilibrios intergeneráticos. Pero, ¿y si le añadimos que, también por primera vez en la historia de la humanidad, empezamos a tener la posibilidad de vislumbrar no una adolescencia, sino los varios modos de enfocarla según culturas, desarrollo social, desarrollo tecnológico, subdesarrollo religioso...? ¿En qué época histórica la variabilidad cultural, y la variabilidad de adolescencias han estado tan visibles, tan perceptibles, para gran parte de los adolescentes y para gran parte de las *familias-con-adolescentes*? ¿En qué época histórica han sido tan visibles sus diversos modelos y caminos, a menudo incluso antagónicos, o es tan visible la *multiculturalidad de la adolescencia*?

Son cambios sociales que por encima y más allá de todos nosotros, están afectando a nuestro mundo, y tanto a los adolescentes como a los adultos. Son los cambios sociales propios de nuestra época de profunda crisis de modelo social y de organización: *desde zoológicamente territorializada, a humanamente globalizada, etológica global y, en extremo, ecológica radical*. En nuestro momento histórico, por primera vez hay una posibilidad de conciencia globalizada, de percepción generalizada de

la humanidad como «objeto total»... A pesar de sectarismos, racismos, supremacismos y particularismos varios, a pesar de que seguimos viviendo (y sobreviviendo) con la doctrina de la MAD<sup>3</sup>, a pesar de todo, la conciencia de que somos una única humanidad, embarcada además en un navío espacial con problemas de combustible, alimentación, hábitos y gobernanza, está generalizándose a gran velocidad. Los adolescentes a menudo son quienes expresan esos cambios, pero también la necesidad de los mismos. Por ello, se les utiliza a menudo como «los malos de la película» y no se aprovecha su capacidad de mensajeros y provocadores: nuevos conflictos a añadir para los adolescentes más globalizadores, ecologistas o solidarios y sus familias, en particular ante el peso y el apoyo mediático que reciben todo tipo de negacionismos de los cambios y conflictos que hemos reseñado.

Y todo ello, como ya hemos visto, se ha multiplicado en la dimensión espacio-tiempo con la profundidad que el ciberespacio está adquiriendo en nuestros días. El incrementado uso de los medios de comunicación digitales y de los múltiples espacios virtuales, así como su importancia en el mundo actual, han hecho que estos se conviertan en el quinto agente de socialización, disputando el primer puesto a los otros dos (familia y grupo de pares) y sobrepasando en importancia moldeadora (en el primer mundo) al ámbito escolar, la educación reglada por los adultos y, por supuesto, al mundo del adolescente aislado, un mundo virtual, una «situación transicional» que hoy casi no puede pensarse sin TIC's. Las TIC's hoy son agentes de socialización y conformación de la personalidad casi omnipresentes en la adolescencia (¡y en la infancia!), realizando tanto una especie de «escolarización paralela» a la educación formal como, mucho más allá, una labor de formación de la personalidad a través del afrontamiento y mentalización de actitudes, representaciones y conflictos tanto directa como simbólicamente (y tanto directamente emocionales y morales como sublimados). Hoy ya el ocio y buena parte de las interacciones de los «nativos digitales» están matizadas, mediatizadas o realizadas a través de las TIC y el ciberespacio (8, 54), y no hay que olvidar que, incluso cuando no son agentes directos de socialización, de formación de la personalidad, funcionan y van a funcionar como mediadores de la socialización justamente entre los adolescentes y su entorno, es decir entre ellos y los otros cuatro mundos o ámbitos de los que hemos hablado. De ahí la tendencia hiperbólica y profesionalista-medicalizadora de una parte de la psiquiatría (56, 49, 31) para observar ese uso como

---

<sup>3</sup> *Mutual Assured Destruction (MAD)*, la estrategia militar aún imperante para evitar la siempre posible guerra nuclear, guerra de exterminio de la vida sobre el planeta: Pero fabricando, conservando e incluso aumentando las armas nucleares, y con la amenaza del holocausto total siempre sobrevolándonos desde los confines de la estratosfera o desde las profundidades abisales de nuestros océanos. Y todo ello, al módico precio de 4 a 6 mil millones de euros al día...

adicción (una «adicción comportamental»), sin para mientes en el contexto y los orígenes de esa tal vez excesiva necesidad de la red informática... En realidad, el excesivo uso de la red informática, debiera hacernos pensar casi directamente en qué pasa con la real red social de esos jóvenes, con la que he acabado llamando «red social carnal» para reivindicar su persistencia a pesar de las TIC's y de la «red social informatizada».

La amplitud y peso del ciberespacio y de las relaciones en el ciberespacio han cambiado ya radicalmente nuestro mundo... Y estamos asistiendo tan solo a los primeros momentos de ese cambio: pero es que cambian y cambiarán radicalmente nuestras formas y vías de comunicarnos, de relacionarnos, de amar, de conocer, de comerciar, de extender o limitar la cultura, la posible dominancia de la economía y la cultura especulativas por sobre la economía y la cultura generativas y creativas, el peso de lo militar, la guerra y las armas en la economía y en la supervivencia de poblaciones enteras; el modo de producción, distribución y cambio, en definitiva... Y ahí, en esos remolinos de cambios y futuros, estamos los adultos y los adolescentes con «nuestros pequeños conflictos cotidianos» matizados por las vivencias en los treinta ámbitos que acabamos de nombrar...

Pero hemos ya de acabar este resumen y este esquema antes de que se asemeje a un mero catálogo catastrofista de los que están tan en boga y se aplican una y otra vez a la adolescencia... y tal vez son adquiridos como propios por los adolescentes más marginales, más sumergidos en *organizaciones paranoides de la relación* (31). Simplemente me había parecido útil para poderles transmitir a qué ámbitos y temas creo que debemos atender cuando hablamos de adolescencia, problemas de la adolescencia, conflictos de la adolescencia, situación de la adolescencia y psicopatología de la adolescencia en diversos congresos y jornadas, pero también en conciliábulos, tertulias y charadas. Porque, ¿no deberíamos hablar mucho más de problemas y conflictos *con* la adolescencia, de intolerancias *con* las adolescencias?

El tema es de tan gran complejidad, que en ocasiones he utilizado una fotocopia de esta tabla resumen para orientarme con una familia o adolescente «mutiproblemático» (es decir, sometido a servicios des-integrados: 57, 58). Prueben ustedes a subrayar con rojo los ámbitos en los que ese adolescente y/o esa familia están conflictualizados y con verde o azul o sin subrayar aquellos en los que «progresan adecuadamente» y tendrán una especie de mapa, manual de instrucciones o libro de orientaciones. Tal vez pueda servirles como tal para orientarse en la «tierra media» de «las adolescencias», un mapa o un muestrario para vislumbrar la enorme variedad de las mismas hoy en día. Antes de testificar un fracaso de un/a adolescente, deberíamos conocer, y con mirada binocular, no unidimensional, cómo navega en cada uno de esos treinta campos... y cómo navegan en ellos su familia y allegados y las formaciones sociales que los acogen. Si comenzamos a superar la «psicopatología biocomercial» y el biologismo que han dominado nuestras aproximaciones a la psicopatología, la psiquiatría y la psicoterapia

durante decenios (31), hemos de estar muy atentos a descubrir y valorar los «espacios verdes» de la tabla: a menudo el adolescente es nuestra mejor ayuda para apoyar los cambios y, desde luego, suele ser el revelador de problemas que se han querido reprimir o escindir durante años.

*Coda: Un mundo revuelto y necesitado de revolución...*

Si todo va bien, entre los 19 y los 22 años, los adultos de nuestra cultura hemos ido superando (¿) todas esas situaciones. Nuestra personalidad se halla ya casi completamente formada, aunque puede ser re-modelada en el futuro por sucesos importantes, favorables o desfavorables, en particular relacionales; por las emociones y cogniciones vividas en las relaciones. La integración de la personalidad, el logro del sentido del sujeto (self), coinciden, además, con el final de procesos endocrino-inmunitarios y neurológicos fundamentales que hemos mencionado desde la introducción (59, 60, 31). Como resultado, nuestras formas de afrontar placeres, conflictos y pérdidas, nuestras formas de reacción y relación, y nuestros mecanismos elaborativos y de defensa, también a nivel cerebral, se arquitraban de una determinada manera y tienden a permanecer estables desde ahí para toda la vida –siempre que no se den impactos emocionales profundos y sostenidos que produzcan nuevas orientaciones a nivel PNEI.

Se comprende que todo ello necesita un medio estructurado para que pueda funcionar bien. En realidad, nuestras capacidades para la relación y para la resiliencia son tan potentes, que funciona bien en la mayoría de los casos (17). Se diga lo que se diga, nuestros adolescentes son uno de los grupos más sanos de nuestra población. Pero que funcione bien y, sobre todo, que ese complejo conjunto de procesos acabe bien, no significa que no haya problemas, conflictos, sufrimientos... ¿De qué otra forma podría ser, dadas las complejas tareas y procesos que hemos intentado recordar? Por eso no hay nada más dañino para la adolescencia como proceso que la des-estructuración del medio en el que todos esos cambios se dan: La desestructuración familiar o social supone para los adolescentes una enorme complicación de ese conjunto de avatares psicológicos y psicosociales: altera el necesario encuadre o marco, que ha de ser *mínimamente estable* y *mínimamente coherente* para que puedan prosperar esos inevitables cambios en el papel social de ese *niño-haciéndose-adulto*.

La acumulación de dificultades puede incluso suponer problemas, alteraciones y detenciones en los desarrollos hormonales, corporales, cerebrales y, por supuesto, psicológicos (59, 13, 25). En particular, si se acaban estructurando sistemas inicialmente adaptativos que se tornan inadecuados (es decir, que des-adaptan): a uno de ellos lo llamamos «*psicopatología*», es decir, un conjunto de intentos adaptativos ante las adversidades relacionales que causa más dificultades y sufrimientos que los que intenta evitar

(31). Y así la adolescencia puede ser el período en el que cristalicen y se arquitraben diferentes *organizaciones psicopatológicas de la relación*, que he descrito mucho más ampliamente en otros lados (31): la/el joven puede llegar a organizarse «como si» la única forma de triunfar en la vida y en las relaciones fuera dramatizando el propio sufrimiento o seduciendo a los demás (*organización dramatizadora*); o dejándose dominar por el miedo en más y más situaciones y relaciones (*organización fóbico-evitativa*); o intentando reconducir las emociones producidas en la relación mediante el control más o menos obsesivo o intelectualizado (*organización obsesivo-controladora*); o apegándose ambivalentemente y sintiendo con tanta profundidad y con tanta autoexigencia cada vínculo o relación que no puede por menos que hundirse después en la pena y su cronificación depresiva (*organización melancólico-maniaca*); o aprendiendo y acostumbrándose a evacuar las emociones sin mentalizarlas, mediante la incontinencia conductual (*organización incontinente de la relación*); o sintiéndose perseguido/a por un mundo persecutorio y forzando lo persecutorio de ese mundo (*organización paranoide de la relación*); o defendiéndose de todo ello con el triunfo ficticio de introducir esas emociones y esos temores en las mentes y en los cuerpos de otros mediante actividades intrusivas (*organización intrusiva o perversa de la relación*) o dentro de sí mismo (suborganización adicta)... Las/los hay que no llegan a consolidar ni siquiera una organización mínimamente estable, como las anteriores, y oscilan durante decenios entre diversas formas de relación, con desesperaciones y exageraciones extremas, en una *inestabilidad emocional no estructurada* y en el límite. A otros, por fin, su propia biología o sus propias experiencias relacionales les han llevado a atrincherarse tras una organización inhibida, mezcla de simbiosis y adhesividad (*organización simbiótico-adhesiva*), que se descompensa con la adolescencia o tras la adolescencia en una psicosis clínica...

Por eso es tan importante que familia, allegados, grupo social y organización social posean capacidades de contención en esta etapa. Entre otras cosas, para sostener algo que, como decía Aristóteles, es constitutivo de la adolescencia: la esperanza. De ahí también la importancia de que la familia y la sociedad entiendan la compleja transición psicosocial que, también para los adultos, es la adolescencia de sus menores y puedan acompañar sus presiones y conflictos con solidaridad, confianza, esperanza y contención (61). Contención en vez de oposición y envidia, tan diáfana expresada en la inscripción aparentemente cristiana que aparecía (entre dos tibias y una calavera) en el último tercio de una fuerte subida a un Santuario cristiano en la Catalunya interior: «Como tú te ves, me vi. Como me ves, te verás. Piénsalo y no pecarás».

Los cambios que la adolescencia supone en la organización familiar y que debería suponer en la organización social, así como los cambios personales que esa transición psicosocial nos impone a los adultos son tan importantes, que a menudo he hablado de ellos como del «máster

universitario de la vida». Ciertamente, lograr elaborar los conflictos, desafíos y sufrimientos que la adolescencia de nuestros menores supone para los adultos, es el auténtico «posgrado» como padres que todos deberíamos pasar. Pero ese tema es también tan complejo, que seguramente daría para otros capítulos e incluso otros congresos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia. Ginebra: OMS-WHO. (2020). Disponible en: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/).
- (2) World Health Organization-OMS. Child and adolescent mental health policies and plans. Genève: WHO-OMS; 2005.
- (3) OMS-WHO. La salud de los jóvenes: Un desafío para la sociedad. Informe Salud para todos en el año 2000. Ginebra: OMS-WHO; 1986. (OMS Serie de Informes Técnicos n.º 731).
- (4) OMS-WHO. Salud del adolescente. Washington, D.C.: OMS; 2010. Disponible en: [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/)
- (5) Erikson E.H. Infancia y sociedad. Buenos Aires: Paidós, 1963; 1970.
- (6) Tizón J.L y salud mental. Barcelona: PPU.
- (7) Tizón J.L Apuntes para una Psicología basada en la relación. Barcelona: Bibliària; 1995.
- (8) Bodei R. Generaciones. Edad de la vida, edad de las cosas. Barcelona: Herder; 2016.
- (9) Téllez A. El análisis de la adolescencia desde la antropología y la perspectiva de género. Interaccoes, 2013, 9(25): 52-73.
- (10) Cameron H.A., Glover, L.R. Adult Neurogenesis: Beyond Learning and Memory. Annual Review of Psychology. 2015, 66(1): 53-81. doi:10.1146/annurev-psych-010814-015006.
- (11) Sorrells SF., Paredes MF., Cebrian-Silla A., Sandoval K., Qi D., Kelley KW., et al. Human hippocampal neurogenesis drops sharply in children to undetectable levels in adults. Nature 2018, 555 (7696): 377-381. doi:10.1038/nature25975.
- (12) De Loore E. Drukker M., Gunther N. Feron F. Deboutte D. Sabbe B., et al. Childhood negative experiences and subclinical psychosis in adolescence: a longitudinal general population study. Early Intervention in Psychiatry, 2007, 1(1): 201-208.
- (13) Bernard K., Frost A., Burnett C.B., Lindheim O. Maltreatment and diurnal cortisol regulation. A meta-analysis. Psychoneuroendocrinology 2017, 78: 57-67.
- (14) Berry K., Bucci S., Danquah A.N. Attachment Theory and Psychosis: Current Perspectives and Future Directions. London & New York: Routledge, 2020.
- (15) Eisenberg L. Psychiatry and Neuroscience at the end of the century. Current Opinion in Psychiatry 1999, 12: 629-632.
- (16) Debbané, M. Salamini G. Luyten P. Badoud D. Armando M. Tozzi A.S. Fonagy P et al. Attachment, neurobiology, and mentalizing along the psychosis continuum. Frontiers in Human Neuroscience, 2016, 10. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4992687/>
- (17) Panksepp J., Biven L. The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions. York: Norton Company; 2012.
- (18) Pfaff D.W. El cerebro altruista: Por qué somos naturalmente buenos. Barcelona: Herder-3P; 2017.
- (19) Hoekzema E. Barba-Müller E. Pozzobon C., Picado M. Lucco F., Ballesteros A. et al. Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. Nature Neuroscience. 2017, 20:287-296. doi:10.1038/nn.4458.

- (20) Garcia-Ruiz B., Moreno L., Muntané G., Sánchez-Gistau V., Gutiérrez-Zotes A., Martorell, L., & Vilella, E. (2019). Leukocyte and brain DDR1 hypermethylation is altered in psychosis and is correlated with stress and inflammatory markers. *Epigenomics, Future Medicine Ltd.*, 2020. 10.2217/epi-2019-0191
- (21) Laufer M., Laufer E. (eds). *Development Breakdown and Psychoanalytic Treatment in Adolescence*. New Haven : Yale Universities Press; 1993.
- (22) Meltzer D., Harris H., Hayward B. .El paper educatiu de la família. Barcelona: Espax; 1989.
- (23) Tizón J.L. *Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis*. Barcelona: Herder; 2007.
- (24) Turpeinen P. *Adolescencia, creatividad y psicosis*. Barcelona: Herder-3P; 2007.
- (25) McEwen B.S. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological Reviews* 2007, 87(3):873-904.
- (26) Shonkoff J.P., Garner A.S., y Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2010-2011 (Siegel B.S., Dobbins M.I., Earls M.F., Garner A.S., McGuinn L., Pascoe J., y Wood D.L.). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics* 2012, 12:129-232.
- (27) March-Llanes J., Marqués-Feixa L., Mezquita L., Fañanás L., Moya-Higueras J. Stressful life events during adolescence and risk for externalizing and internalizing psychopathology. A meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2017, 26 (12): 1409-1422.
- (28) Fonagy P. *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press, 2001.
- (29) Fonagy P., Luyten P., y Strathearn L. Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal* 2011;32:47-69. doi: 10.1002/imhj.20283.
- (30) Quijada Y., Kwapil T.R., Tizón J.L., Sheinbaum T., y Barrantes-Vidal N. Impact of attachment style on the 1-year outcome of persons with an at-risk mental state for psychosis. *Psychiatry Research* 2015, 228(3):849-856. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.01>.
- (31) Millon T., Grossman S., Millon C., Meagher S. y Ramnath R. *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson & Elsevier; 2006.
- (32) Tizón J.L. *Apuntes para una Psicopatología basada en la relación: Variaciones psicopatológicas. I: Psicopatología*. Barcelona: Herder; 2018.
- (33) Tizón J.L. *Entender las psicosis: Hacia un enfoque integrador*. Barcelona: Herder-3P; 2013.
- (34) Feduchi L. *Qué es la adolescencia*. Barcelona: La Gaya Ciencia; 1977.
- (35) Tizón J.L. *Familia y psicosis: Cómo ayudar en el tratamiento*. Barcelona: Herder-3P; 2014.
- (36) Mugika L. Construyendo una Salud Mental no heteronormativa donde quepa la diversidad sexual y de género. *Norte de salud mental* 2019,16: 7-10.
- (37) Lasch C. *The minimal self: Psychic survival in troubled times*. WW Norton & Company; 1985.
- (38) Artigue J., Tizón J.L., y Salamero M. Reliability and Validity of the List of Mental Health Items (LISMEN). *Schizophrenia Research* 2016, 176(2-3):423-430. doi: 10.1016/j.schres.2016.04.048. Disponible en: <http://prevenciotractamentsalutmental.cat/es/lismen-factors-de-risc/>.
- (39) Nolan E., Murphy S., O'Neill T., Houston J., Murphy J., y Shevlin M. Prevalence of psychotic-like experiences and associated distress in adolescent community, sexual-trauma and clinical samples. *Psychosis* 2018, 10(4):251-262. doi: 10.1080/17522439.2018.1511745.
- (40) Dangerfield M. *Estudio de las consecuencias psicopatológicas de las adversidades relacionales en la infancia y de la transmisión del trauma transgeneracional*. Tesis Doctoral. Barcelona. Universitat Ramon Llull; 2019.

- (41) Volkan V.D. *Psychoanalysis, International Relations, and Diplomacy: A Sourcebook on Large-Group Psychology*. Londres: Karnac, 2014. [Trad. cast.: *Psicología de las sociedades en conflicto. Diplomacia, relaciones internacionales y psicoanálisis*. Barcelona: Herder; 2018].
- (42) Bowlby J. *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós; 1990.
- (43) Tizón J.L. *El poder del miedo: ¿Dónde guardamos nuestros temores cotidianos?* Barcelona: Milenio; 2011.
- (44) Tizón J.L. *Creatividad: ¿Entre el sufrimiento y el genio? Prólogo al libro de M. Jackson y J. Magagna, Creatividad y estados psicóticos en personas excepcionales*. Barcelona: Herder-3P; 2016.
- (45) Erikson E. *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós Ibérica; 2000.
- (46) Tizón J.L. *Crianza de los hijos y actividad laboral: ¿Cómo aproximarnos hacia la necesaria conciliación? Reflexiones psicológicas, psicopatológicas, psicopedagógicas y un epílogo pragmático*. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*. 2011, 18(11): 15-33.
- (47) Tizón J.L. *Psicopatología del poder: Un ensayo sobre la perversión y la corrupción*. Barcelona: Herder; 2015.
- (48) Bauman Z. *Vida líquida*. Barcelona: Paidós; 2007.
- (49) Johnstone L., & Boyle M., with Cromby J., Dillon J., Harper D., Kinderman, P., Longden E., Pilgrim D. & Read J. *The Power –Threat– Meaning Framework: Overview*. Leicester: British Psychological Society; 2018.
- (50) Fernández Liria A. *Locura de la Psiquiatría: Apuntes para una crítica de la psiquiatría y la salud mental Bilbao: Desclée de Brower; 2018*.
- (51) Epstein R. *Estar presente: Mindfulness, medicina y calidad humana*. Barcelona: Kairós; 2018.
- (52) Sitigltiz J.E. *The Price of Inequality: How Today Divided Society Endangers Our Future*. New York: Norton; 2012.
- (53) Lessenich S. *La sociedad de la externalización*. Barcelona: Herder; 2019.
- (54) Arruza C., Bhattacharya T., Fraser N. *Manifiesto de un feminismo para el 99 %*. Barcelona: Herder; 2019.
- (55) Rubio A. *Generación digital: patrones de consumo de Internet, cultura juvenil y cambio social*. *Revista de Estudios de Juventud*, 2010, 88: 201-221. Recuperado de: <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ88-14.pdf>
- (56) Tizón J.L. *Salud emocional en tiempos de pandemia: Reflexiones urgentes*. Barcelona: Herder, 2020 (*e-book*). 2.ª edición, Barcelona: Herder; 2020.
- (57) Tizón J.L. *Medicaliza la infancia, que algo queda*. Madrid: El Hilo; 2019.
- (58) Seikkula J., Arnkil T.E. *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona: Herder-3P; 2017.
- (59) Tizón J.L., *Dialogar sobre las diferencias*. Prólogo a la Edición española del libro de Seikkula, J. y Arnkil, T.E. *Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas: Respetando la alteridad en el momento presente*. Barcelona: Herder-3P; 2019: 11-23.
- (60) Schore, A.N. *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. York: Norton, 2003.
- (61) Sharp, C. Pane, H. Ha, C. Venta, A. Patel, A.B. Sturek, J. y Fonagy, P. *Theory of Mind and Emotion Regulation Difficulties in Adolescents with Borderline Traits*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2011, 50 (6):563-573. doi: 10.1016/j.jaac.2011.01.017.
- (62) Feduchi, L. *El adolescente ante su futuro*. *Temas de psicoanálisis* 2011, 1, 11. Accesible en <https://www.temasdepsicoanalisis.org/2010/12/14/el-adolescente-ante-su-futuro/>

# ADOLESCENCIAS: UNA MIRADA DESDE LA ÉTICA

Begoña Román Maestre

## INTRODUCCIÓN

Cualquier reflexión desde la interdisciplinariedad como la que aquí nos proponemos sobre las adolescencias, no puede esquivar, en aras de la buena comunicación, algunas consideraciones previas. Unas consideraciones versarán sobre el vocabulario, sobre el uso que damos a ciertas palabras que, de tan manidas en nuestra propia tradición disciplinar, no connotan ni denotan lo mismo para el resto de las disciplinas. Otro tipo de consideraciones aludirá a que todo estudio es situado y, como tal, comporta un determinado abordaje dependiendo de quién es la autora que lo lleva a cabo.

En el caso concreto de quien aquí reflexiona, quiero explicitar en qué consiste mi mirada a las adolescencias desde la ética. Mi mirada no es exploratoria o diagnóstica, sino enraizada en la actitud ética del respeto. En latín *respicere* significa mirada atenta, un mirar desde una distancia suficiente para no ser ni intimidatorio ni vigilante, sino de una distancia prudencial, en su justa medida, poder captar la riqueza y complejidad que caracteriza ese periodo por el que todos pasamos a «nuestra manera».

Respecto del vocabulario quiero enfatizar que la mirada ética, respetuosa, es fruto de una actitud que interroga desde la ignorancia socrática para entender. El objetivo de esta mirada es entender para acompañar y asistir, sin empujar ni frenar, estando al lado, ahí, para que lleguen a su mejor posibilidad (1). Y todo ello en una etapa fundamental del desarrollo de las personas, un periodo especialmente vulnerable por el abandono de la infancia y la entrada progresiva en la adultez.

La ética consiste pues en una actitud reflexiva, crítico-racional y que surge por una inquietud. Si hoy estamos reflexionando sobre las adolescencias es porque constatamos algunos problemas que, en tanto que obstáculos al desarrollo de la autonomía, generan sufrimiento a los adolescentes y a quienes con ellos tratan (familias, profesores, profesionales de la salud, etc.). No es cuestión sin más de esperar pacientemente a que se les pase. La vida se debería vivir bien en todas sus etapas. Mirar atentamente, respetuosamente, las adolescencias es criticar los discursos y maneras en que *a priori* se les denigra, o se las mira de una manera inadecuada al compararla cual canon ahistórico y modélico de corrección con la que cada uno de nosotros tuvimos. El objeto de la reflexión ética es acertar cómo comportarnos como profesionales asistenciales, como padres, como

profesores con las personas adolescentes, un período complejo de la vida en que en poco tiempo acontecen muchos cambios. Acompañar desde la mirada atenta exige ser consciente de que cada etapa es diferente y cada persona, un mundo.

La ética es una reflexión crítica sobre las morales y desde la continua revisión de las propuestas de intervención. La pregunta ética que piensa pragmáticamente los problemas ha de contestar la cuestión de qué nivel de riesgo estamos dispuestos a asumir. Porque no se trata de ciencia y necesidad, sino de conversaciones sobre las razones acerca de lo que puede ser de otra manera. La adolescencia es un periodo en él se toman decisiones importantes, dadas las consecuencias en sus vidas, y donde no siempre el riesgo es percibido como tal.

Si la pregunta ética acaba siendo qué nivel de riesgo estamos dispuestos a asumir; si la prudencia aconseja que a mayor riesgo (probabilidad de daño) más competencia haya de exigirse para tomar decisiones, es crucial saber acompañar. Si no estamos cerca, pueden tomar decisiones cuyas consecuencias son desproporcionadas para la acción que llevaron a cabo. Pero si estamos demasiado cerca, impidiéndoles que decidan por sí mismos, las consecuencias también son gravosas, porque en vez de acompañarles en la independencia, les aumentamos su dependencia y postergamos su madurez.

Las adolescencias de hoy además se hallan en entornos moralmente plurales, en un mundo acelerado, globalizado y digitalizado, algo muy distinto a como era en otras épocas. Ciertamente, la sociedad del s. XXI es especialmente acelerada en lo que a los ritmos de sus cambios se refiere y los modelos educativos y de familia han cambiado mucho más que en toda la historia de la humanidad. También han cambiado las maneras como tenemos los hijos: son más deseados y quizás por ello también más exigidos (2). En las sociedades bienestantes se desea que el hijo venga a colmar la felicidad de los padres que, a su vez, desean hacer felices a sus hijos. Una sociedad así, tan *happycrática* (3), está menos dotada para afrontar la vida en todas sus dimensiones. Y es que la humana es una criatura constitutivamente vulnerable, con la piel sensible a lo largo de todo el cuerpo y, por tanto, con una probabilidad muy grande de ser dañada por todos lados, a lo largo de su vida, y en muchos sentidos.

A ello se añade que los ritos de iniciación que en todas las culturas han venido marcando el paso de la infancia y adolescencia al mundo adulto, se van eliminando (para evitar sufrimiento innecesario, quizás), pero tienen la consecuencia contraproducente de dejar a la persona sin los recursos personales y sociales para ponerse a prueba y crecerse en ellas. Dichos obstáculos en el crecimiento hacia la madurez no solo pueden proceder de un entorno protector familiar, sino de violencias estructurales (como el acceso al trabajo o a la vivienda) que impiden la independencia respeto del núcleo familiar. La adolescencia, como periodo entre la infancia y la

adultez, no se ha dilatado en el tiempo o genera sufrimiento solo por causas personales o familiares, sino que, aunque uno no quisiera dilatarla ni la familia lo sobreproteja, la sociedad no se lo pone nada fácil.

### *Contra el edadismo y la seguridad total: complejidad y riesgos*

Hablamos de adolescencias en plural porque el periodo en el que se abandona la infancia y progresivamente se entra en la madurez se conjuga en primera persona del singular y está muy influenciada por múltiples factores que se combinan en infinitud de posibilidades. En tanto que mamíferos racionales dependientes (4), las circunstancias y las creencias donde se desarrolla toda vida nos influyen. En qué circunstancias las personas crecen; qué creencias y visiones se tiene de la crianza, la educación, la adolescencia son motivos para hablar, en plural, de las adolescencia. La mirada respetuosa exige deferencia a las diferencias, a cada persona y a lo largo de su trayecto.

En ese sentido, un primer obstáculo social que aumenta innecesariamente el sufrimiento durante ese periodo de transición es el edadismo. Aunque la palabra surgió en el ámbito de la gerontología como denuncia ante la discriminación de la gente mayor (5)<sup>1</sup>, lo cierto es que se puede aplicar del mismo modo a los adolescentes. Este se caracteriza por homogenizar a las personas por razón de edad con estereotipos que generan discriminación. Por edadismo se pone en el mismo grupo a las personas mayores de 65 años, coincidiendo más o menos con la jubilación. A partir de esa edad, todos son igualmente personas mayores, desconsiderándose las diferencias que hay entre unas décadas y otras y entre las personas de la misma edad. Lo mismo se puede decir de la adolescencia aunque suceda al revés. Mientras que en las personas mayores se van viviendo pérdidas de capacidades (físicas y mentales) y de relaciones sociales, en el caso de los adolescentes se trata del proceso inverso: en muy poco tiempo ocurren muchos cambios en el desarrollo físico y mental, y van en crecimiento las relaciones sociales.

Son reprochables ciertas opiniones muy extendidas que denigran a las personas adolescentes reduciéndolas a los cambios hormonales que les acontecen en ese período. Del mismo modo es reprochable que se les vea como inmaduros desorientados en sus procesos de transición considerados de imbecilidad transitoria, de edad del pavo, etc. Incluso se acuñan nombres, como el síndrome de Peter Pan, para personas que se suponen adultas

---

<sup>1</sup> *Ageism* es el nombre que acuñó el psiquiatra Robert N. Butler (1969) en el artículo *Age-Ism: Another Form of Bigotry. The Gerontologist*, Volume 9, Issue 4\_Part\_1, Winter, pp. 243-246.

por edad cronológica pero que desean el regreso a una adolescencia carente de responsabilidades.

Esas miradas no solo no ayudan, sino que dañan moralmente. Son reduccionistas (les reducen la biografía a mera biología, a la historia de los cambios físicos); son homogeneizadoras (todos viven la adolescencia igual y son iguales); son denigrantes (tildan a las personas menores de inmaduros e incompetentes); y lo que es aún peor, son deterministas (los adolescentes carecen de voluntad propia y están sometidos a sus hormonas o a diversas presiones de grupo).

Los humanos somos seres en el tiempo y las circunstancias nos constituyen. Vamos forjando nuestro carácter, nuestra manera de estar y de ser a lo largo del tiempo, en relación con otros, con lo que nos toca vivir y conforme vayamos escogiendo. Esto es transversal a todos: hemos de estar y pasar por cada etapa, también ésta de la adolescencia, del ya no y el todavía tampoco. Pero convertir esa etapa en una mera transición es doblemente desacertado: porque nada en la vida es permanente, y porque lo que nos pasa física y socialmente también es interpretado y narrado subjetivamente. Sin embargo, a esa transversalidad común a todos, se debe añadir la interseccionalidad. La adolescencia varía según culturas, familias, religiones, estatus económico, género, época histórica, etc.

La visión sospechosa que sobre la juventud en general se ha tenido es adultocéntrica, pues entrona la adultez como la edad de madurez. Es además una visión individualista, racionalista y muy desconsiderada con el cuerpo y la vulnerabilidad. No hay ningún periodo de estabilidad total ni de seguridad semejante.

Por supuesto que durante la adolescencia la rapidez de los cambios y el desconocimiento de los propios recursos personales y sociales nos hacen más vulnerables por razón de edad. En esa etapa abandonamos la infancia, el espacio de gran dependencia en que necesitamos a los padres, las maestras y, en general, el mundo adulto que nos hace sentir más o menos seguros. Los adolescentes van creciendo reivindicando espacio, intimidad, agencia, protagonismo autónomo. Por eso, lo propio de los adolescentes es ponerse a prueba en sus primeras incursiones en ámbitos desconocidos y lejos de la mirada adulta, y exponerse por falta de experiencia (son las primeras que va a tener en muchos sentidos).

Entrar en la adolescencia significa constatar cambios grandes en poco tiempo en muchos ámbitos. No es de extrañar que unos quieran alargar la infancia si esta es buena y otros quieran correr a vivir experiencias y ser más adultos de lo que su propio crecimiento les permite.

Max Frisch, en la novela *Digamos que me llamo Gantenbeim* (6), resume bien la relación entre experiencia y narración con la siguiente idea: una persona ha tenido una experiencia y ahora busca la historia de la experiencia, pero resulta que hasta que no tiene la historia, no tiene la experiencia. En efecto, se trata de digerir las experiencias para, al poder

explicárnosla, poderla asimilar. Pues bien, hay experiencias en bruto que pueden devenir experiencias brutas por incapacidad de la persona de digerirlas, explicarlas, asimilarlas. Por eso las prisas son malas consejeras.

Puede ocurrir que algunos adolescentes, queriendo tener experiencias muchas y rápidas para crecer pronto y pasar esa etapa tan indeseable por lo que dicen de ella, no disponga de tiempo ni capacidad para explicarse la historia y por eso se quede sin experiencia ni sentido, sino al contrario, con mayor desorientación. O puede ocurrir que un adolescente, no queriendo abandonar nada ni a nadie, le toque hacerlo por exigencias que la familia u otras presiones le imponen (como las personas menores no acompañadas embarcadas en misiones casi imposibles buscando una vida mejor para todos los suyos). En ambos casos el resultado puede ser el mismo por falta de experiencias e historia.

Como vemos en esto ejemplos, la vulnerabilidad intrínseca igual a todos, se ve especificada por la susceptibilidad a las circunstancias exteriores (pobreza, enfermedad, discriminación), pero también a fragilidades internas por falta de autoconfianza, autoestima o autorespeto (7), como más adelante resaltaremos. Todos ellos son recursos morales, esenciales para afrontar la vida, que dependen de cómo los adolescentes son considerados, conocidos y reconocidos.

Qué importante es dar alternativas a aquellos a los que la vida les pone en especiales dificultades no solo imputables a su persona, pues hay violencias simbólicas y estructurales. Uno no ha escogido a sus padres, ni la escuela a la que va, mas sí puede ir escogiendo qué hace con todo eso. Como veremos todo ello depende fundamentalmente de las tres esferas de reconocimiento, cruciales para el buen desarrollo de las personas. Y a veces se rompen porque falló la familia, la escuela o los amigos.

La vivencia de la adolescencia es compleja, y un buen acompañamiento exige enseñar a gestionar los riesgos. Nunca hay seguridad total. La vida es compleja porque tiene varias dimensiones y está expuesta a causas y azares diversos. El mero paso del tiempo no es garantía para que a la edad cronológica se añada la edad mental. No obstante, la mirada de reconocimiento, el saber soltar las riendas en el equilibrio malabar entre niveles de dependencia e independencia son necesarios para que a la vulnerabilidad por razón de edad no se sume la falta de recursos para gestionarlo. Entre el infantilismo y la adultización, extremos por defecto y exceso respectivamente (8), se debe encontrar la justa medida, lo cual depende de los adultos que les acompañamos, acompañamiento que les debemos por justicia. Es de justicia crearles capacidades, a partir de su participación cada vez más activa y proactiva, y siempre desde la generación de vínculos.

Las malas compañías, que tanto preocupan a padres y educadores durante el tiempo de la adolescencia, lo son porque incapacitan, generan dependencia y no fomentan la participación; en definitiva, se trata de vínculos patológicos. Y nuestra era, globalmente, tiene una particularidad

que las diferencia mucho de las anteriores: el mundo de las redes sociales. Ese es un entorno que, aunque virtual, realmente ocupa (¿quita?) tiempo y espacio en la vida cotidiana (la única que existe), no controlamos en absoluto nadie. La educación de los adolescentes para navegar allá y acá pasa por generar confianza: para que nos digan a los adultos referentes que nos necesitan; para empoderarlos a decir no; para participar manifestando su opinión sabiendo que les tenemos en cuenta y que tiene ya voz propia.

Es fundamental estar atentos al crecimiento saludable de los adolescentes, y para ello hay que contemplarlos a cada uno de ellos en sus circunstancias y en su momento particular. Si cuando miramos a los adolescentes los vemos a todos igual, no vemos a ninguno; pues o nuestra mirada homogeneiza, o ellos están demasiado presionados para encajar en el estereotipo que socialmente perciben.

No se trata de que seamos todos originales, somos muchos para serlo, pero sí cabe ser conscientes de que cada vida es única y cada persona debe tener la oportunidad para desarrollarla bien. Como sociedad decente, con justicia intergeneracional y sostenible, hay de dotar a cada persona de los recursos personales y sociales para ello.

### *Mirar a muchos y muchos mirando: contemplar y diagnosticar*

La adolescencia refleja también la sociedad en que viven, el mundo adulto que les observa. La sociedad del bienestar genera también mucho malestar a colectivos vulnerables como son los adolescentes: por un lado, generándoles presión; unas veces, para que sean felices, pues el tiempo vuela; otras veces para que se esfuercen en todo todos los días, porque si no son de los primeros, quedarán rezagados en una sociedad competitiva que margina a los *losers*. La presión académica que reciben los estudiantes para sacar buenas notas va en detrimento del placer por estudiar, por aprender, por vivir cada momento en el que se está. Del mismo modo, la presión porque se lo pasen bien y disfruten de la vida ahora que son jóvenes, les incentiva a un consumismo y un malentendido hedonismo de subidones desenfadados que deja muy insatisfechos.

Si hoy pensamos en las adolescencias es porque constatamos un sufrimiento mental que nos preocupa. Con independencia de que hoy se diagnostica más y se trata más, lo que ahora me interesa es hasta qué punto el sufrimiento es fruto de miradas inquisitivas, exigentes y de nuestra torpeza en saber escucharlos y acompañarlos personal y personalmente.

Tan preocupante es que algunos padres enseguida psicopatologicen el sufrimiento de sus hijos y quieran que profesionalmente se les diagnostique, como la inversa; es decir, que estigmaticen la necesidad de acompañamiento psicológica y declinen recibir esa ayuda. Tan importante es mirar a muchos (a cada adolescente y la diversidad de sus relaciones y

narraciones, sobre todo las suyas en primera persona) como que los muchos que les miran sepan hacerlo respetuosamente (no biopolíticamente, para controlar sus vidas, y desde la sospecha y el miedo). Los adolescentes rechazarán hablar con adultos que no les ofrecen razones para confiar porque les hacen sentir que no están donde ellos y que les ven desde la minusvalía o la patologización.

Para generar desarrollo saludable (que no está exento de incomodidades e inseguridades, aciertos y errores) hay que mirarles desde sus potencialidades, solo así se crean capacidades, se fomenta el deseo ser agentes (más que *followers*), y por ello tomar parte y partido, vinculándose de veras (con presencia) a redes que sostienen, cooperativas más que competitivas, redes de sostén y solidaridad y no de postureo y simulación.

Hay de darles confianza y dejarlos gestionar riesgos razonables, por ello hay que escuchar, para entender qué hermenéutica hacen de su contexto y qué experiencias narran, porque solo así pueden apropiarse de su relato. Sin olvidar el anclaje social en el que crecen y los problemas que deben afrontar. Para ello hay que darles los recursos para afrontarlos y entre esos está el saber discernir cuáles son problemas reales, porque tienen arraigo en las necesidades vitales, y cuáles son generadores de problemas por crear más dependencias de las que la vida de por sí genera.

Ese ponerse y disponerse a estar ahí por parte de los adultos es tarea que requiere paciencia, seguramente, pero más bien se trata de aprovechar la oportunidad de contemplar la belleza de una vida que crece y empieza a valerse por sí misma.

### *La forja de la identidad personal: vulnerabilidad, sociabilidad y desarrollo moral*

La humana es una condición vulnerable, frágil, precaria a lo largo de toda su vida. Sus heridas pueden ser físicas y morales. El daño a la integridad, al desarrollo de su persona es lo que ahora va a ocupar nuestra mirada ética. Hemos visto cómo el mundo adulto que rodea a la adolescencia de hoy puede ser cómplice de las problemáticas en las que ésta se encuentra.

No podemos ignorar la responsabilidad de los adultos en la generación de la autonomía de los adolescentes. Unas veces por sobreprotección o hiper-exigencia, otras por hipo-protección y subestimación de sus capacidades de afrontamiento, no acertamos en el acompañamiento adecuado, ajustado (de justicia) a su perfil, que necesitan y, en consecuencia, les dejamos de dar lo que les corresponde.

Ahora bien, tampoco se puede dar lo que no se tiene y, en ese sentido, muchos padres o profesionales que acompañan a los adolescentes no están en el nivel de desarrollo moral posconvencional (9) que una sociedad

acelerada como la nuestra precisa. No es extraño constatar en las series de adolescentes el preocupante nivel de desarrollo de la conciencia moral de algunos de sus padres o profesores, lo que les deja en una situación de cierto desamparo.

El desarrollo personal depende del tipo de sociabilidad en la que uno se encuentra. «Nos nacen» y jugamos el rol que se nos concede, somos actores de la trama en la que se desarrolla la vida. Parte del crecimiento consiste en ir apropiándose de la trama e ir escribiendo el propio guion. Durante la adolescencia nos vamos poniendo a prueba; se trata de dejar de ser solo actores y empezar a ser autores de la trama vital de uno desde decisiones autónomas. Eso ocurre a nivel de estudios, de los amigos que uno quiere o ya no, del tipo de actividades de ocio a las que dedicarse, etc. Pero el mayor grado de la autonomía, a la que el acompañamiento debe tender, es que a sean narradores (10).

Recordemos la referencia a M. Frisch: hasta que no explica la historia no tiene la experiencia. Es el narrador el que, literalmente, hace historia, en este caso, la propia biografía. El narrador toma cierta distancia en aras de dotarlo de una unidad de sentido. En el caso de los adolescentes este paso es crucial: ser narradores, y no meros espectadores pasivos, «activistas» irreflexivos o meros ejecutores de las órdenes y directrices que los otros les dan. Es esa distancia respecto de las convenciones y conveniencias lo que les permite forjar su carácter, su personalidad, su manera de ser y estar. Y de eso trata la ética, pues nos hacemos haciéndonos. Nuestro *ethos* se forja en cómo vivimos, qué sentido otorgamos a todo lo que hacemos y al porqué y para quién lo hacemos.

A narrar también se aprende escuchando los relatos de otros. Los adolescentes van buscando el reconocimiento de iguales, porque el de los adultos en la familia quizás (ojalá) ya lo tengan e incondicionalmente. Si no cuentan con ese reconocimiento entre iguales, van a estar faltos de autoestima, esfera de la solidaridad que reconoce las capacidades que nos especifican como individuos únicos y valiosos.

En el mundo virtual en el que medio viven y socializan los adolescentes de hoy, es también importante protegerlos de una exposición excesiva que les hace fáciles presas de atención cuya autoestima dependa de la cantidad de *likes* que reciban. Todos necesitamos el aprecio de los otros, pero no de todos los otros. De igual manera que han de aprender los límites del tiempo y saber jerarquizar, por ejemplo, los diferentes niveles de profundidad de las relaciones que establecen.

La forja de la identidad depende asimismo de la vivencia de la intimidad, interioridad y privacidad. La reivindicación de espacios de intimidad respecto de los padres es una sana lucha por la autonomía (11). Sin embargo, eso mismo deben reivindicarlo sabiendo distinguir entre el confidente, el conocido, el saludado, y por tanto, gestionando los riesgos de suplantación y simulación de las identidades en la red.

A todos, adultos y adolescentes, nos debe preocupar la ausencia de tiempo para la interioridad y el diálogo interno, a solas, con uno mismo. La hiper-conectividad, el exceso de transparencia y de ser popular en la red puede difuminar los límites entre mostrarse y exhibirse casi pornográficamente, y entre las amistades auténticas, basadas en un conocimiento de vivencias espontáneas e improvisadas en el transcurrir del día, más acá de la mediación de una pantalla con deseo de agradar siempre y en el que desconectar es muy fácil, como no lo es en la vida real.

Las relaciones personales son fundamentales, pero también la relación con uno mismo. Hay que encontrar el equilibrio entre dejarlos en paz, en su propio espacio, y no dejarlos nunca solos en un exceso de control biopolítico. Han de ser capaces de distinguir y ver los límites (educar es enseñar límites y pautas de discernimiento) entre el mundo real (no virtual) y ese mundo de «toda la vida» que es de cuerpos presentes y también de aburrimiento (este, como el hambre, también agudiza el ingenio).

Atender las necesidades, crear capacidades, implica aprender a saber satisfacerlas uno, no que los otros se las resuelvan. Solo se encuentran quienes asumen que están perdidos o desorientados. Esa ya es una primera pista para empezar la búsqueda: una vida buena es una vida dedicada a la búsqueda de la vida buena (12). Y la adolescencia es un periodo de desorientación y búsqueda. Pero saber pedir ayuda precisa tener buenos referentes y confidentes, no vivir como vergonzosa la condición de interdependencia; pues nadie puede todo él solo, necesitar a los otros no es en absoluto señal de debilidad sino de humanidad.

### *La lucha por el reconocimiento: contra la perfección*

Toda persona es una historia efectual en un entorno social. En ese entorno son fundamentales tres esferas: la de la familia, la de la ciudad, y la de la comunidad de amigos. La primera nos acoge incondicionalmente y nos da un nombre y el primer lugar en el mundo. Durante diez años, que es más o menos lo que dura la infancia, se va a forjar la autoconfianza fundamental para ir abriéndose el camino de la propia vida.

Desde la psicología se ha evidenciado con creces la importancia de estos primeros vínculos que lo son además primarios y nos acompañan toda la vida: todos necesitamos una familia, y la que nos toque es cuestión de suerte. El tipo de moral que aquí predomina no es de obligaciones contractuales, es de generosidad y de cuidado, dada la gran dependencia de algunos de sus miembros, sobre todo en los primeros y últimos años de una vida. Desde el cuidado se atiende la necesidad específica, y no se da lo mismo a cada uno de sus miembros. Todo se conjuga en un nosotros interdependiente, en una red de relaciones cotidianas de amor incondicional y de cuidado, principalmente de lo orgánico y emocional. De esa

primera esfera de reconocimiento depende un recurso moral fundamental en la forja de la autonomía personal, la autoconfianza (7). Si esta falla, y puede fallar, es más probable que la persona encuentre más dificultades de las que la vida de por sí va a comportar. Nadie escoge a sus padres, en esto la lotería social juega malas o buenas pasadas. Del mismo modo que nadie escoge del todo su nivel de salud. Pero el ir apropiándose de esa lotería, qué hace uno con todo ello, es una dimensión que es importante forjar para que no dañen más de los que la mala suerte comporta. En esta forja de la resiliencia los profesores y profesionales de la psicología o de los servicios sociales pueden ayudar mucho.

El desarrollo de la persona depende de que su lucha por el reconocimiento no sea a muerte ni encarnizada, porque si es así, acampa el resentimiento y se impide la búsqueda de la vida buena. Por eso es importante la segunda esfera de reconocimiento, la de la ciudad. Dicho rotundamente, a un adolescente le puede fallar la familia, la salud, pero no le puede fallar la escuela, el barrio, la ciudad. En esta esfera de la justicia, se debe forjar el autorespeto. Es una cuestión de justicia, de derechos y deberes que a nadie le falte protección, acompañamiento y la satisfacción de necesidades orgánicas, afectivas, psicológicas. Los servicios sociales, de salud, los equipos psicopedagógicos, etc., desde la distancia prudencial, deben saber intervenir para acompañar a las familias en las deficiencias que puedan tener a la hora de acompañar a sus hijos menores.

En la novela de J. Winterson, *Porqué ser feliz cuando puedes ser normal*, la autora cuestiona a los servicios sociales por no haber visto la problemática mental de su madre adoptiva que la hacían incapaz de acompañar a una adolescente (13). Menos mal que había mucha más gente acompañando a Winterson para que llegara a ser la gran escritora que es y nos haya relatado en esa magnífica novela la forja de su persona. Esa narración que no le salvó de una infancia dura y una adolescencia complicada sí le dio la capacidad de reconciliarse con todo eso.

Qué importante es que haya personas atentas al sufrimiento de los demás y saberlos sostener y acompañar mientras encuentran las maneras de soportarlo y se pueda paliar y no enquistarse, impidiendo que la vida fluya. Nuestra condición temporal nos dota de la capacidad de olvido y perdón respecto del pasado y nos permite, según se gestione el presente, comprometerse (10) y tener futuro, no un destino preestablecido. Y esto es especialmente importante en la adolescencia, más volcada al presente por la desorientación de la gran incógnita que tienen delante.

Ahora bien, la justicia de la ciudad se debe poner al servicio de la felicidad, no una felicidad edulcorada, exenta de realismo y de violencias estructurales, una *happycracia* que nos convierte a todos en fracasados si no estamos *on fire* todo el rato (3). La ciudad atenta al sufrimiento de los adolescentes no les ve ni como ovejas descarriadas, ni sin futuro por lo negro que este es, ni como «ni-nis», sino como ciudadanos en busca de su

mejor posibilidad, en las circunstancias que le toquen, pero que no son de desamparo. Y esta esfera sí depende mucho de nosotros, los adultos que tomamos decisiones sobre las políticas y servicios públicos de que democráticamente nos dotamos.

Por último, la esfera de la comunidad que comparte valores, la de los amigos que ven las capacidades y méritos específicos de uno, ya no su dependencia como en la familia, ya no su condición de ciudadanos con derecho y deberes iguales a otros, como en la ciudad. En esta esfera de la solidaridad, se aprecia específicamente la idiosincrasia personal que solo esa persona tiene, por ser ella quien es.

Toda persona es un proyecto que se vive subjetivamente en un entorno de acogida en todos los diferentes periodos de sus vidas. Sentirse y saber que cuentan con uno y que uno cuenta, es algo muy alejado de las categorías como «ni-ni», «loser» «MENA», y demás categorías que, más que describir cómo son, delatan la falta de «respeto», de mirada atenta. Ni ayudan opiniones del tipo «que si vaya mundo que les espera, sin trabajo, cuán difícil lo van a tener» no ayudan, como tampoco lo hace el negar las dificultades. La vida encuentra su camino, pero en el caso de los humanos también hay que desear que sea vida buena, gozosa, justa. Y para ello necesitamos de los demás siempre.

En vez de ver solo las falencias, los defectos o las deficiencias, o en el otro extremo de ocultar las complejidades del vivir, me parece más sensata la propuesta ética de convertir la vida y su desarrollo en el deseo de sacar de uno su mejor versión y posibilidad, no la perfección, que no es humana (14).

La mirada ética no es actitud inquisitiva que mira lejos interrogando qué quieres ser de mayor, o qué va a ser de ti lejos de casa; es presencia acogedora hoy, que ya vale la pena por estar e ir tanteando la manera para que siga valiéndola en un proyecto biográfico personal. Se trata de decir algo así como «es cosa tuya, porque es tu vida, y nos preocupa que no la echés a perder. Por eso estamos aquí, para acompañarte en tu proceso de búsqueda». En ese proceso tendremos que pedirles perdón, por buscar torpemente con/en ellos su mejor posibilidad, exigiéndoles en la justa y cuidadosa manera, y soltándoles la rienda para que se vayan apropiando de su camino; ese camino transcurre en compañía de gente adulta que cree en ellos y por eso les deja un mundo en herencia digno de ser salvado en cada generación. Se lo debemos por justicia intergeneracional, pero además es un indicativo de la gratitud a una vida generosa que se autoafirma de diferentes maneras más con idéntico propósito: dar a cada uno una única oportunidad sobre la tierra.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Aristóteles. Ética a Nicómaco. Madrid: Centro de estudios políticos y constitucionales; 2018.
- (2) Han, Byung Ch. La sociedad del cansancio. Barcelona: Herder; 2017.
- (3) Illouz Eva y Cabanas Edgar. Happygracia. Cómo la ciencia y la industria de la felicidad controlan nuestras vidas, Barcelona: Paidós; 2019.
- (4) MacIntyre, Alasdair. Animales racionales dependientes. Barcelona: Paidós; 2001.
- (5) Butler, Robert N (1969). Age-Ism: Another Form of Bigotry. The Gerontologist, 1969; Vol 9, Issue 4\_Part\_1, Winter: 243-246.
- (6) Frisch Max. Digamos que me llamo Gantenbein. Barcelona: Seix Barral; 1983.
- (7) Honneth Axel. La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales. Barcelona: Crítica; 1997.
- (8) Martín Badia Júlia. Cap a l'autonomia de l'adolescent: model d'acompanyament per a professionals assistencials. Tesis doctoral. Facultat de Filosofia (UB). 2019.
- (9) Kohlberg Lawrence. Psicología del desarrollo moral. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1992.
- (10) Arendt Hanna. La condición humana. Barcelona: Paidós; 2005.
- (11) Mill John S. Sobre la libertad. Madrid: Alianza; 2013.
- (12) MacIntyre Alasdair. Tras la virtud. Barcelona: Crítica; 1997.
- (13) Winterson Jeanette. Porqué ser feliz cuando puedes ser normal, Barcelona: Lumen; 2012.
- (14) Sandel Michel. Contra la perfección. Barcelona: Marbot; 2016.

# MUNDOS VITALES Y MALESTAR EMOCIONAL EN EL TRÁNSITO ADOLESCENTE: UNA MIRADA DESDE LA ANTROPOLOGÍA FEMONENOLÓGICA

*Martín Correa-Urquiza, Ángel Martínez-Hernández,  
María-Antonia Martorell-Poveda*

## INTRODUCCIÓN

El concepto de *Transitional Aged Youth* (TAY) hace referencia al pasaje o segmento vital entre la etapa tardía de la adolescencia y el inicio de una juventud pre- adulta, con sus consiguientes transformaciones en términos neurobiológicos, cognitivos y sociales (1). Se calcula que el 27 % de la población mundial se encuentra en la franja de población entre 10 y 24 años (2, 3) y constituye un grupo de edad paradójico en términos de salud. Mientras este período vital se asocia con buenos indicadores en salud física, ya que incluso la adolescencia equaliza o amortigua el efecto de las desigualdades sociales en la morbilidad (4, 5), a la par se relaciona con una alta prevalencia e incidencia de problemas de salud mental (6, 7, 8), consumo de sustancias psicoactivas (9, 10) y conductas de riesgo (2). De hecho, el TAY es percibido como un período de especial vulnerabilidad por su condición de tránsito, de fase liminal entre un pasado por superar (la infancia) y un horizonte por construir (el mundo adulto).

La asociación entre TAY y salud mental es bien conocida en la literatura, pues la mayoría de los trastornos mentales suelen evidenciarse entre los 15 y los 25 años (6, 11, 12). Para el caso de la depresión la prevalencia en los jóvenes de 12 a 17 años es del 4 %, mientras que a los 18 años la tasa aumenta al 9 % (13, 14). Asimismo, los estados de ánimo negativos y el malestar emocional característicos de la adolescencia muestran una asociación conocida con el consumo de sustancias psicoactivas y la existencia de trastorno mental en la edad adulta (15, 16, 17). Sin embargo, y a pesar de la numerosa literatura sobre las dimensiones biológicas, cognitivas e incluso psicosociales asociadas con el TAY y su vinculación con los problemas de salud mental derivados, existe una clara ausencia de investigaciones etnográficas que analicen la dimensión subjetiva, fenomenológica y de los «mundos vitales» (18, 19) de los jóvenes; esto es: cómo los individuos experimentan, asimilan, vivencian y afrontan esas transformaciones, incluyendo sus propios malestares. Porque, ¿Qué es lo que los jóvenes hacen con lo que les es dado, en términos de circunstancias vitales? ¿Tiene algún impacto la vivencia de la depresión o de un malestar en las formas de vivir el TAY y viceversa? A nuestro juicio, los

malestares son difícilmente disgregables de la percepción del mundo vital, entendiéndolo éste como un conjunto de concepciones sobre el tiempo, el espacio y la sociabilidad que autoconstituye el malestar, así como las formas profanas de afrontarlo. El mundo vital es el *lebenswelt* definido por Husserl y retomado por Good en el campo de la antropología médica de corte fenomenológico (18), es el conjunto de las experiencias comunes e inmediatas vivenciadas por los sujetos.

Nuestro objetivo en este texto es analizar las transformaciones en la concepción del mundo vital y el malestar emocional asociado en el tránsito de la adolescencia a la edad adulta apoyándonos en los resultados de una investigación cualitativa y etnográfica que realizamos en Cataluña entre los años 2009 y 2015. Este estudio era parte del proyecto «Los malestares de los adolescentes» y supuso, entre otras cosas, la realización de 105 entrevistas en profundidad con jóvenes (17-21 años) con diagnóstico de depresión (n= 37), malestar emocional auto-percibido (n= 33) y control (n= 35) seleccionados del Panel de Familias e Infancia (PFI). También 5 grupos focales. Todos los participantes fueron residentes en Cataluña y nacidos entre 1990 y 1993. Parte substancial del contenido de las entrevistas fue, precisamente, el paso de la adolescencia a la juventud y el cambio en sus mundos vitales. Aquí nos centraremos especialmente en las transformaciones que se generan en el espacio vital, la temporalidad, la percepción del malestar y la concepción de la amistad.

#### DE LO CENTRÍPETO A LO CENTRÍFUGO EN LA CONCEPCIÓN DEL ESPACIO VITAL

Es sabido que el período de la adolescencia se constituye de una manera que podríamos vincular a lo que Van Genneep (20) define como instancias de liminaridad. Estas instancias están determinadas por la necesidad de habitar un margen, de crear un territorio de relativa autonomía en relación al mundo adulto y, desde ahí, construir el propio itinerario vital. La liminaridad implica una segregación vinculada a un punto fijo o condiciones culturales previas (20), pero en la adolescencia estaría más ligado a una necesidad estructural del propio adolescente.

Entre los jóvenes que entrevistamos se percibía la enunciación de esa necesidad liminar, esa búsqueda de limen, de apartarse del todo contextual para poder ser. El relato de la adolescencia está surcado por necesidades de autonomía, de construcción de códigos comunes con los pares, de separación del mundo adulto del cual aún no se perciben formando parte. Ahora bien, si en la adolescencia el mundo vital es percibido como pequeño, espacialmente finito y se limita al entorno inmediato y al grupo de iguales, en el paso a la juventud adquiere cualidad de infinito, se abre a lo exterior, a lo que está por venir. La adolescencia es en sí misma una etapa favorable a la idea de *communitas* (21), a una instancia existencial que, a la vez, está

dentro y fuera del tiempo. Es un ámbito de vida en común, de naturaleza concreta e inmediata que se define por oposición a la estructura social general del mundo adulto –caracterizada por la norma, institucionalizada y abstracta como nos indica Turner (21)– en la que la misma *communitas* se encuentra inmersa. Ambas instancias, estructura social y *communitas*, se constituyen a sí mismas a partir de su vinculación, son interdependientes. La *communitas* se refiere aquí a un momento centrado en el *self* y su entorno inmediato. En términos generales, no hay un otro más que aquel con el que se comparten instancias de liminaridad.

Si los adolescentes son en tanto habitantes del límite (22), del umbral, el tránsito hacia la juventud estaría opuestamente asociado con la apertura hacia un mundo adulto, un estadio en el que las exigencias, el entorno, las actividades y los desafíos son nuevos. Se trata de retos del desarrollo para la consecución de una identidad estable a partir de la progresiva individualización y constitución de un *self* más autónomo (11). Es un momento en el que, según las narrativas de nuestros informantes, la madurez adquirida de forma progresiva permite una suerte de recapitulación, un descubrimiento de que aquel micro-mundo adolescente era solo uno más de los tantos posibles. El itinerario exige ahora una apertura desde el *self* hacia el afuera, hacia la negociación con las diferentes condiciones sociales de lo adulto, hacia el mundo externo de la *communitas*. En cierto modo implica abandonar el nido grupal entre iguales para ingresar en un período de relativa soledad a la hora de enfrentarse a las exigencias del entorno. Como indica Rosa<sup>1</sup>, una de nuestras informantes:

«Claro, cuando eres mayor lo puedes... eres mucho... bien, no mucho, pero un poco más maduro, y tienes más elementos para enfocarlo mejor. Cuando tienes 15, ¡qué va! Estás de lleno en la adolescencia y no ves nada más, como yo. Solo lo que te rodea.»

A la fracción de lo adolescente, a este período asociado a una tendencia a observar la *communitas* como eje del mundo vital, lo denominaremos como «fase centrípeta». Por otra parte, el paso hacia la juventud estaría marcado por la evidencia de una toma de contacto con aquello que está más allá del limen y que conforma una «fase centrífuga». Hay un tránsito que conlleva un desprendimiento de la *communitas* y la liminaridad en beneficio del contexto social más amplio y el mundo adulto. Es el momento en el que el sujeto comienza a apartarse del grupo/margen asumiendo una soledad relativa y el ingreso en el cuerpo común ampliado de la estructura social adulta.

---

<sup>1</sup> Todos los nombres de los informantes son pseudónimos.

## DEL *CONTINUUM* CÍCLICO AL DESPLIEGUE DEL TIEMPO VITAL

En las narrativas de nuestros informantes la adolescencia fue vivida como un *continuum*, una instancia de temporalidad cíclica e infinita, una realidad en cierto modo giratoria en donde no hay aún una percepción clara de futuro. Sin embargo, en el paso hacia la juventud el individuo se encuentra ante la evidencia del tiempo ampliado pero finito del mundo adulto. Digamos que la adolescencia es vivida en los términos propios de la *communitas*, en donde se produce un estar fuera del tiempo (21) o en donde se crea un tiempo propio y circular, cerrado, que gira al margen del tiempo progresivo del mundo adulto. El mayor interés se centra en el «aquí y ahora» de la experiencia compartida en el grupo. Lo individual es en cierto modo una prolongación de lo grupal y viceversa, y es allí en donde tienden a producirse, resolverse y exponerse los malestares.

Contrariamente, el paso a la juventud implica un cambio en la concepción del tiempo vital. Es el momento en el que la vida abandona aquel *continuum* para empezar a ser pensada en términos de itinerario hacia un fin, como una sucesión progresiva de acontecimientos que llevará al sujeto hacia la realidad adulta. En cierta manera, en el paso hacia la juventud, el tiempo es percibido en términos de que «comienza a correr», aparece la posibilidad del horizonte, se «ponen en marcha los relojes» que giraron sin avanzar durante el tiempo adolescente. Existe, por lo tanto, una mayor conciencia del tiempo en términos de que transcurre, de que no hay que perderlo. De que hay un pasado y existe un futuro. Se rompe la idea de temporalidad circular. En ambas instancias el malestar se vive diferente. Como indica Alfons, otro de nuestros jóvenes:

«Porque cuando tú tienes 15 años solo te fijas con lo que hay ahora mismo... pero cuando vas creciendo tiendes mucho más al pasado y al presente y al futuro que no cuando eras pequeño, que lo que veías como que es lo que hay ahora y aquí».

## DEL MALESTAR INACABABLE A LA SOLUCIÓN POSIBLE

Las maneras de vivenciar y experimentar el malestar evidencian un cambio durante el TAY que es inseparable de las transformaciones en las formas de percibir el mundo vital. En la adolescencia el malestar, en tanto experiencia vital, es percibido en el aquí y ahora perpetuo del tiempo liminar de la *communitas*, es parte del *continuum* cerrado, y es precisamente esa sensación de inacabable lo que produce una intensificación de la aflicción. El dolor no es solo aquel que surge de una determinada situación o experiencia, sino que se intensifica a raíz de la vivencia percibida de que esa situación es inmutable, cíclica y potencialmente reincidente.

En cambio, en la juventud la percepción de un mundo vital mutante y progresivo que está ligado a la capitalización de la experiencia habilita la posibilidad de que el malestar sea entendido en términos pasajeros, acabables, transitorio, finito y, por lo tanto, de menor gravedad percibida. Según algunos de nuestros informantes, en esta segunda etapa la aflicción es vivida con menor intensidad, lo ya vivido habilita un saber sobre su factible finitud. Xavier, un informante que reflexionaba comparativamente entre las vivencias del malestar en la adolescencia y en la juventud, afirmaba:

«Sí, no le das tanta importancia porque sabes que cuando tienes un momento malo piensas que pasará y que tendrás un momento bueno. En cambio, cuando eres pequeño, si no conoces el otro extremo o no has cambiado tanto el estado de ánimo, quizás piensas que cuando estás con algo malo, pues que siempre estarás así.»

Júlia, por su parte indicaba:

«Ha habido una maduración. Y luego también antes a los 15 es como que es muy todo montaña rusa, ¿no? Un día estás arriba, eres la más guapa y te sientes la mejor del mundo. Otro día estás abajo que parece que te vayas a morir, que te va a dar algo, odias a todo el mundo, ¿no? Son tópicos, pero es que luego en la realidad los piensas y no es cada día así, pero sí en una regla general ves ese arriba y abajo. Mi carácter también es un poco arriba y abajo, un poco la edad, pero yo creo que (el cambio) es porque ha habido una maduración y entonces hay un proceso ahí que tú vas aprendiendo cosas.»

La misma condición centrípeta de lo adolescente promueve una percepción del malestar como inalterable, y es esta cualidad lo que determina en parte su mayor gravedad percibida. Si el momento presente de la *communitas* es lo importante y su pertenencia necesaria para el *self* adolescente, todo conflicto relativo a ese encaje del sujeto es factible de producir malestar. Al mismo tiempo, la percepción de potencial invariabilidad de las circunstancias del mundo vital conduce a un agravamiento de la aflicción. En otras palabras, los conflictos son percibidos de forma más aguda en relación directa con el aura de infinitud que los rodea. Si algo en ese engranaje constitutivo del micro mundo falla, todo falla. En el territorio de lo adolescente los conflictos son proporcionales al tipo de mundo vital que genera la *communitas*. Según los propios informantes, en la adolescencia los problemas son más pequeños pero el malestar es mayor, uno tiene menos recursos para poner en juego. En cambio, en el tránsito a la juventud los problemas son mayores pero el impacto sobre los individuos es menor porque ya han incorporado la lógica de la capitalización de la experiencia. Como nos dice Manuel:

«Y cuando eres pequeño piensas que eres el rey del mundo, que eres el único que hay aquí y por lo tanto todos los temas te afectan más porque te

crees más importante y reclamas, quizás, también esta participación en la vida de los demás. A medida que pasa el tiempo, pues ya no te afecta tanto y te das cuenta que piensas diferente. Cuando eres pequeño te afectan más las cosas. Claro que sí. Por este motivo; pienso, porque te sientes más... eres más... tampoco es egocéntrico... pero aún no conoces mucho la realidad y la quieres descubrir y quieres ir aquí, quieres ir allá, y reclamas esta importancia al mundo, que en realidad no la tienes. Y a base de golpes pues te vas dando cuenta.»

En general, la mayoría de los entrevistados afirman haber vivido una etapa adolescente en la que cualquier pequeño desperfecto en el entramado era sentido de manera grave e intensa. Ellos mismos, ahora en su juventud, vinculan este hecho a la falta de una concepción global sobre la experiencia vital, a la tendencia a suponer que el universo acaba donde acaba la experiencia directa de lo adolescente. En la juventud se logra capitalizar lo experimentado, se adquieren otras herramientas que permiten conceptualizar y experimentar en nuevos términos la gravedad/intensidad del problema. La noción de experiencia, es decir, de haberse ejercitado en los vaivenes de la vida, es puesta de manifiesto como uno de los elementos que ayudan a comprender las dificultades en términos menos absolutos. Como nos dice María:

«Yo creo que, con 15 años, como eres más adolescente aún, te lo tomas todo como más a pecho y reaccionas más irritable; y ahora puede que te pase también, pero te lo tomas más con calma y piensas más. Entonces, la razón por la diferencia sería... la edad, supongo, la madurez.»

También Maite, que refiriéndose a la manera de enfrentarse a los momentos de dolor en la adolescencia y en la juventud afirma:

«A los 15 años yo creo que hay más cosas que te causan malestar, porque te lo tomas todo muy a la tremenda, como si todo fuese el fin del mundo. En cambio, cuando tienes 18 es como... y ya has vivido más, y además piensas más las cosas, es decir, no te dejas hundir, que todas las cosas las puedes ver de diferentes puntos de vista, todos los problemas.»

La percepción del malestar como potencialmente inextinguible está ligada a una mayor rigidez en la resolución o gestión de la aflicción que puede vincularse a la naturaleza/cualidad del mundo vital en esta etapa. Por otro lado, en el paso a la juventud las herramientas que da la experiencia contribuyen a relativizar la gravedad del conflicto, a una mayor flexibilidad que resulta de la posibilidad de poner en juego reflexivamente tanto lo vivido como la proyección del horizonte vital en un tiempo lineal y desplegado. Ahora, aparece con más asiduidad la mirada en perspectiva que favorece y promueve un aumento de la elasticidad y efectividad a

la hora de encontrar soluciones al malestar. Aprenden a aceptar que, si las experiencias vitales no son como esperan, pueden cambiarse o, sencillamente, llegarán a tener fin. Nace la posibilidad de un después, hay un más allá del malestar que no se hace tan evidente en la adolescencia. Una informante, Anna, pone fecha a este tránsito:

«La frontera la pondría entre los 16 y 17. Hasta los 16 iba de una manera, entonces entre los 16 y 17 se produce un cambio... ya no tienes esa tontería que quizás tenías antes... ahora ya tienes la cabeza más amoldada, o sea ya no lo vives todo tanto. O sea, como que ya te conoces más y sabes por donde vas a ir.»

#### DE LA MICRO-MULTITUD A LA DIVERSIDAD EN LAS RELACIONES DE AMISTAD

Según la mayor parte de los jóvenes que entrevistamos se produce una transformación en las maneras de vivir la amistad entre la adolescencia y la juventud. Durante la primera etapa los grupos de amigos se evidencian a la vez como causa del malestar y como la base de su atención o gestión, pues todo sucede en la *communitas* y en ella debe resolverse. En términos generales, este período propicia una concepción abierta, aunque acotada a la franja etaria de pertenencia, de la amistad: amigos/as son aquellos que comparten el proceso de liminaridad, y éstos son habitualmente numerosos pues son los que habitan la misma *communitas*. La mayoría de los entrevistados recuerda haber tenido «muchos» amigos en la adolescencia, muchos casi sin distinción. Como si lo importante en aquel entonces fuera el número. En cambio, con el tránsito hacia la juventud comienza un proceso de individualización; se reducen los grupos, se abandona el entramado múltiple para pasar a un ámbito más personal, en ocasiones ligado a una pareja. También se amplían las redes sociales en términos de diversidad social, etaria, local, etc. El tiempo dedicado a los amigos se limita; lo que está ligado a una reconceptualización de la idea de amistad: si antes todos eran amigos, ahora la palabra solo nombra a un núcleo reducido. Las redes se achican, y al mismo tiempo se hacen de una mayor intensidad y diversidad. La mayoría de los informantes afirma haber disminuido el número de amigos, pero sobre todo afirma haber cambiado su concepción de la amistad. Como explica Joan:

«Sí, porque es eso, por el mismo afán de llevarte bien con todo el mundo y tener muchos amigos; es eso que dices: “tengo muchiiiiiiiiisimos amigos”... a ver, pero ¿amigos en realidad? ¿Qué es para ti un amigo? Porque luego eso lo ves con el tiempo. Sobre todo en los momentos difíciles, porque para mí un amigo es una persona que está aquí (señala el suelo), o sea, que hay una relación, que ante un problema, que está cuando lo necesitas. Sobre todo cuando pasas un mal trago lo ves, la gente que ha estado a tu lado

pues realmente son tus amigos. Entonces es eso, a los 15 dices: si tengo muchísimos amigos... pero cuando tienes 18 dices: a ver, mis amigos son éste, éste y éste».

En la adolescencia los amigos son los que las circunstancias han puesto, los que comparten el territorio de la *communitas*. En la juventud los amigos son los que han demostrado estar cuando uno los necesita. Con todo, en este punto se observa una diferencia vinculada a la existencia o no de un diagnóstico de depresión durante la adolescencia. Si bien la mayoría de nuestros informantes manifestaron una tendencia a disminuir el número de amigos en el paso hacia la juventud, en aquellos entrevistados que pasaron por una experiencia de este tipo de aflicción la proyección fue inversa, pues relataban una adolescencia más solitaria, alienada de la *communitas* o grupo de iguales, y una juventud en la que habían comenzado a ampliar sus redes de amistades. Lluís, por ejemplo, recuerda:

«Pues porque a los quince años aún está la gente con la edad del pavo y eso... estaba yo como el marginado, que estaba con los contados, y bueno ahora hablo más con la gente. La gente a esta edad, a mi edad, se deja conocer más.» Jaume abunda en el mismo sentido: «Yo con 14 o 15 años estaba bastante marginado (ríe). No es lo mismo que ahora. Ahora tengo amigos, salgo, toco con un grupo de música. No sé. Caigo mejor que antes. No sé.»

En líneas generales, la juventud permite otras flexibilidades, normaliza, naturaliza la soledad como necesaria en una etapa encaminada hacia el mundo adulto. Disminuye la presión social del entorno inmediato y el sujeto accede a la opción de rearmarse legítimamente como individuo solitario que puede abrirse a otras redes, a otras relaciones más allá del grupo adolescente.

## CONCLUSIÓN

En el tránsito de la adolescencia a la juventud se juega la capacidad para individualizarse, para enfrentarse a la posibilidad de ser en tanto sujeto autónomo y adulto. Hay una transformación en las maneras de vivenciar las circunstancias vitales, en las herramientas puestas en juego a la hora de relacionarse con el entorno y en los escenarios posibles de existencia. Como se observa entre los participantes de nuestro estudio, el TAY supone transitar de una topografía adolescente parcialmente centrípeta, inmediata, cerrada, a una nueva ligada a la idea de lo centrífugo. Paralelamente, la temporalidad adquiere cualidades que van de lo cíclico durante la adolescencia a lo finito progresivo de la juventud, al tiempo desplegado como proyecto de adultez. Es cuando los relojes se encienden y se dibuja la posibilidad de un horizonte. Si antes la vida era un *continuum* de lógicas

y estructuras de valores específicos; el paso hacia la juventud es vivido como el comienzo de la adaptación a los códigos compartidos por el mundo adulto. Si en la primera etapa la idea de malestar y los conflictos inherentes a la vida social eran percibidos bajo la cualidad de lo irresoluble; en la juventud la experiencia adquirida y la capacidad de ponerla en juego, de articularla, logran transformar esa percepción. Los conflictos adquieren, ahora, una dimensión de posible finitud y el sujeto se descubre más flexible frente a ellos. El malestar se suaviza.

Una primera conclusión que emerge de nuestros datos es que el mundo vital adolescente es percibido como generador de un mayor malestar que el relativo a la juventud. El primero se percibe como más complejo, confuso y negativo. En los tres subgrupos de jóvenes que entrevistamos (con diagnóstico de depresión, con malestar autopercebido y sin diagnóstico ni malestar), se observó en las narrativas una «mejora» progresiva en el tránsito a la juventud. Es decir, el sujeto se ve a sí mismo como más preparado para hacer frente a su proceso vital. Sin embargo, cabe pensar que, de no estarlo, y dado que las exigencias externas son mayores en el paso a la juventud y que la situación es de relativa soledad, el riesgo de sufrir malestar o un cuadro de aflicción puede también agudizarse a la hora de abordar los conflictos. Recordemos que mientras la prevalencia de la depresión entre los jóvenes de 12 a 17 años es del 4 %, a los 18 años la tasa aumenta al 9 %. Esto puede ser debido a un infradiagnóstico en el primer grupo de edad o a un sobrediagnóstico en el segundo, pero también a los desgarros que el desprendimiento de la adolescencia puede generar, especialmente entre los colectivos más vulnerabilizados por las desigualdades sociales. El *self* que emerge del TAY ya no está protegido por la *communitas*, sino que es un actor de la sociedad más amplia y un sujeto que está al albur de nuevas intemperies.

Tal es la paradoja. En el paso de la adolescencia a la juventud el sujeto mejora su posición en términos de las herramientas vitales de las que dispone para enfrentar el mundo adulto; pero sus circunstancias llegan revertidas de una serie de complejidades con las cuales se relaciona por primera vez. McGory las nombra como los retos del desarrollo, que estarían en relación directa con la constitución de una identidad estable en un contexto movido (11). De hecho, el tránsito es vivido como una encrucijada en donde se observan una serie de transformaciones que implican, a su vez, la necesidad de ampliar y modificar las estrategias para enfrentar las exigencias del mundo adulto.

En una segunda conclusión, lo observado pone en evidencia que durante la transición hay una disminución importante en las particularidades numéricas de la amistad. La extinción gradual de la *communitas* trae aparejada una instancia joven de relativa soledad a la hora de enfrentar o relacionarse con el mundo vital. Simultáneamente se da una transformación en la concepción misma de la idea de amistad; si antes se vinculaba al todo

grupales, con la juventud el grupo se reduce, lo forman solo aquellos que han demostrado estar presentes más allá del hecho mismo de compartir la circunstancia. Una tercera conclusión al respecto, nos muestra que este mismo fenómeno parece ir a la inversa en el caso de los entrevistados con diagnóstico de depresión, lo cual puede darnos pie a conjeturar que las personas diagnosticadas tienen mayores dificultades para lidiar con el episodio circular de la *communitas*, precisamente —y entre otros elementos— a raíz de la condición cerrada y percibida como imprescindible de la misma, y que esta dificultad puede transformarse más adelante en una instancia generadora de sufrimiento y de dificultades de adaptabilidad al entorno social. Las transformaciones en la percepción del mundo vital son, de hecho, de suma importancia para entender el sufrimiento psíquico en esta etapa de la vida y deberían ser tomadas en cuenta en las aproximaciones clínicas y sociales. La antropología médica de corte fenomenológico aporta aquí un rescate del sufrimiento psíquico desde la óptica de las narrativas de los propios sujetos; narrativas que, al fin y al cabo, son las que permiten ofrecer sentido y valor y, en esa medida, sujetar al sujeto a un mundo.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Wilens TE, Rosenbaum JF. Transitional aged youth: a new frontier in child and adolescent psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Sep; 52(9): 887-90. doi: 10.1016/j.jaac.2013.04.020.
- (2) Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, Sawyer SM, Green MA. The equalisation hypothesis and changes in geographical inequalities of age based mortality in England, 2002-2004 to 2008-2010. *Soc Sci Med*. 2013 Jun;87: 93-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.03.029.
- (3) United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *World Population Prospects 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/423)*.
- (4) Dibben C, Popham F. Are health inequalities evident at all ages? An ecological study of English mortality records. *Eur J Public Health*. 2013 Feb;23(1): 39-45, doi: 10.1093/eurpub/cks019.
- (5) Hanson, Margaret D., and Edith Chen. «Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature.» *Journal of behavioral medicine* 30.3 2007: 263.
- (6) Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 593-602.
- (7) Balázs J, Miklósi M, Keresztény A, Hoven CW, Carli V, Wasserman C, Apter A, Bobes J, Brunner R, Cosman D, Cotter P, Haring C, Iosue M, Kaess M, Kahn JP, Keeley H, Marusic D, Postuvan V, Resch F, Saiz PA, Sisask M, Snir A, Tubiana A, Varnik A, Sarchiapone M, Wasserman D: Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013, 54 (6): 670-677. 10.1111/jcpp.12016.

- (8) Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, Benjet C, Georgiades K, Swendsen J: Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010, 49 (Suppl): 980-989.
- (9) Bonn-Miller MO, Zvolensky MJ, Johnson KA. Uni-morbid and co-occurring marijuana and tobacco use: examination of concurrent associations with negative mood states. *J Addict Dis*. 2010; 29(1): 68-77.
- (10) Robinson M, Kendall GE, Jacoby P, et al. Lifestyle and demographic correlates of poor mental health in early adolescence. *J Paediatr Child Health*. 2011; 47(1-2): 54-61.
- (11) McGorry, P. Transition to Adulthood: The Critical Period for Pre-emptive, Disease-modifying Care for Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophr Bull*. 2011 May; 37(3): 524–530. doi: 10.1093/schbul/sbr027
- (12) Uhlhaas PJ. The adolescent brain: implications for the understanding, pathophysiology, and treatment of schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2011 May; 37(3): 480-3.
- (13) WHO (2001). The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/en>
- (14) WHO (2004). World Health Organization European Ministerial Conference on Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions. Mental Health of Children and Adolescents. Helsinki: WHO. Disponible en: [ww.euro.who.int/document/mnh/ebrief14.pdf](http://www.euro.who.int/document/mnh/ebrief14.pdf)
- (15) Birchwood M, Singh SP. Mental health services for young people: matching the service to the need. *Br J Psychiatry Suppl* 2013; 54:s1-2. doi: 10.1192/bjp.bp.112.119149.
- (16) Martínez-Hernández Ángel, et al. «Consumo diario de tabaco en la adolescencia, estados de ánimo negativos y rol de la comunicación familiar.» *Gaceta Sanitaria* 2012; 26: 421-428.
- (17) Martínez-Hernández Á., Mari-Klose M., Julià A., Escapa S., Mari-Klose P. Consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes: su asociación con los estados de ánimo negativos y los factores familiares. *Revista Española de Salud Pública* 2012; 86(1): 101-114.
- (18) Good B. Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Barcelona: Ed Bellaterra; 2003.
- (19) Bourdieu P. El sentido práctico. Madrid: Taurus; 1988.
- (20) Van Gennep A. Los ritos de paso. Madrid: Taurus; 1986.
- (21) Turner V. El proceso ritual. Madrid: Taurus; 1988.
- (22) Trías E. La razón Fronteriza. Barcelona: Destino; 1999.



# ADOLESCENTES DIGITALES: VIVENCIAS Y REPERCUSIONES

Rubén D. Gualtero

«Lo escaso basta,  
lo abundante ofusca».

LAO ZI (siglo VI a. C.)

## INTRODUCCIÓN

En un reciente viaje a un país andino tuve la oportunidad de visitar una pequeña localidad con gran presencia de población indígena. Me sorprendió, nada más llegar, que muchas cosas que observaba continuaban como tiempo atrás: los *jeeps* abarrotados de mercancías y de viajeros que venían o regresaban a sus caseríos, la vestimenta tradicional de las personas mayores, la música de los bares que invadía el espacio público, así como otros detalles del entorno urbano. Era como si el tiempo se hubiese detenido en aquel lugar, excepto por algo muy concreto: la gente joven, los y las adolescentes, en su mayoría trajeados con el uniforme escolar, se paseaban por el pueblo con el «celular» en la mano.

Franz, viajero impenitente y musicólogo, protagonista de la novela *Brújula*, se pregunta:

«¿Habría Internet en Kuching, capital de Sarawak? Sí, por supuesto. Ya no existe lugar alguno sobre la tierra donde no haya Internet. Incluso en medio de las guerras más atroces, para bien o para mal, encuentras una conexión. Hasta en un monasterio de Darjeeling, Sarah tenía cerca un cibercafé. Imposible escapar de la pantalla. Ni siquiera en la catástrofe» (1).

Resulta evidente, pues, que vivimos en un mundo en el que los medios digitales han pasado a formar parte de nuestra vida. Pero, además, Internet, no solo podemos encontrarlo en una ciudad hindú, vecina al Nepal (Darjeeling), como se sorprende el personaje de la cita anterior. La ubicuidad, junto con la desmesura y la inmediatez que nos ofrece la red, han devenido rasgos propios de la modernidad tardía que, como veremos más adelante, están íntimamente ligados con el tema que nos ocupa.

Ahora bien, de los dispositivos actuales, uno que ha cautivado, y cautiva, al *homo digitalis* es, sin duda, el teléfono móvil (celular, *smartphone*). Omnipresente en nuestra cotidianidad, ha pasado de ser un simple «medio» para convertirse en un objeto totalizante. En el móvil, los adultos,

pero sobre todo los jóvenes, tienen a su disposición cuanto ofrece la tecnología digital a través de Internet: comunicación oral y escrita (*WhatsApp*, SMS), información (*Google*, por citar una plataforma), entretenimiento (en multitud de portales de juegos, música, videos, cine), además de acceso a las denominadas «redes sociales» en aplicaciones como *YouTube*, *Facebook*, *Instagram*, entre muchas otras.

«Con mi móvil, tengo toda mi vida en la palma de mi mano –decía una adolescente finlandesa–. Es muy importante para mí y lo cuido mucho» (2).

Dado el protagonismo innegable que ha alcanzado este dispositivo en nuestros días, a lo largo del artículo intentaremos aproximarnos a la forma en que los chicos y chicas de (casi) todo el mundo se relaciona con él, así como las repercusiones que ha desencadenado en su vida personal y social. Puesto que se trata de un asunto novedoso, complejo y, en algunos casos, ciertamente complicado, lo abordaremos desde tres aspectos concretos. En primer lugar, hablaremos del móvil como un objeto imprescindible y *normal* en la experiencia cotidiana de los adolescentes. «Ni un paso sin mi móvil» sería su eslogan. Más aún, para muchos de ellos el teléfono móvil ha dejado de ser un artilugio tecnológico para convertirse en un «objeto transicional» en el más estricto sentido *winnicotiano*.

Otro aspecto en el que haremos hincapié, relacionado estrechamente con el anterior, es el hecho de estar «permanentemente conectados». A diferencia de los medios tradicionales, la pantalla ofrece a los jóvenes un sinfín de posibilidades para navegar y estar «enganchados» a la red, aunque se trate de encuentros fugaces y, a menudo, con espectadores «fantasmáticos». En tercer y último lugar, nos detendremos en el fenómeno de la sobreexposición del cuerpo adolescente. Sea con la intención de acumular el máximo posible de *likes* o por otros motivos menos transparentes, lo cierto es que la difusión de todo tipo de fotografías, algunas impactantes por su aspecto provocador o «sangrante», ha pasado a convertirse en un reclamo constante en los medios, retroalimentado gracias a las redes sociales y al papel preponderante de la imagen en la sociedad actual.

## NI UN PASO SIN MI MÓVIL

El móvil, especialmente los teléfonos «inteligentes» (*smartphone*), ha dejado de ser una novedad tecnológica para convertirse en el «compañero digital» por antonomasia de los adolescentes. Fiel servidor, sus aplicaciones son fundamentales a la hora de organizar el día a día (reloj, calendario, agenda, despertador, callejero, cámara, álbum de foto, grabadora, etc.), para comunicarse y formar parte del grupo de iguales, además de dispensador de innumerables opciones de ocio y entretenimiento. Todo ello con

solo tocar la pantalla; a menudo, de forma apresurada y sin abandonar otras actividades.

Por supuesto que el uso predominante e inequívoco de este icono varía en función de la condición social de los adolescentes y las posibilidades de conexión; pero, sobre todo, con el rango de edad de los usuarios. Así, mientras los preadolescentes lo emplean más que nada para el contacto directo y de «supervisión parental» –con mensajes del tipo: «avisame cuando llegues, mamá»–, por lo que respecta a los más mayores el acceso, ya sea desde casa, el instituto, lugares de ocio, etc., se diversifica hasta abarcar multitud de aplicaciones y, por supuesto, perderse por el sugerente y controvertido universo de las redes sociales (*Facebook*, *Instagram*, *Twitter*, para mencionar solo las más conocidas).

Este uso, imprescindible y excesivo, suscita celos y preocupaciones por las repercusiones negativas que pueda ocasionar en el proceso de socialización, pautas de comportamiento y en la salud, especialmente, en la salud mental de los chicos y chicas digitales (3). Sin embargo, cuál es el alcance real de esta inquietud es algo, como mínimo, incierto y nos coloca, además, ante la denominada «paradoja de Internet» y de las aplicaciones digitales en general. O sea: si usar el móvil de manera inapropiada supone riesgos para el propio individuo y/o los demás (4), prohibirlo o demonizarlo les privaría, en el imaginario adolescente, del *único* medio de comunicación y contacto con sus pares, de flirteo y construcción de la propia identidad, de aprendizaje y adquisición de bagaje cultural, todo ello en un momento en que las nuevas tecnologías crecen y se consolidan de forma imparable (5).

Desde estos enfoques contrapuestos encontraremos, por tanto, que utilizar el móvil y las redes sociales se asociaría con un conjunto de problemas como una mala calidad del sueño, ansiedad y depresión (6). Por otro lado, un amplio estudio sobre los *screen media* y los efectos perjudiciales en la salud mental de los adolescentes, concluye que cualquier relación entre el uso de la pantalla –de dispositivos móviles como teléfonos inteligentes, *tablets*– y la sintomatología depresiva parece ser, en el mejor de los casos, pequeña (7). Así mismo, un trabajo llevado a cabo entre adolescentes noruegos y publicado recientemente (2019), establece que el tiempo dedicado a las redes sociales se relacionó «modestamente» (las comillas son nuestras) con un aumento de la depresión, problemas de conducta o consumo excesivo de alcohol (8). En estudios de esta naturaleza, los autores suelen acompañar las conclusiones con una exhortación a seguir investigando, a fin de superar las limitaciones de los resultados empíricos obtenidos en sus propios trabajos. En este caso, Houghon, Laurens y Hunter (8) plantean que el aumento en el uso de tales dispositivos puede ocasionar un cierto deterioro de la salud mental, algo a tener presente no solo como hipótesis, sino como recomendación para los padres y adultos que conviven con estos incondicionales y compulsivos usuarios, como veremos a continuación.

Comentábamos en la introducción que una de las características de las nuevas tecnologías es que han logrado eliminar o, dicho menos categóricamente, relativizar las distancias tanto espaciales como mentales. «Imposible escapar de la pantalla», exclamaba Franz (1). Condenados a conectarnos, mientras haya conexión podemos comunicarnos con quien sea, desde donde sea. Además, los medios tradicionales (el teléfono fijo, el correo postal) son pasivos. Los nuevos dispositivos y sus aplicaciones (*WhatsApp, Facebook, Twitter, Skype*), por el contrario, son activos y permiten una interacción inmediata –enviar y recibir mensajes orales o de texto, fotos, vídeos– con una gran eficiencia y comodidad.

Este modelo de comunicación y de relación interpersonal, como otros aspectos de la sociedad digital, no está exento de ambivalencias y claras contradicciones, algo en lo que hemos insistido e insistiremos. Así, mientras las nuevas tecnologías ofrecen a quienes detentan el poder fantásticas oportunidades para aumentar el beneficio económico y la vigilancia o, como diría Foucault, el «control de las almas», por lo que respecta a los usuarios, adultos y, sobre todo, a los adolescentes, el hecho de estar chateando, de *enredarse* con alguien que está en la misma ciudad o a miles de kilómetros les resulta, sencillamente, fascinante. Sin embargo, esta sensación de cercanía que brinda la pantalla es, para algunos autores, un mero espejismo.

«Por la eficacia y comodidad de la comunicación digital –dice Byung-Chul Han, en su libro *En el enjambre*– evitamos cada vez más el contacto directo con las personas reales, es más, con lo real en general. El medio digital hace que desaparezca el enfrente real. Así pues, la comunicación digital carece de cuerpo y de rostro... Desmonta lo real y totaliza lo imaginario. El *smartphone* hace las veces de espejo digital para la nueva edición postinfantil del estadio del espejo».

Añade más adelante:

«El medio digital nos aleja cada vez más del *otro*» (9).

Si la afirmación del filósofo coreano resulta categórica, lo que salta a la vista es qué «estilo» de comunicación ha cambiado. Se han relativizado las distancias, es verdad; pero también, se ha fomentado la inmediatez (otro atributo de la sociedad actual). Sin tiempo para la reflexión ni para una mirada detallada, primero se contesta y luego se piensa, algo que está dando lugar a más de una situación pintoresca entre las parejas y grupos de amigos. Por tanto, este estilo de comunicación y de relación hace que el adolescente, a menudo, se encuentre alejado afectivamente de aquellos

con los que convive y, por el contrario, se sienta cercano de quienes están muy lejos, especialmente, de cuantos le dan un *me gusta*; respuesta escueta, sin pasión ni matices.

La comunicación interpersonal, en efecto, ha pasado de dirigirse a sujetos determinados y presentes (física o afectivamente) para establecerse, en mayor medida, con sujetos indeterminados y ausentes. El encuentro con el otro se ha convertido, o pueda dar lugar, a un acto que, directa o indirectamente, fomente el aislamiento real. En otras palabras, el hecho problemático estaría en pasar de relacionarse con cuatro o cinco amigos o compañeros de clase a tener miles de «seguidores» repartidos por el mundo a los cuales jamás les estrechará la mano. Se trataría, en esos casos, de *chats*, de diálogos, de encuentros, mediatizados por la frialdad de la pantalla, ajenos al calor de la intimidad y susceptibles de provocar o incrementar en el internauta una dolorosa soledad.

Más que prohibiciones o contagioso alarmismo, el riesgo puede venir de que las «amistades virtuales» sustituyan categóricamente a los amigos reales (10). Así que cuando un, o una adolescente, alardee de que tiene «muchos amigos» convendría estar atentos para precisar el alcance real de esta afirmación no vaya a suceder que sea una persona con dificultades de relación y que, desde su habitación, intenta superarlas coleccionando «amistades espectrales». Diríamos, pues, que no se trataría tanto de cuestionar o preocuparse por la «virtualidad» de los amigos como por la calidad de la amistad percibida.

Para Asunción Soriano, psiquiatra y psicoanalista con larga experiencia en atención clínica a los adolescentes, en nuestra época muchos chicos y chicas sustituyen la relación directa por la «tecnológica». En ocasiones, frente a los temores y apuros que genera un encuentro personal con el otro, el medio digital facilita al adolescente un acercamiento del que no sería capaz sin la «pantalla». Los adultos, continua Soriano, hemos de estar atentos para no descalificar de entrada estas nuevas maneras de relacionarse y, a la vez, para saber valorar su auténtica dimensión. El «desespero» que puede tener una chica que «la dejan con el visto» seguramente no es motivo de preocupación por su gravedad, lo cual no impide tener en cuenta el malestar con que ella lo vive.

Frente a lo nuevo que atrae y deslumbra a los más jóvenes habrá que encontrar, desde posturas abiertas y conciliadoras, posicionamientos y actitudes que nos permitan encontrar el buen camino. Pues, como señala Luis Feduchi, «el adolescente siempre nos lleva uno o dos puntos de ventaja. Cuando aún estamos evaluando un tipo de problemática ya están planteando una nueva que no esperábamos» (11).

Un aspecto llamativo de la sociedad digital es la hipervisibilidad, el papel preponderante de la *imagen*, no solo en el ámbito comercial o publicitario, como en la esfera privada. «Publicas, luego existes», se ha convertido en un mandato categórico cuyos seguidores van desde dirigentes de naciones poderosas a ciudadanos digitales de a pie y, por supuesto, adolescentes de cualquier edad y condición.

*Facebook*, con 22 millones de usuarios registrados únicamente en España (12), resulta una plataforma, una «pantalla» gigantesca y suficientemente atractiva como para abstenerse al furor de la exposición, al trasiego compulsivo de imágenes, cuyo contenido y valor estético abarca un catálogo incommensurable y variopinto en cualquiera de las «vitrinas» globales.

«En nuestros días... todo el mundo fotografía a todo el mundo, con teléfonos, con ordenadores, con tabletas; eso arroja millones de imágenes penosas, flashes carentes de la menor gracia aplastando las caras que se suponían que iban a poner en valor, ligerezas muy poco artísticas, lastimosos contraluces» (1).

Aunque a nuestro citado novelista le parezca que «en la época del argento se iba con más cuidado» (1), lo cierto es que esta consideración no pasa de ser más que una mera evocación nostálgica, pues como dicen Gualtero y Soriano en el libro *El adolescente cautivo*:

«Pocas veces como en la actualidad la imagen ha estado tan presente en todos los ámbitos de la vida cotidiana. Se trata de una presencia ubicua y constante que poco a poco ha ido conformado un dictado del cual difícilmente se puede estar al margen y que afecta de manera especial a los jóvenes, pero también a los adultos» (13).

En este sentido, lo que pretende el adolescente, para centrarnos en este grupo etario, es presentarse lo más bello o bella posible; pero también, deseado, atrevido, capaz de acaparar la atención. Se trata de exponer su real o fantaseada fortaleza, de exhibir las heridas autoinflingidas en los brazos, de representar el sufrimiento interior. Lo importante, en definitiva, es mostrarse y, si es posible, obtener de forma inmediata el mayor número de «me gusta» o comentarios que sirvan para tranquilizar su fragilidad existencial, la necesidad de ser tenido en cuenta.

Diversas son las razones que pueden motivar la sobreexposición del cuerpo, de su imagen real o dramatizada. El afán de notoriedad es, desde luego, una de ellas. Hoy se adquiere valor si se es visto y, en consecuencia, el protagonismo que conquistan los adultos es plausible que contagie a quienes esperan alcanzarlo. Que un personaje de la farándula y hasta un

jefe de gobierno o un *Youtuber* consiga miles de «vistas», que congregue millones de *followers* y gane muchísimo dinero, se convierte, desde la fantasía adolescente, en una hazaña digna de ser emulada, ya sea de forma sensata o disparata.

Otra de las razones de esta ansiada visibilidad a toda costa habría que buscarla en la necesidad de ser transparentes (9) y, desde luego, en la invasión morbosa de la esfera privada por parte de unos *mass media* ávidos de lograr récords de audiencia. Estaríamos por tanto ante un acoso, más o menos manifiesto, que induciría a los individuos a autoproclamar en la plaza globalizada y a través de los amplificadores digitales (*Twitter*, *Instagram*, *Facebook*, etc.) sus éxitos y sus miserias, sus dolencias y hasta detalles íntimos frutos de un *affaire* con una becaria. En cualquier caso, sean los adultos o los adolescentes los que «cuelgan», envían o reenvían imágenes de dudoso gusto o decoro, la cuestión preocupante es que la intimidad se desvela sin pudor y lo privado se hace público dejando la «ventana» abierta a la mirada, el escrutinio, los comentarios o «me gusta», de unos pasivos e indiscretos espectadores.

La proliferación de imágenes en los medios digitales algo, a primera vista, favorable por la capacidad de atracción y reclamo, dada su carga invasiva, no solo disminuye el sentido crítico, la prudencia y la capacidad de discernimiento, como ocasionar situaciones embarazosas o ciertamente perjudiciales.

Así, la fotografía de la rosa tatuada en la espalda o los genitales que el muchacho o muchacha envió o «subió» a la red y que pretendía, desde su punto de vista, «ser lo más» entre sus seguidores puede, sin embargo, convertirse en un auténtico desastre. En la conectividad global, la línea que separa lo acotado, lo estrictamente privado, y lo expuesto a cualquier mirada es finísima: bastan fracciones de segundos para que una imagen se desplace a través de la web y quede atrapada en ella. Nuestros paseos por la red dejan huellas digitales que pueden rastrearse en cualquier momento y están siempre disponibles. Esto, por el contrario, difícilmente sucedía con las imágenes que circulaban en la época del «revelado» cuando, a no ser por el afán de conservarlas, las fotos en papel se arrugan, deterioran y, al final, terminan por desaparecer.

Pero, además, de esta sobreexposición del cuerpo que suelen hacer los adolescentes movidos por una intención trasgresora, irreverente y, en ocasiones, sin calcular las consecuencias, también hay otras formas de exposición que tienen un impacto negativo y perjudicial a nivel individual y colectivo.

No haremos alusión a la oferta ciertamente prolífica de imágenes perturbadoras disponibles en la red con un propósito comercial, nocivo o perverso. En esta ocasión, nos referiremos a dos modalidades frecuentes entre los adolescentes y adultos jóvenes. Una es el *sexting* o envío de imágenes (fotos, vídeos) de índole sexual tomadas por el propio individuo (o alguien

muy cercano). La otra modalidad tiene que ver, nunca mejor dicho, con la exposición en las pantallas de cuerpos descarnados o sangrantes autolesiones.

Puesto que se trata de fenómenos recientes y multifactoriales, la cautela se impone de nuevo. En este sentido, lejos de banalizar o bajar la guardia ante esta práctica y las consecuencias negativas que el uso continuado puede acarrear a los *sexters*, su entorno familiar y social, en un texto del *Journal of Adolescent Health* (2019) titulado *What do we know about sexting, and when did we know it?*, la autora del editorial revisa la evolución de esta problemática desde la aparición del concepto hace aproximadamente 15 años hasta la actualidad. A partir de analizar diversas informaciones e investigaciones considera que, igual que sucede en la sexualidad adolescente, algunas experiencias de *sexting* son negativas; aunque, en general, no lo son (14). Con anterioridad (2014), un estudio específico sobre esta práctica y la salud psicosocial halló correlaciones significativas en cuanto a comportamientos impulsivos y consumo de sustancias, aunque no como marcador de salud mental (15).

Por lo que respecta a la exposición de las autolesiones en las redes sociales conviene, asimismo, descartar cualquier apriorismo. *Instagram*, una de las plataformas más populares entre los jóvenes hoy en día, tiene más de «mil millones de usuarios mensuales y más de 500 millones de usuarios activos diarios». Estas cifras desmesuradas las cita un estudio sobre los efectos de las autolesiones en la red, publicado el 2019. Sólido en su metodología y honestos en sus conclusiones los autores (Arendt, Scherr y Romer) consideran que «muchos» usuarios están expuestos accidental o intencionalmente a contenidos de autolesiones en *Instagram*, que la exposición a este contenido provocó disturbios emocionales en «algunos» usuarios y que la exposición estuvo relacionada estadísticamente con autolesiones («posiblemente dañinas») y resultados relacionados con el suicidio (16, las comillas son nuestras).

Otro trabajo centrado en el contenido de las fotos de autolesiones y de textos asociados publicados en *Tumbir*, una plataforma que goza de gran aceptación entre usuarios de 13 a 24 años, grupo etario de alto riesgo, los autores Seko y Lewis (2018) se encontraron con resultados que reflejaban distanciamiento y preocupación de los internautas ante este tipo de imágenes. Consideran, además, que si bien las imágenes oscuras y sin esperanza que circulan por *Tumbir* y otras partes de Internet generan preocupación a los ojos de los profesionales clínicos y educativos que trabajan con jóvenes, las narrativas visuales sacan a la luz problemas sociales más grandes y ocultos que enfrentan los jóvenes de hoy día, como el acoso escolar, el abuso de sustancias, la ideación suicida y otras dificultades de salud mental, permitiendo a los espectadores comprender «la vida de los jóvenes, los riesgos y los peligros a los que han de hacer frente, y la lógica personal, social y cultural que hay detrás de sus prácticas» (17).

Como mencionábamos anteriormente, la mayoría de estos estudios acaban planteando la necesidad urgente de continuar investigando para poder entender mejor, responder adecuadamente y a tiempo al uso problemático de las redes sociales. Junto a la necesidad imperiosa que sugieren los investigadores, convendría aunar esfuerzos, desde diversas perspectivas (sanitarias, sociales, jurídicas, de cuidado parental), a fin de profundizar en estos fenómenos complejos y, en gran medida contradictorios, fruto de una sociedad globalizada y digital.

Producir y difundir imágenes, entre ellas, de cuerpos erotizados o sangrantes, seguramente está ligado a actitudes frecuentes en la adolescencia (provocación, autoafirmación, reclamo, gregarismo, etc.); pero también, con un desbordamiento de las representaciones y la hipervisibilidad en los medios. Según nuestro parecer, tal avalancha de información no conduce, necesariamente, a una mejora de la comunicación y las relaciones interpersonales. Al contrario, la algarabía digital que aturde nuestro presente impide la *mirada interior*, el sosiego necesario, que haga posible y estimule el crecimiento saludable y la suficiente madurez de los adolescentes. Como, también, la imprescindible sensatez de los adultos.

## CONCLUSIONES

Ulrich Beck, reconocido y combativo sociólogo alemán muerto inesperadamente el 31 de diciembre de 2015, en su último e inconcluso libro, reconoce que nociones como evolución, revolución, transformación, ligadas al concepto de cambio, son insuficientes a la hora de analizar el desconcierto actual.

Propone uno nuevo: *metamorfosis*. Según sus propias palabras, «significa sencillamente que lo que era impensable ayer es real y posible hoy». Agrega más adelante:

«La metamorfosis implica una transformación mucho más radical, mediante la cual las viejas certezas de la sociedad moderna se desvanecen mientras surge algo completamente nuevo» (18).

De los diferentes acontecimientos que se suceden veloces y desconciertan, el autor dedica especial atención al cambio climático y a lo que denomina «la construcción digital del mundo». Refiriéndose a las *generaciones del riesgo global* dice lo siguiente:

«En el teatro de la lucha entre generaciones, los papeles están claramente repartidos: los mayores son los *neandertales* y la nueva generación global pertenece a la especie *Homo cosmopolitanus*. Para los jóvenes, *La metamorfosis* se ha convertido en algo natural, en tanto que la generación

anterior la vive como una amenaza para su subsistencia. Los mayores nacieron como seres humanos, pero igual que sucede en *La metamorfosis* (1915) de Kafka, una mañana se despertaron convertidos en unos insectos llamados “analfabetos digitales”. Las nuevas generaciones, por el contrario, ya nacieron como “seres digitales”. El contenido de la mágica palabra digital ha pasado a formar parte de su “equipaje genético» (18, las cursivas y comillas son del autor).

A lo largo de nuestro artículo, para continuar con las metáforas de Beck, hemos intentado acercarnos a los «adolescentes digitales» y a uno de los artificios (dispositivos) que forma parte de su «equipaje» actual: el teléfono móvil. No es el único, pero lo hemos elegido por el gran protagonismo que tiene en sus vidas y porque les permite el uso incansable de Internet y sus aplicaciones; con sus luces y sus sombras, nunca mejor dicho.

Como se ha insistido a la largo de los diferentes apartados, la aceleración y complejidad que cobija la hipermodernidad sugiere hacer caso omiso de planteamientos dogmáticos o simplistas; de posiciones rígidas que alimentan ya sea la sumisión acrítica o el rechazo frontal a las nuevas tecnologías. No es fácil. Con frecuencia, la poderosa atracción que desprenden las pantallas nos deslumbra de tal manera que impide discernir con claridad entre las enormes ventajas y los riesgos, también enormes, de los nuevos medios y sus aplicaciones digitales. Hará falta, pues, prudencia y sensatez para que los adolescentes y los adultos encontremos el lugar que nos corresponde en la sociedad digital.

Cuando en los albores de la civilización occidental Theuth, inventor de instrumentos del conocimiento como el número y el cálculo, o saberes como la geometría y la astronomía, le ofrece a Thamus, rey de Egipto, las letras y su utilidad, el monarca las rechaza. Alega que hace a los hombres desmemoriados y que las letras, a diferencia de la tradición oral, «siempre dicen uno y lo mismo» (19). El texto platónico que relata el mito de la escritura señala, de paso, que fueron los jóvenes quienes primero se apropiaron del invento de Theuth.

Vista la contribución de la escritura en la transmisión y conservación del saber, hoy podamos asegurar que los celos de Thamus eran infundados. Y también hoy, igual que hace miles de años, los jóvenes se manifiestan receptivos a las novedades y posibilidades que brinda el conocimiento humano.

En las décadas iniciales de la era digital, igual que en el mito platónico, a los mayores las nuevas tecnologías, los «nuevos artefactos», nos despiertan miedos y preocupaciones. Ahora bien, como señala Lledó en su libro *El Surco del tiempo*, «si somos capaces de vivir lo exterior en armonía con lo interior tal como la *philia* (amistad) establece, esta forma de enlace delimita un territorio distinto de aquel que nos sitúa como fríos espectadores o como ansiosos poseedores de los que nos circunda» (19). En este caso, como en muchos otros, el tiempo tiene la palabra.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Enard, Mathias. Brújula. Barcelona: Penguin Random House, 2016;381.
- (2) Oksman Virpi y Rautiainen. Revista Estudios de Juventud, 2002;57:25.
- (3) American Academy of Pediatrics. Council on communications and Media. Media use in school-Aged children and adolescents. Pediatrics, 2016; 138 (5): e20162592
- (4) Gómez-Guadix Manuel, Calvete Esther. Nuevos riesgos de la sociedad digital: Grooming, sexting, adicción a Internet y violencia *online* en el noviazgo. Revista Estudios de Juventud, 2018;121: 77-90.
- (5) Rosseau A, Frison E, Eggermont S. The reciprocal relations between Facebook relationship maintenance behaviors and adolescent's closeness to friends. Journal of Adolescence, 2019; 76: 173-184.
- (6) Woods, H C, Scott H. Sleep teens: Social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem. Journal of Adolescence, 2016; 51: 41-49.
- (7) Houghthon S, Laurence D, Hunter S C, Rosenberg M, Zadow C, et.al. Reciprocal relationship between trajectories of depressive symptoms and screen media use during adolescence. Journal of Youth and Adolescence, 2018; 47: 2453-2467.
- (8) Geir Scott B, Burdzovia A. Increase in time spent on social media is associated with modest increase in depression, conduct problems and episodic heavy drinking. Journal of Adolescence, 2019; 74: 201-209.
- (9) Byung-Chul Han. En el enjambre. Barcelona: Herder, ed digital; 2014:36-39.
- (10) Nowland R, Necka E A and Caccioppo J T. Loneliness and social Internet use: Pathways to reconnection in a digital world? Perspectives on Psychological Science, 2018; 13 (1): 70-87.
- (11) Feduchi, Luis. L'atenció de l'adolescent en diverses institucions públiques. En, III Jornades del Departament de Psiquiatria i Psicologia de la Fundació Hospital Sant Pere Claver. Barcelona, policopiat, 1999: 196
- (12) Google. Consultado el 12 de marzo de 2020 en [www.google.com](http://www.google.com)
- (13) Gualtero R D y Soriano A. El adolescente cautivo. Barcelona: Gedisa; 2013: 23.
- (14) Englander E. What do we know about sexting, and when did we know it? Journal of Adolescent Health, 2019; 65 (5): 577-578.
- (15) Temple J R, Le Van den Berg, Ling Y, Paul J A, Temple B W. Brief report: teen sexting and psychosocial health. Journal of Adolescence, 2014; 37: 33-36.
- (16) Arendt F and, Scherr S and Romer D. Effects of exposure to self-harm on social media: Evidence from a two-wave panel study among Young adults. New Media & Society, 2019; 21 (11-12): 2422-2442.
- (17) Seko Y, Lewis S P. The self-harm, visualized, and reblogged: Remanking of self-injury narratives on Tumblr. New Media & Society, 2018; 20(1): 190.
- (18) Beck Ulrich. La metamorfosis del mundo. Barcelona: Espasa Libros, ed. digital, 2017: 13-17, 356.
- (19) Lledó Emilio. El surco del tiempo. Barcelona: Crítica; 1992: 210.



## EL VIAJE MARAVILLOSO DE LA ADOLESCENCIA A TRAVÉS DE LOS OJOS DE LA NEUROCIENCIA

*Ivan Ollé Llopis*

«Quisiera que no mediara tiempo alguno entre la edad de 10 y 23, o pasar durmiendo los años juveniles. Porque en el intervalo, solo se trata con jóvenes, se ofende a los mayores, se roba y pelea».

*Cuento de Invierno, W. SHAKESPEARE*

Es bueno iniciar este capítulo pensando en el origen de la palabra adolescencia. Nos ayudará a orientarnos y a conocer el foco que da nuestra cultura. Etimológicamente proviene del participio latino *adolescens* que significa «que crece, que se desarrolla». Y adulto viene del mismo verbo latino y significa «que ha crecido».

La adolescencia es pues una etapa que siempre se ha revelado como de transición de la infancia a la etapa adulta. Para el adolescente significa *aprender a crecer*. Comienza con los cambios biológicos, hormonales y físicos de la pubertad y termina cuando el individuo logra un rol estable e independiente en la sociedad. Un viaje inesperado que hace evolucionar el ser humano y que provoca multitud de cambios, no todos ellos bien acogidos ni bien integrados. Dicen que más difícil que ser adolescente, es ser padre de uno de ellos. Y actualmente transitan en el mundo 2.000 millones de adolescentes. Un 40 % de ellos no tienen acceso a la educación escolar secundaria, en una etapa donde el cerebro es particularmente adaptable y maleable (1).

A pesar de todo ello, es un viaje apasionante que recorremos todos, aprendiendo de los errores y ensayando nuevas soluciones creativas. ¿Pero con qué cambios se hace este viaje? Se intuían varios de ellos y la neurociencia nos ha aportado un mayor conocimiento de esta importante etapa de transformación a nivel biológico, encontrando cambios en la estructura y en el funcionamiento del cerebro. Éstos se asociarían a cambios de la conducta y no ocurrirían de forma lineal. En realidad, lo que vemos en los adolescentes refleja los cambios en el cerebro, los cuales aportan una excelente oportunidad para la educación, la creatividad y el desarrollo social.

Uno de los primeros hallazgos ha sido encontrar que todos los cerebros son diferentes y que por ello contamos con adolescencias variadas. Cada adolescente es un mundo porque cada desarrollo cerebral es diverso. Se construye a diferentes tiempos y según varias influencias genéticas y epigenéticas. De esta manera se construyen nuevas formas de estar en el mundo por parte del adolescente.

Un segundo hallazgo ha sido considerar la adolescencia como una segunda ventana de oportunidad en el desarrollo cerebral. La primera, ya más conocida, se da en los primeros años de la infancia (0-3 años), cuando se produce el aumento del tamaño encefálico y de las conexiones neuronales. Luego en la adolescencia se vuelven a producir cambios importantes en el cerebro a nivel de complejidad. La neurociencia, con una creciente evidencia científica, y gracias a la tecnología de las imágenes cerebrales, nos lo ha mostrado en la última década. Cambios que son mediados por la experiencia y el entorno combinados con la genética. ¿Cómo de importantes? La respuesta es la que intentaremos desarrollar en este capítulo, pero de la que podemos avanzar un *spoiler*. La neurociencia puede ordenar las piezas del rompecabezas que es la adolescencia. Lo que pensábamos que era una correspondencia clara cerebro adolescente como cerebro adulto joven, realmente es muy diferente neurobiológicamente al de un adulto o al de un niño. Y cabe añadir la importancia del ambiente, que se había menospreciado y que los estudios arrojan evidencia suficiente como para comprender del todo, que mejores cuidados y mayor estimulación dan lugar a desarrollar mejor el potencial del cerebro. El cerebro adolescente destaca por su capacidad de cambio y adaptación al entorno gracias a la modificación de las redes de comunicación que conectan entre sí distintas regiones cerebrales. Ser consciente de ello favorece un abordaje clínico diferencial: nos permitirá saber tratar mejor a un adolescente según sus diferencias, arroparlo y poder trabajar de forma temprana en los riesgos psicopatológicos (2).

## LOS MITOS

Han existido desde siempre mitos alrededor de esta etapa del desarrollo, y como tales, han influido en la manera de percibir y de tratar a los adolescentes. Hay varios mitos que han caído gracias a los aportes de la neurociencia. El primero de ellos consideraba que la adolescencia era debido a la ebullición de las hormonas que eran responsables de los problemas de los jóvenes. Los estudios han constatado que es el resultado de cambios en el desarrollo cerebral. El segundo fue pensar que era solo un periodo de inmadurez que debía superarse, cuando realmente es la oportunidad de desarrollar los rasgos que van a construir una personalidad para-estar-en-el-mundo y entender-la-realidad. Y un tercer mito consistía en creer que la adolescencia era aquella etapa que sustituía la dependencia de los adultos por una total independencia de los mismos. Pero no es así, ya que los adolescentes siguen beneficiándose de las relaciones con adultos que favorezcan la interdependencia y ofrezcan un apego seguro.

Desde finales del siglo XX la tecnología en las técnicas de imagen, trajo una serie de novedades a nuestro conocimiento del cerebro, a nivel estructural, pero sobretodo respecto a su funcionamiento. Hablemos ahora de estos cambios que se producen en el cerebro de los adolescentes y que conllevan tanto riesgos como oportunidades. Debemos tener en cuenta que tendrán consecuencias importantes: de cómo los adolescentes gobiernen estos cambios, dependerá cómo vivan su futuro como adultos.

Los cambios se dan en cuatro dominios:

1. Búsqueda de novedades
2. Implicación social de forma activa
3. Aumento de la intensidad emocional
4. Experimentación creativa

Todo ello se sustenta precisamente por un correlato neurobiológico que hablaremos más tarde, pero que provoca en el adolescente niveles de incertidumbre con los cuales debe convivir. Su mundo se va transformando, de tal manera que lo seguro que aportaba el nido familiar, da paso al vuelo a lo desconocido, creándose lazos de pertenencia a grupos de iguales. No son mini-adultos ni niños-grandes: son viajeros que transitan buscando su lugar en el mundo y compartiéndolo.

Los cambios se explican desde una perspectiva del neurodesarrollo, que consiste tanto en cambios estructurales del cerebro como en su función, creciendo en complejidad a través de múltiples conexiones. La conectividad es la palabra clave. De entrada, hay un aumento en la actividad de los circuitos neurológicos que usan el neurotransmisor dopamina y que está involucrado en los circuitos de recompensa (atracción por experiencias emocionales y sensaciones estimulantes). ¿A qué da lugar?:

- *A una mayor impulsividad*: se producen las acciones sin reflexión previa. Poco a poco se irá equilibrando por el desarrollo de fibras reguladoras que aportan control cognitivo.
- *Mayor susceptibilidad a la adicción*: drogas y alcohol incrementan la dopamina, y por ello se inicia el ciclo de consumo para estimular más los circuitos dopaminérgicos.
- *Hiperracionalidad*: consiste en pensar en términos literales y concretos, atendiendo a los hechos y no a su contexto. Se da mayor peso a los beneficios potenciales que a los riesgos asumidos en las decisiones que toman los adolescentes.

Los comportamientos de riesgo aumentan muy a menudo con la compañía de iguales, porque se busca reconocimiento, formar parte de un grupo.

¿Cuántas veces un adolescente nos cuenta que hizo tal cosa porque estaba con su pandilla, pero que de haber estado solo, ni se le hubiera ocurrido?

Las áreas subcorticales (donde se halla el cerebro emocional, llamado sistema límbico) son las más activas en la adolescencia y donde hay un predominio de dopamina. Por eso hay reacciones más intensas y existe un sesgo ante respuestas emocionales neutras que son interpretadas como hostiles. ¿Qué pasa con un adolescente a quien le haces una observación neutral pero que es vivida como agresiva? Te rechaza, se enfada, se va, etc. ¿Qué sucede? La información le llega a la amígdala por la vía rápida (que no pasa por la corteza), sin ningún tipo de filtro. Las emociones dependen del sistema límbico y como veremos después, hace falta que jueguen de forma coordinada con la corteza cerebral, pero eso no sucede hasta finales de la adolescencia. Esta parte del cerebro está involucrada en tareas como el procesamiento emocional y el procesamiento de recompensas. Produce placer cuando se corren riesgos.

Lo que es natural es que haya dificultad en la regulación emocional, en los comportamientos de riesgo o en la impulsividad, porque forma parte del desarrollo del adolescente. Es más fácil pues que aparezcan problemas de aprendizaje y bienestar emocional. Por ejemplo, la arquitectura del sueño es diferente y requeriría que las clases empezaran dos horas más tarde, para que el adolescente estuviera bien conectado. O la importancia de hacer deporte para mejorar la toma de decisiones, la cooperación con la gente y la regulación emocional.

#### CAMBIOS EN EL CEREBRO: INTEGRACIÓN Y REMODELACIÓN QUE APORTAN MAYOR CONECTIVIDAD (4)

El desequilibrio dopaminérgico o el desarrollo desfasado lentamente se va compensando con la maduración de la corteza prefrontal al final de la adolescencia, lo que permite regular mejor las emociones y modular la conducta. Es lo que se llama integración, lo cual significa interconexión de diferentes zonas del cerebro con el objetivo de favorecer el control cognitivo y disminuir la impulsividad. Esto da lugar a tener mayor tiempo para evaluar con más perspectiva y favorecer al final, decisiones más sabias.

La corteza de la región frontal es la que interviene conectando diferentes áreas neuronales entre sí y favoreciendo la integración. Esta integración cortical da lugar a un control cognitivo, a la regulación emocional y a funciones sociales (como la empatía y comportamiento moral). Y dentro de esta región, la corteza prefrontal es la más importante en este sentido ya que coordina córtex, área límbica y tronco del encéfalo.

Imaginemos un adolescente que se sube a un coche con gente desconocida y que lleva el móvil apagado. Asume riesgos que no controla ni conoce y cuando los padres lo llegan a saber, piensan que les está tomando el pelo

por cómo lo cuenta. Pero sencillamente el adolescente carece de la perspectiva adecuada. Le falta lo que aporta la corteza prefrontal: juicio, responsabilidad y criterio. Es por ese motivo que es más fácil que en la adolescencia se caiga en conductas adictivas, trastorno de la conducta alimentaria o suicidio.

Cuando al inicio hablábamos de adolescencias diversas se basa en los ritmos de desarrollo del cerebro, que se establecen según la activación neuronal a nivel genético, pero también se induce de forma importante por la experiencia. Entonces el grado de desarrollo de la integración va a depender de cómo se vive, lo que se hace o con quién se relaciona el adolescente. Normalmente la integración termina entre los 25 y 30 años.

A nivel estructural, el cerebro adolescente sufre una remodelación muy importante. Al inicio de la pubertad (aproximadamente a los 11 años en chicas y a los 13 años en chicos) hay el máximo volumen de materia gris prefrontal y luego va disminuyendo progresivamente. Por un lado, sucede lo que se llama poda neuronal (disminución de neuronas y de sinapsis), que elimina las conexiones no deseadas, porque no han sido utilizadas o muy poco (sería como eliminar las aplicaciones con poco uso de nuestro Smartphone para optimizarlo). En este caso la experiencia determina qué circuitos neuronales se eliminan (las ramas más débiles): si has dirigido la atención hacia actividades musicales y no deportivas, éstas últimas se anulan. El beneficio real es aumentar la optimización del cerebro: cuanto más se utiliza un circuito, más fuerte se hace, o en otras palabras, se potencian las funciones que se usan más con nuevas conexiones.

Otro proceso estructural es la mielinización que recubre de mielina las neuronas y que permite aumentar la velocidad de transmisión de la información entre neuronas interconectadas, hasta 100 veces más rápido que las que no están mielinizadas. Se gana en efectividad y eficiencia en aras de una mayor coordinación del sistema. Se incrementa la sustancia blanca (color blanco de la mielina) en detrimento de la sustancia gris que va disminuyendo.

El objetivo principal del desarrollo cerebral es lograr la integración con áreas más especializadas que se interconectan unas con otras de forma más efectiva a partir de redes neuronales, generando más conexiones y con mayor robustez. La remodelación tiene inconvenientes inevitables, ya que se busca mejorar el funcionamiento de todo el sistema nervioso central, ajustándose a las nuevas necesidades, pero puede haber errores en el proceso y requiere tiempo.

#### LAS EXPERIENCIAS COMO MOTOR DE CAMBIO

Ya hemos dejado constancia del papel que juegan las experiencias en los cambios cerebrales y la importancia del ambiente. Vamos a hacer un paso más. Las experiencias inciden de forma significativa en la creación

de nuevas funciones. Sabemos que esto significa organizarse e incidir en la comunicación que se da en las redes neuronales. El estrés acelera los cambios, aunque puede ser por defecto, según la vulnerabilidad del adolescente. Por ejemplo, imaginemos la separación de los padres. El estrés que produce puede ser en positivo o en negativo, según como se desarrolle el evento. Puede estimular el crecimiento de partes del cerebro que conecten con experiencias interpersonales, ganando en consciencia de uno mismo y comprensión del mundo. O bien, el estrés puede desorganizar al adolescente y sentir que pierde figuras de apego, llegando a serios riesgos para su salud mental.

#### RIESGOS PARA LA SALUD MENTAL

La adolescencia representa una etapa crítica para el desarrollo de trastornos mentales. El estrés excesivo provoca disfunción en la integración, lo cual puede provocar una poda neuronal excesiva y variar la conectividad de un cerebro adolescente muy vulnerable a los cambios del entorno. Y a veces se acaban desvelando problemas potenciales como son complicaciones de salud mental (esfera afectiva como depresión o trastorno bipolar, dificultades de pensamiento como esquizofrenia, etc.), con riesgos importantes para la vida del adolescente, consistente en ideas o impulsos tanáticos. El suicidio consumado es la principal causa de mortalidad en la adolescencia, conjuntamente con accidentes de tráfico. Tenemos que tener en cuenta que los problemas que afrontan son de mayor complejidad y debemos promover su bienestar y favorecer al máximo su desarrollo a través de diferentes estrategias. También debemos diferenciar mejor entre las conductas típicas de la adolescencia y las enfermedades mentales, pues corremos el riesgo de patologizar comportamientos que corresponden al resultado natural del desarrollo cerebral.

#### CÓMO RESPONDER A LOS ADOLESCENTES

Las personas adultas que tratan con adolescentes deberían ayudar a que tuvieran criterio propio. Para ello hace falta validar sus ideas, ayudarlo a crecer. Gracias a los descubrimientos de la neurociencia de la adolescencia, podemos responder mejor a sus necesidades. Como tener una brújula interior para moverse por el mundo. Lo llaman neuroeducación o neurodidáctica. Se recomienda un estilo positivo basado en el afecto, establecimiento de límites y el respeto a la autonomía en fases adecuadas para cada edad. Es promover un apego seguro, dando apoyo y favoreciendo la independencia. Centrarse en dar relevancia a un factor positivo. En las campañas de conductas de riesgo en adolescentes (drogas, tabaco,

educación sexual) a menudo se intenta asustar con enfermedades o se ofrece información médica detallada, y la eficacia de estas campañas es muy baja. Se confía en que los adolescentes van a poner en una balanza riesgos-beneficios y que su comportamiento será acorde a una decisión racional. Pero como hemos visto en anteriores apartados, hay una arquitectura cerebral inacabada. En cambio, si se orientan estas campañas en dar relevancia a factores positivos, es más probable el éxito (los adolescentes conceden más peso a los beneficios que a los riesgos). Por ejemplo, en el valor positivo de ser fuerte frente a los adultos que buscan que consumas tabaco, para ganar dinero.

Las emociones, como hemos visto, son preeminentes en la adolescencia, siendo básicas para el aprendizaje. Aprenden mejor si los contenidos se relacionan con emociones positivas o negativas. Y he aquí uno de los problemas de nuestro sistema educativo que suele funcionar como el sistema de producción de una fábrica. ¿Cuántas veces los adolescentes lo cuestionan? En innumerables ocasiones. Quizás porque no se tienen en cuenta sus emociones que son como olas y que pocas veces se ha parado atención para enseñarles cómo surfearlas. Por ejemplo, ayudarles a detenerse y ser conscientes de su estado emocional en cada momento, gracias a activar la reflexión en los adolescentes (estaríamos ayudando a conectar con más fuerza el circuito bidireccional prefrontal-límbico).

## REIVINDICACIÓN (5)

Los adolescentes son nuestro futuro. Si creemos en ellos, ayudaremos a que sus potencialidades lleguen a buen puerto. Su atrevimiento, su búsqueda de soluciones diferentes, dan lugar a cambios tecnológicos como Facebook o consciencia de problemas globales como el movimiento Fridays for Future de Greta Thunberg. Muchas contribuciones vienen de un cerebro adolescente. Para ello tenemos que estar presentes, abiertos a ellos, para ayudar a crear las mejores condiciones para el neurodesarrollo adecuado.

Su chispa emocional que lleva a la acción o la colaboración social que es la esencia de la adolescencia, necesitan tener un buen cobijo y debemos ayudarles a lanzarse al mundo de forma segura (prepararlos para reflexionar, relacionarse y tener resiliencia). ¿Son solo la cera de su vela o también son la llama?

Los jóvenes en edad de transición (TAY en sus siglas en inglés, 16-24 años) deberían ser un nuevo reto para los sistemas de salud mental, ya que todos los estudios constatan que son años de transición con una particular susceptibilidad a manifestaciones psicopatológicas y abuso de sustancias. Todavía nos quedan muchas preguntas por responder y muchos problemas por resolver. Pero lo que es seguro es que una sociedad que no sepa comprender ni apoyar a sus adolescentes, es una sociedad que no tiene futuro.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) UNICEF Office of Research - Innocenti. *The Adolescent Brain: A second window of opportunity*, UNICEF Office of Research-Innocenti, Florence. 2017.
- (2) Sawyer S.M., Afifi R.A., Bearinger L.H., Blakemore S.J., Dick B., Eze A.C., & Patton, G. C. Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*. 2012; 379 (9826): 1630-1640.
- (3) Casey B.J., Jones R.M. Neurobiology of the Adolescent Brain and Behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 December; 49 (12): 1189-1285.
- (4) Blakemore S.J., Chourdy S. Development of the Adolescent brain: implications for executive function and social cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47 (3-4): 296-312.
- (5) Wilens T.E., Rosenbaum J.F. Transitional Aged Youth: A New Frontier in Child and Adolescent Psychiatry. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2013; 52 (9): 887-890.

## SER ADOLESCENTE EN UN MUNDO PUERIL

*Enrique Galán*

En términos generales, la adolescencia se ha definido como el periodo vital que se extiende entre la niñez y el estado adulto. Según esta definición, se iniciaría con la pubertad, un hecho biológico universal, y terminaría con la integración en el mundo adulto, culturalmente relativo. Se trata por lo tanto de un tiempo variable y dilatado que implica el sacrificio de las actitudes infantiles y la construcción de una identidad lo suficientemente independiente y responsable en el seno de la sociedad, típicamente expresada por la capacidad de mantener un trabajo y crear una familia (1).

Si bien los especialistas en esta etapa evolutiva nos recuerdan que la adolescencia es un concepto relativamente reciente (2), cuyo origen puede rastrearse en la novela de J. J. Rousseau sobre la educación, *Emilio* (1762) –llamado por ello el «inventor de la adolescencia» (3)– y que encuentra su primera fijación científica en la obra del psicólogo y pedagogo norteamericano G. Stanley Hall titulada *Adolescence* (1904), la palabra ‘adolescencia’ surge del latino *adolescens, -tis*, («hombre joven»), que proviene del verbo *adolescere* («crecer») y está presente en nuestro idioma desde 1444 (4).

Este crecimiento se produce en todos los órdenes. Corporalmente, las intensas transformaciones de la pubertad capacitan al animal humano para la reproducción, y el desarrollo corporal le hace más capaz y autónomo. Psicológicamente, aparecen nuevas formas cognitivas, el «pensamiento formal» piagetiano (5) y una realidad sentimental más compleja, expresada en las relaciones de amistad y los primeros enamoramientos. Socialmente, se amplían las experiencias desde el polo dominante familiar de la infancia al polo más amplio de la sociedad, con sus leyes (la mayoría de edad legal se sitúa entre los 16 y los 18 años) y oportunidades económicas, con sus ofertas y peligros.

Las modificaciones somáticas de la pubertad, en su complejidad neuroendocrina, dan lugar a las turbulencias psicológicas que se manifiestan en la adaptación a una nueva imagen corporal (6), la emergencia de los deseos sexuales genitales y una modificación del metabolismo que tiñe las conductas alimentarias. Los cambios cognitivos suponen una mayor profundidad y ampliación de los intereses, que nutren las pasiones intelectuales y el idealismo característicos de la etapa adolescente. En cuanto al desarrollo de las habilidades sociales, el adolescente se abre al mundo de los adultos, que intentará mimetizar en sus conductas.

En su obra seminal, Stanley Hall caracterizó el tiempo de la adolescencia con los términos que usaron los románticos alemanes para definir

su movimiento cultural: *Sturm und Drang* («tempestad e ímpetu») (7). Las grandes pasiones y su frecuente desenlace dramático cuando no trágico, las visiones grandiosas centradas en la libertad, el dolor por lo perdido... mantendrían algún paralelismo con las emociones, las intuiciones, los descubrimientos y desgarros adolescentes, aunque tal imagen ha sido cuestionada y relativizada antropológica y estadísticamente. También esa oposición al ilustrado «desencantamiento del mundo» por parte del Romanticismo puede rastrearse en la crítica juvenil a la hipocresía del conformismo social, en busca de una «moralidad posconvencional», en expresión de Kolhberg (8).

#### ABANDONAR LA INFANCIA

La pubertad marca el inicio de la adolescencia. Es diferente para las mujeres y los hombres en su lapso temporal y su significado. En promedio, las mujeres empiezan su pubertad a los 10-11 años y la terminan a los 15-16, mientras que en los varones suele darse entre los 12-13 años para terminar a los 16-18 (9). Es decir, las mujeres están más desarrolladas que los varones en esas edades, lo que tiene efectos indiscutibles en las relaciones amistosas y sentimentales. También deben enfrentarse antes las mujeres a los cambios psíquicos que supone su transformación física, mucho más compleja.

Este momento complicado de la pubertad está pautado culturalmente mediante ritos de iniciación (10). Cada cultura tiene sus modos de hacer comprender a los niños y niñas que están dejando de serlo y las implicaciones que ello tiene. El exotismo de muchas de las iniciaciones en comunidades ajenas a nuestro orden simbólico nos hace perder de vista las nuestras, presentes en actividades tanto religiosas como profanas. En todas estas iniciaciones se puede ver una pauta común como rito de paso (11).

Toda iniciación constela la problemática de la muerte. La muerte del estado anterior para el nacimiento al estado futuro. En el caso que nos ocupa, se trata de la muerte del niño que el individuo ha sido para dar lugar al nacimiento del adulto que será. Para las mujeres, la menarquia instala una nueva realidad, con su higiene especial y los tabúes que rigen en sociedades arcaicas y contemporáneas. Podría pensarse en que la mera señal orgánica establecería el punto de inflexión. No es así, y una complicada simbología vendrá a levantar acta de la capacidad que a partir de entonces tiene una mujer de traer al mundo a un nuevo ser. Es el caso de las escarificaciones, la excisión clitoridiana, el rapado o las ceremonias de puesta de largo. En el caso de los varones, son conocidas la extirpación de un diente, la circuncisión, la subexcisión peneana o las iniciaciones dentro de las confesiones religiosas, con su fiesta correspondiente. Obsérvese la tendencia a la mutilación iniciática, que revela la extirpación de un aspecto infantil y la significación cultural de la genitalidad (12).

Conviene destacar que en la psique adolescente, más allá de la ritualidad cultural, casi todo adquiere un valor iniciático. La transgresión tiene al respecto una importancia cardinal (13). Esos comportamientos que tanto asustan a la sociedad de los adultos, como el consumo de drogas, la sexualidad de riesgo, la delincuencia menor, las conductas peligrosas motivadas por la competitividad, la desobediencia, la ocultación, incluso el aislamiento, se refieren, en su intento de sobrepasar los límites, a la consecución de una nueva personalidad que vaya más allá de la posición dependiente infantil. Se trata de la constitución de la identidad (14, 15).

La dependencia al mundo adulto va a ser sustituida en gran parte por la dependencia al grupo de pares (16). En la adolescencia el grupo adquiere un valor supremo. Gracias al grupo de amigos, el adolescente va velando las armas de su autonomía personal (17), en la competencia y solidaridad entre los miembros del grupo. Con ello, el adolescente va distanciándose de su familia, de la autoridad parental, formulando externamente, como conducta, movimientos psíquicos de gran complejidad, en su mayoría inconscientes para el sujeto que los padece, con significados y formas muy diferentes en uno y otro sexo.

Es la recapitulación de la transición de la endogamia a la exogamia. El psicoanálisis clásico la define como superación del «complejo de Edipo», en el que el infante está preso de la libidinación de las figuras parentales. En esta superación se instauro la diferencia de sexos y edades, que impele a un desarrollo de la individualidad, entendida como diferenciación de los rasgos propios respecto a los de los objetos parentales de identificación. Esta transformación, clásicamente adscrita a la edad de los 5-7 años, que permite pasar del «yo ideal» (identificación omnipotente con la figura materna) al «ideal del yo» al asumir cuánto queda por crecer (es el denominado «complejo de castración» instaurado por el padre), se reactiva en la adolescencia en forma de oposicionismo, con las turbulencias familiares que concita (18).

En nuestra sociedad, el sistema educativo sostiene en lo posible estas transformaciones. Es el paso de la educación primaria a la secundaria. Ha sido precisamente la importancia otorgada a la formación reglada lo que ha permitido que se hiciera de la adolescencia un objeto de indagación. La larga formación, pensada para capacitar a los niños en las exigencias del mundo adulto capitalista, ha hecho tan imprecisos los límites de la adolescencia que ha acabado englobando el registro general de la juventud, alimentando una «cultura adolescente» (19) que en otras sociedades menos sujetas a la racionalidad económica prácticamente no existe.

Creo sin embargo conveniente distinguir entre la adolescencia, vertebrada por las transformaciones de la pubertad, y la juventud, que ya tiende a la constitución de la vida adulta. Es esta juventud la que ha ampliado su lapso temporal al complicarse enormemente el acceso al mundo laboral (10, 19). Este fenómeno provoca que los rasgos propios de la adolescencia tiñan la edad juvenil con conductas dependientes, indecisas, irresponsables, egocéntricas, caprichosas...

Las modificaciones orgánicas obligan a una muy llamativa atención al cuerpo en esta etapa adolescente (20). En su polo negativo, el cambio de la imagen corporal puede dar lugar a sensaciones de extrañeza hasta llegar a la despersonalización. Trastornos alimentarios o procesos disociativos que pueden desembocar incluso en la esquizofrenia no son infrecuentes (21). En su polo positivo, la búsqueda de cuerpos poderosos o atractivos genera una gran actividad deportiva o estética, con la correspondiente sujeción a modas y estereotipos. En lo que toca a la sexualidad, se intensifica el deseo que alimentará conductas auto- y aloeróticas acompañadas por su cortejo de fantasías, anhelos, inseguridades, arrobamientos, etc.

En relación a estos cambios orgánicos conviene tener en cuenta las modificaciones neurológicas, que se expresan en algunos de los rasgos psicológicos más evidentes (22). En primer lugar, la progresiva coordinación entre las áreas cerebrales, basada en el incremento de la mielinización —que termina al final de la segunda década de vida— de los axones neuronales. En segundo lugar, el aumento de las interneuronas en la corteza cerebral, que con su capacidad inhibitoria asociada al neurotransmisor GABA permiten modular las sinapsis excitatorias, aminérgicas, de las células piramidales, mayoritarias en la fisiología cerebral y que sufren en la adolescencia una poda masiva. En tercer lugar, la diferencia de maduración del cerebro límbico, emocional (el sistema amígdala-hipófisis) a partir de los 12 años frente a la corteza prefrontal o «corteza asociativa», básica para la regulación consciente de la conducta y el control inhibitorio conductual debido a su conexión con el núcleo estriado, que culmina en la treintena.

Este nivel neurológico de la adolescencia da fe del aspecto procesual del control de las emociones, tan dominantes en la pubertad, y la progresiva capacitación cognitiva que permite pasar de la fase de las operaciones concretas a la de un pensamiento formal de carácter más abstracto, con aumento de la capacidad de concentración y la memoria operativa que fija las representaciones cerebrales. Evidentemente, estos cambios neurológicos tienen su efecto en el conjunto del organismo y guardan una estrecha relación con el mundo natural y social circundante, dada la función de regulación interna y relación externa propias del sistema nervioso.

En suma, las tres fases de la adolescencia (temprana de los 12-14 años, media de los 14-17 y tardía de los 17-19) (23) suponen desde el punto de vista somático desplegar las capacidades sexuales, una mayor coordinación comportamental y comprensión intelectual, con su extraordinaria riqueza psicológica. Impulsados por la emergencia del deseo sexual genital en la primera etapa, la posibilidad de hacerse con el propio cuerpo de la segunda y la articulación de una actitud mental de la tercera, el adolescente va a conseguir la progresiva independencia que hará posible la constitución de la identidad individual, la consolidación del yo, durante la juventud.

La biografía individual es un conjunto de iniciaciones, de cambios encadenados que van dejando sus huellas en forma de rasgos de personalidad y caracteres físicos (24). Cada etapa –infancia, juventud, madurez, senectud– tiene sus propias tareas en los tres niveles básicos de existencia –físico, psíquico y social. En una imagen panorámica, Jung habla en «El punto de inflexión de la vida» de un amanecer y un atardecer de la vida, con un punto de inflexión entre los 35-40 años (25).

La primera parte de la vida integra la infancia y la ruptura adolescente, que da paso a la juventud y su culminación en la madurez de la mitad de la vida. El tono general es expansivo, dominado por la energía del *puer*. Se caracteriza por la individualización, esa diferenciación de las figuras identificatorias que soportan el crecimiento –con sus correspondientes conflictos interpersonales–, el aumento de conocimiento del mundo externo (el objeto) y el acrecentamiento de la capacidad de hacerse operativamente con él. En el atardecer de la vida, el tono general es de interiorización, dominado por la energía del *senex* y caracterizado por la individuación, esto es, la diferenciación de las figuras internas que nos constituyen con sus conflictos intrapsíquicos correspondientes, y un aumento del conocimiento del mundo interno (sujeto) para delimitar más claramente el sí-mismo, ese centro de la vida psíquica consciente e inconsciente (26).

Si en la infancia se consigue pasar de una posición totalmente dependiente e inconsciente a una relativa autonomía corporal, con los primeros pasos de la constitución de un yo, la adolescencia va a consolidar esa autonomía corporal y la necesidad de conformar ese yo que es el centro de nuestra vida psíquica consciente, dentro de la cual se puede desplegar la libertad y su correspondiente responsabilidad. El grueso del desarrollo vital de ese yo lo ocupará la juventud y la primera madurez.

Esa evolución puede ser descrita por el mito del héroe (27), el relato cultural por antonomasia. Si bien tradicionalmente se ha asociado a la psicología masculina, sus aspectos formales tocan a ambos sexos, cada cual con sus rasgos específicos. En general, se trata de lanzarse al mundo y descubrirse a sí mismo en el encuentro con él. El primer paso consiste en abandonar el mundo familiar, en su doble sentido de parentesco y de lo sobradamente conocido, protector. Le sigue ese deambular por lo desconocido contando con los propios recursos y las ayudas más o menos azarosas encontradas en el camino, para volver finalmente al mundo abandonado con el tesoro de la experiencia acumulada y la estabilidad sentimental.

La adolescencia supone dar los primeros pasos, preparatorios, de este periplo. El más importante es hacerse con el propio cuerpo en transformación. La identidad corporal alcanzada antes de la pubertad permitía el suficiente control como para medir las fuerzas en un ambiente protegido, experimentando la vida como un juego en el que los aciertos son

masivamente reforzados por el medio y los fracasos entendidos como errores necesarios para el aprendizaje. Más allá de situaciones muy especiales de enfermedad grave o acontecimientos catastróficos —con su efecto madurativo—, la infancia es una continua incorporación, con responsabilidades muy restringidas y laxas.

La transformación corporal adolescente desencadena una serie de novedades, generalmente asociadas a conflictos internos y externos. Hacerse con un cuerpo en crecimiento implica medir las capacidades y establecer nuevos patrones de conducta. Se amplían las posibilidades de experiencia y surgen nuevos intereses y anhelos. Las energías crecientes empujan a la aventura y sus riesgos. Comportamientos que eran moneda común en la infancia adquieren significados negativos, calificados de niñerías, y el aprendizaje de las formas adultas de conducirse está plagado de manierismos e imitaciones.

La sexualidad genital ocupa un lugar central. Los afectos se tiñen de una nueva atmósfera, las sensaciones sexuales conducen a actitudes que pueden resultar equívocas o sobreactuadas. Lo fundamental es el paso de una sexualidad pregenital, predominantemente endogámica, a unos objetivos exogámicos, que vuelven muy importantes las relaciones amistosas grupales y aumentan la necesidad del secreto frente a la familia. Internamente, todo ello supone un desgarramiento entre las tendencias regresivas de las alianzas familiares y las progresivas de las extrafamiliares. Evidentemente, eso provoca modificaciones y tensiones en el seno de las familias ante conductas que se consideran desobedientes y esquivas y que dan lugar a suspicacias y malentendidos (14).

Estos nuevos aspectos van ampliando la identidad del adolescente. Ya no es un niño y aún no es un adulto. El delicado momento de esta transición obliga a mirar al futuro, superando los límites del presente. Atravesar estos límites es fuente de muchas de las conductas peligrosas que han sido descritas en los adolescentes (riesgos físicos, embarazos prematuros, coqueteo con las drogas, delincuencia menor...). Su aspecto evolutivo no puede negarse, pero tampoco conviene minimizar su peligrosidad. Embarazos inesperados, un accidente grave, la inconsciencia delictiva, abandonarse a las sensaciones drogadas, etc., pueden marcar una vida. Desde un punto de vista progresivo, sin embargo, todos estos posibles peligros determinan la necesidad de asumir que cada quien es responsable de su propia vida, que las decisiones personales tienen sus consecuencias para uno mismo y su medio.

Desde un punto de vista moral, se da así el paso de la prohibición externa a la inhibición interna. Ya no es el adulto que con su autoridad determina los límites de la conducta infantil, sino que uno mismo debe asumir qué libertades se permite. Este paso es fundamental para instaurar el poder personal, el autodomínio, base de la autoridad personal. La identidad ya no depende tanto como antes de la identificación con las figuras familiares

o los pares, sino de las propias capacidades para desarrollar lo genuino de uno mismo, autorrealizarse.

La adolescencia es por ello un momento privilegiado de la individuación. Por un lado, se hace muy presente la necesidad de diferenciación (la rebeldía adolescente) que conocemos como individualización, asumiendo nuevos contenidos de la identidad que revelan la existencia de un sí-mismo individual. Hacerse con la enormidad que somos obliga a esta dialéctica conflictiva de no ser como los demás esperan de nosotros, sino poder acoger lo que somos inconscientemente y forjar así la identidad. Es el reto de esta época biográfica. Una identidad que se expresa primariamente con las modificaciones de esa instancia psíquica que en la psicología junguiana se denomina ‘persona’, la interfaz de la interioridad con el exterior social. Precisamente es en la adolescencia cuando más variable es esta ‘persona’, sujeta a modas e influencias varias, en pos de una representación veraz de lo que somos.

La adolescencia expresa con agudeza la dialéctica *puer/senex*. Estos términos expresan en la psicología analítica los arquetipos del niño –expansión, tendencia al futuro, consciencia rápida, manía– y del anciano –concentración, asunción del pasado, inconsciente rápido, depresión. El adolescente siente cómo el *senex* se hace presente en su mundo *puer* al experimentar que brota en él algo que le supera y le orienta hacia una personalidad que aún desconoce. Esta problemática está representada en el límite por el suicidio adolescente, asociado a la transformación física y la sensación de no reconocerse en la posición *puer*. Sin poder hacerse consciente aún de la posición *senex* y los grandes temas, como la muerte o la religión, que suelen aflorar en esta fase de la vida. La grandiosidad supera al adolescente por no poder realizar todavía el propio destino. Una situación delicada que puede exigir una atención terapéutica.

Entendiendo así la adolescencia como entrada en la juventud, será en la década de la veintena donde se producirán los primeros avances importantes hacia el mundo adulto, las primeras cristalizaciones de lo que constituirá la identidad adulta. Es un tiempo de grandes elecciones. Respecto a las actividades profesionales o laborales y a las relaciones sentimentales. Elecciones que implican necesariamente conflictos y apuestas. Eso supone no pocas ambigüedades y decisiones erróneas, extralimitaciones y miedos. Ese es el camino del héroe psicológico, cuyo peregrinar se desenvuelve, internamente, como constitución de la identidad y, externamente, como capacitación.

En lo que toca a la identidad, la consciencia de sí, se cuestionan los sentimientos e ideas que sostenían la imagen propia de cara a la familia e instituciones sociales de dependencia. Es el momento de intensificar la independencia, no como rebelión ante lo dado sino como una consolidación de la autonomía, la capacidad de regirse por los propios criterios. La necesidad de información y de formación en los muchos aspectos de la vida adulta catapultada hacia el exterior, donde se ponen a punto esas capacidades

que van adquiriéndose. En nuestra sociedad es la entrada en el trabajo o en los estudios superiores. Ahí se canalizan los retos. Los cambios más o menos explosivos de la adolescencia se van asentando en rasgos de carácter.

Sentimentalmente, es la apoteosis de los compromisos afectivos con amigos y, fundamentalmente, con las parejas. La complejidad de las relaciones humanas, atravesadas por todo tipo de ambivalencias, proyecciones e idealizaciones se hace cada vez más evidente. Las decepciones se entrecruzan con los anhelos, las exigencias se tornan autoexigencias. La vía de la dependencia infantil o adolescente se hace imposible o se vuelve patológica. Asumir las interdependencias obliga a delimitar y acrecentar el poder personal. Los esfuerzos para no regresar a posiciones pasadas suelen ser premiados por los amigos y amores, mientras los enemigos intentan minimizarlos mediante las agresiones emocionales o físicas (el caso del matonismo y la manipulación emocional a través del control de la oferta sexual). La naturalidad del crecimiento permite ir superando afortunadamente los diferentes obstáculos que brotan en el camino de la consolidación de la identidad. Pero los peligros están continuamente presentes.

Peligros que se ordenan entre los polos de la máxima adaptación social —el conformismo de la obediencia a los poderes efectivos y a las seducciones de las propuestas sociales vehiculadas por modas e ideologías— y la inadaptación absoluta en aras de una pretendida originalidad que conduce al aislamiento —la figura del incomprendido. Las elecciones a favor del exterior y del interior se van engranando en función de las circunstancias, muchas veces azarosas y otras veces buscadas. El asunto es cómo desplegar y afianzar lo propio en un mundo que nos viene dado.

Un mundo externo que nos estimula y coarta, nos determina y da alas. Un mundo externo que acoge o rechaza las propuestas que surgen del mundo interno, en gran parte desconocido. Así, conocer el exterior implica conocer el interior y viceversa. Pues vernos frente a lo inesperado implica recurrir a nuestras capacidades internas. De este modo, la sociedad nos constituye tanto como el individuo conforma la sociedad.

## ADOLESCENCIA Y SOCIEDAD

Si la pubertad es predominantemente biológica, y en este sentido universal, la adolescencia depende en gran parte de la diversidad social. La sociedad establece papeles y lugares, orienta los aprendizajes, con su recepción de las conductas adolescentes instauro lo prohibido y lo permitido, refuerza o reprime los comportamientos y orienta los modos de constitución de la 'persona' individual. En esta etapa tan delicada, la dependencia hacia la respuesta social adulta queda oculta tras la reivindicación de independencia, pero aquélla se da por obvia, pues lo que se juega es precisamente acceder al estatuto del adulto y solo éste puede refrendarlo.

Ahora bien, nuestra sociedad actual privilegia los valores de la juventud. El aspecto físico, la actitud ante la vida, el deseo de cambio y de expansión, apostar por el futuro frente al pasado... están modelados en función del imaginario del joven. La vejez se entiende más como decadencia que como experiencia, frecuentemente encarada como obsolescencia. La enorme velocidad de los cambios, sean tecnológicos o ambientales, implican una alta capacidad de adaptación, que es precisamente el rasgo que se da por supuesto en la adolescencia, con sus rupturas e innovaciones.

Siendo la adolescencia un momento de modificaciones drásticas y exigencia de adaptación, sus características permean a la sociedad en su conjunto. La sensación de provisionalidad, la apelación a las posibilidades futuras, la vida como prueba, la ideología de la independencia, la descalificación de la permanencia, la potenciación del movimiento de todo tipo y su aceleración, la creencia en la renovación permanente, la idea de que cualquier compromiso es fundamentalmente atadura, la irresponsabilidad... son todos ellos aspectos propios de la etapa adolescente que están muy presentes en la edad adulta. Sin embargo, la imagen social de la adolescencia subraya fundamentalmente sus aspectos negativos, como la irresponsabilidad, la desobediencia, el capricho.

Por otro lado, las dificultades laborales y condiciones económicas muy restrictivas sumen a nuestros jóvenes en una perpetua adolescencia social. De ese modo, el comportamiento adolescente se vuelve funcional en edades que no le corresponden. Se hace pasar por una actitud hedonista, hambrienta de sensaciones. La oferta de sensaciones se amplía así ilimitadamente, sin que su satisfacción genere necesariamente experiencia y conocimiento, alimentando la búsqueda sin fin. De este modo, lo que se ha descrito como la inmadurez del *puer aeternus* en el libro clásico de M. L. von Franz (28) —que la explica como un aprisionamiento en el complejo materno— se vuelve una conducta promocionada por la situación social. Este planteamiento será cuestionado por Hillman, que reivindica la espiritualidad del *puer* (29).

En compensación, crecen las conductas adolescentes que imitan el comportamiento adulto, hasta transformarse en problemas relevantes: consumo de pornografía, que sirve engañosamente a los adolescentes como iniciación sexual; abuso del alcohol y otras drogas, aunque puestas al día, como los vapeadores para el tabaco; aumento de los embarazos adolescentes; reivindicación de una identidad sexual transgénero; apelación al Derecho —penal o laboral— como forma de dirimir conflictos con los profesores o progenitores; adicción a los juegos de azar económicos... entre otros fenómenos. La iniciación busca así su camino.

El imaginario de la iniciación permea la psicopatología de la adolescencia. Las figuras más llamativas son la anorexia/bulimia, con su autoagresión de base en aras de un cuerpo ideal que niegue la realidad de la transformación física, o el *cutting* que ayuda a sentir la existencia a través del dolor. Están por otro lado las fobias sociales y conductas compulsivas,

los suicidios por amor o desesperación (muchas veces asociados al *bullying*) y los estados maniacos conocidos como TDAH —que se ha convertido en un diagnóstico fuera de control. El síntoma más llamativo es el fracaso escolar, que se intenta disfrazar bajando el nivel de estudios. La patología más grave la constituyen los primeros signos de esquizofrenia juvenil, conocida en tiempos como hebefrenia.

Generalmente, toda esta psicopatología guarda una estrecha relación con las demandas sociales que se le hacen a los adolescentes para intensificar su polo adulto. No es difícil comprobarlo, por ejemplo, en la extensión del TDAH, resultado inmediato de la hiperestimulación informativa (e informática), pero también el miedo a las relaciones en un mundo predominantemente extravertido, para el que la introversión es tenida no pocas veces como patológica. De este modo, la necesidad adolescente de aislamiento puede verse con suspicacia y patologizarse en la respuesta familiar. Los trastornos alimentarios podrían expresar una patología del consumo a través del ascetismo anoréxico o la desmesura bulímica.

Así, la adolescencia aparece como la imagen especular del carácter adolescente de la sociedad actual. Como señala el analista junguiano R. Frankel sobre este particular, «nuestra economía consumista refleja las peores tendencias de la adolescencia, su hedonismo y autoindulgencia. Nuestra habitual compulsión a poseer sin fin las poderosas formas de la tecnología (más memoria, más aceleración) para expandir nuestro ámbito de autonomía y control, reflejan al desesperado yo adolescente en su penoso mantenerse a flote como sea en pos de un sentido. Nuestro fracaso en hacernos cargo del impacto a largo plazo de nuestras políticas medioambientales en el destino del planeta refleja las consecuencias patológicas de la incapacidad del *puer* para considerar el futuro, viviendo exclusivamente en el presente. Nuestro enfoque individualista en nosotros mismos, a expensas de la comunidad, es paralelo a la tendencia del adolescente al narcisismo y la preocupación de sí. Finalmente, la creciente regulación gubernamental y corporativa de la vida cotidiana es un eco de la alienación del adolescente respecto de su fuerza autorreguladora, en la medida que necesita constante monitarización externa y vigilancia» (30).

En suma, esta sociedad pueril, maniaca en su desmesura, arrebata a la adolescencia sus rasgos, sobrecargando a los verdaderos adolescentes con responsabilidades adultas como vectores de desarrollo. Son ellos quienes enseñan a sus mayores a manejar una tecnología sofisticada, son los que deben atender a sus padres adictos y conflictuados, los encargados de señalar los peligros a los que estamos abocados, como expresa el fenómeno Greta Thunberg. Son quienes indican las incongruencias de los adultos responsables de su educación (esos profesores aplastados bajo planes de estudio politizados). Son los adolescentes, finalmente, quienes acaban soportando la sombra social con su desesperación y su rabia, chivos expiatorios de las irresponsabilidades de sus mayores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Fierro A. Relaciones sociales en la adolescencia. En: Palacios, Marchesi y Coll C. Desarrollo psicológico y educación I. Madrid: Alianza Ed.; 1990: 357.
- (2) Frankel R. The Adolescent Psyche. London and New York: Routledge; 1998:13.
- (3) Fierro A. Desarrollo de la personalidad en la adolescencia. En: Palacios, Marchesi y Coll C. Desarrollo psicológico y educación I. Madrid: Alianza Ed.; 1990: 329.
- (4) Corominas J. Breve diccionario etimológico de la lengua castellana. Madrid: Gredos; 1983: 28.
- (5) Carretero M., León Gascón J.A. Desarrollo cognitivo y aprendizaje en la adolescencia. En: Palacios J., Marchesi, A., Coll, C. Desarrollo psicológico y educación I. Madrid: Alianza Ed.; 1990: 312.
- (6) Fierro A. Desarrollo de la personalidad en la adolescencia. En: Palacios, Marchesi y Coll C. Desarrollo psicológico y educación I. Madrid: Alianza Ed.; 1990: 336.
- (7) Palacios J. ¿Qué es la adolescencia? En: Palacios, Marchesi y Coll C. Desarrollo psicológico y educación I. Madrid: Alianza Ed.; 1990: 304.
- (8) Fierro A. Relaciones sociales en la adolescencia. En: Palacios, Marchesi y Coll C. Desarrollo psicológico y educación I. Madrid: Alianza Ed.; 1990: 344.
- (9) Palacios J. ¿Qué es la adolescencia?. En: Palacios, Marchesi y Coll C. Desarrollo psicológico y educación I. Madrid: Alianza Ed.; 1990: 301.
- (10) Fierro A. Desarrollo de la personalidad en la adolescencia. En: Palacios, Marchesi y Coll C. Desarrollo psicológico y educación I. Madrid: Alianza Ed.; 1990: 330.
- (11) Van Gennep A. (1909). Los ritos de paso. Madrid: Taurus; 1986.
- (12) Bettelheim B. (1954). Heridas simbólicas. Barcelona: Barral; 1973.
- (13) Fierro A. Relaciones sociales en la adolescencia. En: Palacios, Marchesi y Coll C. Desarrollo psicológico y educación I. Madrid: Alianza Ed.; 1990: 343.
- (14) Fierro A. Relaciones sociales en la adolescencia. En: Palacios, Marchesi y Coll C. Desarrollo psicológico y educación I. Madrid: Alianza Ed.; 1990: 342.
- (15) Molina V. El cerebro adolescente. National Geographic Ed.; 2018: 89, 98.
- (16) Fierro A. Relaciones sociales en la adolescencia. En: Palacios, Marchesi y Coll C. Desarrollo psicológico y educación I. Madrid: Alianza Ed.; 1990: 340.
- (17) Molina V. El cerebro adolescente. National Geographic; 2018: 90.
- (18) Freud, S. (1905). La metamorfosis de la pubertad. En: Tres ensayos para una teoría sexual. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973.
- (19) Palacios J, ¿Qué es la adolescencia?. En: Palacios, Marchesi y Coll C. Desarrollo psicológico y educación I. Madrid: Alianza Ed.; 1990: 300.
- (20) Palacios J. ¿Qué es la adolescencia?. En: Palacios, Marchesi y Coll C. Desarrollo psicológico y educación I. Madrid: Alianza Ed., 1990: 303.
- (21) Molina V. El cerebro adolescente. National Geographic; 2018: 109.
- (22) Molina V. El cerebro adolescente. National Geographic; 2018: 22-35.

- (23) Molina V. El cerebro adolescente. National Geographic; 2018: 80.
- (24) Galán E. Biografía: iniciaciones encadenadas. En: González Saavedra L., Gutiérrez Estévez M., (eds), Heridas en el sí mismo. Madrid: Fundación CITAP; 2016.
- (25) Jung C.G. (1931). El punto de inflexión de la vida. En: La dinámica de lo inconsciente (vol 8 de la Obra completa). Madrid: Trotta; 2004.
- (26) Frankel R. The Adolescent Psyche. London and New York: Routledge; 1998: 181-192.
- (27) Campbell J. (1949). El héroe de las mil caras Girona: Atalanta Ed; 2020.
- (28) Von Franz, M.-L. (1970). El puer aeternus. Barcelona: Kairós; 2006.
- (29) Hillman J, (1973). La Grande Mère, le fils, le héros et le puer. En: Vitale, A., Berry, P. y Hillman, J. Pères et mères. Paris: Imago Ed., 1978.
- (30) Frankel R. The Adolescent Psyche. London and New York: Routledge; 1998: 224.

# CONFLICTO, EMANCIPACIÓN Y UTOPIA EN LA ADOLESCENCIA

## Reflexiones sobre la praxis en la atención en salud mental a la adolescencia

*Jorge Tío*

«La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos».

ALICIA STOLKINER (1)

«...y yo desintegrado, y todos desintegrados y, aun así, todavía parte del plan».

WALT WHITMAN

### INTRODUCCIÓN

Ayudar a las y los adolescentes con sus dificultades en pro de su desarrollo es una inagotable fuente de aprendizaje. La adolescencia es una etapa que pone especialmente de relieve la urdimbre de relaciones y mutuas influencias en la que nos formamos y existimos. El proceso de incorporación de nuevos adultos a la sociedad es además un campo excepcional para observar las tensiones que se producen en la mutua transformación que supone crecer y los problemas que a veces se pueden generar. Crecer como individuos y crecer como sociedad. Salvo en el caso de la alienación<sup>1</sup>, una cultura viva se hace mestiza con cada nuevo sujeto que como adulto pasa a formar parte de ella y transformarla con sus aportaciones.

Integrarse en la sociedad supone para los jóvenes tanto un grado de aceptación como de colaboración para cambiarla y mejorarla. Un grado de *adaptación aloplástica* tal como Fenichel (2) y Hartmann (3) entendieron el proceso de adaptación al medio en su naturaleza recíproca. El sujeto tiene necesidades

---

<sup>1</sup> Es curioso que el significado de esta palabra incluya tanto el sometimiento del individuo al mundo, sentido en el que aquí la utilizo, como los intentos del loco por someter el mundo a sus designios.

pero también innova y aporta a la construcción de lo social. Es por eso que ayudar a los adolescentes implica una doble responsabilidad para con ellos y para con una sociedad que no debería perderse sus contribuciones creativas.

Trabajar con adolescentes en el Equipo de Atención al Menor de la Fundación Sant Pere Claver (EAM) ha sido una experiencia privilegiada para pensar en cómo asistir en momentos muy difíciles. El EAM tiene la tarea, desde su creación en 1994, de cooperar en estrategias de intervención interdisciplinarias ofreciendo atención en salud mental en situaciones especialmente complejas en las que interviene la Justicia Juvenil (4). Un campo de intersección multidisciplinar entre el Derecho y la Salud. Todo un reto para construir una praxis de atención sin precipitarse en las concepciones de *delito* o de *trastorno mental*, que fatídicamente siempre han añadido más problemas que soluciones a lo largo de la historia cuando se utilizan de forma reduccionista y como intento de control.

Nuestra tarea en salud mental es muy delicada porque cuando nos enfrentamos a los problemas la forma de comprenderlos, la forma de definirlos también los construye. Algo a tener en cuenta especialmente en la adolescencia pues la construcción del sentimiento de identidad en esta etapa es muy sensible a la mirada del entorno (5). El significado es al mismo tiempo construido y descubierto (6). Y la tendencia a clasificar propia de lo humano no debería olvidar que la única manera que tenemos de aprehender el mundo en el que vivimos es a través de nuestro aparato mental de representaciones simbólicas no equiparables a la realidad. Lo que llamamos «hechos» es un producto de nuestra percepción y de nuestra concepción, que puede ser inconsciente. Nuestras defensas, la memoria y la ansiedad tanto individuales como institucionales influyen en nuestra percepción. También lo hacen el conocimiento previo y la cultura. Como bien señala Alicia Stolkiner (1), entre sus muchas aportaciones a la definición de la salud mental comunitaria y el trabajo interdisciplinar, cada acto de salud construye o deconstruye una concepción sobre sus actores que a su vez los produce.

Desde este punto de vista el presente artículo pretende brevemente apuntar algunas reflexiones sobre nuestras prácticas en salud mental a partir de tres conceptos que tienen la virtud, a mi modo de ver, de componer algo de lo esencial tanto de la adolescencia como de la sociedad en su conjunto y por ende de los mismos sistemas profesionales en los que trabajamos: conflicto, emancipación y utopía. Conflictos que se generan en este proceso tanto a nivel subjetivo como de relación con el entorno y con los sistemas profesionales cuando intervienen; emancipación como la aspiración básica que puede orientar tanto al adolescente como a quienes lo acompañamos; y utopías que tanto a nivel individual como colectivo ofrezcan sentido y energía al vivir. Tres conceptos cuya complejidad precisa beneficiarse de las aportaciones tanto de los profesionales del ámbito de la salud mental, como de los de otras disciplinas, así como de artistas, ciudadanos y protagonistas de la experiencia. Lo que sigue es una invitación a este tipo de diálogo.

## CONFLICTO

La adolescencia suele ser rápidamente asociada a la idea de conflicto, cuando es la vida la que es esencialmente conflictiva. «Coexistencia de tendencias contradictorias» es una de las definiciones que da al término el diccionario de la Real Academia, revelando así la diversidad de la realidad en la que vivimos. Convivir con el conflicto, desarrollar capacidades para su manejo, aprender a dialogar, a escuchar y a hacerse escuchar, aceptar las limitaciones de uno mismo y de los demás, tolerar la frustración de un mundo imperfecto, aprender a perdonar y ser perdonado... todas son habilidades necesarias y, aunque siguen desarrollándose durante toda la vida, están especialmente en construcción durante la adolescencia. Es justamente en esta etapa cuando se encarna el eterno conflicto entre tradición y novedad. La tradición, destilada a través de la historia, y la novedad que viene a mejorarla con su pensamiento crítico y su capacidad de creación. Gran cantidad de importantes conflictos en esta etapa se producen cuando la incapacidad de reconocimiento de la alteridad, de la diferencia no deja espacio al adolescente que perturba con su aparición.

Que el mundo no es perfecto lo aprende el bebé, si todo va suficientemente bien, en sus primeras interacciones con sus cuidadores principales la mayoría de las cuales no son idealmente sintónicas. Se fundan en estos inicios las bases para regular el desencuentro a través de la reparación continuada de momentos de desregulación (7). A perdonar y ser perdonado se empieza a aprender desde los primeros compases de la vida. Pero no siempre va todo suficientemente bien en la infancia. Y en la adolescencia, con el desorden natural que se produce en la etapa, hay una nueva oportunidad para curar mejor las heridas que se vuelven a abrir. Una oportunidad para nuevas experiencias elaborativas que las ayudas profesionales deberían poder catalizar. Sin embargo, también puede ser este el período donde se consoliden unas defensas disfuncionales si las cosas tampoco van suficientemente bien en este momento.

Las lógicas binarias basadas en falsas dicotomías de todo o nada, sano/enfermo, inocente/culpable, éxito/fracaso... no solo no ayudan en el manejo del conflicto sino que lo pueden agravar. Son lógicas que esquivan la complejidad, descontextualizando al sujeto en su situación actual y obviando su historia. Poco respetuosas con la realidad que se intenta forzar para que encaje en una clasificación previa como hacía Procusto en su lecho con los viajeros que acogía. Etiquetas como las de «delincuente», «enfermo mental», «TDHA», «trastorno opositorista-desafiante», «niño tirano»... no hacen sino simplificar los problemas y preparar el terreno para intervenciones que tienen el objetivo más puesto en el control que en el desarrollo del individuo y la comunidad. «Los actos no son, se construyen; la gente no es, se hace», tal como subraya el criminólogo Nils Christie (8) en su delicioso libro «Una sensata cantidad de delito». Es este

mismo autor que señala como los «expertos» podemos funcionar como el rey Midas: todo lo que tocamos lo convertimos en delito, todo lo que tocamos lo convertimos en enfermedad, «un ejército de proveedores de significado en la vida moderna» (8).

Comprender nos ayuda a intervenir y clasificar nos secunda en este proceso, pero la simplificación de la complejidad puede agravar los problemas. ¿A qué se opone un/una adolescente? ¿Por qué nos desafía? Ha sido Luis Feduchi (9) quien ha descrito claramente las dinámicas de relación con el entorno que pueden llevar a la oposición a los adolescentes cuando las propuestas que se les hacen son demasiado exigentes y les desbordan, o al desafío cuando sienten que se les infantiliza. Cualquier comportamiento no deseado, que nos perturbe, nos debería obligar no solo a la reflexión sobre qué es lo que lo provoca, sino también a la de pensar porqué lo vemos como lo vemos (8).

La simplificación de los problemas limita la cantidad de información a la que se puede acceder y la cantidad limitada de información simplifica los problemas. Un pez que se muerde la cola. Los casos se convierten en casos criminales o psiquiátricos porque se conoce demasiado poco de ellos. Algo que tiende a pasar cuando el tiempo escasea, pero especialmente cuando se prefiere no saber para no entrar en contradicciones o sentir impotencia. Muchos encuadres institucionales limitan la información que pueden obtener pues ya no la consideran relevante para establecer sus categorizaciones. Lo irrelevante se impone de forma dogmática, perdiéndose la oportunidad de construirlo en un proceso de colaboración entre todos (8).

En otras ocasiones la información puede ser difícil de obtener pues depende de la confianza que se pueda establecer en la relación. Esto se exagera en la adolescencia que se protege con su desconfianza hacia el adulto del que teme pueda abusar de su autoridad. Y muchas veces hacen bien. Abrirse en la comunicación depende de la percepción de que lo que se diga «no va a ser usado en nuestra contra», para aumentar el castigo, la medicación o encontrarse con la desvalorización de lo que uno empezaba a considerar su mejor fortaleza. Así que muchas veces es mejor permanecer callados. Pero no aclarar el pasado y no entender el contexto, compromete el futuro.

Manejar mal el conflicto puede exacerbarlo y sembrar el camino hacia la violencia y, a nivel social, incluso a la guerra. Por otro lado su negación puede ser fuente de perversión y pactos corruptos. Los límites existen, en nosotros y en el mundo en el que vivimos. La desregularización política que ha sufrido la convivencia en las últimas décadas en aras de los beneficios económicos de una minoría, deja de tener en cuenta muchos límites necesarios para cuidarnos que, al exacerbar el malestar, acaban paradójicamente aumentando la necesidad de control del comportamiento. Esto contribuye al endurecimiento de los sistemas penales y a la medicalización de la vida. Creando nuevas industrias, nuevas formas de ganar dinero.

Cuando la supervivencia está amenazada el malestar exige ser eliminado, limitando las posibilidades de elaboración. Elaborar traumas en un contexto traumático crónico no permite la reflexión y la simbolización. Algo que solo el diálogo y el lazo social podrían volver a hacer posible (1).

Reflexionar éticamente sobre los límites es necesario para fortalecer su ligazón con el cuidado, que es su verdadero sentido. El cuestionamiento al que nos somete el adolescente con su mirada que sospecha del abuso de autoridad y está coloreada por su debut en el pensamiento ético es una oportunidad para someter nuestras soluciones a una revisión crítica, a cambiarlas si son mejorables o a reforzarlas con argumentos válidos y creativos si hemos olvidado por hábito o por pereza la importancia del sentido que tenían (10). Para ello es necesario dialogar y el verdadero diálogo solo se produce tal como ha descrito de forma diáfana el filósofo alemán H. George Gadamer (11) cuando escuchamos al otro considerando seriamente la posibilidad de que esté en lo cierto. «Solo no oye u oye mal quien se escucha permanentemente a sí mismo».

Escuchar las razones del otro es difícil, pero más difícil es todavía ayudar a construir las condiciones para que éstas puedan ser expresadas de forma comunicativa cuando las dificultades solo permiten que el malestar se exprese disfuncionalmente a través de los síntomas, entre los que los problemas de comportamiento y muchas veces la violencia están presentes. La proximidad en las relaciones es fundamental para conseguir procesos en los que la confianza se pueda ir construyendo y el conocimiento mutuo ayude a entender más la situación y manejar mejor el conflicto. El eje proximidad/distancia es de suma importancia para la creación de significado en todas las áreas de la vida (8). Algo sobre lo que ya nos llamó la atención Anna Harendt (12) en su descripción de la «banalidad del mal» que permitió la ejecución de terribles decisiones en la Alemania nazi con la protección de la distancia que un sistema fuertemente jerarquizado y burocratizado imponía. La proximidad estimula nuestra humanidad, la distancia nos deshumaniza.

Ese debería ser uno de los objetivos fundamentales en nuestras intervenciones en el campo de la Salud Mental, en la relación con las personas que atendemos y ayudando a la comunidad a fortalecer o crear lazos de proximidad. El individualismo y la precarización de la vida dañan gravemente la vida comunitaria. Vivir entre gente que no conocemos y quizás no vamos a llegar a conocer nunca, nos hace más dependientes de los expertos para la resolución de los conflictos (8). En la adolescencia, la familia, la comunidad educativa, el barrio, la ciudad, juegan un importante papel en el acompañamiento de los aspectos que todavía son infantiles y en el reconocimiento y la estimulación de los aspectos adultos que aparecen en esta etapa. El control inadecuado de comportamientos que deberían ser considerados como expresión de la parte adulta del adolescente o el abandono de sus todavía necesidades infantiles, es fuente habitual de importantes conflictos en

esta etapa (13). La cooperación interdisciplinaria con el mundo educativo y cultural, el diseño urbano, el arte y las iniciativas ciudadanas debería estar por lo tanto en el centro de nuestra tarea.

Los propios sistemas profesionales no son inmunes a los cambios sociales que las políticas neoliberales han impuesto a la sociedad en su conjunto. En su excelente trabajo titulado «La perversión de la gestión», Catherine Grandjean (14) desgrana los efectos que sobre las instituciones sanitarias y sociales ha impuesto un modelo de gestión basado en un productivismo que pone el acento en un particular modo de entender la eficacia y la eficiencia. Más allá de los recortes que desde la crisis de 2008 han sufrido estos sistemas, la «gestión calidad» ha hecho más difícil el trabajo en equipo y la participación de los profesionales en las decisiones organizativas. El aumento de la burocratización acaba finalmente negando la intersubjetividad, la riqueza de la relación con los usuarios y pacientes, y también la responsabilidad en la creación de los actos de salud que difícilmente pueden escaparse a la mecanización y cuantificación del trabajo. Ha sido Giorgio Agamben (15), uno de los filósofos contemporáneos más comprometidos con la reflexión sobre los problemas actuales del mundo occidental, quien nos advierte de como «una experiencia convertida en calculable y cierta pierde inmediatamente su autoridad».

Tenemos importantes conflictos en nuestras instituciones que nos hacen menos capaces de enfrentar el conflicto en nuestras intervenciones. ¿Cómo puede una educadora contener la agresividad de una adolescente en un centro residencial si en vez de sentirse acompañada mentalmente por su equipo siente el riesgo de ser censurada por él? ¿Cómo se pueden enfrentar los momentos de desesperación de un joven magrebí en su lucha por ser un ciudadano más si el profesional que lo atiende también se siente maltratado por su Institución? El reconocimiento de estos conflictos y no su negación, más allá de la dificultad para encontrar soluciones, es la única vía para sostener una vivencia de subjetividad en los profesionales sin la que no podemos desempeñar una tarea que en su esencia comporta poder ayudar a individuos y comunidad en el manejo de conflictos.

## EMANCIPACIÓN

Podríamos decir que emanciparse es la tarea culminante del proceso que suponen los cambios de la adolescencia. Lo propongo en su forma pronominal de verbo reflexivo que tal como define el diccionario de la RAE significa «liberarse de cualquier clase de subordinación o dependencia». También tiene una forma nominal, «emancipar», que hace referencia –siguiendo también a la RAE– a la acción de «liberar de la patria potestad, de la tutela o de la servidumbre.» Esta dualidad refleja bien la complejidad de un proceso dinámico en el que el adolescente va a ir gradualmente

desarrollando mayor madurez y capacidad de autonomía y su entorno delegando más sus funciones de cuidado a medida que confía más en sus capacidades. Un proceso que se desarrolla entretejiendo niveles intrapsíquicos y de relación con el entorno siempre sujetos a las tensiones de la disarmonía natural.

La capacidad de emancipación también se cimienta en la infancia cuando niños y niñas danzan con sus cuidadores y cuidadoras el baile del apego y la exploración curiosa del mundo, de la separación y el reencontro. Construyéndose, si todo va suficientemente bien, una vivencia de seguridad en la relación, que deviene gradualmente interna y permite desarrollar la capacidad de estar solo y contener las ansiedades de separación. Se percibe así una relación de cuidado que ni abandona, ni asfixia. «El vínculo tiene que ser lo bastante suelto y que no se suelte», tal como describió el educador Ferdinand Deligny (16), con su mirada crítica a la educación y la psiquiatría más tradicionales. Otra tensión que complejiza el eje proximidad/distancia. El eterno dilema entre libertad y seguridad que se expresa a nivel social.

Pero ¿qué es la libertad? ¿de qué servidumbres nos tenemos que liberar? La libertad se construye en la relación con el otro y en la relación con uno mismo. En la relación con sus progenitores el adolescente se tiene que ir emancipando de la *servidumbre* de su dependencia infantil. Algo que puede ir gradualmente consiguiendo si su sentimiento de identidad llega a ser «suficientemente bueno». Un proceso complejo que se estructura a través de las vivencias de continuidad, de coherencia, de realidad y del mecanismo regulador de la autoestima (7).

Cuando la dependencia es muy intensa, los intentos de separación de los padres pueden conllevar una crisis de identidad complicada que provoque estrategias defensivas disfuncionales para poder tolerarse. Los movimientos regresivos en los que el adolescente puede intentar refugiarse en el claustro de su habitación, la búsqueda de relaciones idealizadas en las que intentar perpetuar un vínculo de dependencia o su negación a través del refugio en las representaciones idealizadas de uno mismo que supone el narcisismo, son las principales. El narcisismo y la omnipotencia pueden ser dos amos muy exigentes. Los funcionamientos narcisistas son normales en la adolescencia, con ellos el o la adolescente intenta proteger su todavía precario sentimiento de identidad. Con tozudez el adolescente puede confrontarse con el adulto no solo para liberarse de su tutela y ponerse a prueba, sino también para regular su contacto con los límites propios que todavía es difícil soportar. Es el otro el ignorante, el equivocado, el cobarde, el débil. Cuando los adultos que acompañan este momento no se encuentran suficientemente en forma pueden tolerar mal la confrontación y el trato que el adolescente les dispensa y entrar en una batalla intentando doblegar sus actitudes. O deprimirse aumentando el sentimiento de culpa del adolescente.

La sociedad, tal como ya desveló La Boétie (17) en 1548, estimula la dependencia de muy diversas maneras para conseguir la sumisión voluntaria. En nuestra sociedad contemporánea el consumismo nos infantiliza, el individualismo nos desprotege al aislarnos y alimenta nuestro narcisismo y el miedo nos acobarda. No es casual que la Boétie escribiera su lúcida requisitoria a los dieciocho años, mostrando como el pensamiento ético aparece con fuerza en esta etapa. El impulso a dejar de ser infantil y la falta de experiencia que todavía no ha creado intereses que obliguen a negociar con los ideales que se construyen en ese momento, convierten la adolescencia en un exigente filtro ético para la sociedad. El adolescente es muy crítico con las actitudes autoritarias y paternalistas que siente que tienden a controlarlo, a la par que nos obliga a revisar el sentido de las normas y las leyes.

La libertad también se construye en la relación con el otro. Tal como señala Axel Honeth (18), filósofo y sociólogo considerado como una de las figuras más importantes de la llamada tercera generación de la Escuela de Frankfurt, el *otro* es un requisito para mi libertad, no un obstáculo. Cooperando con los demás puedo llegar más lejos. Y escuchar la opinión del otro tiene un valioso poder correctivo que estimula nuestra capacidad de pensar críticamente. No hay emancipación sin pensamiento crítico. «Ciudadanos, amantes y amigos comparten ideales, se influyen y colaboran» (16). Cuando el adolescente con problemas se siente atendido por un grupo de profesionales que cooperan, se escuchan y se respetan estamos espoleando su emancipación, animándole a sumarse con sus aportaciones a un *nosotros* lleno de sentido. Algo que no siempre pasa. La idealización de la libertad que puede tener el niño asociándola a la idea de ausencia de frustraciones puede ser reforzada con el infantilismo de adultos resignados que proyectan sus frustraciones mal resueltas en un niño del que dicen «que quiere salirse con la suya». El adulto ve en el niño su propia inmadurez inconsciente y tiende a reprimirla, a veces llegando a expresar una rabia envidiosa y vengativa. «Con todo lo que yo tengo que aguantar». Para el adolescente la «suya» es algo que va a tener que construir y estaría muy bien que pudiera conseguirla o intentar acercarse a ella a lo largo de la vida.

El proceso emancipatorio necesita del reconocimiento de las nuevas capacidades para irse consolidando. En su «teoría del reconocimiento» Axel Honeth describe los tres tipos de praxis que considera son formas de reconocimiento. En primer lugar el *amor*, que se constituye con la relación primaria entre la madre y el hijo y que le permite al sujeto poder «estar solo», articular su cuerpo de modo autónomo y expresar con confianza sus necesidades y sentimientos. A esta forma de reconocimiento le corresponde la forma negativa del *menosprecio*, que va desde la violación física a la psíquica, abarcando también las diferentes formas de maltrato o tortura. En segundo lugar, la *praxis social del derecho*. Esta forma de reconocimiento consiste en la concesión de determinados privilegios y

prerrogativas al sujeto, pero en tanto que miembro del concepto universal de persona. De este modo, el sujeto es reconocido como un legislador potencial en relación con el derecho en cuestión y, por lo tanto, como una persona que puede autolegislar moral y jurídicamente. La negación de esta forma de reconocimiento es la *desposesión*, que no solo implica la exclusión de determinados privilegios sino también la deprivación de la autoimagen. Es decir que conlleva que el sujeto se perciba a sí mismo como alguien sin capacidades morales y sin autonomía. Y una tercera forma de reconocimiento, que denomina *solidaridad*. Se trata de una serie de prácticas sociales orientadas a que el sujeto perciba determinadas cualidades suyas como valiosas en función del logro de objetivos colectivos considerados como relevantes. La forma que corresponde a su privación es la *deshonra*, que sufren normalmente los miembros de aquellos grupos que son socialmente marginados o percibidos como extraños en relación con la cultura dominante.

Menospreciados, desposeídos y deshonrados. Esta es la situación de algunos adolescentes, como por ejemplo sucede con los adolescentes que emigran solos de países pobres. A una infancia cargada de experiencias adversas, algunas de cualidad traumática, se suma una realidad en la que sus derechos no solo no están garantizados sino que están obstaculizados administrativamente de forma enloquecedora, y una escasez de experiencias de reconocimiento social abrumadora (19). Nuestras praxis en salud mental se enfrentan al reto de acompañar estas situaciones. La historia de experiencias adversas y traumáticas necesita ser reconocida, tratada con compasión y el tacto (20)<sup>2</sup> necesario que puede implicar el respeto a no querer hablar de ellas, pero nunca su negación. La lucha que requiere la conquista de derechos en este contexto precisa de una cooperación con el adolescente que no niegue las injusticias y, junto a un pensamiento crítico, pueda infundir esperanzas ante un futuro que tantas fuerzas se afanan en pintar de negro. Por otro lado, los acompañamientos que presionan al éxito formativo o laboral agitando el espantajo del fracaso, someten al adolescente a una continua frustración que negligencia el reconocimiento de capacidades que el sistema económico no encuentra suficientemente productivas para sus intereses. Aunque el adolescente puede encontrar en sus primeros salarios una importante fuente de reconocimiento, traducir todo a su equivalencia en dinero no hace sino restar el valor que las cosas pueden

---

<sup>2</sup> Van Manen (1991) define el tacto en la relación como una serie compleja de habilidades que incluyen la capacidad de implicarse, la actitud solícita, la sensibilidad, la capacidad interpretativa que favorece la comprensión de sentimientos y pensamientos propios y del otro, un agudo sentido de los límites y el equilibrio que permite encontrar la oportunidad y la distancia adecuadas en las intervenciones con los demás, a la par que una capacidad de intuición moral que orienta sobre qué hacer en situaciones concretas.

tener en sí mismas. Al igual que sucede cuando intentamos amaestrar a los niños, y no tan niños, en base a premios y castigos.

La presión al éxito menoscaba la libertad. Tal como señala, Michael Sandel (21) (1999), filósofo representante de la teoría comunitarista en su libro «Contra la perfección», la presión al éxito nos aparta de la reflexión crítica sobre el mundo y aplaca nuestro impulso hacia la mejora social y política. Detrás del ideal de perfeccionamiento existe un problema de ambición que olvida el agradecimiento de lo recibido y alimenta las fantasías de omnipotencia. Al igual que el reconocimiento de nuestros límites, el reconocimiento de lo que hemos recibido allana el camino hacia un proceso emancipatorio. La libertad es una negociación permanente con lo recibido. Por supuesto, no todo lo recibido es bueno y por eso es necesaria la reparación. Sandel apunta una interesante reflexión cuando muestra como concebimos como resultado de lo que hemos recibido también modula nuestra exigencia, que puede llegar a ser intimidante si consideramos que nuestros talentos no son dones con los que estamos en deuda, sino logros conseguidos exclusivamente por nosotros mismos (21). Si todo en definitiva depende de uno mismo la culpa puede ser abrumadora cuando se fracasa. La solidaridad también deviene del reconocimiento del don. Cuanto más conscientes somos del carácter azaroso de nuestro destino más razones tenemos para compartirlo en vez de pensar que los ricos son ricos porque lo merecen más que los pobres. La meritocracia es menos compasiva. El reconocimiento de lo recibido está ligado a la «humildad» y la «empatía». Mantenerse abiertos a lo recibido nos invita a aceptar lo inesperado, a vivir con la disonancia, a dominar el ansia de control. El dominio y el control nos llevan a una comunidad cerrada (21).

¿En qué medida son nuestras praxis en salud mental emancipatorias para los y las adolescentes? «La educación que no emancipa, embrutece» (22), señaló Joseph Jacotot en 1823, pedagogo francés implicado en la Revolución francesa. ¿Cómo pueden embrutecer nuestras praxis? Y ¿cómo pueden dejar de hacerlo?

La salud tiene un valor en sí misma, y no debería concebirse de forma meramente instrumental. Los sistemas de salud se han reformado en las últimas décadas en base a objetivos de eficiencia, concentración de ganancias y precarización de los trabajadores. Si esto no se critica es difícil trabajar para la subjetivación. Por lo que es perentorio desvelar la lógica mercantil en los discursos de salud (1). Las prácticas que descontextualizan y obvian la historia del adolescente, negando tanto el trauma como el don, desvinculan al adolescente de la relación con la comunidad y no le ayudan a liberarse de la dependencia infantil o de las exigencias de un narcisismo excesivo.

La invasión que las neurociencias, la psicofarmacología y la genética realizan sobre las otras disciplinas que concurren en la atención en salud mental, contribuye a la desubjetivación. Son disciplinas que necesitan

mucho del factor corrector de las perspectivas sociales y psicológicas para no acabar siendo cómplices de la ambición de control del sistema económico de corte neoliberal. El adolescente hace bien en no vincularse a sistemas de salud que con la coartada de un pretendido cientifismo utilizan las etiquetas diagnósticas más como mecanismo de control que como herramienta emancipadora. La sociedad del conocimiento ha devenido en la sociedad del dato consumando la expropiación de la experiencia (14). Es un esfuerzo de la política moderna por exterminar la incertidumbre, por eliminar la duda que justamente el adolescente necesita aprender a tolerar. Y no hay embrutecimiento mayor que el no dar más opción a las y los adolescentes que aceptar una etiqueta de discapacidad para poder acceder a sus derechos.

## UTOPIA

La emancipación va ligada a la utopía. El sentido de la vida, el deseo, la motivación alimentan el proceso emancipatorio. Si no ¿emanciparse para qué? «Quien tiene un porqué vivir puede soportar casi cualquier como» (23), fue Nietzsche en «El Crepúsculo de los ídolos» quién nos recordó con su aforismo la importancia capital de la utopía. Si nos fijamos también en la definición que da el diccionario de la RAE al término en su segunda acepción, «representación imaginativa de una sociedad futura de características favorecedoras del bien humano», el vínculo de la utopía con lo social, con la comunidad, con los otros, queda de nuevo en evidencia. Sin un nosotros común, de cooperación en pos de nuestros ideales, difícilmente los y las adolescentes pueden sentirse invitados a sumarse para contribuir con sus aportaciones.

Ha sido el psicoanalista italiano Massimo Recalcati (24) quien recientemente ha puesto el acento en la comprensión de lo que ha venido a denominar como la *clínica del vacío*. Cuando la pulsión no puede anudarse al deseo sobreviene el vacío, una particular posición melancólica no ligada a la culpa sino a la dificultad de encontrarle un sentido a la vida. Recalcati describe la pérdida de consistencia del orden simbólico de nuestra sociedad contemporánea y lo relaciona con la manifestación de la *hiperactividad* que denuncia la ausencia del lazo con el otro y la figura del *consumidor* que ya Passolini (25) anunció en 1975 como el sucesor del *súbdito*, en su última conferencia semanas antes de morir asesinado.

En la adolescencia la aparición de intereses es la base de la construcción de utopías, de deseos que puedan irse gradualmente entretrejiendo con lo colectivo y darle sentido a la existencia. De nuevo es en la infancia con el impulso innato a la exploración del mundo cuando se construyen los cimientos de la capacidad de interesarse. El acompañamiento de adultos capaces de transmitir la sensibilidad hacia las cosas, la sensibilidad hacia la belleza y la verdad, estimula y alimenta la curiosidad innata del niño. El

juego en un ambiente de seguridad la potencia con su invitación a soñar. Como nos descubre Deleuze (26), la vocación surge de la sensibilidad hacia los signos. «No se llega a carpintero más que haciéndose sensible a los signos del bosque, no se llega a médico más que haciéndose sensible a los signos de la enfermedad. La vocación es siempre predestinación con relación a los signos.» Nada hace más daño a la curiosidad que abusar de ella, situación que se produce dramáticamente en el abuso sexual en la infancia y provoca su posterior inhibición.

El interés es fruto de una conexión entre el interior y el exterior. Algo que transforma la experiencia del aburrimiento tan prototípica en la adolescencia. Lo contrario del aburrimiento no es la diversión. Esta puede resultar un mecanismo de evasión del aburrimiento, pero no consigue resolver el problema interno de la falta de motivación y nos hace dependientes del entretenimiento. Conectar con su interior, con sus emociones, fantasías, pensamientos es pues necesario en la adolescencia para que aparezca el interés. Y, sin embargo, no son pocas las invitaciones para divertirse y desconectar que invaden al adolescente para alejarlo del aburrimiento o de cualquier otro tipo de malestar que puede surgir cuando conecta con su mundo interno. «Divertámonos hasta morir», tal como tituló el sociólogo y teórico de la educación Neil Postman (27) su cardinal libro, en el que describe la «sociedad del espectáculo» con sus efectos devastadores para el pensamiento crítico. Del transgresor lema de los movimientos hippies de los sesenta, «sexo, drogas y rock and roll» a la adormecedora propuesta del «sexo, drogas y violencia» que a través de la evasión intenta alejar a la adolescencia y a la juventud de cualquier atisbo de revolución. De las drogas recreativas de aquella época a las anfetaminas proadaptativas de la sociedad contemporánea que en el periodo que va de 1992 a 2007 aumentaron su producción en un 3000 % para el tratamiento del llamado trastorno de hiperactividad y déficit de atención (19).

De forma natural los y las adolescentes tienden a desentenderse o idealizar el futuro, que estimula todas las ansiedades del crecimiento y en última instancia da noticia de la muerte (28). Así, como también nos recuerda Feduchi (28), el presente queda principalmente como el tiempo manejable para el adolescente ya que el futuro está asociado a la incertidumbre y la duda tan difíciles de tolerar. El germen de la utopía se forma entonces en la adolescencia por el conjunto de intereses del presente. A través de la inoculación de miedos y del virus de la impotencia la sociedad actual se obstina en matar los sueños de todo el mundo salvo los de aquellos que acaban soñando solamente con acumular más dinero y más poder. Mateo, un joven de dieciséis años, me explicaba lúcida y claramente en una de sus sesiones de terapia la diferencia entre su profesor de matemáticas y el de teatro: el primero no se cansa de advertirles de los múltiples y catastróficos riesgos a los que se exponen si suspenden una evaluación, el segundo les anima cada vez que se enfrentan a un ejercicio a «dejarse ir», a probar, a

guiarse por su intuición para explorar sus posibilidades. O me adapto o me desentiendo, el adolescente puede tener difícil salir de este falso dilema. «¿Quién decide qué es posible y qué imposible? A fuerza de ser cautos y razonables, nos hemos vuelto blandos y débiles, nos hemos acomodado a la injusticia, incluso contra nosotros mismos, por miedo a algo peor, y se nos ha nublado la visión», tal como certeramente describe el filósofo chileno Daniel Ramírez (29), uno de los más fervientes defensores actuales de la importancia de la utopía. La sociedad actual pulveriza cualquier fantasía de previsión de futuro a través de la exclusión o de su amenaza. El horizonte temido es la exclusión. Solo están libres los que ya están excluidos o los que renuncian al deseo de lo inalcanzable (1). Los sistemas sociales actuales tienden a inmovilizarnos en el presente, el pasado es presentado como algo superado y un futuro basado en el consumismo como algo fácilmente al alcance de la mano. El presentismo, la «híctopía», nos impide pensar en las utopías para dejar un mundo más habitable a nuestros descendientes (30). Como bien se ha encargado de subrayar entre otros el antropólogo Lluís Duch, la utopía va, por lo tanto, asociada al pensamiento crítico. «Lo utópico está ligado a la inaceptabilidad de lo vigente» (30).

Pero también el pensamiento crítico es un enemigo a batir para el orden económico de la sociedad actual. En nuestro entorno más cercano Marina Garcés, en su estimulante opúsculo «Nueva Ilustración radical» (31), describe los mecanismos contemporáneos de neutralización de la crítica: la *saturación de la atención*, la *segmentación de públicos*, la *estandarización de lenguajes* y la hegemonía del *solucionismo*. La saturación de la atención se produce por un exceso de información. La atención, que implica la capacidad de metabolizar lo que percibimos y observamos, y no la información es lo que deviene entonces un bien escaso y valioso. Este exceso de información fuerza a una especialización de los saberes y de sus correspondientes públicos que produce una segmentación del conocimiento en la que desfallecen los diálogos interdisciplinarios. El cortafuego de lo que denominamos «cultura general» que proporciona un sustrato común de diálogo, pierde paulatinamente vigencia (31). Paralelamente a la segmentación que obstruye el diálogo se produce una estandarización de los lenguajes y la producción cognitiva que hace que todo tienda a funcionar de la misma manera. «En las ciencias que no se comunican entre sí se enseña y se investiga con unos mismos parámetros temporales, desde unos mismos dispositivos institucionales y según unos mismos criterios de evaluación» (31). Lo transversal solo conecta maneras de funcionar y no experiencias, «todo funciona igual» pero no se dialoga entre disciplinas. Los contenidos tienden a estandarizarse en forma de opiniones que se libran de la exigencia de ser puestas en cuestión al precio de perder también toda su posible fuerza de interpelación y cuestionamiento. Finalmente el *solucionismo* se vuelve hegemónico. Enmarcado por las corrientes filosóficas del pragmatismo y del utilitarismo, el solucionismo intenta simplificar lo complejo a partir de «definiciones claras y soluciones

definitivas». «El solucionismo tiene su propia utopía, transportar la humanidad a un mundo sin problemas» (31), haciendo –tal como ha señalado el editor y crítico Andreu Jaume (32)– que los robots se parezcan cada vez más a los humanos... y los humanos cada vez más a los robots.

El peligro que las utopías conllevan es dejar atrás la crítica en aras de la institucionalización generando reacciones totalitarias. La novedad que introducen las utopías puede exigir que en sus inicios se presenten como un pensamiento homogéneo carente de contradicciones, alimentando constantemente la tentación de excluir la duda y el conflicto. Lo instituido se resiste a su alteración. Este fenómeno se relaciona con fenómenos grupales que plantean una serie de exigencias a los individuos con el fin de garantizar la cohesión y continuidad del grupo. Las etapas iniciales, de fundación de una institución determinan un particular momento de «alienación fundante» (33), donde estas exigencias se hacen especialmente significativas. Pero tal como advierte Lluís Duch (28), la utopía no es producto instituido sino dinamismo instituyente. Las dificultades de tolerar la incertidumbre y la duda alimenta la construcción del pensamiento totalitario que se ofrece para ser incorporado acriticamente a los adolescentes con dificultades serias en la construcción de su sentimiento de identidad a cambio de una identidad ortopédica y un sentimiento de pertenencia. Es lo que ocurre con el fenómeno del *machismo*, de las sectas o de cualquier fundamentalismo (19).

Las prácticas en salud mental inmersas en el curso de las políticas sanitarias de las últimas décadas y desarrolladas en instituciones que siguen la corriente de los tiempos no se encuentran en el mejor sustrato para animar al encuentro con la utopía a los y las adolescentes. Como decía Ionesco (34) en su fábula contra los totalitarismos «pensar en contra de la corriente de los tiempos es una heroicidad». La negación de la subjetividad de los profesionales y la precarización del trabajo hace muy difícil sentir que se pertenece a las instituciones en las que se trabaja y sentirse implicado en los equipos de atención. No es fácil que en nuestra atención a la adolescencia podamos transmitir el orgullo de formar parte de un proyecto por el bien común. ¿Cómo podemos estimular el desarrollo cuando nosotros mismos no nos sentimos convocados a soñar para mejorar unos entornos de atención que con excesiva frecuencia no se muestran abiertos a la revisión y a la crítica? Fernando Bárcena y Joan Carles Mèlich (35) en su libro «La educación como acontecimiento ético» llaman la atención sobre la constante tensión entre lo dicho y lo que queda por decir que toda acción educativa debería sostener. La atención a la adolescencia debería implicar una actitud expectante y abierta a sus nuevas aportaciones. Solo así podemos estimular la vivencia de que soñar vale la pena. Tal como señalan estos autores para el aprendizaje, la intervención en SM también es una experiencia en la que se produce un encuentro con otro que no soy ‘yo’, que no confirma lo que ya sé, que de alguna manera me niega, entonces se padece, se sufre, nos

transformamos en la búsqueda de un sentido que no de una verdad absoluta sellada por la etiqueta diagnóstica (35). No se puede obligar a crecer, pero sí incidir en las condiciones para invitar a crecer y a sentir que pese a nuestra *desintegración* seguimos formando parte del *plan*.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Stolkiner A. Subjetividades de época y prácticas en salud mental. Revista Actualidad Psicológica, Año XXVI-No 293 Buenos Aires 2001.
- (2) Fenichel, O. (1945), *The psychoanalytic theory of neurosis*, New York, W.W. Norton & Company, citado en: Wohl, J. Introduction to a critique of the reality concept. *Psychoanalytic Revue*, 1962: vol. 49C, núm. 3: 99-116.
- (3) Hartman, H. (1956), «Notes on the reality principle», *The psychoanalytic study of the child*, vol. XI, New York, International University Press, [citado en Wohl, J. (1962), «Introduction to a critique of the reality concept», *Psychoanalytic Revue*, vol. 49C, núm. 3: 99-116.]
- (4) Tió J., Mauri L., Raventós P. (coord.) *Adolescencia y transgresión*, Barcelona: Octaedro; 2014.
- (5) Tió J. La formación del sentimiento de identidad en la adolescencia. *Temas de psicoanálisis*, num 20. Julio 2020. Disponible en: <https://www.temasdepsicoanálisis.org/2020/07/30/la-formacion-del-sentimiento-de-identidad-en-la-adolescencia-1/>
- (6) Gabbard, G.O. Una reconsideración de la objetividad del analista, *Libro Anual de Psicoanálisis*, vol. XIII, 1997: 23-24.
- (7) Tió J., Vázquez B. La perspectiva del desarrollo. En: Tió J., Mauri L., Raventós P. (coord.) *Adolescencia y transgresión*, Barcelona: Octaedro; 2014.
- (8) Christie N. Una sensata cantidad de delito. Buenos Aires: Editores del Puerto; 2004.
- (9) Entrevista al Dr. Luis Feduchi. En: Tió J., Mauri L., Raventós P. (coord.) *Adolescencia y transgresión*, Barcelona: Octaedro; 2014.
- (10) Tió J. Ser y dejar de ser adolescente en la sociedad de la incertidumbre. *Revista de Menorca del Ateneo de Maó*, 96 (31), 2017. Disponible en: <https://www.ateneumao.org/wp-content/uploads/RdM-96-2017.pdf>
- (11) Gadamer H. G. *Verdad y método*. Salamanca: Sígueme; 1960.
- (12) Arendt H. (1958). *La Condición Humana*. Barcelona: Paidós; 1993.
- (13) Tió J., Raventós P., Pérez J.L. Agresiones de hijos a padres. En: Tió J., Mauri L., Raventós P. (coord.) *Adolescencia y transgresión*, Barcelona: Octaedro; 2014.
- (14) Grandjean C. La perversión de la gestión. [internet], 2014. Disponible en: <http://www.ffcle.es/files/laperversiondelagstion.doc>
- (15) Agamben, G. *Infancia e historia: ensayo sobre la destrucción de la experiencia*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo editora; 2007.

- (16) Chendo M.; Etchepare D. Los autistas de Fernand Deligny. Por una educación impolítica. Revistas uam, tendencias pedagógicas, 2019. Disponible en: <https://revistas.uam.es/tendenciaspedagogicas/article/view/tp2020.35.005/11761>
- (17) La Boétie E. (1548). El discurso de la servidumbre voluntaria. La Plata: Terramar, Buenos Aires: Utopía Libertaria; 2008. Disponible en: <http://tratarde.org/wp-content/uploads/2011/10/Etienne-de-la-Boetie-Discurso-sobre-la-servidumbre-voluntaria1.pdf>
- (18) Honneth A (2000). La sociedad del desprecio. Madrid: Ed. Trotta; 2011
- (19) Tió, J. Extremismo violento e identidad en la adolescencia. En prensa, 2020.
- (20) Van Manen M. El tacto en la enseñanza. Barcelona: Paidós; 1991.
- (21) Sandel, M. (1999) Contra la perfección. Barcelona: Marbot ediciones; 2015.
- (22) Rancière J. El maestro ignorante. Cinco lecciones para la emancipación intelectual. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2007.
- (23) Nietzsche, F. (1888). El crepúsculo de los ídolos. Madrid: Alianza, 1997. Disponible en: <http://juango.es/files/El-Ocaso-de-los-Idolos.pdf>
- (24) Recalcati, M. La clínica del vacío. Madrid: editorial Síntesis; 2008. Disponible en: <https://clinicaadeabo.files.wordpress.com/2016/11/cle3adnica-del-vacc3ado-massimo-recalcati.pdf>
- (25) Passolini P.P. (1975). Vulgar Lengua. Alicante: ediciones El salmón; 2017.
- (26) Deleuze, G. (1964). Proust y los signos. Barcelona: Anagrama; 1995. (citado por Bárcena, F.; Mèlich, J.C. La educación como acontecimiento ético. Barcelona: Paidós; 2000).
- (27) Postman N. (1985). Divertim-nos fins a morir. Barcelona: Ed. Llibres del Índex; 1990.
- (28) Feduchi L. El adolescente ante su futuro. Temas de Psicoanálisis. Revista de la Sociedad Española de Psicoanálisis, 2011, 1. Disponible en: <https://www.temasdepsicoanalisis.org/2010/12/14/el-adolescente-ante-su-futuro/>
- (29) Ramírez D. La nueva primavera de los pueblos. El periodista [internet], 4 nov. 2019. Disponible en: <https://www.elperiodista.cl/daniel-ramirez-filosofo-la-nueva-primavera-de-los-pueblos/>
- (30) Chillón A. La condición ambigua: diálogos con Lluís Duch. Barcelona: Herder; 2010.
- (31) Garcés M. Nova Il·lustració radical. Barcelona: Anagrama; 2017.
- (32) Jaume A. Cervantes y Shakespeare: una nueva visión del mundo. Conferencia dictada en el Institut d'Humanitats. CCCB, 19, oct., 2016.
- (33) Waisbrot D. La alienación del analista. Barcelona: Paidós; 2002.
- (34) Ionesco E (1959). El Rinoceronte. Buenos Aires: Losada; 2017.
- (35) Bárcena F., Mèlich J.C. La educación como acontecimiento ético. Barcelona: Paidós; 2000.

# LA SALUD MENTAL, LOS JÓVENES Y EL MUNDO DEL MAÑANA

Francesc Vilà

## *El mundo de ayer*

El mundo de ayer de la salud mental infanto-juvenil surgió del trenzado de un diálogo clínico fructífero. La clínica del caso anudó de manera ingeniosa el rigor del corpus de la nosología psiquiátrica kraepeliniana con los descubrimientos sobre el niño freudiano. Y así ensambló dos clínicas heterogéneas, la de la mirada psiquiátrica (1) y la del descifrado del inconsciente freudiano.

El modelo botánico de Carlos Linneo, el modelo de *géneros, especies y subespecies*, fue el patrón de estudio natural escogido por los profesionales del mundo de ayer para clasificar las enfermedades mentales. Algo que cambiará con la irrupción de la Ciencia y la globalización tecnológica en el mundo de la salud.

Henry Ey es el referente epistémico del mundo de ayer. Su *organodinamismo*<sup>1</sup> hace síntesis de una concepción de la causa mental natural supuesta en el organismo y un funcionamiento humano según mecanismos freudianos. Su expresión pragmática, la política asistencial, se sostiene por un discurso dominante de *melting pot* llamado bio-psico-social. Una práctica que se abrocha éticamente en la tradición antropológica y filosófica del mundo occidental<sup>2</sup>. Este discurso es preeminente hasta la década de los años setenta del siglo pasado.

La Salud Mental infanto-juvenil inicia sus pasos con John Bowlby. La OMS le encarga en 1950 responder a una de las grandes tragedias de la Segunda Guerra Mundial: los niños huérfanos y las familias rotas. Con la teoría del vínculo promueve una *task force* que se expande por la Europa del bienestar social con el programa *Cuidado maternal y salud mental*.

Queda atrás la Higiene Mental de principios de siglo. Ocupada en la colaboración de la autoridad médica con el orden público para velar por la higiene y la salubridad mental frente la anomía del proletariado y los excesos de los padres.

---

<sup>1</sup> Jacques Lacan dialoga con Henry Ey en *Acerca de la causalidad psíquica*. Texto de 1946 presentado en las Jornadas Psiquiátricas de Bonneval en Francia.

<sup>2</sup> Capítulo introductorio que no podía faltar en los manuales de psiquiatría del mundo de ayer. Estaba conectado con un capítulo posterior, el de la semiología del *pathos* mental.

Con Bowlby la salud mental pasa del patriarcado. Deja de vigilar y castigar epidemias de parricidios, brutalidades y celotipias alcohólicas para combatir elevadas tasas de mortalidad y discapacidad infantil por negligencia o maltrato... Se ocupa en acompañar y orientar el vínculo de los *infans* con los adultos de proximidad. Su *alter ego*, Donald Winnicott, a su manera aporta luz sobre los niños con conductas perturbadas y los adolescentes delincuentes.

En un segundo tiempo, durante la década de los sesenta, esta naciente Salud Mental se apoya en el post freudismo para clasificar y ordenar la psicopatología y comprender la dinámica de los casos.

Se listan *los grandes síndromes de las enfermedades mentales de la primera infancia* (los autismos, las esquizofrenias infantiles, las prepsicosis, las patologías límite), las fijaciones libidinales, las inhibiciones cognitivas y las neurosis freudianas en los púberes y adolescentes.

En el centro de la operación está una plataforma giratoria, el gran cajón de sastre de las disharmonias evolutivas. Esta plataforma estabiliza el sistema al introducir la dimensión tiempo evolutivo entre la gravedad de la sintomatología de la primera infancia y pronósticos posteriores del caso.

Los cuadros clínicos se distribuye en tres tiempos evolutivos del psiquismo: los síndromes preedípicos, los edípicos y las metamorfosis de la pubertad. La naciente paidopsiquiatría autoriza su saber en el descubrimiento del niño freudiano que hay en el adulto. Y su hacer se acomoda a la deontología médica.

Un joven profesional de la época podía hacer una formación generalista con el *Manual de Psiquiatría infantil* de Julián de Ajuriaguerra y el *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente* de Serge Lebovici, René Diatkine y Michel Soulé. El eje Ginebra-París, la francofonía psicodinámica, era el centro de la incipiente paidopsiquiatría.

Y la especialización remitía a los bordes de este eje. El mundo anglosajón, con discípulos de Melanie Klein y Anna Freud, genera avances. Françoise Tustin, y Margaret Mahler se ocupan de diferenciar los autismos y las psicosis simbióticas.

En Francia, en torno a la orientación lacaniana, trabajan Françoise Dolto, Maud y Octave Mannoni, Jean Oury, Francesc Tosquelles... Construyen las políticas de sector con dispensarios en los barrios, fuera de los hospitales. Y una incipiente pluralidad de instituciones intermedias entre el viejo asilo y la educación normalizada.

En los años setenta, alrededor de Jacques Lacan, el Departamento de Psicoanálisis de París VIII, Vincennes-Sant Denis elucubra sobre el niño analizante de pleno derecho. Autores de renombre son Rosine y Robert Lefort, Eric Laurent, Antonio di Ciaccia... Renueva la práctica con niños y promueve instituciones analíticas de vida para acoger y curar<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Hablamos de Antenne 110 y otros dispositivos parecidos instituidos a partir de la llamada *práctica a varios* basada en el psicoanálisis de orientación lacaniana.

El mundo de hoy tiene fecha de inicio.

Michel Foucault la pone en 1975. Durante una conferencia en Brasil advierte de la irrupción de una nueva época en el mundo de la salud. Un nuevo discurso, el discurso de la biopolítica (2), la hace posible. Esta nueva manera de entender la salud trastocará los paradigmas que rigieron el mundo de ayer. Un mundo donde la ciencia y los gadgets de la tecnología tenían incidencia restringida.

En el mundo de hoy la ciencia y la tecnología están presentes e inciden de manera global en una civilización en construcción. La Ciencia es la gran protagonista del nuevo discurso sobre lo humano y sus cosas. Foucault advierte del hecho y enfatiza, esta nueva concepción de la salud tendrá sus derivadas en el mundo de la salud mental.

*La biopolítica*, aplicada a la salud mental, piensa y hace de manera diferente a la salud mental surgida en las postrimerías de la segunda guerra mundial. Su objeto nuevo es nombrar, calcular y hacer con organismos trastornados. Actúa en dos tiempos. En el primero nombra, trata y cura alteraciones y trastornos. En un segundo tiempo controla los restos de la operación también de manera científica. Supone un cambio de paradigma epistémico. Decae el discurso llamado bio-psico-social, y da paso a un nuevo discurso dominante, el de *la ciencia aplicada a la salud*. Las creencias en la razón humana son desplazadas por las creencias científicas.

Hoy día la praxis de la salud mental está de mudanza. En nombre de la ciencia aplicada a la salud el estado gestor actúa en dos tiempos: calcula los recursos destinados a la asistencia y controla las poblaciones segregadas.

Foucault diría que en lugar del vigilar y castigar del tiempo de la Higiene Mental o el *comprender y acompañar* de la primera época de la Salud Mental ahora la biopolítica *cura* y controla.

¿Cómo lo hace? Reordena la formación de los profesionales y los programas asistenciales. El discurso se pertrecha de nuevos conceptos. Promueve prácticas *basadas* en la evidencia científica y valoradas según sus resultados. El resultado se relata a partir de *la eficacia y la eficiencia* en el tratamiento de supuestas o reconocidas alteraciones del neurodesarrollo. El concepto de cura clásico queda en entredicho o en suspenso. Por lo menos es trastocado. En su lugar se proliferan las guías y las buenas prácticas.

El hacer del profesional con *su presencia y su saber* en la tradición deontológica médica es desplazado por los cálculos probabilísticos sobre los datos. La clínica se disuelve.

En el mundo de hoy también el ser humano ha mutado. Los malestares en la cultura de antaño se canjean por los sufrimientos conectados a la civilización tecnológica. Son gestionados según la evaluación científica de

un nuevo ser, *el homo economicus* del neoliberalismo. Los parámetros que conforman esta gestión son el costo y el rendimiento<sup>4</sup>.

Y el sufrimiento radica, por fin, en un órgano medicalizable, visible, imaginable y conectado, en el cerebro. El discurso de la ciencia, en la dimensión del neurodesarrollo del órgano cerebral, bate en retirada al mundo de ayer apoyado en el discurso freudiano sobre el inconsciente y el malestar en la cultura. La época reconoce un sufrimiento neurocientífico en la civilización de la tecnocracia y confía en tratarlo con los avances de la ciencia.

#### LA VÍA DEL EJEMPLO

Hay dos antecedentes que contrastan cómo se va gestando el nuevo panorama. Se presentan como anverso y reverso.

Uno lo protagoniza Sam Clements en la reunión internacional de Oxford de 1962. Es un neuropediatra de Las Rocosas que propone substituir el concepto de lesión por disfunción. Y en la década prodigiosa de los setenta, con la colaboración inestimable del metilfenidato, la disfunción cerebral mínima anglosajona eclosiona como el antecedente del universo tdaah por advenir. Convierte en obsoleto el gran cajón de sastre bio-psico-social de las disharmonías evolutivas francófonas (3). La inestabilidad motriz de esta clínica da paso al síndrome hiperkinético angloamericano (4).

El otro antecedente se fecha en 1964. Es su reverso. Jacques Lacan, en el *Seminario de los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, formaliza el objeto *a* cuando estudia las vicisitudes libidinales y los circuitos de la pulsión generados por los orificios y zonas erógenas del cuerpo. El objeto *a* es el producto no simbólico de la cadena significativa que estructura al sujeto del inconsciente. En la episteme lacaniana representa y calcula el concepto límite entre orgánico y psíquico de la pulsión freudiana. Expresa el bricolaje de las satisfacciones corporales y los sentimientos psíquicos como constante de placer o displacer en el relato del caso. Y da paso a una nueva clínica sobre las psicosis precoces, la debilidad mental, los fenómenos psicósomáticos y los finales de análisis de los candidatos a psicoanalista. Es otra manera de entender el síndrome hiperkinético y a los niños desatentos. La máquina significativa del sujeto se estructura encadenada a un producto no significativa, un producto energético calculable.

Clements y Lacan están de acuerdo en que lo humano, en el tiempo de la ciencia, debe ser pensado como una máquina. La discordia tiene su nudo gordiano en qué tipo de máquina.

---

<sup>4</sup> Enric Berenguer es el editor de una magnífica conversación entre Cristian Laval, Pierre Dardot y él publicada por Gedisa en 2018. *El ser neoliberal*.

Para Clements, la neurociencia trata el error que produce la alteración cerebral. Los marcadores genéticos probables, los datos de los estudios de neuroimagen, las alteraciones de las funciones cognitivas y de los circuitos neurológicos valoran al paciente en el triple registro de la cognición, las emociones y los comportamientos.

Para Lacan el humano es una máquina fallida. Una afirmación en la tradición psicoanalítica. Freud concibió la psique como una máquina de soñar regida por una entropía análoga a la que estudiaba la termodinámica de los estados de equilibrio de la máquina de vapor. Para Lacan, en la época de la Ciencia, la máquina de soñar encuentra un nuevo sostén epistémico con la máquina cibernética y su resto<sup>5</sup>. El resto es la verdad de la satisfacción de la máquina, el objeto *a*. La pregunta clínica ante el caso se deletrea entre el estilo de gozar la vida y los compromisos sintomáticos del sujeto. La clásica tensión entre el Eros y el Thanatos freudianos encuentra una reformulación en el concepto de goce de la vida en Lacan. El goce es un Jano que articula el placer y el displacer humanos.

*La ciencia y la verdad*<sup>6</sup> es el texto de Lacan que da forma a las dimensiones de la discordia bajo el dominio del discurso de la ciencia sobre la máquina humana.

El *brouillage*, el discurso gris en esta discordia, desintoniza la controversia. Hace ruido entre la esperanza de que los avances de la ciencia aminoren el dolor mental humano y las consecuencias de la psico-medicalización de la vida. Subrayemos el punto crucial, la discordia se presenta en términos éticos. Tanto para la investigación como para la práctica de la salud mental hoy.

¿La salud mental infanto-juvenil de hoy día tiene como mandato democrático de la sociedad controlar organismos errados o acompañar cuerpos en evolución perturbados? ¿La psiquiatría del futuro se refundirá con la neurología o seguirá debatiendo sobre la vida humana y sus condiciones?

#### LOS RELATOS DE LOS TRASTORNOS INFANTO-JUVENILES DE HOY EN DÍA

El organismo del neuro desarrollo de niños y adolescentes, pensado como inhibido por exceso o defecto, inaugura nuevos relatos. Estos relatos eclosionan y ponen fecha de caducidad al orden clásico paidopsiquiátrico de Ajuriaguerra.

---

<sup>5</sup> Véase el escrito de Jacques Lacan *El seminario sobre 'La carta Robada'*. Pronunciado en abril de 1955.

<sup>6</sup> Jacques Lacan desarrolla estos argumentos en su escrito *La ciencia y la verdad* de 1965.

La época de la biopolítica contabiliza en la primera infancia disfunciones psicomotrices del espectro autista o trastornos de la atención, la actividad y el aprendizaje. En la segunda infancia enumera *bullying*, conductas perturbadas, abandono escolar y trastorno negativista. Y en la adolescencia vigila los trastornos del humor, las conductas de riesgo, las escoriaciones de la piel, la violencia auto y hetero, las autolisis, los embarazos adolescentes, los consumos, la segregación, la errancia... Son expresiones variadas en una civilización que confía en una explicación científica sobre las alteraciones del neurodesarrollo.

El punto de fuga donde todo converge en origen es el constructo del *tdah*. La disfunción cerebral mínima de Clements es el punto de Arquímedes de la nueva cartografía de la paidopsiquiatría. Lo que algunos considerarán la madre de todas las patologías. ¿Es disfunción por error cerebral o síntoma por efecto de la pulsión en el cuerpo? ¿Es inestabilidad motriz o cuerpo perturbado?

Paso a paso los nuevos *namings*, las nuevas nominaciones de conducta, toman relevancia en los trastornos considerados por los DSM y CIE. Son listados estadísticos que barren las nosografías clásicas. Los tres agujeros psíquicos freudianos, el sexo, la muerte y la creación, se han esfumado como operadores del malestar mental de los jóvenes. El cuerpo máquina bio o vital, según de qué lado ético se esté, va diluyendo el pasado.

La caduca psicopatología del mundo de ayer deja paso a la estadística de trastornos en el mundo de la ciencia. ¿Cómo reintroducir el fallo humano en este *naming*? ¿Cómo ayudar a decir al joven el nombre de la cosa, de su manera sintomática de vivir?

Y una sutileza nos orienta. La pubertad es velada en el discurso contemporáneo. Se desdibuja incluso en la pediatría. Sorprende ese rechazo. *La metamorfosis de la pubertad* en Freud dice de la sensación de extrañeza del niño o la niña ante un cuerpo que se sexualiza y de la sensación de *unheimlich*, de no familiar, ante la diversidad de lenguas que hablan de lo humano y de las cosas del mundo. La pubertad es el talón de Aquiles de cualquier teoría del desarrollo psíquico, ya sea neurocientífica o dinámica.

La discordia en la actual salud mental está entre lo nuevo de los trastornos bio y la elisión de los acontecimientos del cuerpo y de la vida en su desnudez y fulgor. Los primeros retornan a una psicología de la cognición y de los errores perceptivos de Condillac. Lo segundo hace acento en el inconsciente lacaniano que habla de los tropiezos, los gustos y disgustos de la vida mental del sujeto contemporáneo. A un lado están los errores del funcionamiento cerebral, al otro los síntomas del desajuste vital entre el real pulsional del cuerpo y las debilidades de la mente humana.

La disputa enfrenta un organismo biológico con errores funcionales a reeducar y un cuerpo que goza y habla de los avatares de la vida.

El *ghostwriting* del discurso dominante, el escrito fantaseado del cientificismo, sortea el interrogatorio sobre la función del síntoma, la

inhibición o la angustia del caso. Y es poco proclive a la ética de las consecuencias, a valorar los resultados de las atenciones y tratamientos.

#### EL MUNDO DEL MAÑANA

El mundo del mañana empieza con el guirigay del DSM-5 en las pos-trimerías del siglo XX.

Y a la entrada del siglo XXI se suman la creciente insatisfacción ciudadana ante la atención del malestar emocional posmoderno y el interrogante social ante el destino incierto del paciente crónico complejo. Todo ello alarma a las políticas sanitarias occidentales.

El paciente crónico complejo nombra lo incurable, lo irreductible en los planes científicos de la salud mental. Aparece cada vez más en edades tempranas, en forma de epidemias difíciles de gestionar. Ni el hospital ni los centros de salud encuentran la buena respuesta.

Pacientes, familiares y agentes socioeducativos no entienden cómo la salud ha hecho avances extraordinarios a lo largo de más de medio siglo y una especialidad como la psiquiatría sigue inmersa en un *impasse* notorio. Se preguntan qué es lo que se escapa de los nuevos planteamientos.

La entrada en el siglo XXI pone en apuros el proyecto biopolítico del mundo de hoy. Aparecen voces discordantes en el universo DSM. El fundador del proyecto, Robert Spitzer, Nancy Coover Andreasen de la task force del DSM-III o Allen Frances, animador del DSM-IV, muestran abiertamente su incomodidad.

#### LA TRANSLACIÓN DIAGNÓSTICA Y EL FUTURO

Thomas Insel, el antiguo director del NIMH –el National Institute of Mental Health–, habla con rotundidad. En su intervención del 29 de abril de 2013, dice que no hay ciencia en el DSM. ¿Y si lo mental no encuentra su encaje en el mundo de la ciencia? ¿Y si lo mental no es equivalente a lo cerebral?

Esta intervención adquiere muchas resonancias. Insel habla quince días antes de la presentación del DSM-5. Manda al garete las sutilezas y exclusiones de las categorías diagnósticas y las discusiones de grupos de expertos de más de una década.

En 1997 la *Food and Drug Administration* americana autoriza la publicidad directa de los psicofármacos y alimenta la burbuja del consumo de productos *psi*. Burbuja que estallará por tiempos con el crecimiento exponencial del consumo de anestésicos y sedativos tipo ketamina o la más reciente brexanolona. A ello hay que sumar las cuestiones de orden público por el aumento alarmante de la venta de opiáceos y las muertes por sobredosis.

En el 2010 *las majors* de la industria farmacéutica abandonan la investigación fundamental sobre sustancias y neurotransmisores. El conglomerado de la industria farmacéutica, la universidad y el *marketing* se ponen en la tarea de tinear la presentación de moléculas que llevan tiempo en el mercado. O en justificar la nueva tendencia de obnubilar o atemperar el malestar con packs de moléculas y anestésicos.

La comisión de psiquiatría de la revista *The Lancet* aborda el futuro de la psiquiatría en su artículo de 2017. Hace listado de desafíos y oportunidades para la próxima década. Y desgrena la cuestión en varios puntos. El primero es la conectividad entre paciente, profesional y avances en el conocimiento. Considera que la renovación pasa por la puesta en servicio de *apps* que faciliten la conectividad *full time*. La psiquiatría digital mejorará las habilidades comunicativas de los expertos y frenará la comercialización de prácticas no evaluadas. La tecnología digital facilitará estar presente en poblaciones amplias y remotas. El segundo punto hace énfasis sobre los conocimientos de las ciencias sociales así como de las ciencias biológicas básicas para defender mejor los derechos de las personas. El tercero propone que todos los gobiernos incluyan el impacto en salud mental de la obra legislativa en temas como vivienda, recursos y empleo. Y el último recomienda al psiquiatra contemporáneo que se capacite en un programa de gestión donde el conocimiento de los hechos sea menos importante que el nuevo conocimiento al que se accede.

Y una paradoja más. En bastantes de estas iniciativas se produce una vuelta de la psiquiatría al campo de la medicina general cuando el interrogante sobre el tratamiento farmacológico se orienta por el dolor de vivir. El profesional, reconvertido en expendedor de sustancias diversas, receta para interferir, aminorar o modificar el dolor. ¡Qué cerca está del camello y sus drogas ilegales! Y cómo se aleja de un pasado feliz donde la operación neta era prescribir neurolépticos, antipsicóticos, ansiolíticos o antidepresivos para curar aquello que se definía por la eficacia esperada del fármaco. No había rubor cuando se afirmaba con solvencia: «eso que se llama depresión es lo que cura un antidepresivo». Y etcétera...

El brouillage socioeducativo del mundo tdah (6,7) en Estados Unidos deriva hacia un mapa sociopolítico simple: a los hijos de los pobres se les suele recetar fármacos y a los hijos de los ricos más bien otra educación. Por el camino quedan innumerables episodios de violencia, suicidios y errancia juvenil (8). Y la deriva hacia el trastorno desafiante y la bipolaridad en la adolescencia. O la errancia en el adulto joven. O el futuro del espectro autista en la edad adulta. O la ocupabilidad y la precariedad social del frágil mental. O la esperanza de vida del enfermo crónico mental...

«Durante los últimos quince años, cuatro grandes epidemias de trastornos han estallado de repente, el número de niños bipolares ha aumentado extrañamente en un 40 %, el de autistas en un 30 %, los hiperactivos con

trastornos de la atención se han triplicado, mientras que los adultos candidatos a un diagnóstico de bipolaridad se ha duplicado»<sup>7</sup>.

Todo esto se redondea con el demoledor volumen de Robert Whitaker, *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Estudio inteligente que llega a una conclusión sorprendente: al aumento del gasto en salud mental corresponde un mayor número de reconocimientos sanitarios de comorbilidad y administrativos de discapacidad y cronicidad.

La ruptura consumada entre la investigación fundamental y el sistema clasificatorio de las enfermedades mentales (los DSM o CIE) muestra el fracaso de la utopía de una lengua global que unifique la psiquiatría. Colabora el ruido ensordecedor de pacientes y familiares insatisfechos con los resultados asistenciales. O la confusión en los planes de la gestión sanitaria. La política se hace la siguiente pregunta: ¿dónde invertir y para qué?

Whitaker nos sorprende de nuevo con sus interpretaciones contables. En Estados Unidos se cierran camas de hospital psiquiátrico y aumenta la población frágil mental en las cárceles privatizadas y los *homeless*. El callejón sin salida parece merodear en el horizonte cercano.

#### LA DIALÉCTICA DEL FUTURO. DILEMAS ANTE LA NUEVA ERA

¿Cómo seguir? ¿Por qué dialéctica apostar?

Las derivas post DSM mientras no hay una ciencia de lo mental se desparraman por sendas investigadoras variadas. Enumeramos algunas sin que ello suponga una suma sistémica.

Insel, desde el NIMH, lanza el año 2010 el *Research Domain Criteria* (RDoC). Retoma las investigaciones fundamentales de otra manera. Reúne en una acción cooperativa estudios de neuroimagen, marcadores genéticos, alteraciones de las funciones cognitivas y de los circuitos neurológicos. En el 2013 el RDoC se suma al *Brain Initiative* de la administración Obama. Pretende el estudio del funcionamiento y la modelización del cerebro. La apuesta es favorecer tratamientos que no apunten tan solo a reducir síntomas, que construyan dianas biológicas objetivables.

*Google Health* lanza su proyecto de medicina de precisión en el 2014. Y posteriormente, asociado al grupo sanitario Ascension, el *Project Nightingale*, el Proyecto Ruiseñor, para avanzar en el tratamiento Big Data de la información sobre las constantes globales del organismo. Y Silicon Valley es el instrumento idóneo.

---

<sup>7</sup> Rose, Nikolas, *Our psychiatric future*. Texto citado por Eric Laurent en *La traslación diagnóstica y el sujeto*. Artículo citado.

Se trata de recopilar datos algorítmicos que permitan predecir el comportamiento por el cálculo. El Proyecto Ruiseñor inaugura una nueva era para combatir la muerte y los infortunios del sexo, dos agujeros en la vida del psiquismo freudiano. Pero sortea los laberintos traumáticos de la creación del pensamiento ante los imprevistos de la realidad, el tercer agujero freudiano. El pasado centrado en los porqués epistémicos deja paso a la era del qué. Los proyectos big data se permiten prescindir de la causalidad. La naturaleza ya no se esconde, el tratamiento de los datos la entrega al algoritmo que da en okey al acceso al funcionamiento.

El proyecto de Clements al fin parece triunfar, el asunto está en las cifras.

Pero, ojo, también el del objeto *a* de Lacan lo hace. El sufrimiento de la civilización avanza. El quid de la práctica está en la satisfacción querida o cedida en el funcionamiento humano. ¿Esto se calcula con cifras o con historias? Los usos *off-label* de las clasificaciones encuentran su equilibrio en la feliz auto nominación del perturbado. Me pasa tal *naming* porque soy...

Mientras la ilusión de la Ciencia no nos ofrece la razón calculada de lo mental, la acción sobre el síntoma gozado del paciente supone un saber y un hacer. Si no se reconsidera el obstáculo actual se corre el riesgo de pasar de la discordia de los discursos de dominio y de los especialistas a la dispersión entre la investigación digital, la clínica real y la asistencia. ¿Se trata de elegir entre bases de datos o bases pulsionales?

El nuevo dilema separa anverso y reverso de manera novedosa. *La investigación* en salud mental tiende a transformar los diagnósticos del campo de la vieja psiquiatría y los reintroduce en la probabilística genética. Por otro lado *la gestión* se enfrenta a una demanda insistente y democrática de los ciudadanos ante la falta de estructuras y emplazamientos socioeducativos y sociosanitarios adaptados. La falta de dispositivos inclusivos para facilitar una vida digna con estudio, trabajo y vivienda, la improbable emancipación del ciudadano frágil, pone en pie de alerta a protagonistas, coprotagonistas y agentes sociosanitarios. ¿Por qué un joven debe confiar en una salud mental que antes de nada lo diagnostica y lo gestiona?

Según la OMS la salud mental comunitaria se ocupa del setenta y cinco por ciento de los factores que inciden positivamente en la calidad de vida de las personas con trastornos mentales: la vida digna, la educación, la formación para el trabajo y la emancipación en un ecosistema cívico. La OMS recuerda que solo un veinticinco por ciento de la operación depende de las acciones curativas del sistema sanitario.

Vuelve el sueño de la psiquiatra y psicoanalista del mundo de ayer Maud Mannoni. Imaginaba lugares para vivir los niños y adolescentes psicóticos o los grandes trastornados conductuales. Ahora el sueño es reconvertido en un mensaje subversivo dirigido a la población en general que vive su fragilidad mental, personal o social.

Toni Comín, hijo del político antifranquista aragonés Alfonso Carlos Comín y nieto del diputado y dirigente del carlismo Jesús Comín Sagüés, fue Consejero de Salud de la Generalitat de Catalunya de enero de 2016 a octubre de 2017.

Comín era conocido en los medios como el filósofo. No solo por su procedencia del mundo de la sociología, también por la manera de hacer suyo el dilema actual de la salud mental entre investigación y gestión. Introdujo en la dialéctica, a la manera lacaniana, a los protagonistas y co-protagonistas de las *storytelling* del mal vivir mental y comprometió a las administraciones y a los agentes de departamentos heterogéneos en un programa interdepartamental para anudar educación, salud, acción social, justicia y vida laboral.

Comín, en tan solo 18 meses, puso en la brújula del futuro de la salud mental los cuatro puntos cardinales de la nueva Salud Mental Comunitaria: la prevención socioeducativa, la promoción de la salud, la investigación a partir de la construcción del caso clínico y la evaluación comunitaria de las acciones. Una nueva salud socioeducativa que antes de ocuparse de curar tiene cura de los ciudadanos y sus familias.

En un posterior artículo, cooperativa con otros especialistas, se expondrán tesis y antítesis de otras maneras de hacer salud mental. Otras maneras basadas en la evidencia de la enseñanza del caso.

## A LA BÚSQUEDA DEL DORADO

¿Qué enseñan los casos hoy en día? ¿Dónde encontrar la fuente del malestar infanto-juvenil del futuro? Eric Laurent en su texto *El niño y su familia*<sup>8</sup> considera que el niño de la época de la ciencia se enfrenta a tres fuentes de malestar ante las cuales le corresponde encontrar su buena manera de nombrarse. La inhibición, el síntoma o la angustia suelen ocupar el lugar de la nominación cuando el niño no encuentra su buena respuesta.

Hay tres fuentes principales del malestar posmoderno de la infancia. Son generadas en el encuentro entre la familia residual de la época, o lo que los sociólogos llaman las múltiples expresiones de *some what family*, los gadgets de la tecnociencia y la ciencia aplicada a la medicina.

Estos malestares los encontramos, en primer lugar, en los nuevos laberintos de la procreación. La pregunta de dónde vienen los niños en el mundo del futuro es algo más compleja que en los cuentos de Andersen. Métodos que van más allá de lo llamado natural o de la adopción. Métodos

---

<sup>8</sup> Editado en la colección Diva. Buenos Aires, 2018.

de fertilización, procreación asistida, vientres de alquiler... ¿Dónde encontrar el deseo que empuja a vivir?

La segunda fuente de malestar son las vicisitudes de la filiación. Cómo el niño o la niña adoptan a los padres, a los adultos. Lo que la sociología llama *las nuevas formas de parentalidad*. ¡Qué lejos queda la fórmula canónica freudiana, decimonónica, del complejo de Edipo! El iPad es la nueva prótesis-pantalla que proyecta las imaginaciones, las fantasías y los fantasmas de la novela familiar posmoderna. ¡Qué lejos queda la escena freudiana de los padres copulando! La mentalidad posmoderna es mirada *non stop* por la muerte y el sexo desde temprana edad.

Y la tercera y más sobresaliente. La inesperada. La eclosión de los nuevos interrogantes de género en la época de la sexualidad trans, la época del sexo fluido. ¿Cómo harán los infans de la posmodernidad para identificarse sexualmente?, ¿qué soy?, ¿quién soy?, ¿de qué manera la salud mental los acompañará?

O de manera más genérica. Pensemos los malestares contemporáneos infantiles en términos de la filosofía positivista inglesa. Reduzcamos las tres fuentes a la pregunta *¿qué hacer de la evidence?* En esta tradición la *evidence*, la cosa evidente, es el nombre de lo que no funciona, de lo que no tiene una buena explicación. Y la praxis trata de reconvertirlo en el punto de partida de la acción. El caso, lo que no va en la salud mental, explicita el nudo gordiano del nuevo mundo sociosanitario ocupado en la prevención socioeducativa en el mundo escolar y la promoción de la salud en la comunidad para púberes, adolescentes, jóvenes y sus familias.

Otro recorrido por el futuro de la salud mental es posible a partir de *storytellings trenzadas* entre heterogéneos. Hay discursos posibles posteriores al caduco discurso bio-psico-social. Tesis fuertes que dialoguen con los naming de la big data.

El futuro está por saber y hacer a partir de mundos epistémicos diversos abrochados a lo que no se puede elidir: el goce pulsional de lo mental en la vida del ciudadano. Hay lugar para las dialécticas múltiples entre ciencia y las disciplinas conjeturales sobre el nuevo humanismo en la época tecnológica.

Los diálogos abiertos de Jaakko Seikula, las aplicaciones asistenciales de la teoría de la mentalización de Peter Fonagy, la práctica a varios de Antonio Di Ciaccia, los lugares alfa de Jacques Alain Miller o los nuevos discursos sobre la asistencia y el derecho de los ciudadanos a su locura... tienen frente a ellos páginas en blanco para escribir sobre la frustración y la esperanza de muchos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Michel Foucault, El nacimiento de la clínica. Buenos Aires: Siglo XXI; 2012.
- (2) Eric Laurent, El reverso de la biopolítica. Ediciones Grama; 2016
- (3) Francese Vilà, Algunos seres nombrados. Los actores de *bullying*. Revista El Psicoanálisis 30/31, octubre de 2017.
- (4) Marino Pérez, Volviendo a la normalidad. La invención del tdah y del trastorno bipolar infantil. Alianza Ed; 2014.
- (5) Eric Laurent, La translación diagnóstica y el sujeto. Revista Freudiana número 87, 2019.
- (6) José Ramón Ubieto, Tdah, hablar con el cuerpo. Editorial UOC
- (7) José Ramón Ubieto y Marino Pérez, Niñ@s hiper. Infancias hiperactivas, hipersexualizadas, hiperconectadas. Editorial NED
- (8) Peter Gotzsche, Medicamentos que matan y crimen organizado. Como las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud.



# TRABAJANDO JUNTOS



# SABERES NÓMADAS, SALUD MENTAL Y ADOLESCENCIAS: LOS CUIDADOS EN LA COMUNIDAD

*José Leal Rubio*

«Así pues, difundir las ideas, forma parte de una voluntad de reducir el número de personas que necesiten psicoterapia y de aportar una contribución personal a la sociedad».

D. WINNICOTT

*(Les enfants et la guerre, Payot, París, 2004)*

«Reinventarse significa encontrar con el otro las palabras que sirvan para hablar».

M. MANNONI

*(La teoría como ficción, Crítica, Barcelona, 1980)*

El alejamiento de los servicios y profesionales de la salud mental del vínculo con la comunidad que es el fundamento de la salud mental comunitaria puede generar modos de atención lejanos a las necesidades de ésta y de los sujetos. Esa tendencia sostenida durante décadas puede ser revertida en la actualidad mediante la incorporación de las estructuras asistenciales a las dinámicas comunitarias establecidas en los diversos territorios; de ello solo puede obtenerse beneficios para los usuarios pero también para los propios profesionales de la salud mental por lo que implica la ampliación de sus perspectivas sobre los procesos de salud y enfermedad producto de los intercambios con otros agentes que intervienen con los sujetos y organizaciones en el espacio comunitario. Ese proceso de aprendizaje de coexistir con otros y generar un espacio horizontal centrado en las necesidades de los sujetos –y no de los servicios– abre una magnífica vía de posibilidades creativas para cuantos intervienen en ello y de acercamiento a la generación de nuevos modos de hacer tan necesarios en tiempos cambiantes. La insuficiente articulación de los diversos recursos existentes en la comunidad o el rígido reparto de supuestas competencias, salvo excepciones, obedecen a concepciones arcaicas respecto a la salud mental demasiado marcadas por una concepción biomédica, psicopatológica y de un saber sacralizado (1, 2). Desde esa perspectiva se corre el riesgo de sentir como trastorno y convertir en asistencial –y por tanto sanitario– todo aquello que tenga que ver con dificultades de orden emocional y, en consecuencia ser derivado a los servicios clínicos dando por supuesto

que el ámbito sanitario es el lugar incuestionable para los intentos de ayuda y solución.

La saturación de los servicios de atención a la salud mental de los niños y adolescentes lleva a pensar que es necesario aumentar los recursos asistenciales especializados; siendo ello así lo que urge además plantearse es una profunda remodelación y replanteamiento de los mismos y su participación en los diversos espacios y con los demás servicios que intervienen en el desarrollo de las adolescencias. El estímulo a su crecimiento y la solución de las dificultades por los que éstos o los padres atraviesan debe contar con soportes compartidos. Una concepción inter y transdisciplinar de la salud mental debe llevar a la corresponsabilización en ello de un gran número de agentes, servicios e instituciones de la comunidad (3).

Muchas de las derivaciones hechas a los servicios asistenciales son innecesarias, inoportunas e ineficaces a pesar de los esfuerzos de los profesionales para hacerse cargo de lo que se les pide. Ocurre, además, que muchos adolescentes perciben tales servicios como lejanos a sus cuestiones y muestran su descontento con los modos de afrontarlas, según se desprende de diversos estudios (4).

La dificultad, en la adolescencia, para establecer patrones precisos que definan lo que es normal o no en su desarrollo, propio de la complejidad del momento evolutivo (5), hace imprescindible que todos aquellos que participan en la vida de éstos tengan predisposición al encuentro y a la complementariedad de sus esfuerzos; éstos deben estar basados en el reconocimiento de la importancia de cada uno, debe ser articulado coherentemente y sostenido en basamentos éticos compartidos.

Es un hecho evidente la existencia de diversos factores sobredeterminantes sobre la salud y los comportamientos (6); ese convencimiento ha ido dando paso a una diversidad de intervenciones sobre el desarrollo que abarca a más profesionales que los pertenecientes a los sistemas psi y sanitario. Ello ha dado paso a la idea de que la función asistencial que se pretendía primordial centrada en los encuadres y modos de la clínica —de una determinada clínica— no es ni tan exclusiva ni tan primordial porque hay muchas intervenciones en el espacio comunitario que tienen efecto sobre el desarrollo de la salud y el crecimiento de los adolescentes y, muy singularmente en aquellos con más carencias y necesidades de apoyo (7). Es decir que hacer Salud Mental en la infancia y adolescencia es moverse en aquellos contextos en las que se desarrolla su vida y aportar nuestros conocimientos para hacerlos trabajar juntos con los de otros. Ello implica una horizontalización de las prácticas y el abandono de la verticalidad y estatus que corresponden a esquemas desfasados en la articulación de los servicios.

Porque de lo que se trata es no solo de «trasladar nuestros modelos de comprensión y nuestras diversas intervenciones terapéuticas desde el

ámbito clínico a los diferentes entornos donde día a día viven estos niños y adolescentes», como se señala acertadamente en el programa del XXIX Congreso de SEPYPNA (8) sino de estar receptivos también a los efectos de múltiples experiencias de otros profesionales y servicios que en contextos no clínicos están llevando a cabo prácticas innovadoras y altamente valiosas para los sujetos y colectivos con los que trabajan y construir así unas prácticas de horizontalidad y transversalidad que se basen en el cuidado de la vida cotidiana y de esos lugares donde transcurre la vida de niños y adolescentes.

Para quienes comenzamos nuestras prácticas en la atención a niños y adolescentes hace ya años, el reto de hacer psiquiatría y psicología clínica –no existía aún el paradigma «salud mental» (9) de reciente desarrollo transdisciplinar– en contextos sociales extremadamente frágiles, pobres, socialmente rotos, en comunidades de aluvión, con una migración interior masiva y con muy altos déficits de todo tipo, significó la apuesta, en su momento, por una práctica interdisciplinar y comunitaria que tensionaba creativamente los marcos teóricos y metodológicos de nuestra formación, porque ésta no contemplaba las importantes variables contextuales y las condiciones sociales en las que se iba a desarrollar la práctica. Convencerse de la importancia de conocer estas características y de la necesidad de intervenir también sobre la modificación de las mismas abre una perspectiva de la salud mental más humilde, más pegada a la comunidad y a los diversos recursos de ésta, además de que nos abre los ojos ante el hecho de que el malestar o sufrimiento psíquico no es solo producto de las tensiones intrasubjetivas sino que estas están muy vinculadas a los factores intersubjetivos, lo social y las condiciones de vida. Desde esa perspectiva el trabajo de los profesionales de los servicios de salud mental en los espacios comunitarios no es llevar nuestro saber para transformar al otro o su hacer sino para ponerlo junto al suyo y construir ese campo interdisciplinar que es necesario para generar nuevas prácticas y saberes transdisciplinares. El encuentro con el otro y sus saberes nos transforma y transforma nuestras disciplinas.

Las condiciones sociales están presentes en todo el desarrollo humano y la clínica no puede estar ajena a ellas. La clínica no es la solución a tantos problemas humanos que se expresan en los comportamientos y que son atendidos en las consultas porque muchos de ellos, aunque fueren psicopatológicos que no siempre lo son, están policausalmente generados y se requieren de estructuras muy abiertas para su abordaje. Sin embargo la clínica muy frecuentemente se ha propuesto excesivamente completa y poderosa y quizás más desde que se acercó en exceso a los modos de las estructuras sanitarias altamente verticalizadas regidas por modelos biomédicos, centradas en la enfermedad y el padecimiento de un órgano y se alejó de las comunitarias eminentemente horizontales y basadas en el sujeto, el sistema social y los avatares en que transcurre su vida.

Desde esta perspectiva, el apoyo y optimización de los contextos socio-institucionales en los que se desenvuelve la historia diaria de la infancia y la adolescencia, se convierte en un objetivo esencial de cualquier acción que se encamine hacia la consecución de su salud y su bienestar. Para ello es muy importante el cuidado de la cotidianidad (10, 11). Toda práctica y muy claramente la comunitaria, evidencia carencias y abre espacios de los que la teoría, en su formulación actual no puede dar cuenta; hecho que no es de lamentar porque en si conlleva un factor de progreso teórico.

Cabe entender por comunitaria a la práctica que surge tras un posicionamiento conceptual, teórico-técnico, no contrapuesto a lo individual sino englobándolo y diferenciándolo a la vez, con un soporte político en el que reside la legitimación de la misma. Todo ello configura un modo nuevo de contribución de las diversas disciplinas al desarrollo de la comunidad en sus diferentes aspectos, entre ellos la salud mental. El trabajo comunitario tiene su campo de actuación en el seno de la comunidad e incide sobre las diferentes instituciones y sectores de la población en base a prioridades planificadas, y sobre las situaciones de la vida cotidiana (12). El cuidado de la cotidianidad ha de ser el principal trabajo de todos aquellos que intervienen en el campo de la atención a niños y adolescentes porque es allí donde se produce la vida y se aprende el modo de estar en el mundo (13). Y para ello hay que articular las diferentes formas de atención y cuidados que se han ido produciendo por efecto del desarrollo de nuevos servicios vinculados a las políticas sociales y del bienestar (14). Pienso en servicios de soporte a las familias en situaciones de conflictividad en los vínculos; en profesionales de apoyo a jóvenes que han transgredido y están con medida judicial; en los espacios diversos para el ocio; en la ampliación con nuevos profesionales en los servicios sociales; en lugares de acogida para jóvenes con insuficiente amparo; en el soporte a éstos cuando se acaba la tutela, etc. Todo ello constituye un entramado de vínculos, una urdimbre que bien articulada puede ofrecer a los adolescentes además de los apoyos necesarios ante sus necesidades unas grandes posibilidades de diversificación y riqueza identitaria. Gestionar las relaciones entre todos estos recursos no es fácil. Las relaciones de éstos servicios con los de salud mental, y a la inversa, no está siendo fácil porque muchos de ellos sienten que aquellos no están dando solución a los muchos problemas por los que se les consulta y a las muchas, demasiadas expectativas que se les colocan. Este descontento no puede ser atribuido a un no buen funcionamiento de los equipos, ni siquiera a la evidente insuficiencia de medios resoluble con incremento de los mismos. En realidad los efectos terapéuticos de las intervenciones aisladas, alejadas en el tiempo, en contextos a veces desconectados de la vida de los sujetos y con formas de hacer poco sintónicas con las características culturales y sociales son muy débiles (15) aunque no tengo duda de que la experiencia emocional de buen trato pueda generar algún tipo de efecto.

Quizás estar metidos tan de lleno en el sistema sanitario especializado, que cura padecimiento de órgano, lo que no es el caso del sufrimiento psíquico y la salud mental, lleva a una situación de cierta complejidad. En realidad los equipos asistenciales de salud mental de niños y adolescentes y también de adultos sufren los efectos de una desmesurada expectativa, a veces mágica (16). Muchas veces las derivaciones a los servicios de salud mental en la infancia y adolescencia están cargadas de expectativas incumplibles e implican, a veces, un desistimiento precoz de la ayuda que el profesional que deriva puede ofrecer al derivado, especialmente en el campo de la infancia y adolescencia. Porque se ha ensalzado en exceso la posibilidad del especialista en detrimento del efecto de la intervención basada en el acompañamiento y cuidado de lo cotidiano. El reforzamiento de esa función y el acompañamiento entre sí de los profesionales en una estructura de red permite ir más allá de la coordinación para ir a la construcción de un saber compartido y de prácticas menos fraccionadas, algo que se hace cada vez más necesario en la intervención con adolescentes. Quiero decir que en un trabajo interdepartamental e intersectorial ha de ser muy importante definir un circuito de cuidados lo menos complejo posible y donde los roles de los diversos profesionales sean complementarios.

El exceso, en ocasiones, de adolescentes y también adultos y niños, frecuentando recorridos por las redes asistenciales y el aumento de las demandas de atención psicológica especializada están muy vinculados a la disminución de la capacidad de hacerse cargo aquel que deriva o propone la atención lo cual está muy vinculado a la progresiva disminución de la capacidad contenedora de las instituciones. Esta idea no es nada nueva. Cuando por los primeros ochenta desde los equipos llevamos a cabo el trabajo con profesores en escuelas e institutos disminuyeron las derivaciones al servicio de salud mental porque aumentó la capacidad de entender lo que pasaba y la capacidad de los profesores para intervenir teniendo nuestro soporte cuando era necesario. Esa tarea sigue siendo un objetivo primordial en salud mental en el trabajo con adolescentes.

Es sabido, ya lo indiqué, que no hay riesgo de que los adolescentes colapsen con sus demandas los servicios de salud mental. Asisten, muchas veces, porque se les insiste o se les exige. En cambio tienen una muy alta disposición al encuentro menos formal y más cercano en otros espacios de ayuda. Conozco bien los ricos efectos de estas intervenciones.

Es que, en muchos casos, los efectos que se derivan de una intervención en un servicio especializado tiene similares efectos a la que se realiza en un contexto no especializado. Y ello es así porque lo que cura, alivia o disminuye el padecimiento en tantas situaciones por las que atraviesan los adolescentes, es el trato, el vínculo y la confianza que se ha instaurado entre éste y el profesional. Eso está vinculado al saber pero no siempre es un saber técnico y especializado, es un saber estar, contener, comprender, acoger, hacerse cargo. Para muchos sujetos, para muchas familias esa es

una condición y esa es la única posibilidad de ayuda y puede darse en cualquier relación cuyo efecto es una experiencia emocional que facilita cambios.

La cuestión importante a plantear, entre otras, es que los efectos terapéuticos en salud mental no son exclusiva de las prácticas asistenciales sanitarias especializadas que ejercen su poder tradicionalmente mediante la asignación de diagnósticos y certezas, alejándose así de las posiciones de autores tan creativos como Winnicott (17) para quien el diagnóstico no es «ni mas ni menos que la disposición de referencias en una situación intersubjetiva» (18) y para quien al igual que para Freud, «el paciente resulta ser el verdadero maestro», y la principal fuente de nuestro saber. El efecto terapéutico es siempre una experiencia de aprendizaje y consecuentemente de cambio. Para obtenerlo es necesario dispensar un trato; su sistematización lleva a definir un tratamiento pero éste ha de ser tan abierto y flexible, tan singular y adecuado a cada sujeto que no se puede sistematizar tanto como a veces se pretende con protocolos, guías, etc. En toda relación de cuidado el trato, el buen trato, es imprescindible porque su calidad facilita, coadyuva la disposición al tratamiento cuando es necesario. En las cuestiones relativas a la salud mental y a sus dificultades, el tratamiento es siempre trato; basado en conocimiento, recurriendo a la teoría, sostenido en la formación pero siempre trato.

Un buen trato que ha de ser expresión precisa de respeto y reconocimiento de la dignidad del otro y que se expresa en palabras (19, 20). Al fin y al cabo la palabra, en nuestra concepción de la relación y la relación terapéutica y la escucha sosegada es un muy valioso instrumento.

Los efectos terapéuticos no se producen porque el contexto sea clínico; cualquier contexto deviene terapéutico por efecto de las relaciones que se producen y que tiendo a llamar de buen trato. Toda persona es sensible a una experiencia de buen trato y reconocimiento pero, me atrevo a decir, mucho mas en la etapa adolescente. Si el reconocimiento de la función terapéutica que, durante muchos años era atribuida a la psiquiatría ha sido haciéndose extensiva, no sin grandes resistencias, a otros profesionales no habría inconveniente en que también los efectos terapéuticos fueran reconocidos a intervenciones en otros contextos no sanitarios.

Junto a las necesidades actuales de pensar modificaciones de la acción clínica parece el momento de pensar también las otras prácticas y saberes que están siendo útiles en la atención a la adolescencia y sus vicisitudes y también la obsoleta jerarquización de las intervenciones en base a estatus antiguos. Porque no podemos suponer que la atención a los efectos de la adversidad en la persona tengan como único e imprescindible espacio los servicios sanitarios y la clínica tal como es entendida en la actualidad.

Quisiera formular otra reflexión en relación con el saber y los espacios de cotidianidad. En los diversos campos de intervención profesional y de desarrollo de la vida cotidiana se genera un saber que tiene que ser

reconocido como nuevo. Hemos dado pasos importantes en el reconocimiento del saber de los usuarios acerca de lo que les aqueja y también de las soluciones que desean obtener. Nosotros, profesionales de la salud mental, hemos de expresar claramente que nuestro saber del otro en concreto no puede ser un saber sin él. En eso, es necesario reconocer y transmitir que no hay saber del sujeto sin el sujeto como hemos aprendido en la práctica de basamentos psicoanalíticos. Porque el saber que sirve al otro no es el saber a priori sino aquel que se construye en la relación y para cuya afloración nosotros somos estimulantes, desencadenantes o bloqueantes. Nuestro exceso de un saber supuesto sobre el otro limita el ejercicio de éste para expresar su saber de sí que necesitamos para el proceso de ayuda y para no dañar su autonomía. Igual ocurre cuando en la relación con otros profesionales se desconoce su propio saber o no despierta interés.

El campo de la salud mental es transversal y va más allá de una o dos disciplinas porque es una construcción transdisciplinar. Y porque las diversas disciplinas y profesiones han evolucionado mucho en los últimos años siendo este, en mi criterio, un tiempo posdisciplinar y, lamentablemente, también neogremial.

Posdisciplinar porque las interacciones constantes entre diversos profesionales, si son receptivos en la relación, los transforman, se transforman sus saberes y los hace más iguales, lo cual lleva a roles más dinámicos y creativos.

Y digo prácticas, a veces, neogremiales porque si aceptamos estar en una cierta posdisciplinaria, en construcciones transdisciplinares efecto de los contactos, el encuentro, la cercanía y los intercambios, la defensa de territorios exclusivos tiene poco sentido.

El saber es nómada, se encuentra en diversos lugares, se construye también en el contacto con el otro cuando es imprescindible para entender lo que sucede e intervenir sobre sus modificaciones. Llegado un punto de intercambio e interacción entre profesionales éstos llegan a saber de modo similar respecto a su cliente o paciente; esto obliga a una permanente redefinición de roles y funciones que es creativa.

Los roles se definen o formulan de manera estática pero se desarrollan de modo dinámico. Ese dinamismo es garantía de creatividad. También genera riesgos de conflicto. Depende de la actitud y relación entre los profesionales. De hecho, en muchos contextos, si determinados profesionales no pueden ejercer algunas funciones no es porque no sepan ni porque puedan con ello dañar a sus usuarios sino porque colisionan con los intereses de otras profesiones o gremios.

El saber es nómada y no se puede ceñir a las limitaciones formales que se imponen a una disciplina. La complejidad de la tarea en salud mental desde una perspectiva que la reconoce objeto de diversos campos de saber y/o disciplinas requiere de una articulación de todos aquellos, profesionales, servicios, instituciones, etc. (21) que participan una ágil coordinación

de sus acciones. El trabajo en red es un instrumento para garantizar la continuidad de los cuidados cuando si logra evitar el riesgo de que se convierta en un encuentro sumatorio de intervenciones y en un reparto de informaciones muchas veces sobrantes y con escasa capacidad para ser operativizada. Este trabajo coordinado es especialmente necesario cuando en el caso de adolescentes en situaciones de especial desprotección, carencia y vulneración (22). El trabajo en red no ha de ser un sumatorio de intervenciones sino un espacio donde establecer prioridades que eviten duplicidades, redundancias, suplementariedades que marean al sujeto, incrementan los costes y no añaden ningún plus de eficacia ni eficiencia. La red, en cualquier nivel construye una urdimbre en la que el sujeto pueda transitar con las menores contradicciones.

Lo que dificulta el trabajo en común no es el marco conceptual, sino la actitud y el prejuicio ante el otro. También dificulta la tarea el exceso de certezas (23). Hemos de temer más a las certezas que a las dudas, a la completud y autosuficiencia del saber que a la ignorancia cuyo reconocimiento lleva a la búsqueda. 24, 25 y al interés por el saber del otro.

Por efecto de las políticas comunitarias y del estado de bienestar, se han ido incorporando a los servicios profesionales y disciplinas nuevas. Ello obliga a repensar sus roles y los roles clásicos de las disciplinas. Los nuevos profesionales y las nuevas prácticas de éstos en el campo de la salud mental presentan interrogantes y reflexiones interesantes (26). Estos nuevos profesionales (educadores sociales, trabajadores familiares, monitores de actividades, auxiliares de enfermería y otros) están participando en prácticas de cuidados altamente efectivas. Estas nuevas prácticas en las que estamos requieren de todos nosotros un gran esfuerzo de teorización de un nuevo pensamiento que defino como nómada frente a un conocido pensamiento sedentario y territorialmente acotado.

Y es que la aparición de nuevas necesidades y demandas de la población exige una ampliación del repertorio de respuestas profesionales y de recursos para su aplicación. A ello se une una mayor conciencia de los profesionales acerca de las limitaciones de sus disciplinas ante la cada vez mayor complejización de la vida y las razones de los malestares y sufrimientos psíquicos. Todo ello exige de los profesionales una predisposición a los cambios y un permanente ajuste tanto de sus postulados teóricos como de sus técnicas, cuya aplicación en un contexto nuevo puede requerir modificaciones. La viabilidad de una propuesta de cambio pasa por un apostar fuertemente por la acción profesional sustentada en los procesos de participación y en la formación continuada. Pero también ha de implicar nuevos desarrollos de las organizaciones en tanto éstas generan o dificultan la posibilidad de crear o de repetir.

Para estas prácticas que venimos describiendo como transversales o en red, tendremos que ir construyendo unos elementos éticos compartidos como son el cuidado de las relaciones entre los equipos, y la imagen que

tienen entre ellos y el modo en que la transmiten, de modo manifiesto o latente a los usuarios y a sus familias. Cuidar los contenidos y los soportes de la información que se transmiten; informar al usuario del tipo de vínculos entre los profesionales con los que se relaciona; evitar intervenciones contradictorias, redundantes y aquellas que lleven al usuario a la confusión sobre el tipo de atención que está recibiendo; evitar la exageración informativa pero también lo que podríamos llamar la «parquedad paranoide» en el uso de la misma.

Cada vez más los interrogantes e inquietudes en los diversos servicios de atención y soporte en la comunidad surgen de la necesidad de establecer prioridades y sustentarlas en valores. A medida que los profesionales se resistan a la estereotipia, afrontando creativamente su trabajo, el paciente, el usuario podrá encontrar también otras respuestas a su malestar.

No es difícil percibir los riesgos actuales de una repsiquiatriización de la atención a la salud mental, así como de una psicopatologización de muchos comportamientos normales de la vida. El lenguaje común ha ido siendo sustituido por el propio de la clínica psicopatológica. Se llama depresión a la tristeza, TDAH a la inquietud, ansiedad a las preocupaciones, etc. Corremos el riesgo de, en aras de una científicidad y evidencias más que cuestionables, huir de nombrar los registros afectivos y los sentimientos universales tan valiosos como la ternura, pena, el tedio, el hastío, la tristeza, la alegría o la nostalgia y sustituirlos por otros que llevan a una psico-pato-logización de las diversas formas de vivir. El lenguaje «médico-psicopatológico» empleado en estos tiempos de pandemia para describir los estados de ánimo propios de una situación tan inesperada y dolorosa es una prueba de ello.

No es infundado pensar en un endurecimiento de las condiciones de vida de muchas personas y colectivos, en especial aquellos ya históricamente más desfavorecidos, producto de los efectos de la crisis sanitaria actual\*. Ello hará, sin duda, más dura la vida de todos y aumentarán los riesgos. Éstos se añadirán a los ya propios de la adolescencia como etapa de transformaciones y cambios. Los adultos, las organizaciones de la comunidad y los profesionales tienen la obligación de acompañar ese proceso colocándose en la posición que las y los adolescentes pueden aceptar: adaptando sus encuadres de atención, procurando más escuchar que decir, soportar y aceptar que imponer, aprender de ellos más que enseñarles y favorecer en todo momento las experiencias de reconocimiento que tanto necesitan.

---

\* Cal preparar-se, doncs, per viure un temps/ amb problemes, carències, injustícies/ mes intensos pels menys afavorits,/ com ha passat d'ençà que el mon es mon/ i els humans que hi vivim ens n'hem fet amos. Miquel Martí i Pol. «Llibre de les solituds»

Sustituir la asistencia por el cuidado; reconocer para todos aquellos espacios y personas que acompañan el tránsito adolescente la generación de efectos de cambio y transformación; ir hacia prácticas profesionales vinculadas a la comunidad y al cuidado de la cotidianidad que es donde se estructura la vida; confiar en los efectos del buen trato y la relación horizontal entre los servicios de salud mental y tantos otros que participan en el crecimiento adolescente abren vías para prácticas prometedoras, abiertas, cooperativas y más adaptadas a las necesidades de las diversas adolescencias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Martínez A., Correa M. Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud Colectiva* | Universidad Nacional de Lanús | ISSN 1669-2381 | EISSN 1851-8265 | doi: 10.18294/sc.2017.1168
- (2) Correa U., M. Radio Nicosia: la rebelión de los saberes profanos. Madrid: Grupo 5; 2015.
- (3) Leal Rubio, J. Acompañar el crecimiento humano. Las referencias éticas. En: Cabrera, D. (Coord.) Nuevas miradas a la educación infantil. Cuadernos de Educación n.º 70. ICE\_UB, Horsor i Ed. Barcelona. 2015
- (4) Carceller N. y otros «Orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial de jóvenes y adolescentes. Resultados de un proyecto participativo con jóvenes y adolescentes. Publicaciones de la Universidad Rovira i Virgili December 2013 ISBN: 978-84-695-9171-0
- (5) Leal Rubio J. Adolescències en una societat de bombolles. Butlletí d'Inf@ncia núm. 61-Novembre de 2012.
- (6) Parolin Zachary. Unemployment and child health during COVID-19 in the USA. October, 2020. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30207-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30207-3/fulltext)
- (7) Rassial J.J. El pasaje adolescente. De la familia al vínculo social. Barcelona: Ediciones del Sebal; 1999.
- (8) SEYPNA XXIX Congreso. Salud mental y crisis sociales. Granada Marzo 2017.
- (9) Galende E. Psicoanálisis y Salud Mental: para una crítica de la razón psiquiátrica. Barcelona: Paidós; 1986.
- (10) Lefebvre, H. La vida cotidiana en el mundo moderno. Madrid: Alianza Editorial; 1984.
- (11) Leal Rubio J. Salud mental comunitaria y cotidianidad en la infancia y la adolescencia. *Revista Apuntes de Psicología*. 3.º Trimestre 1988 COP Sevilla.
- (12) CIFA. Treball Comunitari: aspectes polítics y tècnics. Diputació de Barcelona. Colecc. Serveis Socials 1986.
- (13) Leal Rubio J. Los cuidados en el marco de una ciudadanía inclusiva. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2018; 38(134): 587-606. doi: 10.4321/S0211

- (14) Leal Rubio J. La posición de los profesionales ante la vulnerabilidad de los sujetos y de los derechos sociales. Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, Abril 2016, n. 207: 40-52. ISSN 0212-7210
- (15) Lorenzini N. Entrevista a Peter Fonagy, un psicoanalista del siglo XXI. Revista Temas de Psicoanálisis. n.º 5 Enero 2013. Disponible en: <https://www.temasdepsicoanalisis.org/?s=entrevista+fonagy>
- (16) Selvini M. y otros. El mago sin magia. Cómo cambiar las situaciones paradójicas del psicólogo en la escuela. Barcelona: Paidós; 1986.
- (17) Abelló A., Liberman A. Una introducción a la obra de D.W. Winnicott. Contribuciones al pensamiento relacional. Madrid: Ed. Ágora Relacional; 2011.
- (18) Mannoni M. La teoría como ficción. Barcelona: Ed. Crítica; 1980.
- (19) Sennet R. El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un momento de desigualdades. Barcelona: Anagrama; 2006.
- (20) Esquirol J.M.,. El respeto o la mirada atenta. Una ética para la era de la ciencia y la tecnología. Barcelona: Gedisa; 2006.
- (21) Leal Rubio J. Fronteras, nómadas y naufragos: el laberinto institucional Revista SiSo de Saude Mental n.º 64-65. invierno 2019.
- (22) Leal Rubio J. Adolescencias vulneradas: perspectivas éticas de la continuidad de cuidados. En: Adolescencia: conflicto y decisión. Instituto Borja de Bioética (Universidad Ramón Llull)-Fundación Mapfre. Barcelona, 2008.
- (23) Leal Rubio J. La ética de la ignorancia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2017; 37 (131): 9-16.
- (24) Corredor Matheos J. El don de la ignorancia. Barcelona: Tusquets; 2004.
- (25) Pain S. La génesis del inconsciente: la función de la ignorancia. Buenos Aires: Nueva Visión; 1985.
- (26) Leal Rubio J., Roig A. L'imperatif du questionnement éthique dans les nouvelles professionalités. Rhizome. Bulletin national santé mentale et précarité. Dossier «Prende soin de la professionalité. N.º 33 - décembre 2008.



# EL TRABAJO EN RED ENTRE EDUCACIÓN Y SALUD MENTAL

*Isabel Pamparacuatro, María Jesús Irastorza, Itxaso Santamaria*

## INTRODUCCIÓN

El trabajo conjunto e interdisciplinar entre el ámbito escolar y el de la salud mental es una necesidad que impera en la práctica asistencial entre los distintos equipos de profesionales que tratan, directa o indirectamente, con menores y sus familias.

La falta de planificación y coordinación da lugar a una red fragmentada y desorganizada que no cubre las necesidades reales de las personas con problemas de salud mental, no pudiendo rentabilizar las diferentes prestaciones, servicios y redes de atención, y no pudiendo tampoco garantizar la calidad en la provisión de la atención y la continuidad de cuidados.

Tanto desde las instituciones como desde los equipos de profesionales se está trabajando en el campo de la interdisciplinariedad. Así en algunas Comunidades Autónomas se han elaborado Marcos Generales de Colaboración en Salud mental, intra e intersectorial, con distintas consejerías como por ejemplo, Educación, Investigación, Igualdad y Políticas Inclusivas.

Asimismo desde distintos dispositivos de atención infantojuvenil se reflexiona sobre el trabajo interdisciplinar y coordinado, un ejemplo de lo cual es el documento publicado por la Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, en la revista de la AEN (1).

José Ramón Ubieto (2), en su artículo titulado Modelos de trabajo en red plantea una distinción dentro de dicha modalidad de trabajo:

«uno, el implementado por defecto, implica basar el trabajo en red en una permanente derivación de los casos, de acuerdo a protocolos de coordinación previos, que no siempre evita que el sujeto quede a la deriva. El otro modelo, el que hay que construir como una opción colectiva, implica unos requisitos ineludibles que no siempre resultan fáciles». A lo largo de este capítulo, cuando mencionamos el trabajo en red, nos remitimos al segundo modelo, el que alude al “trabajo de colaboración que dos o más profesionales establecen partiendo de la atención de un caso común” (2).

El trabajo en red lo entendemos desde el prisma del respeto, la diferenciación y la complementariedad; articular y respetar lo propio de cada disciplina y aceptar sus límites.

Consideramos que el trabajo en red no debe implantar la lógica de «todos iguales». No se trata de un equipo de profesionales homogéneo, sino de buscar acuerdos aprovechando las diferencias para construir un saber común.

La riqueza de esta modalidad de trabajo está en que lo que supone un obstáculo para cada miembro del equipo puede ser motivo de reflexión para el conjunto, siendo el objetivo final la complementariedad entre las diferentes intervenciones.

Este capítulo trata de reflexionar sobre las diferentes formas en que puede tener lugar un trabajo conjunto a la hora de abordar las necesidades que, en la actualidad, presentan los adolescentes en el entorno escolar. Comienza describiendo las particularidades de la interacción entre el adolescente y el contexto escolar actual. Posteriormente incide en la colaboración entre Educación y Salud Mental en el área de la prevención y en el área de la intervención. En este último punto se describen, por un lado, los perfiles de mayor vulnerabilidad y, por el otro, las estrategias de intervención puestas en marcha pensando en estos sujetos más frágiles.

#### EL ADOLESCENTE CONFRONTADO AL CONTEXTO ESCOLAR

Por las características particulares de la adolescencia, así como por las características de la enseñanza en la actualidad, el encuentro entre ambos suele ser muy enriquecedor y necesario, aunque en muchos casos, también supone un reto difícil de superar.

El contexto escolar proporciona una estructura donde el adolescente puede sentirse contenido, protegido e internamente más organizado.

La institución escolar, aunque constituida en primer lugar como espacio donde organizar la información y dotar de una formación al alumnado, es también el espacio que le permite al adolescente establecer un diálogo con el entorno, tanto de los adultos como de los iguales, así como generar un sentido de pertenencia grupal.

Los cambios sociales en general han ocasionado modelos diferentes de escuela y familia, haciendo que varíe la forma en que los adolescentes viven el medio escolar.

Consideraremos en primer lugar las situaciones problemáticas que pueden tener lugar en dicho encuentro entre el adolescente y el medio escolar.

Siguiendo a J. Tizón (3), quien propone la hipótesis de que igual que se habla de la sociedad actual como sociedad líquida (Bauman), en el sentido de que se da «una situación en la cual los valores, normas, ritos y formas de relación no llegan casi a introyectarse suficientemente, debido a que cambian a tal velocidad que el esfuerzo por retenerlas no vale la pena», se puede considerar que la familia participa de este mismo funcionamiento y hablar de parentalidad líquida.

Esta actualidad cambiante parece generar una inseguridad en las funciones parentales, delegando en otras instituciones parte de sus cometidos como el ejercicio de la autoridad y la transmisión de valores, y quedándose la familia con el ejercicio de la función de la transmisión afectiva, aislada ésta del resto de las funciones y con una presión excesiva de las expectativas sobre la crianza de los hijos.

Un aspecto característico de la familia actual es la consideración del bebé como depositario de una idealización y las consecuencias que de ello se derivan. Idealización en cuanto a que la familia proyecta ideales de éxito y de felicidad en el hijo, sin poder tolerar el mínimo fracaso o que el hijo sufra cualquier disgusto o humillación.

Otro factor a tener en cuenta es el riesgo que se produce en la discontinuidad de cuidados, es decir, los cambios de cuidadores y las separaciones de los cuidadores desde bebés, lo que todo ello supone de reto y de dificultad añadida para el ejercicio de las funciones parentales con la estabilidad suficiente y necesaria para establecer las bases de seguridad y confianza de ese niño y futuro adolescente.

Todo ello estaría relacionado con el aumento de los problemas en torno a la identidad y la fragilidad narcisista y éstos, a su vez, condicionarán la manera en que el adolescente viva el contexto escolar (4).

Ese contexto escolar, tiene una triple vertiente, por un lado es una institución que tiene como función la transmisión de conocimientos y valores, por otro, conlleva la asunción de límites y normas y el encuentro con figuras de autoridad externas a la familia y es, además, un espacio de relación social. Es pues, un contexto complejo, donde aquellos adolescentes vulnerables, con dificultades en el proceso identificatorio, en la socialización y/o en la simbolización pueden hallarse sobrepasados.

En lo que se refiere a la transmisión de conocimientos, muchos adolescentes con dificultades académicas se encuentran ante el reto de cumplir con un ideal interiorizado que les resulta imposible, por lo que se retraen, imposibilitados como se sienten, de participar en la confrontación con la realidad por sus temores de fracaso. En estas situaciones el alargamiento de la enseñanza obligatoria puede suponer un obstáculo añadido.

En otros casos, es el espacio de encuentro con otros compañeros lo que supone un problema difícil de sobrellevar. Nos referimos a aquellos adolescentes inhibidos, a los que la relación con los iguales les resulta perturbadora. Se encuentran angustiados por temores narcisistas, sintiendo una vergüenza atroz ante cualquier interacción con el Otro.

La situación de inhibición más extrema se da en aquellos adolescentes que se encierran en la burbuja de su casa o su habitación, como el espacio seguro que les permite no entrar en contacto con el exterior, salvo el exterior virtual. Asistimos a una situación nueva, que es la de los adolescentes que, en palabras de Beatriz Janin (5), «desertan de la escuela», por las ansiedades suscitadas en el contexto escolar en toda la complejidad que éste

implica, tanto en cuanto a la relación con el otro, como al temor al fracaso con el que viven la realidad académica.

Asimismo el tener que adaptarse a los límites impuestos por el centro escolar supone para muchos chicos un conflicto. Son frecuentes los problemas originados en esta etapa, especialmente en cuanto al aumento de comportamientos disruptivos, tanto en su generalización como en la intensidad de éstos.

Entendemos los límites como una función que contiene y protege, y la autoridad en la escuela como aquella que es delegada por los padres en la institución escolar y sus profesionales. Sin embargo, si hay dificultades en la familia para ejercer esta autoridad, marcando los límites y enseñando valores, la transmisión de su ejercicio a la escuela y lo que ésta le va a pedir al adolescente, va a suponer un camino de obstáculos.

Esta triple vertiente de la que hablamos y los problemas que se pueden generar no solo no son excluyentes, sino que las más de las veces están interrelacionados, con lo que los esfuerzos necesarios para su abordaje son mayores.

No obstante, aunque la confrontación entre el adolescente y el contexto escolar puede llegar a ser un elemento desorganizador, puede ser y es, fundamentalmente, un elemento de mediación que refuerza y favorece el difícil proceso de maduración. En palabras de Philippe Jeammet (6):

«Las figuras de mediación que ofrece la sociedad, profesores, mediadores sociales, pero también grupos de iguales, ideologías y religiones pueden ser soportes provisionales que ofrecen al adolescente puntos de apoyo que salvaguarden sus necesidades de investimento, así como una imagen de sí mismo narcisísticamente aceptable, antes de que descubra sus propios caminos».

## COLABORACIÓN ENTRE EDUCACIÓN Y SALUD MENTAL EN EL ÁREA DE PREVENCIÓN

En el área de la prevención el encuentro entre los profesionales de la enseñanza y los de salud mental es un encuentro imprescindible.

La escuela es el contexto profesionalizado en el que participan durante años todos los adolescentes; por lo tanto, es un espacio privilegiado para intervenir en la prevención de las patologías mental y conductual, y de los conflictos psicosociales.

En esta área se han venido llevando a cabo programas concretos de intervención en temas como: adicciones, consumo de alcohol, acoso entre iguales, conductas violentas, resolución de conflictos, conductas de riesgo, trastorno mental o suicidio.

El diseño de dichas estrategias de intervención es una tarea de trabajo interdisciplinar entre los profesionales de educación y salud mental, ya

que cada uno de ellos aporta conocimientos propios de su ámbito. Sin embargo, la implementación de estos programas conviene que sea llevada a cabo por los propios docentes u otros profesionales del entorno escolar. La experiencia apoya el hecho de que se obtienen mejores resultados en la prevención cuando se incorporan en el ámbito educativo como áreas transversales y se trabajan en el propio centro.

Sin embargo, en ocasiones sucede, que los programas de prevención acaban excesivamente protocolizados y se convierten en algo mecánico. Por ello, resulta especialmente valioso crear espacios donde conversar, donde poner en común los saberes propios de ambas áreas: la salud mental y la educación.

Actualmente la creciente dificultad en el abordaje de la educación, en su sentido más amplio, es una situación generalizada en los centros escolares. Esta dificultad va asociada al número cada vez mayor, y de intensidad más grave de conductas conflictivas e inhibidas y de psicopatología en el alumnado adolescente.

Esto se refleja en los centros de salud mental, que se encuentran desbordados por la magnitud de la demanda asistencial.

Así pues, un fortalecimiento en el área de la prevención que abarcara desde la discusión en términos generales de la crisis propia de la adolescencia, hasta la lectura y entendimiento de las conductas o signos problemáticos que manifiesta un adolescente concreto, se reflejaría en la mejoría de muchas de las situaciones problemáticas presentadas en la escuela y en la disminución de la necesidad de tratamiento de muchos adolescentes.

Desde nuestro punto de vista, dicho fortalecimiento de la prevención se debería dar en varios niveles:

- Información/formación dirigida a los profesionales de la enseñanza sobre áreas concretas como las drogas, el acoso escolar y otras cuestiones propias de la adolescencia.
- Conversación/discusión sobre el significado de conductas o actitudes concretas que se presentan en el contexto escolar, ya que es evidente la necesidad de singularizar y de interpretar lo que significa en cada sujeto. Entre las causas que están en la base de determinadas conductas problemáticas o de riesgo, como las conductas disruptivas, el consumo de sustancias, o el aislamiento, se encuentran fragilidades y/o con dificultades en las funciones de adaptación, compensación de ansiedades provenientes de experiencias de abandono o carenciales, así como dificultades en la narcisización por exceso o por defecto.
- Colaboración en la determinación acerca de qué casos precisan una intervención por parte de los profesionales de salud mental.
- Reflexión sobre el funcionamiento y la mejora de ciertos dispositivos con que cuenta la escuela y que son de enorme interés de cara

a la prevención. Seguramente, pocos espacios resultan tan útiles como el espacio de las tutorías, donde el tutor/tutora tiene la posibilidad de intervenir con un alumnado al que conoce en la cotidianidad del aula: cómo se relaciona, cómo se desempeña en el nivel académico y qué conductas o situaciones de riesgo puede presentar. Es importante plantear las tutorías como un espacio que posibilite el desarrollo psíquico mediante la promoción del pensamiento, la palabra y el diálogo con los alumnos en relación a las dinámicas, relaciones y episodios que tienen lugar en el entorno escolar, permitiendo la regulación y canalización de las emociones y afectos (7).

Creación de ciertos espacios que propicien el encuentro entre diferentes profesionales, siguiendo el planteamiento de J. R. Ubieto sobre trabajo en red, quien señala: «En muchas escuelas, por ejemplo, existen las llamadas comisiones sociales, espacios regulares de coordinación entre docentes, equipos psicopedagógicos y profesionales de servicios sociales. Ellas son, sin duda, un buen punto de partida para articular el trabajo en red» (2).

La colaboración entre el ámbito de la Salud Mental y la Educación para llevar a cabo un programa integral de prevención serviría no solo para evitar una previsible intervención de los equipos de Salud Mental, sino también para mejorar la situación del alumnado y sus familias, así como de los profesionales de la enseñanza; hablamos pues también, de promoción de la salud mental.

#### COLABORACIÓN ENTRE EDUCACIÓN Y SALUD MENTAL EN EL ÁREA DE INTERVENCIÓN

«El trayecto del hogar hacia la escuela constituye un espacio transicional indispensable entre dos modos de vida que, a esta edad, adquieren toda su importancia en la dinámica de lo interno y lo externo, del pasado y el futuro, de lo familiar y lo ajeno, del grupo familiar y del grupo social».

BRACONNIER (8)

Aquellos adolescentes con psicopatología franca y aquellos que muestran una mayor vulnerabilidad presentarán también mayores dificultades en dicho trayecto. Dificultades que tienen que ver con cómo hacerse un hueco entre iguales y, a través del grupo, cómo avanzar en el proceso de adquisición de una nueva identidad. En el centro escolar, a lo largo de todo este proceso, los más vulnerables sienten en riesgo su narcisismo y su capacidad para ser aceptados, queridos y reconocidos en el grupo de iguales.

Entre los conflictos relacionados con la etapa escolar que más preocupan en estos momentos a los profesionales de la educación y de la salud, están:

- a) El absentismo escolar continuado, con riesgo de que el adolescente acabe quedándose en casa. Suele tratarse de chicos/as con rasgos fóbicos y evitativos. Adolescentes que, desde la primera infancia, han presentado dificultad para separarse de su figura adulta de referencia. En los casos extremos, en los que el aislamiento provoca que su mundo relacional sea casi exclusivamente la familia, los episodios de violencia intrafamiliar pueden ser la expresión sintomática del conflicto.
- b) Acoso escolar. Dinámicas de acoso escolar donde tanto el acosado como el acosador son, en muchas ocasiones, adolescentes con dificultades. La intervención debería tener en cuenta que una lectura polarizada y reduccionista de la situación no facilita la resolución del conflicto.
- c) Comportamientos disruptivos, descontrol de la impulsividad, episodios con riesgo de violencia hacia profesores o compañeros. Trastornos de conducta en general, que encontramos frecuentemente en estructuras limítrofes de personalidad en que la escasa capacidad de contención facilita que proyecten hacia los demás sus frustraciones y temores. Son adolescentes que hacen «ruido», con toda una cohorte sintomática que boicotea su proceso hacia la autonomía. Es el único recurso para preservar su identidad mientras provocan que sigan cuidando de ellos, que esos adultos de los que siempre han dependido, no les dejen solos aún.

«Aquellos que tengan problemas de identificación importantes o bases narcisistas frágiles (fallos narcisistas, dificultades en el sentimiento de continuidad) van a sentirse atraídos por esos adultos, los necesitan y es tal la necesidad que amenaza con invadirles, con engullirles, poniendo en riesgo su identidad».

JEAMMET (9)

Unos pocos, los más frágiles, acaban rompiéndose (breakdown). Un incidente en el centro escolar puede convertirse en el desencadenante que provoca el derrumbe en estructuras de personalidad muy frágiles. Anna M.<sup>a</sup> Nicoló (10) diferencia las descompensaciones psicóticas que se dan en la adolescencia de las de los adultos. Lo que para el adulto puede considerarse psicótico, en el adolescente puede ser un fenómeno transitorio que representa la intensidad de la angustia que desencadena el conflicto evolutivo.

Dentro de la intervención en red, un aspecto a tener en cuenta son las relaciones que establecen los adolescentes dentro del medio escolar. Con los profesionales de la educación, con los que conviven día a día, los alumnos reproducen transferencialmente la relación con sus adultos de referencia. La intervención conjunta de los profesionales de la salud y de la educación, permite esclarecer lo que realmente «demandan» estos adolescentes más vulnerables. La relación transferencial que establecen con sus educadores y con sus iguales nos permite entender mejor su mundo interno y favorecer así el establecimiento de vínculos más contenedores.

«Invadido por la problemática exteriorizada, el entorno se convierte en lo que Jeammet (1980) llama el espacio psíquico extendido del adolescente, espacio compuesto por el psiquismo de las personas de su entorno a quien él abandona inconscientemente tal o tal parte de sus instancias psíquicas o de momentos de su historia. Aquellos que pertenecen a este espacio, asumen así una función sustitutiva, asumiendo para el adolescente el papel de una circulación psíquica extracorporal».

BOTBOL (11)

Cuando este entorno relacional no falla se puede dar una continuidad al vínculo, esta circulación psíquica extracorporal permitirá al adolescente ir entendiendo el trasfondo afectivo de sus actos y sus proyecciones.

Cuanto más frágil es el adolescente, mayor importancia tiene el establecimiento de un vínculo suficientemente contenedor. Entrar y salir de su vida, sin cuidar estos aspectos, reproduce una y otra vez la vivencia de abandono. El definir con el adolescente y su familia los objetivos y la duración de la intervención de los distintos profesionales, es el primer paso para cuidar dicho vínculo.

Por otra parte, especialmente cuando son varios los profesionales que acompañan al adolescente, es interesante que los adultos se coloquen en una posición de «escucha activa». No se trata tanto de decir al adolescente lo que creemos que le pasa, sino de «escuchar» lo que dice con palabras o con síntomas y ayudarle a que él mismo se traduzca, a que vaya haciendo su propia narrativa.

Es impensable una intervención eficaz sin la coordinación de equipos de profesionales docentes y clínicos. En esta necesaria intersección se han puesto en marcha distintas iniciativas:

- *Coordinación Clínicos-Educadores-Docentes*: Espacios imprescindibles para cualquier estrategia de intervención en la que coincidan varios profesionales. Permite hacer una «foto diagnóstica» más completa, menos sesgada. Facilita diseñar entre todas intervenciones complementarias, así como consensuadas entre los profesionales, el adolescente y su familia. Dicha coordinación enriquece la

intervención de cada profesional (diferentes perspectivas, diferentes epistemologías). Una excesiva intervención sin la suficiente coordinación puede acabar desautorizando e incapacitando al sistema familiar.

La coordinación es necesaria al inicio de proyecto de intervención y durante todo el proceso.

- *Supervisión clínica para Docentes y Educadores*: Espacios en los que la perspectiva clínica del profesional de la salud mental ayuda a traducir el comportamiento y a entender el mundo interno del adolescente, y así diseñar estrategias de intervención eficaces.

La supervisión abarca el análisis de los hitos de la evolución del adolescente, los recursos propios y los aspectos más vulnerables. Reflexiona asimismo sobre las dinámicas relacionales, tanto en el grupo de iguales, como ante las figuras adultas. Con el equipo de educadores reproduce la relación con sus adultos de referencia, demandando a veces contención y cierta autoridad, y, otras veces, reproduciendo relaciones de dependencia o evitando justamente dicha dependencia.

A los profesionales de la salud y de la educación se nos pide esa capacidad reflexiva, que no siempre tiene el adolescente. Cuidando el vínculo con el alumno adolescente y con mayores recursos para comprender su mundo interno, podemos escuchar y entender mejor sus «demandas».

En la intervención que los educadores-docentes van a ir diseñando, habrá que tener en cuenta también el perfil de cada adulto, cómo se siente en la relación transferencial en la que le coloca el adolescente y con qué tipo de intervenciones se encuentra más cómodo. El equipo de supervisión contiene y ayuda a no perder la capacidad reflexiva a cada uno de los profesionales que interviene directamente con el/la adolescente.

Desde el ámbito educativo se han puesto en marcha dispositivos para dar respuesta al alumnado más vulnerable que, por sus particularidades, no está en condiciones de ser abordado desde un entorno escolar al uso:

- *Programas de Escolarización Complementaria*, destinados a alumnos y alumnas que presentan necesidades específicas de apoyo educativo por sus condiciones personales o de historia escolar, una vez agotadas todas las medidas previstas para la respuesta a la diversidad en la Educación Secundaria Obligatoria. Es una medida de carácter temporal, para alumnos menores de 15 años.
- *Programa de intervención socio-educativo-sanitaria* para atender en el mismo entorno escolar a los alumnos/as que tienen graves problemas de regulación de conducta asociados a problemas sociales

o de salud mental. El objetivo es realizar un trabajo personalizado que ayude a los chicos/as a su propio ajuste personal, coordinando la intervención y las acciones con los profesionales de las distintas instituciones (Centro Escolar, Servicios Sociales, Salud Mental...) que participan en la atención, utilizando criterios terapéuticos y educativos en un escenario comunitario (medio escolar y entorno familiar y social).

- *La escolarización a domicilio* tiene como finalidad dar atención al alumnado que, por prescripción facultativa se encuentran en régimen de hospitalización en domicilio o en periodo de convalecencia de una enfermedad de larga duración o incapacitado temporalmente para acudir al Centro Escolar. El objetivo es seguir el currículo en su domicilio y lograr una escolarización lo más normalizada posible.

La tendencia de estos últimos años es que, está aumentando de forma llamativa, la escolarización a domicilio de adolescentes con problemas relacionados con la salud mental, y especialmente a los que hemos aludido como «desertores de la escuela».

- *Centros de Formación Profesional Básica*, para jóvenes desde los 15 años sin Graduado Escolar. Permite iniciar una Formación Profesional, que posibilite en el futuro un hueco en el mundo laboral y conseguir un Certificado Escolar similar al Graduado Escolar que se obtiene al finalizar la ESO.

Centra su atención en un colectivo de alumnos calificados como «fracasados escolares», bien por no haber funcionado todas las medidas de atención a la diversidad que la escuela plantea, bien por haber superado la edad de escolaridad obligatoria sin obtener el título de ESO.

Se precisa un perfil del equipo educativo caracterizado por la polivalencia y especialización tanto en el campo educativo como en el campo técnico. Funciona con un diseño de intervención individualizado y la coordinación con los profesionales intervinientes en cada caso (12).

- *La Unidades Terapéutico Educativas (UTE)*, estructuras intermedias constituidas por un equipo multidisciplinar de profesionales de la enseñanza y de la salud mental. El objetivo es prestar atención intensiva e integral a niños y adolescentes con enfermedades mentales graves que presentan dificultades para ser asumidos por el entorno escolar normalizado y/o los Centro de Salud Mental. Estas unidades tienen algunas similitudes con los Hospitales de Día: intervención en unidades de día, restablecimiento o creación de vínculos, readaptación al entorno escolar o formativo, trabajo terapéutico con familias, etc.

Las cuestiones planteadas en este capítulo nos convocan, una y otra vez, a pensar sobre lo valioso de llegar a crear una red; una red por la cual el sujeto pueda circular y se pueda entender como un lugar de conversación capaz de atender las subjetividades de cada caso. «La red debe poder adaptarse y flexibilizarse para cada sujeto, solo así, la red encuentra su verdadera función, ser sostén para el otro» (2).

La riqueza de esta modalidad de trabajo está en que lo que supone un obstáculo para cada miembro del equipo debe ser motivo de reflexión para el conjunto. Compartimos la tarea de tratar de entender las conductas del niño y adolescente 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. Todos trabajamos en red porque todos nos ocupamos, en parte, de ese malestar.

«Estar en red, no es una opción, sino un requisito de constitución del propio servicio ya que hoy el tratamiento (entendido como el conjunto de acciones que tratan una situación definida como problemática) es la red misma. No hay tratamiento fuera de la red ni es posible pensar nuestra intervención profesional al margen de las otras intervenciones».

J. R. UBIETO (2)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Jiménez A. Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2001; XXI, 77: 115-124.
- (2) Ubieta J. R. Modelos de trabajo en red. *Educación social. Revista de intervención socioeducativa*, 2007; 36: 26-39.
- (3) Tizón J. L. Crisis social y parentalidad líquida. *Temas de Psicoanálisis*, 2015; 10.
- (4) González Serrano F. et al. Expresiones de la violencia en la familia actual. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 2002; 33/34: 173-178.
- (5) Janin B. Patologías graves en la adolescencia. Los que desertan. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 2010; 50: 241-257.
- (6) Jeammet Ph. Diccionario internacional de Psicoanálisis. *Adolescencia (crisis de la -)*, 2007: 36-38.
- (7) Delgado Campos R. La sanción de expulsión de niños en el marco regulador de la convivencia en los centros educativos. *Análisis y cuestionamiento. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niños y del Adolescente*, 2019; 66: 141-152.
- (8) Marcelli D., Braconnier A. *Psicopatología del adolescente*. 2005: 481-482.
- (9) Jeammet Ph. La identidad y sus trastornos en la adolescencia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*. 1995, 19-20:161.

- (10) Nicolás A. M.<sup>a</sup>. Descompensación psicótica en la adolescencia. *Revista Psicopatol. salud ment.* 2003, 14: 39-40.
- (11) Botbol M. Psicoterapia por el entorno con los adolescentes límite: la empatía metaforizante del acto al sentido. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 2011, 51-52: 60.
- (12) García-Montero R. Abandono educativo temprano y segunda oportunidad. En: Díaz M. P., Jiménez S. (Eds.) *Prevención, intervención y compensación del abandono educativo temprano*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; 2017.

DE LOS MALESTARES EN EL INSTITUTO  
A LAS DIFICULTADES EDUCATIVAS EN LA CONSULTA  
Algunas sugerencias para construir maneras útiles y justas  
de estar terapéuticamente al lado de los chicos y chicas  
adolescentes, obligatoriamente escolarizados,  
cuando la vida los desborda

*Jaime Funes*

Este no es un artículo académico (me queda ya lejos mi condición de docente universitario). La lectora o lector encontrará pocas citas. No es porque pretenda atribuirme lo que escribo, sino porque el texto viene a ser algo así como el resumen parcial de lo que aprendí contrastando y comparando. Todas las ideas (estas también) nacen de mirar, escuchar, dialogar, leer a otros. Estas en concreto, además –cuando ya voy saliendo de cuatro décadas largas de adolescencia– son un pequeño y parcial resumen vital y profesional<sup>1</sup>.

DÓNDE ESTÁN MAL, DÓNDE LOS EDUCAMOS Y CÓMO PODRÍAMOS AYUDARLOS

El título del artículo pone en relación cuatro palabras, pero cambia los emparejamientos semánticos a los que estamos acostumbrados. Damos por supuesto que se ayuda terapéuticamente en un entorno más o menos clínico o terapéutico y se educa en un entorno educativo. Pero, sin entrar todavía a discutir el contenido, el fondo de esa afirmación, he de advertir que la realidad nos contradice, nos recuerda que no suele funcionar, tiende a ser un planteamiento imposible e inoperante.

Por un lado, buena parte de los malestares (ya matizaré la palabra) adolescentes tiene que ver con su condición de sujetos escolarizados. Unas veces se producen como reacción al malestar escolar; otras –aun siendo

---

<sup>1</sup> Más ideas resumen puede encontrar el lector o lectora en dos textos muy recientes:

FUNES, J. (2018): *Quiéreme cuando menos me lo merezca porque es cuando más lo necesito*. Paidós.

FUNES, J. (2020): *Quiéreme... pero necesito que me cuentes más*. Destino.

En el último, escribí esta dedicatoria: «A los profesionales y las profesionales de la educación, la salud, el trabajo social, embarcados en la aventura de acompañar vidas adolescentes, que no los clasifican, que no desesperan y que, saltándose los protocolos, los ayudan a imaginar futuros diferentes de los previstos por la sociedad adulta».

derivadas de su condición adolescente— tienen como territorio de expresión el entorno escolar; otras muchas, sea cual sea el detonante, tienen el mundo escolar como territorio para la descarga (desde la conflictividad académica a las tensiones en la convivencia).

Por otro lado, buena parte de nuestras posibilidades de influencia terapéutica (de la posibilidad de calmar y ayudar a gestionar su mundo interior y su ubicación en el mundo) tiene que ver con propuestas de ordenación educativa. Ayudamos a ocupar activamente el tiempo, miramos de encontrar espacios colectivos para escuchar y compartir, organizamos los tiempos de escucha de la manera más oportuna y flexible posible, tratamos de mejorar su capacidad de «mentalizar» (descubrir, analizar, argumentar) sus vidas, etc. Pero, todo eso nunca acabó de entrar en una consulta, ni siquiera organizando una terapia de grupo. El reparto de qué hace cada profesional y dónde lo hace resulta más que discutible y suele ser inviable cuando se establece una propuesta ortodoxa de división de papeles y lugares.

Para completar la descripción inicial de las contradicciones, no podemos dejar a un lado la lógica de la atención, el entramado de las influencias. La pregunta que nos hacemos es simple: ¿dónde y cómo se deja seducir, ayudar, acompañar un adolescente? Sabemos muy bien que la mayoría de los y las adolescentes solo aceptan ser «ayudados» cuando la relación se construye en sus territorios (digo se construye, se inicia, se demuestra, no que tenga que producirse siempre y toda ella en esos contextos). No hay posibilidad de atención si la presencia seductora no nace de su cotidianidad, en aquellos entornos y contextos que ellas y ellos viven como su normalidad, si los paisajes y los personajes de la atención no forman parte de su horizonte, de su mundo (nos hemos ganado de alguna manera el derecho a estar presentes en él o hemos construido puentes por los que transitar de su mundo al nuestro y viceversa).

En las páginas que siguen, me propongo, en primer lugar, hablar de la educación secundaria y de sus complejas relaciones con las actuales adolescencias. Desde el mundo terapéutico o social se suele tener una visión muy pobre de la vida de los institutos (de sus contradicciones y dificultades, de su profunda crisis y de sus buenas experiencias de innovación o de trabajo con el entorno y sus profesionales). Olvidamos que con frecuencia sana más la buena didáctica aplicada de un profe próximo que todos nuestros diálogos de lógica terapéutica. Hablamos de la escuela de secundaria porque ha de convertirse en un lugar, también, para construir la salud mental adolescente.

Después, me dedicaré a repasar nuestras crisis adultas. Desde las que tienen que ver con nuestras miradas sobre sus «trastornos» hasta las que disimulan la incoherencia de nuestras respuestas. Hablemos de lo que les pasa, de lo que necesitan y de lo que sabemos y no sabemos hacer. Previamente, propongo un pequeño repaso a las relaciones entre la salud mental y la condición adolescente.

Por último, sin olvidar que estoy escribiendo en tiempos de pandemia, me propongo sugerir formas razonables y útiles de trabajo. Pactemos formas de atención recordando en primer lugar lo que son (sujetos inmersos diversamente en sus diferentes adolescencias). Modifiquemos los lugares, alteremos y aproximemos a los argumentos vitales adolescentes nuestras visiones de la dificultad y la ayuda. Aprendamos a trabajar juntos con otros profesionales que están a su lado sin recurrir por sistema a la atribución de competencias, al reparto estanco de papeles o la confidencialidad mal entendida. Aprendamos a compartir respetuosamente las partes de sus vidas que cada uno conocemos fragmentariamente y que, sumadas, nos permitirían no estar tan perdidos, entenderlos y ser más útiles.

#### ADOLESCENCIA OBLIGATORIA, ESCUELA INEVITABLE, SOCIEDADES CAMBIANTES

Situémonos en la escuela secundaria obligatoria y hagamos el esfuerzo de comprender las principales claves de cómo se desarrolla la vida adolescente entre sus paredes. Pero, antes de cualquier reflexión, hagamos dos renunciaciones: considerar el buen adolescente como el buen estudiante (tener determinados conflictos con la institución escolar puede ser un indicador de buena salud mental); atribuir las dificultades y las tensiones vitales entre adolescencia y escuela a dificultades o trastornos psíquicos (aunque buena parte de esas tensiones comporte padecimiento psíquico).

Llevamos más de tres décadas de escolarización obligatoria de la adolescencia y de buena parte de la posadolescencia. Esa ampliación escolar, más allá de los catorce años, cuando desapareció el trabajo y comenzó a ser obligatorio dedicarse a ser adolescente, supuso tres cambios sustanciales:

- una gran expansión de las oportunidades educativas para todas las adolescencias (no tener que trabajar supuso poder tener más tiempo vital centrado en la educación);
- la conversión del entorno escolar en el territorio por excelencia para descubrir y practicar la adolescencia;
- la consolidación de los contextos de la escuela secundaria como lugares significativos para la influencia adulta en la gestión de sus vidas adolescentes.

Simplificando, podemos afirmar que la escuela secundaria es, por un lado, un lugar para la felicidad adolescente y, por otro, para las influencias adultas en positivo.

A la vez, a lo largo de las tres últimas décadas, se han creado y agudizado algunas crisis estructurales derivadas del dinamismo cambiante en el que está permanentemente nuestra sociedad. Cambios múltiples y

acelerados en los que viven inmersos los adolescentes y desconcertados los adultos. Destacaría también tres desajustes:

- las crisis de docencia, derivadas de los desacuerdos y desajustes sobre los objetivos de la escuela (del enseñar al educar, del currículo a la vida, de la transmisión de conocimientos al enseñar a descubrir el deseo de saber);
- la irrupción de la diversidad múltiple en una escuela estructuralmente rígida, pensada para la uniformidad y los niveles (orígenes familiares diversos, diferentes estilos de vida, desigualdades y exclusiones profundas, lenguas y culturas de referencia vital complejas, formas múltiples de ser adolescente en una sociedad de mercado);
- la agudización de la distancia entre los mundos adolescentes (en una sociedad digital, virtual, en red) y el mundo que propone la escuela secundaria.

Simplificando, podemos decir que el instituto es el territorio profundo de las incompatibilidades mutuas.

#### MEDIADORES ENTRE DOS MUNDOS, ENTRE LA OBLIGACIÓN Y LA CONDICIÓN ADOLESCENTE

Como profesionales que piensan en cómo ser útiles para la salud mental de los diversos adolescentes, debemos considerar las dos caras de la relación entre adolescencia obligatoria y escuela necesaria. Nuestro objetivo ha de ser convertirnos en profesionales útiles para los adolescentes, para sus profesores y profesoras, para sus madres y padres. Útiles para ayudar a leer las adolescencias, útiles para colaborar en la búsqueda de las formas positivas de encaje (desde la didáctica a la tutoría), útiles para desarrollar las ayudas que facilitan la gestión de los encajes.

Actualmente, en grados muy diversos, la enseñanza secundaria es una fuente significativa de tensión y dificultad para buena parte de los adolescentes. No solo asistimos a la complejidad de educar en una etapa convulsa y apasionante; además, las distancias entre lo que ellos y ellas consideran importante en la vida y lo que les proponemos mediante la escuela oficial comienzan a ser enormes.

Iniciar la adolescencia siempre ha consistido en descubrir que había vida más allá de la escuela que, hasta ese momento, había ordenado la infancia. Al cambiar de etapa vital, en plena adolescencia, la escuela como institución deja de ocupar un lugar central en la vida (la vida a descubrir y experimentar es algo más que la escuela). Sin embargo, es entre sus paredes donde pasan más tiempo, donde viven más horas de adolescencia, donde tienen más ocasiones de poner en práctica sus adolescencias. A

pesar de la obligatoriedad y de estar oteando otros horizontes, acuden al instituto razonablemente felices, dispuestos y dispuestas a dedicarse a ser adolescentes.

Desafortunadamente, buena parte de las escuelas de secundaria están pensadas desde la lógica académica y el aprendizaje del currículo. Apenas tienen en cuenta la condición adolescente de su alumnado. La distancia actual entre el mundo adolescente y el mundo adulto tiene su máxima expresión en las aulas de secundaria.

Mientras los adultos piensan en formarlos sin pararse a pensar cómo es su mundo, los adolescentes van a lo suyo, se van alejando. Soportan el instituto con grados de acomodación diversos y salen de sus aulas con actitudes a menudo muy críticas sobre el lugar que debe ocupar en su vida el hecho de aprender más y saber más. Cuando padres y madres nos piden ayuda, su imaginario de buen adolescente está definido por el buen estudiante o por el que, al menos, no deja de estudiar, sigue en la escuela.

#### PODEMOS ACABAR SIENDO PROVEEDORES DE ARGUMENTOS PARA LA RESIGNACIÓN

Desde mis primeros años de trabajo en la escuela secundaria obligatoria he tenido que insistir en que el panorama escolar suele estar conformado por cuatro grupos de actitudes adolescentes ante el hecho inevitable de tener que ir cada día a la escuela. Haré un pequeño apunte para poder recordar la confusión de demandas que luego nos llegan.

Un grupo sigue siendo el de los «estudiantes estudiosos» (como predominan en él las chicas, siempre digo que deberíamos hablar de «las» estudiantes estudiosas). Las demandas que suelen llegar al territorio de la salud mental a menudo suelen aparecer al final de los estudios (por fin se rebelan y no quieren seguir adaptándose hiper responsablemente a las exigencias adultas). En medio de la secundaria aparecen porque dejan de sacar buenas notas (nuevos intereses vitales pasan a ser más importantes pero sus familias o sus profesores consideran que se trata de «distracciones» a corregir). En un momento u otro, también aparece la demanda adulta sobre estos adolescentes porque los equilibrios se rompen. Ante las presiones adultas aparecen las angustias adolescentes (el malestar se traslada a la gestión de su cuerpo cambiante, se alteran las dinámicas de las relaciones, el tono vital queda invadido por la tristeza...).

En el otro extremo de las actitudes se sitúan los adolescentes con escolarización y adolescencia sumidas en los conflictos. La escuela y ellos, ellos y la escuela, parecen haberse vuelto incompatibles. Son vidas con historias y explosiones adolescentes diversas. También son historias escolares singulares con nuevas etapas de dificultad en secundaria. Son adolescencias que, aquí y ahora, no están dispuestas a ser escolares. Nos los envían para que aclaremos qué les pasa y hagamos algo para que se

sometan. Descubrimos nuestra tarea mediadora tratando que las dos partes (la escuela y ellos) cambien algo, no lleguen a la ruptura total.

En medio de los dos extremos, sabemos que siempre hay dos grupos que se intercambian en diferentes momentos. Resuelven, de manera diversa en cada momento, el dilema entre vivir y estudiar (pasárselo bien y suspender). Un grupo de estudiosos que viven o de «vividores» que estudian. Atravesando las dos situaciones, están los resignados (momentáneos o permanentes). Son los chicos y chicas que van al instituto porque es lo que les toca hacer. Las demandas vienen, en unos casos, porque se pasan de rosca y predomina los suspensos y, en otros, porque las nuevas formas de felicidad desconciertan y hacen pensar que perderán los estudios. También, porque cualquier incidente vital hace desaparecer la resignación y no parecen dispuestos a seguir. Las demandas adultas quieren que seamos generadores de argumentos para seguir yendo a la escuela y, al menos, aprobar.

En cualquiera de las situaciones, no podemos olvidar que un día u otro nos plantean crudamente la pregunta clave: «¿y yo por qué tengo que ir al instituto?». Propongo a la lectora o lector que haga su lista argumental (alguna provisional que escribí se puede encontrar en los libros citados), recordando que se trata de sus vidas adolescentes y no de nuestras existencias adultas ya adaptadas y resignadas. Ayudarles no es convertirnos en proveedores de argumentos para la resignación (aunque a ratos la pactemos por pragmatismo).

## CONSTRUYENDO EL PUZLE DE LA FELICIDAD

Nos preocupa que el adolescente no eche a perder los estudios (aunque nosotros tratamos de hacer comprender a sus adultos otros sentidos de la escuela secundaria que no son los estrictamente académicos). Pero, de la misma manera, debería preocuparnos que los estudios no echen a perder su adolescencia. En ocasiones, cuando las notas están por medio, nos incomodan las contradicciones de su búsqueda de la felicidad a toda costa tan omnipresente en sus vidas. Pero, también tenemos momentos de serenidad y aparcamos los títulos o la pretensión de que sean adultos cultos (sin definir qué significa). También somos capaces de decir que solo nos importa que sean felices. Es una más de nuestras vivencias ambiguas. Sin negar ni la felicidad ni el éxito académico, pensamos en la importancia de que encuentren una vida coherente y con sentido.

No profundizaré en este artículo sobre unas vidas con pretensión de felicidad permanente ni en el contenido ético de la felicidad que tratamos de hacer descubrir entre sus felicidades de mercado. Me refiero parcialmente al tema solo para señalar que, para algunos chicos y chicas, la confrontación con los estudios de secundaria acaba convirtiéndose en una

potente fuente de infelicidad. A algunas y algunos, la escuela, en las condiciones en las que deben estar, les genera una buena dosis de los malestares a los que me referiré después.

Nuestra tarea como personas adultas próximas, cercanas, no pasa por obviar las tensiones, sino por buscar formas de compatibilidad entre obligaciones, deseos, presente y futuro. Tratamos de construir un puzle en el que quepan piezas de diversas categorías: de la categoría aprender, de las de descubrir y experimentar, piezas inútiles pero inevitables, piezas de vitalidad adolescente, piezas de realismo adulto... Y esto significará que, en la escuela, en casa, en la calle, en tiempos escolares y no escolares facilitamos que las puedan encontrar y encajar, que no tengan que hacer el puzle con piezas de un solo tipo.

#### LA DIDÁCTICA TERAPÉUTICA Y EL ACOMPAÑAMIENTO EDUCATIVO

Ni como terapeutas, ni como profesionales del acompañamiento adolescente que no transitamos por las aulas, podemos olvidar qué es una buena escuela, qué es una escuela definida en clave adolescente y cómo podemos contribuir a que sea posible.

Participar de alguna manera en el funcionamiento de una escuela que los adolescentes puedan vivir como suya, como territorio adolescente en positivo. Sabemos que no vale cualquier escuela. No es buena por el simple hecho de que parece no generar conflictos con sus adolescentes. Tampoco lo es si renuncia a educar enseñando<sup>2</sup>. Todavía menos si solo valora los títulos, los resultados académicos al final de los estudios.

La escuela que ayudamos a construir es una escuela centrada en el acompañamiento.

Una buena escuela adolescente destina una parte significativa del tiempo a hacer descubrir a todos los adolescentes que algún adulto concreto y significativo está por ellos y ellas. Destina tiempo a demostrar que su vida adolescente también forma parte de los intereses de la escuela. Si educar en la adolescencia es acompañar, los principales esfuerzos deben estar destinados a priorizar la tutoría (cómo ayudamos a que los tutores y tutoras encuentren y practiquen la adecuada manera de acompañar) y hacer presentes en el entorno normalizador (no en el de la respuesta como reacción a las tensiones) de la escuela a los otros profesionales (como los de la salud mental) que pueden acompañar o que comparten acompañamiento con tutores y tutoras.

---

<sup>2</sup> Pensando en esa aproximación al sentido de la escuela escribí en 2019 un texto, a punto de aparecer en castellano: «Ser maestro cuando parece que nadie sabe para qué sirves» (Octaedro 2021)

Pasemos a la segunda parte de las reflexiones. Desde la perspectiva de la salud mental, ayudamos a los adolescentes a construirla, a saber gestionarla y a recuperar equilibrios cuando su vida se ha vuelto una fuente de padecimientos para ellos y ellas y para sus adultos. Este artículo no pretende abrir ningún debate sobre la clínica de la adolescencia. Ni tengo espacio ni nos llevaría a grandes conclusiones. Tan solo me atrevo a recordar que, para una mirada adulta poco acogedora y flexible, la variada fenomenología adolescente puede convertirse con facilidad en sintomatología. También, que, si tuviéramos posibilidades de ejercer la paciencia y la esperanza permaneciendo a su lado, comprobaríamos que todo es provisional en su adolescencia y todo puede acabar siendo diferente. Obviamente, tampoco negaré que estoy entre los profesionales perdidos que no siempre acaba de saber cómo ayudar y algunas vidas que pretendía mejorar acabaron en el desastre.

Como forma de acotar nuestra preocupación por la salud mental adolescente, dedicaré las próximas líneas a resumir tres ideas o conceptos aplicados a sus realidades: las variables de las que suele depender su «salud mental»; sus malestares; el contenido de nuestra pretensión de conseguir que lleguen a convertirse en personas equilibradas. Las tres condicionan las propuestas de atención, de ayuda, de acompañamiento.

#### ¿DE QUÉ DEPENDE SU SALUD MENTAL?

Los profesionales que llevan tiempo tratando de ser útiles en las vidas adolescentes, saben de la facilidad con la que las turbulencias adolescentes son interpretadas como insanias por una parte de sus adultos. También conocemos las incompatibilidades entre lo que viven y lo que la realidad familiar o institucional les impone. No olvidamos que su propia condición adolescente puede convertirse en fuente de desasosiego y que no siempre es fácil ubicarse entre la infancia a olvidar y la juventud que esperan conseguir. Por eso, sugiero que nos hagamos la siguiente pregunta (sin recurrir demasiado a nuestros modelos de referencia): ¿De qué depende su salud mental? Entre otras variables vitales, va dependiendo de:

1. Cómo gestionan su propia adolescencia (en qué proporción, entre situaciones, es un estado satisfactorio o está demasiado dominado por las angustias y las incertidumbres). Por eso les ayudamos a entender qué les está pasando<sup>3</sup> y tratamos de que las otras miradas no problematicen su conducta.

---

<sup>3</sup> Siguiendo esta lógica, en el libro *Quiéreme... pero necesito que me cuentes más*, escribí el texto «La adolescencia explicada a los adolescentes».

2. Cómo depositan (cómo expresan) sus malestares y sus disconformidades adolescentes (si, por ejemplo, depositan los malestares en el cuerpo y aparecen los trastornos alimentarios o si optan por saltarse las normas como forma de descargar rabias acumuladas). Por eso, una parte de nuestra ayuda tiene que ver con facilitar los «objetos» apropiados para hacerlo y con descubrir de qué manera su conducta afecta a otras personas.
3. La reaparición en formato explosivo de sus historias infantiles difíciles (la adolescencia es un tiempo para pasar cuentas a historias vitales anteriores y las crisis adolescentes sacan a la superficie viejas dificultades). Por eso tratamos de conseguir que pasen página, que se sientan en positivo, que descubran sus capacidades para imaginar futuros.
4. La posibilidad o imposibilidad de reequilibrar un pasado difícil ahora que son adolescentes y tienen otras herramientas vitales (por ejemplo, utilizar el pensamiento reflexivo, antes imposible, para analizar la vida con otras perspectivas). Por eso tratamos de que la escuela les ayude a adquirir esas capacidades o abordamos el autoconocimiento o les facilitamos parar a descubrir cómo se sienten. No son herramientas automáticas, que vienen dadas de serie.
5. Las respuestas que reciben, de los adultos y de los iguales, a sus malestares, expresados a menudo de maneras silenciosas o con conductas difíciles (cómo clasificamos los problemas que nos crean o la sensibilidad de nuestro sistema de observación de sus vidas). Por eso aprendemos a observar no a descubrir factores de riesgo y sabemos que una etiqueta tan solo produce fijaciones en el problema.
6. La posibilidad de que las experiencias adolescentes aceleren el desarrollo de hipotéticos trastornos mentales de base más biológica, que tal vez aparecerían, o no, más tarde, sin una vida adolescente arriesgada, (por ejemplo, un proceso psicótico no previsto a causa del consumo de cannabis). Por eso nuestro trabajo consiste en conseguir que aprendan a gestionar los riesgos y sepan protegerse de los daños añadidos.

De todas estas variables y de muchas más, en combinación desconocida, depende que su salud mental se construya en positivo, peligre temporalmente o se complique de manera intensa y duradera.

Finalmente, refiriéndome a esas complicaciones, que parecen agudizarse en la salida de la adolescencia, me gustaría hacer un apunte sobre los adolescentes varados, recostados sobre la arena, esperando que llegue la ola benigna que los devuelva al oficio vital de navegar. Los chicos y las chicas adolescentes que ponen sus vidas en modo *pause*, en espera de no se sabe bien qué o que quedan varados en una arena que no siempre está

en calma o acababan su adolescencia encallados y con tendencia a buscar salidas que no los conducirán a buen puerto. ¿Por qué se detienen? ¿Cómo y por qué múltiples razones una adolescencia llega a quedarse encallada y (no siempre) a entrar en un recorrido errático? Saldrán ya de la escuela, no vendrán fácilmente a nuestros dispositivos y harán su nueva transición vital en soledad. ¿No podíamos haber hecho algo antes para que en su desorientación supieran cómo buscar compañía?

#### MEJOR HABLAMOS DE «MALESTARES»

Repetidamente he escrito «malestares» porque, en mi opinión, para poder entender toda la secuencia de las diversas situaciones de sufrimiento y dificultad, lo que pasa en las vidas adolescentes cuando se vuelven complicadas, debemos hacer un análisis a partir de los malestares. No tiene mucho sentido intentar discriminar si un sujeto como el adolescente, en continua transformación, está situado en el territorio de la insania o en el de la salud. Es mejor tener presente que estamos delante de personajes sometidos a malestares de intensidad diversa.

La adolescencia como tiempo de primeras veces, de nuevos itinerarios sin brújula ni equipaje es un tiempo de «malestares». Hablar de malestar es hablar de dificultades para encajar, de no acabar de encontrarse bien en la propia piel, viviendo en un determinado entorno que obliga a soportar determinadas tensiones. El malestar es el resultado de una aclimatación difícil a una situación vital que escapa en parte a nuestro control, es el desasosiego de sentirse metido en la vida con calzador.

Los malestares también son el producto de una relación, de una interacción entre dos partes (la escuela y el adolescente, la familia y el adolescente, el grupo y el adolescente) que no acaban de estar en sintonía. Hablar de malestares adolescentes supone referirse a las dificultades de encajar con uno mismo, a las que surgen de las relaciones entre iguales, a las que se producen por su presencia en unos espacios u otros, a las que se derivan de sus relaciones con diferentes personas adultas o de sus formas de estar y actuar en sociedad. Por razones diversas, suyas y nuestras, hay momentos en los que el adolescente no encaja. Padece y hace padecer.

Los malestares, como toda situación humana que genera sufrimiento, tienen diversas formas de expresión. Cuando el adolescente tiene que satisfacer su necesidad de descubrir otros mundos, sus sentimientos pueden estar presididos por la angustia o por la búsqueda intensa de placer (juntarnos el enamoramiento, el descubrimiento de ser una persona deseada, los video porno, ... y tendremos desasosiego y conductas por encajar). Cuando las conductas arriesgadas pasan a ser el núcleo central de sus actividades, es posible que aparezcan conductas destructivas. A menudo serán la expresión activa de unos adolescentes que no encuentran su lugar en el mundo.

El malestar es una situación dinámica que puede afectar a todos los adolescentes en la medida en que viven una etapa de transformación, de construcción, de tránsito, en un mundo cambiante, en relación con una sociedad adulta perpleja, que ve reflejadas sus incertidumbres en los adolescentes. Como producto de esta difícil construcción y de estas relaciones tensas, ambas partes suelen sufrir, se sienten mal (los adolescentes consigo mismos, las personas adultas con sus expectativas no cumplidas o con sus angustias por el futuro). Son situaciones de intenso malestar que la mayoría acabará gestionando en positivo, aunque quedarán marcas significativas en su vida.

Los grupos de adolescentes «con problemas» están compuestos por chicos y chicas a quienes sus malestares intensos los llevan a complicarse la vida de diferentes maneras. En unos casos, lo que sucede es que lo que hacen y las tensiones que los rodean parecen superar lo que pueden soportar. Son adolescentes «broncas», que «pasan» de sus padres, que arriesgan hasta el extremo, que lo dejan todo, a los que nada parece contenerlos. Otros son adolescentes sufridores que no se meten con nadie, que no crean problemas de confrontación pero que van adentrándose en su mundo, sufriendo, en desacuerdo total consigo mismos y con lo que los rodea.

#### EL JOVEN «EQUILIBRADO» QUE AYUDAMOS A SER

En la adolescencia no tiene sentido hablar de factores de riesgo (la buena adolescencia siempre vive el riesgo como atractivo) y, menos todavía, dedicarnos a hacer prevención (tratar de evitar futuros negativos a sujetos que no piensan en el futuro). En realidad, lo que debería preocuparnos es cómo les ayudamos a gestionar su adolescencia y cómo proyectamos el estado saludablemente positivo en el que nos gustaría que estuvieran al dejar la adolescencia y pasar a ser jóvenes. ¿Qué entendemos por una persona joven equilibrada? ¿Cómo podemos explicar que, al llegar a una cierta estabilidad juvenil, hayan construido una salud mental razonable?

Pensando en el adolescente que, por fin, se va librando de su adolescencia, nuestras pretensiones sobre su «equilibrio» podrían ser, en parte, estas:

- Consiga saberse, conocerse y, al mismo tiempo, no perder una adecuada dosis de necesidad de ser de otra manera.
- Gestione emociones, sentimientos, afectos.
- No haya perdido las ganas de continuar descubriendo la vida.
- Tenga habilidades para abordar negaciones y frustraciones, para contrastar los deseos con la realidad.
- Pueda explicarse los motivos de sus malestares.
- Tenga ganas de saber más, de continuar encontrando explicaciones a la vida.

- Continúe creando, haciendo proyectos.
- Los demás ocupen un lugar en su forma de ser y vivir.

Podríamos decir que el «equilibrio», el resultado que hay que esperar de su evolución y de nuestra influencia educativa es que tenga un conjunto de ideas, sentimientos, experiencias y vivencias que produzcan una satisfacción moderada y realista con lo que son y con la vida que llevan.

Aunque resulta mucho más habitual hablar de los problemas, supuestos o reales, de salud mental de los chicos y chicas adolescentes que de cómo ayudarlos a gestionar saludablemente sus adolescencias, tenemos que partir de propuestas en positivo para construir la salud. Definir lo que esperamos y no quedarnos en diagnosticar lo que ahora parecen ser.

#### RECORDEMOS ALGUNAS DE LAS REGLAS PARA SER ÚTILES ENTRE ADOLESCENTES

Y así llegamos a la parte final de las reflexiones que propuse: recordar algunas ideas sobre lo que vale la pena hacer y lo que resulta contraproducente e inútil para tratar de ayudar a los adolescentes. Nunca tuve ni tengo ahora remedios para la acción inmediata. Sufría y sufro por encontrar las maneras de acompañar, durante tiempos de diversa duración, a los adolescentes con vidas complicadas o que parecían perderse o que quedaban encallados. He mirado de modificar todas esas variables y circunstancias generadoras de malestar e incompatibilidad de las hemos hablado. He tratado de provocar las olas que permitan a las naves adolescentes varadas volver a navegar. Pero ni escribí el manual ni patenté un método. Fui haciendo. En la escuela y en las alternativas a la escuela oficial, en la calle y en los espacios juveniles, en consulta formal y en psicoterapia de bar.

Algunas ideas han persistido y las puede encontrar el lector en textos más amplios. Todas esas ideas, además, pasan estos días el filtro de la existencia entre el caos de la pandemia. La escuela que ya era urgente cambiar está obligada a ser diferente (también nosotros hemos de pensar cómo). El mundo virtual que ya definía buena parte de sus vidas se ha demostrado como estructural para aprender y para ser. Para seguir siendo referentes en sus vidas existen diversos grados y formas de presencia y la distancia no es estar o no cerca, sino ser percibidos como cercanos e interesados por sus vidas, aunque la relación sea por la «videollamada», personal o de grupo, correspondiente. Si siempre fue urgente mirar, escuchar, observar, saber preguntar, ahora ha pasado a ser imprescindible para no interpretar (ahora que somos adultos miedosos e inciertos) y para no traspasar lecturas de incomprensión adulta sobre lo que hacen.

Recupero las viejas reflexiones puestas al día. Como decía al principio del artículo, no olvidemos que estamos inmersos en una dificultad estructural: la inexistencia de sistemas adecuados de ayuda a los adolescentes

que pasan por situaciones de dificultad significativa. Además, no podemos volvernos conservadores. Cualquier nueva crisis supone pensar cómo podremos, con otros parámetros, construir las relaciones de influencia de siempre (lamentarse, por ejemplo, de que ven porno tempranamente no conduce a nada; nuestra obligación es pensar dónde y cómo les ayudaremos a descubrir la bondad de los besos y los abrazos).

También sirve para la salud mental aquello de que no se los puede ayudar cuando tienen dificultades si no se está cerca de ellos en el día a día. La autoridad terapéutica se gana demostrando previamente que nos interesa su vida, que no les prestamos atención ahora porque fuman porros o los expulsan de la escuela, sino que ya lo hacíamos antes, cuando estaban «agobiados» por un mal enamoramiento o una tensión insostenible en casa.

#### CONSTRUYAMOS LA POSIBILIDAD DE LA ESCUCHA

La pandemia no generará más trastornos adolescentes ni más adolescentes trastornados. Sí que genera y generará un incremento exponencial de necesidades de escucha. Desde las vidas familiares confinadas a las dificultades para gestionar las emociones y las relaciones sociales limitadas, pasando por la desregulación de las rutinas que organizaban sus vidas, la mochila de lo que necesita ser mirado y escuchado se va llenando. Por eso debemos aparecer por la escuela, al menos para ayudar a mejorar los sistemas de observación del profesorado y para poder ser en algún momento el profesional que, con encuentros diversos, se ocupa de permitirles expresar cómo se sienten.

Recordemos que una escuela que ayuda, que tiene un buen sistema de tutoría personalizada y la organización adecuada de los grupos, se convierte sistemáticamente en terapéutica porque se propone como objetivo reconstruir itinerarios a partir de la relación cotidiana, con la presencia de adultos positivos significativos, sin obviar los sufrimientos y los malestares de unos y otros. Complementariamente, un buen recurso de salud mental adolescente tiene profesionales que salen del despacho y son conocidos por los adolescentes en espacios como la escuela o el centro de jóvenes. Su trabajo no se basa en el hecho de que acudan los adolescentes, sino que empieza por ir a donde están ellos.

Nuestra relación con la escuela y sus adolescentes también pasa por la relación con los recursos diferentes, con las escuelas de «segunda oportunidad» (mejor definidas como de «nuevas oportunidades») que recogen lo expulsado, lo no soportable<sup>4</sup>. Con ellas compartimos la preocupación y el

---

<sup>4</sup> Un ejemplo de ese trabajo salud mental escuela de nuevas oportunidades puede verse en: <http://www.ellindar.org/>

encargo de hacer algo con los adolescentes que encontraron en su camino piedras que no pudieron bordear. Con sus profesionales construimos una «clínica de la comprensión», facilitando a los adolescentes explicaciones útiles para gestionar lo que les estar pasando. Adolescentes que prefieren situar sus malestares y padecimientos en la categoría de «malos» antes que en la etiqueta de «locos» (en los recursos que les devuelven su capacidad para hacer algo positivo y no en los que continúan inhabilitándolos).

Para pensar las respuestas, hemos de comprender que, en la mayoría de las situaciones, para ayudarlos se necesitan tres cosas:

- una persona adulta (o varias) con la que se sientan cercanos, en la que puedan confiar, dispuesta a atenderlos flexiblemente cuando sientan malestar y pidan auxilio (casi siempre de manera indirecta, sin citas previas ni horarios);
- algún lugar que perciban como un espacio adolescente para poder encontrarse con los adultos dispuestos a estar flexiblemente a su lado (entre la play y el aburrimiento);
- un grupo familiar, un espacio de pertenencia complementario o substitutivo, que aguante su adolescencia mucho más allá de las pequeñas broncas y preocupaciones (por eso ayudamos a los adultos a entender y aguantar las adolescencias que alteran sus vidas o facilitamos relaciones permanentes con otros adultos en entornos jóvenes).

## CONSTRUIR JUNTOS LA RED DE REFERENCIAS

Cuando volvemos a estar inmersos en un empobrecimiento económico de muchas familias y una desigualdad agudizada imposible de justificar, en medio de una perplejidad educativa significativa, no podemos mantener los viejos sistemas parcelados de atención. Recordemos que no vale cualquier respuesta y que las que damos a los adolescentes suelen añadir problema.

Si no fuera porque la expresión está profundamente devaluada volvería a hablar del «trabajo en red». Recordando que los adolescentes son de quien se los encuentra, de quien establece el primer contacto acogedor, aunque luego trabaje para que la confianza que el adolescente depositó pueda pasar a otro profesional si es necesario (recordemos que el verbo derivar está prohibido y no sirve con los adolescentes).

Cuando se acababa el primer confinamiento total reclamé en un artículo el «derecho al acompañamiento mínimo garantizado». Cerrada la escuela y buena parte de los recursos de encuentro y de apoyo que tenían, los adolescentes habían vuelto a sus soledades. Reclamaba que nos pusiéramos de acuerdo y que el complejo enjambre de profesionales de

lo educativo, lo social y lo terapéutico hiciéramos el favor de garantizar acompañamientos. No podemos dedicarnos, decía, a pensar en problemas futuros sino a garantizar ahora que ningún niño (ningún adolescente) está solo o solo en relación con los adultos del grupo familiar. Urgía a poner en práctica ya, de manera real, la relación entre los profesionales de dentro de la escuela y los de fuera, de forma que quedara claro quién es para cada niño (cada adolescente) su persona de confianza y referencia y quien está disponible, si hace falta, para la ayuda<sup>5</sup>. Tardaremos mucho en construir referencias significativas, fiables, si ahora se sienten solos, sin poder comprobar que importan a alguien más que a sus padres (o ni siquiera a sus padres).

---

<sup>5</sup> Experiencias recientes sobre cómo construir el «dentro-fuera» con la escuela pueden encontrarse en ECHEVERRÍA, J. (2020): *Entre la escuela y la calle. Experimentación para reforzar la educación formal con propuestas de educación no-formal*. Asociación Navarra Nuevo Futuro, <https://laboeduca.org/wp-content/uploads/2020/06/rupturas-web-2020.pdf>



# ADOLESCENCIA Y EDUCACIÓN SOCIAL

*David Ventura Lluch*

## PREFACIO

A modo de prefacio y antes de hablar de cómo se entiende la adolescencia desde la Educación Social, me gustaría hacer una previa que me es muy necesaria para poder enmarcar este escrito. En el momento en que los adultos, los profesionales, intentamos definir, valorar o sencillamente divagar sobre la adolescencia no podemos situarnos únicamente en modo «versión científica», pues absolutamente todos hemos vivido esta etapa a nivel personal de un modo u otro. Esto significa que nuestro saber está profundamente «impregnado» de nuestra propia experiencia, y seguramente esto es extrapolable a otras áreas de conocimiento. Por otro lado, como diría Nietzsche (1), necesitamos saber e investigar porque no podemos aceptar el caos de la realidad (en este caso la etapa de la adolescencia). Intentaré acercarme al tema desde una mirada más «artesana», dónde existiendo unos conocimientos teórico-científicos, también es necesario la incorporación de la creatividad y la sensibilidad, dejando un hueco a lo desconocido. Tampoco quiero olvidarme de cómo se percibe la adolescencia a pie de calle, solo hace falta acercarse a una librería y leer los títulos de libros referidos a la adolescencia («La buena adolescencia: Claves para que padres sin complejos disfruten de este momento único», «Un extraño en casa. Tiembla, llegó la adolescencia», «La adolescencia: Siete claves para prevenir los problemas de conducta», «La adolescencia: manual de supervivencia, guía para padres e hijos»...). Expuesto esto, hablaré de la adolescencia desde mi experiencia de educador social que lleva más de veinticinco años trabajando con adolescentes en distintos ámbitos, que recuerda haber vivido una adolescencia fácil y feliz, y padre a su vez de dos futuros adolescentes.

## UN PUENTE A LA VIDA ADULTA

En primer lugar, decir, como es obvio, que la adolescencia es un momento de crisis. De duelo, identidad y narcisismo. Aberastury y Knobel (2) nos plantean que el adolescente pasa por tres duelos: del cuerpo infantil, cambios físicos que aparecen en la pubertad y habilitan la reproducción; del rol infantil, solicitando mayor autonomía y adquiriendo mayor responsabilidad; y del duelo de los padres de la infancia, diluyendo los padres idealizados y apareciendo una mayor crítica hacia ellos.

Las conductas del adolescente nos muestran su necesidad de continuar con el legado de las generaciones antecesoras para dar sentido al camino que han de recorrer (3, 4), se produce la conexión entre la historia del sujeto, la estructura de personalidad, su funcionamiento psíquico y la realidad actual.

En mi trabajo con los padres de adolescentes y para que puedan entender a sus hijas les hago la siguiente metáfora: les pido que recuerden a sus hijos de pequeños, y que se los imaginen de adultos. Entre esas dos imágenes deben imaginar un puente, a partir de ahí deben saber que no solo hay un puente, puede haber varios, pero hay una dificultad, y es que sus hijos no ven el puente, de hecho no saben que hay un puente, pues su mirada es de corto alcance, sin ser conscientes de ello. A partir de ahí, la labor como madres es dejar que sus hijas deambulen por dicho puente, haciendo su propio camino. Han de ir colocando algunas luces que ayuden a vislumbrar distintas partes del camino, pero tampoco deben indicar e iluminar el puente entero pues en ese caso el aprendizaje de descubrir, de enfrentarse a los errores, el buscar su propio lugar tampoco se dará y nos encontraremos con «jóvenes» y/o «adultos» dependientes siempre de un «padre». Otra de las labores de los adultos es la de colocar distintos tipos de vallas en el borde del puente, las primeras serían como los guarda railes de las carreteras, fáciles de sobrepasar, para luego poner unas vallas metálicas de cierta altura, que aunque para saltarlas se deba hacer un esfuerzo, en el otro lado aún hay el piso del puente, y para terminar deben poner una gran pared, si es necesario con concertinas, pues en el caso que se sobrepasase dicha pared hay el vacío. Les explico la importancia de tener distintos tipos de vallas, pues la adolescencia también consiste en saltarlas. Así las luces deben entenderlas como la función acogedora y las vallas como la función limitadora, dos funciones fundamentales en la educación de los hijos. Si sigo usando esta metáfora es porque la experiencia me ha demostrado que ayuda a los cuidadores a recolocarse, a no sentir a sus hijos adolescentes como «enemigos» o como unos seres queridos «extraños».

La adolescencia debe entenderse no solo como un espacio, tiempo de transición al mundo adulto, debe ser entendido y proyectado como un momento continuo de construcción. Desde la visión del adulto dicha construcción la valoramos como oportunidades o riesgos según «nuestra» perspectiva, pero no siempre dicha valoración es compartida por el adolescente, y es en este punto donde acontece la «confrontación» entre el mundo adulto y el adolescente. Mi experiencia me indica que es en este choque de valores donde se genera el malestar recíproco.

#### IMPORTANCIA DE LA ÉTICA

¿Cómo enfrentarnos al dilema?: usando la ética. Como padres y adultos creemos estar en posesión de la certeza de discernir lo que está bien de

lo que está mal. Deberíamos preguntarnos si esto es verdad, los adolescentes nos cuestionan nuestro sistema de valores, «obligan» al mundo adulto a replantearse sus propias creencias y valores.

El trabajo con adolescentes ha de pasar por un espacio que ofrezca salir de posiciones omnipotentes y castradoras, ofreciendo nuevas miradas y una posición de «estar al lado» en su búsqueda de nuevos objetos e identidades. Debemos brindar la flexibilidad y creatividad necesarias que abran espacio para el pensamiento, la mentalización y la posibilidad de relaciones afectivas placenteras que fomenten nuevas investiduras. Cabe preguntarse: ¿«qué necesita un niño para crecer, madurar y encaminarse hacia el futuro»? (5).

Debemos preguntarnos si somos adultas en el sentido cuestionarnos a nosotras mismas desde la madurez. ¿Somos conscientes de nuestros límites? ¿Reconocemos nuestros miedos? ¿Somos conscientes hasta qué punto nos proyectamos en los adolescentes? ¿Aceptamos que el adolescente pueda estar en posesión de algunas verdades, o dicho de otro modo, que nosotros no estemos en posesión de la Verdad? ¿Les daremos la oportunidad de encontrar su propio camino? ¿Vamos a darles la oportunidad de aprender de sus propios aciertos y errores?

En el mundo de la educación, y en la sociedad en general, debemos distinguir claramente entre lo que es educar y lo que es dogmatizar. Lo que distingue lo uno de lo otro es la ética. Cuando educamos estamos transmitiendo unos valores, pero bajo una mirada ética, y por lo tanto educamos. Cuando la ética no está presente entonces deberíamos hablar de adoctrinar. Socialmente tendemos a pensar que los padres educan a sus hijos, pero como ya he mencionado, en muchos casos lo que hacemos es adoctrinarlos, no hay una reflexión ética sobre aquellos valores que queremos transmitir a los hijos, por lo general no pensamos en aquellos valores que queremos inculcar a «nuestros» hijos, ya que entendemos que estos son los valores que deben formar parte de la moral de «nuestras» hijas. Por otro lado, cuando los adolescentes se despojan de los pronombres posesivos «nuestro» y «tuyo» para quedarse con hijo puede conllevar que muchos padres sienten la pérdida de «su» hijo. Esto lleva a otro de los elementos clave de dicho periodo, y es lo que llamaríamos el duelo de los padres, muchos padres explican que en estos momentos es como si perdieran al niño que hasta entonces les adoraba, les preguntaba, les necesitaba... y sienten que esa nueva persona les está cambiando su rol de padres y que están perdiendo al niño que tanto querían y conocían hasta la fecha. Muchas familias adoctrinan a los hijos, pensando erróneamente que los educan<sup>1</sup>,

---

<sup>1</sup> Los profesionales también incurren en dicho error, por ejemplo, cuando dicen hacer «psico-educación», cuando en lo que se refiere a la segunda parte de la palabra compuesta lo que están haciendo es informar, o en el mejor de los casos enseñar, así deberían hablar de «psico-información».

así que cuando los hijos llegan a la adolescencia y empiezan a cuestionar los valores de los adultos, deben empezar a interiorizar su propia escala de valores y eso conlleva que muchos adultos definan esta etapa como de rebeldía, irresponsabilidad, egoísmo... cuando en realidad lo que está ocurriendo es que el adolescente nos «obliga» a repensar nuestros valores, nos hace presente el cambio, el paso del tiempo (¡el adulto ya no es un adolescente!). Otra de las características también tiene que ver con los cambios a nivel fisiológico que sufre la persona, así nos encontramos con una persona que está viviendo cambios físicos, psíquicos y sociales a la vez. Me atrevería a decir que es en la adolescencia a nivel personal y la adolescencia a nivel social dónde se produce la chispa del cambio, es el lugar y el espacio dónde se da la posibilidad de cambiar aquello que no nos agrada, tenemos varios ejemplos, como la lucha por el cambio climático, o el movimiento para la educación en el tiempo libre.

Desde mi experiencia personal y profesional, aunque es cierto que las adolescentes viven una etapa de muchas tensiones internas, también es cierto que estas tensiones se van produciendo a lo largo de toda la vida, pues estamos en un diálogo interno de confrontación de nuestros propios valores morales, seguramente la diferencia estriba en el modo en que este diálogo interno produce tensión con nuestro entorno social.

#### APORTACIÓN DESDE EDUCACIÓN SOCIAL

Llegados a este punto nos percatamos que he definido a la adolescencia en relación al adulto, pero ¿puedo, desde la Educación Social, definir la Adolescencia por sí misma? Sinceramente no estoy seguro de ello. ¿Con qué parámetros definimos la adolescencia? ¿Por la edad? ¿Por el estado civil? ¿Por si estudian y/o trabajan? ¿Por núcleo familiar? ¿Por aficiones? Podría hacer otras tantas preguntas, y seguramente encontraríamos características comunes, pero a la vez, al fijarnos detalladamente en cada persona nos daríamos cuenta que no encajarían perfectamente en todas y cada una de las categorías. Así pues, sabiendo que cualquier definición nos va a dejar personas más o menos excluidas, y por lo tanto no va a ser perfecta, a mí me gusta definir la adolescencia como aquel periodo en que la persona en primer lugar empieza a cuestionarse su sistema moral, en contraposición al sistema moral en el que ha vivido, para en segundo lugar reconstruir su propio sistema. Alguno podría preguntarse si esto mismo no suele pasar en la madurez, de sobre son socialmente conocidos la crisis de los «40» o los «50», y me atrevo a vaticinar que en poco tiempo nos encontraremos con las crisis de los «60» o los «70». Otro elemento distintivo que define a la adolescencia es que dicho diálogo interno no solo busca un nuevo lugar en la sociedad, sino que busca a la vez una nueva sociedad que tenga lugar en su persona, esto es, que en la adolescencia no solo nos hallamos en un diálogo moral individual, sino que

también se busca ese diálogo social de cambio. Estos dos diálogos, interno y externo, se producen a la vez, interactuando lo personal y lo social constantemente, produciendo muchas veces una «desorientación», que aunque aparentemente se presenten seguros de sí mismos, de aquello que desean o que repudian, en realidad «transitan» por una realidad en «construcción», a mi entender el adolescente empieza a reconstruirse como persona y a reconstruir lo que le envuelve como sociedad.

Se hace evidente en este momento la importancia de la tarea educativa realizada durante la infancia, es el primer momento donde la persona empieza a decidir qué lugar ocupa, empieza a definirse autónomamente... lejos de la seguridad de los adultos. Nuestra labor ha de pasar por averiguar lo singular de cada uno, por posibilitar que el adolescente se convierta en agente de cambio, desde una posición que trabaje por hacer desaparecer el sufrimiento y el malestar pero con la promesa de un acompañamiento y una mirada abierta, que se acerque a lo desconocido desde la curiosidad y la propuesta de reconocer y reconocerse, observando las propias limitaciones y miedos pero deseando poner luz en las sombras. Es necesario cambiar el punto de mira, poner luz y actuar desde y hacia la salud. Enlazando con la metáfora del puente citada al inicio, a los adolescentes les explico que están transitando por un espacio en «obras», dónde deben ir construyendo no solo desde cimientos seguros, sino que a veces también deben construir desde la provisionalidad, que no solo se trata de construir, sino que, a veces, una construcción nos sirve para construir otra, y que al finalizar debemos desmontar «andamiajes», y que por supuesto tienen todo el derecho a equivocarse, a reconstruir lo anterior, o a «copiar» otras construcciones. En definitiva, la adolescencia es un punto de inflexión en la vida de la persona, donde empieza a preguntarse quién es, qué lugar ocupa, qué sociedad desea, a la vez que empieza a dar respuestas a dichas preguntas.

Así pues, ¿qué aporta la Educación Social a la adolescencia? Una sentencia que a veces comentamos entre compañeros dice «El educador quisiera que el educando escogiera libremente lo que el educador hubiera escogido» (6). En esta sentencia se resume todo lo descrito anteriormente, como adultos debemos acompañar a los adolescentes en la construcción de su sistema moral, sin olvidar nunca que dicho acompañamiento no se convierta en adoctrinamiento. Para poder hacer esto, y no solo como educador sino cualquier persona que esté en contacto con adolescentes (profesores, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros...), debemos situar en el centro de nuestras actuaciones la ética, para mi pilar fundamental de cualquier relación, profesional incluida, entendida como un modo de ser y de estar en el mundo y con los demás (7). Esta manera de entender la ética conlleva el «estar». Uno debe estar presente, conscientemente y activamente. Es lo que muchos adolescentes definen como «estar a muerte», no podemos simular que los entendemos, o hacer ver que nos preocupa lo mismo, debemos ser honestos con nosotros mismos y con ellos.

Reconocer al otro, emocional, social y jurídicamente, su alteridad (más allá del nos-otros). Debemos empatizar con los adolescentes, debemos recordar que también lo fuimos. En ocasiones, con padres de adolescentes les cuento que cuando yo era adolescente le «cogía» prestado a mi padre los chalecos de sus trajes, y me los ponía encima de la camiseta, que ahora me puede parecer ridículo, pero lo importante es que eso me ayuda a recordar lo que sentía en ese momento, lo importante que eran esos chalecos, para mi bienestar, y les invito a que hagan lo mismo, que busquen algo (música, moda...) que les permita recordar lo que sentían. Es importante no ningunearlos, o pensar que «eso ya se le pasará», «cuando crezcas ya te darás cuenta», o frases similares, se merecen todo el respeto y comprensión.

Responsabilidad y poder, entendiendo que no es una relación entre iguales, que es una relación asimétrica, pero donde debemos dar espacio a que el otro pueda ejercer su libertad, lo que debe llevar parejo el aumento de responsabilidad, así el profesional se va deprendiendo del poder que le otorga la entidad, sociedad... a favor del adolescente. Tenemos que saber poner los límites, que no prohibir.

Cuidado y hospitalidad calor humano: los adolescentes no son ajenos a ello, con eso quiero decir que debemos incluir las emociones en nuestro trato con ellos, así como el sentido del humor.

Amar, actitud amorosa. Desde mi punto de vista algo crucial y que es un poco el resumen de todo lo anterior, es fundamental querer («estimar» en catalán) al adolescente que tengamos delante, si esto no es posible (que puede ocurrir) entonces es nuestra obligación buscar de qué manera vamos a poder quererle, y en muchos casos el trabajo en equipo ayuda en esta búsqueda.

En mi opinión, cuando la relación entre adulto/profesional y adolescente no se rige por esta actitud ética está condenada al fracaso, pues aunque a corto plazo pueda parecer lo contrario (respaldada muchas veces con la realización de múltiples test, escalas y valoraciones) a medio y largo plazo estas intervenciones, en el mejor de los casos, caen en el olvido, pues no han logrado el poso necesario para que, en la construcción del sistema moral de la persona, tenga una significación relevante lo que dicho adulto ha intentado aportar, o incluso al contrario, puede convertirse en antítesis de los valores del adolescente.

La realidad frágil que se observa en Salud Mental en tanto población de riesgo, hace necesaria la reflexión pausada. La tendencia a un modelo neohigienista produce una intervención medicalizada y tecnócrata que pretende regular lo que denomina como desviación social, se genera «un solo movimiento, controlar al sujeto y controlarse a sí mismo. Este intento de control a dos bandas se ha transformado así en norma única que afecta tanto al profesional como al sujeto» (8). En los espacios hospitalarios fácilmente se cae en una tendencia donde se sitúa el conocimiento médico por encima del educativo. Caer en modelos que se rigen por una sola disciplina puede llevar a acciones e intervenciones erróneas e insuficientes,

especialmente en Salud Mental. «Nombrar no es conocer; no basta con dar nombre a una conducta para poder dar cuenta de la complejidad de todas sus vertientes ...» (9). La tendencia a psiquiatrizar al sujeto y definirlo en exclusiva desde la patología, limita su comprensión.

Desde el ámbito de la Salud Mental, se tiende a focalizar la mirada en el malestar que presenta el adolescente, a definir la sintomatología y a abordar psicológicamente y/o farmacológicamente dicho malestar, para poder mejorar el bienestar de la persona. Cuando digo que desde la Educación Social debemos mirar desde la Salud, me refiero a que nos encontramos con adolescentes que tienen su diálogo interno (sean o no conscientes), y que posiblemente, en dicho diálogo, el trastorno también juega un papel importante. De este modo nuestra aportación terapéutica es la de acompañar en este conflicto para la construcción de la escala de los valores, teniendo en cuenta las particularidades de cada individuo y del entorno dónde se encuentra. En resumen, nuestro foco de atención también se focaliza en el malestar de la adolescente, pero con una mirada distinta y complementaria al resto del equipo.

Las funciones de los profesionales del equipo de Salud Mental deberían promover el diálogo y producir acciones desde distintas posiciones con un mismo fin, reconocer y acompañar al adolescente, más allá de la patología que lo enmarca, crear un espacio que afronte los diferentes prismas: social, educativo, médico y psicológico.

Así, si la mirada se sitúa en el sujeto aparece su complejidad e interrogantes, reconocer que hay partes opacas que nunca conoceremos: lo íntimo de cada uno, lo desconocido y establecer un diálogo conjunto entre los profesionales con el fin de facilitar el intercambio que produce el trabajo en equipo. Explorar más allá de una dimensión biológica estricta donde también incide lo social, personal o la cultura en la que se inscribe el adolescente. Las vivencias construyen al sujeto más allá de lo médico, y el momento histórico y cultural por el que atraviesa conforma, a la vez, su forma de ver y hacer en el mundo, único y singular.

De ese modo, a través de un espacio de creatividad y construcción conjunta se da lugar a acciones que favorezcan el crecimiento y mejora de cada uno de los chicos/as con el acompañamiento del equipo. Ofrecer espacio a la pregunta y reconocer que todo no está escrito ni lo sabemos, debería ser la base de cualquier equipo interdisciplinar.

## EPÍLOGO

A modo de epílogo, puede ser que algunas y algunos se hayan percatado de un error en el uso del género femenino y masculino, y seguramente lo hayan atribuido a un error de redacción, nada más lejos de la realidad. En casi todos los textos de divulgación que he leído, se usa el género

masculino, creando en el imaginario que lo «científico» y/o «divulgativo» está vinculado a lo masculino, contribuyendo de esta manera a asentar el machismo en nuestra sociedad. Al plantearme este artículo pensé en redactarlo usando exclusivamente el género femenino, pero debo reconocer mi incapacidad para llevar a cabo dicha proposición, pues después de varias revisiones, y de la inestimable ayuda de mi pareja, el artículo transmitía la idea contraria a la perseguida. Así pues, tuve que reescribirlo sabiendo que este es solo un pequeño paso en la lucha para la igualdad real de género.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Lanner Roberto Meisel. Analogía ente Sócrates, Jesús y Nietzsche a partir del acto de pensar, estudio crítico. *Amauta* 2009; (7)14: 115-121.
- (2) Knobel, Mauricio, and Armina Aberastury. «Adolescencia normal.» Porto Alegre: Artes; 1981.
- (3) Feduchi L. M. ¿Qué es la adolescencia? Barcelona: La Gaya Ciencia; 1977.
- (4) Jeammet P. Dinámica de la adolescencia. Paris: Elsevier; 2001.
- (5) Medel Garcia, E. Infancias contemporáneas: Retos educativos. Editorial UOC; 2016.
- (6) Meirieu Philippe, Emili Olcina. Frankenstein educador. Barcelona: Laertes; 1998.
- (7) Canimas J. Ética aplicada a l'educació social. Barcelona: Editorial UOC, SL; 2011.
- (8) Tizio H. (coord.). Reinventar el vínculo educativo. Aportaciones del psicoanálisis y de la pedagogía social, Barcelona: Gedisa; 2003.
- (9) García J. L'epistemologia del psico-social, a D.D.A.A. Salut Mental i Serveis Socials: l'espai comunitari. Barcelona: Diputació de Barcelona; 1993.

# LOS MUROS SE HACEN AÚN MÁS ALTOS PARA LOS ADOLESCENTES INMIGRANTES EN LA PANDEMIA DEL COVID-19

Estrés crónico y múltiple  
–Síndrome de Ulises–, en los adolescentes

*Joseba Achotegui*

## INTRODUCCIÓN

Me referiré específicamente a la migración en situación extrema en la adolescencia, una realidad frecuente en el mundo de hoy y que comporta un relevante factor de riesgo para la salud mental. En la migración en situación extrema de los adolescentes se suman a las dificultades en la elaboración del duelo migratorio propias de tales circunstancias extremas, los complejos procesos psicológicos de cambio propios de la adolescencia. Obviamente el campo de las relaciones entre la migración y la salud mental en la adolescencia es mucho más amplio, pero mi experiencia desde los años 90 en la atención en salud mental a los inmigrantes se ha centrado sobre todo en este tipo de inmigrantes en situación extrema.

Con la pandemia del covid-19 se han incrementado aún más las dificultades que viven los inmigrantes, se han hecho metafóricamente aún más altos los muros, por ejemplo la brecha digital que está mermando las posibilidades de educación y por lo tanto de futuro de muchos adolescentes inmigrantes que tienen dificultades para acceder a la enseñanza *online*.

El apoyo psicológico que se ha dado a estos adolescentes, promoviendo ante todo tranquilizar, a menudo no ha ido en la dirección adecuada. La Salud Mental no es tranquilizar, sino adaptación activa para resolver los problemas sociales, educativos, familiares, que van apareciendo y que en estos tiempos de pandemia son muy grandes (1, 2).

## LA MIGRACIÓN COMO FACTOR DE RIESGO EN SALUD MENTAL

La migración, como la mayoría de los acontecimientos de la vida (*life events*), conlleva, junto a una serie de ventajas como el acceso a nuevas oportunidades vitales y horizontes, un conjunto de dificultades, de tensiones. La migración tendría una parte problemática, un lado oscuro, al que se denomina estrés o duelo migratorio.

Hacemos referencia al duelo migratorio, pero se ha de señalar que los seres humanos poseemos capacidades para emigrar y elaborar ese duelo.

Descendemos de seres que han emigrado con éxito muchas veces a lo largo del proceso evolutivo y desde esta perspectiva se considera que la migración no es en sí misma una causa de trastorno mental, sino un factor de riesgo tan solo si se dan las siguientes situaciones:

- I. Si existe vulnerabilidad: enfermedades o discapacidades previas, en el caso de los menores el estar aún en una etapa de maduración.
- II. Si el nivel de estresores es muy alto: el medio de acogida es hostil.
- III. Si se dan ambas condiciones.

Es decir, la migración constituye un factor de riesgo si el inmigrante es lábil, el medio es muy hostil o si se dan las dos cosas a la vez (2, 3, 4, 5).

#### EL DUELO MIGRATORIO PUEDE SER VIVIDO EN DIFERENTES GRADOS DE DIFICULTAD

El duelo migratorio puede ser vivido en diferentes condiciones en relación a la vulnerabilidad y los estresores.

- A. Duelo migratorio simple. Es el que se da al emigrar en buenas condiciones.
- B. Duelo migratorio complicado. Cuando hay dificultades pero se pueden ir resolviendo.
- C. Duelo migratorio extremo. Cuando los problemas son tan grandes que no es posible la elaboración del duelo migratorio y se entra en una situación de crisis permanente.

Me referiré en este texto al duelo migratorio extremo. El duelo migratorio simple se da cuando la vulnerabilidad y los estresores son bajos y es posible la elaboración del duelo migratorio, ya que los seres humanos estamos dotados de capacidades de resiliencia y poseemos por herencia evolutiva el poder elaborar el duelo migratorio.

En relación al duelo migratorio complicado se ha de señalar que se da con frecuencia en los hijos de los inmigrantes que ya han nacido aquí, evidentemente no son inmigrantes, porque la condición de inmigrante no se hereda, sino que son autóctonos a todos los efectos. Lo que sí que se hereda por desgracia en muchos casos es la problemática social de la integración. Estos inmigrantes se convierten en minorías y grupos víctimas de la discriminación y de la ausencia de oportunidades. El fracaso escolar se ceba especialmente en estos grupos. Muy pocos llegan a la universidad ni tienen el nivel de vida de los autóctonos, lo cual da lugar a una fractura

social y pueden tender al repliegue el gheto (el nombre Ghetto proviene del barrio de Venecia donde estaban confinados los judíos).

Se constata con frecuencia que los hijos de los inmigrantes viven un duelo migratorio aún más complejo que el de sus padres: son personas que pueden haber nacido en el nuevo país y haberse educado en su cultura, pero que a través de los vínculos familiares y del contacto con el país de origen han interiorizado también la cultura de los padres. El grado de elaboración del duelo migratorio de los padres ejerce una profunda influencia sobre las actitudes que adopten hacia el país de acogida los miembros de la siguiente generación. Tengamos en cuenta que las circunstancias que favorecen la exclusión y la marginación, dan lugar a que el duelo se prolongue a través de las generaciones, dificultándose los procesos de integración e interculturalidad.

Es diferente la situación en la que se encuentran los primeros inmigrantes en relación a la de sus hijos. Con frecuencia, los primeros en llegar están demasiado ocupados en instalarse en el nuevo país, en salir adelante en los niveles mínimos de vivienda y alimentación, en enviar dinero a sus familiares del país de origen. Esto además de los problemas legales a los que se hallan sometidos y que les dificultan la posibilidad de protestar por su situación, dado que podrían ser expulsados fácilmente.

Sin embargo, los hijos de los inmigrantes se hallan mejor situados en la sociedad de acogida y, pueden expresar más sus dificultades e incluso conocen bien la mejor forma de cómo hacer llegar los mensajes de protesta a los medios de comunicación. En el caso francés fueron las jóvenes quienes reivindicaron el derecho a entrar con el velo en la escuela y lo hicieron utilizando los recursos de la sociedad de acogida (por ejemplo, organizando sus protestas a las horas de los informativos de las televisiones francesas, con el objetivo de lograr las máximas audiencias). El racismo es otro gran problema que sufren los adolescentes inmigrantes. Hasta tal punto que tuvimos noticia del caso de un menor de origen africano que se echaba lejía para blanquearse la piel. Otras veces estos niños actúan como pequeños adultos, son «niños hipermaduros», «viejos», sin niñez ya que desde muy pequeños han tenido que hacer frente a graves situaciones de estrés y de lucha por la supervivencia.

Me voy a referir en este apartado a cuatro situaciones extremas que se dan en la migración de los adolescentes y que son muy relevantes desde la perspectiva psicológica.

*La brecha digital. Las dificultades para el acceso a la enseñanza online que está mermando las posibilidades de educación y por lo tanto de futuro de muchos adolescentes inmigrantes*

La gran crisis social desencadenada por el covid19 ha generado graves disfunciones en el sistema educativo. Disfunciones que se suman a las que ya existían anteriormente como los relevantes déficits en financiación (este mismo año se ha bajado del 5 al 4'2 % del PIB el presupuesto de educación), la situación precaria de muchos trabajadores de la enseñanza o el que España tenga el record europeo en abandono escolar. A estos déficits estructurales se ha de añadir en el caso de la enseñanza a los menores inmigrantes que el sistema educativo ha tendido a marginar y ghetizar a este grupo de alumnos, dándose un proceso de segregación de los alumnos inmigrantes, incrementándose los problemas para lograr una educación de calidad, que es una de las bases de la igualdad de oportunidades.

Hemos visto en nuestra consulta del SAPPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) del Hospital Sant Pere Claver de Barcelona, ubicado en la zona del puerto y la ladera de Montjuich de Barcelona, casos de adolescentes inmigrantes que están perdiendo el tren de la formación en esta situación de crisis ya que por la ausencia de conexión a internet y de ordenadores no pueden seguir la enseñanza *online*. Y lo que es aún más grave, por la propia situación de exclusión de estas poblaciones no son muy conscientes de las consecuencias que esto comporta. Mientras muchas familias autóctonas han puesto el grito en el cielo ante la posibilidad de que sus hijos pudieran perder nivel educativo con el confinamiento por la pandemia, a pesar de contar con medios para paliar al menos en parte este problema, las familias inmigrantes que han tenido graves problemas de mera supervivencia no han tenido tanta consciencia de la situación. Además, las familias inmigrantes han tenido un gran déficit en la recepción de información sobre la pandemia, ha fallado el dar información en las lenguas de las comunidades sobre cómo protegerse ante una situación tan dramática como la que estamos viviendo (6).

## *El drama de la reagrupación familiar de los adolescentes inmigrantes*

Este es un gran problema en las migraciones actuales. En el mundo de hoy, los inmigrantes cada vez se han de enfrentar a mayores dificultades para poder vivir juntos, coartándose de este modo un elemento esencial de la naturaleza humana: la vida en familia. La reagrupación familiar de los hijos que han estado separados largo tiempo de los padres es un proceso muy difícil: los hijos se han sentido abandonados, ellos no entienden de geopolítica y de las causas de las migraciones, solo perciben su situación, y los padres se sienten culpables. Recuerdo el caso de un niño ecuatoriano que atendí en el SAPPPIR que se había reagrupado y que rechazaba a sus padres y que me explicaba que se decía a sí mismo « hazte duro, endurece tu corazón»; tenía mucho miedo de volver a acercarse emocionalmente otra vez a sus padres tras años de separación.

Otras veces estos niños no perdonan, se sienten abandonados. No es infrecuente que en la propia consulta estos niños digan a sus madres que las odian: «¡Mamá es usted una puta!». Con esta frase pintó Jonathan todas las paredes de su nueva casa. Acababa de llegar a España por reagrupación familiar y había descubierto al llegar a España que su madre tenía otra pareja y aquello resultó demasiado para él, tras 8 años de separación. Un día, mientras jugaba un partido de fútbol, salió como una exhalación del campo hacia el coche en el que estaban su madre y su nueva pareja viendo el partido porque pensó que su madre, que se había agachado a coger algo, le estaba haciendo una felación a su pareja.

Estas separaciones forzadas afectan al apego que es un instinto de primer orden, cuya ruptura da lugar a un gran sufrimiento psíquico que incrementa el riesgo de padecer un trastorno mental en los menores vulnerables. Estos niños no pueden perdonar el sufrimiento tan intenso que han vivido y con frecuencia son crueles en el trato con sus padres, se vengan del abandono que han vivido. En las consultas pueden llegar a mostrarse absolutamente indiferentes al llanto de sus padres. También por supuesto, los padres se ven muy afectados por estas separaciones forzadas y tienen dificultades para volver a estructurar la familia tras la reagrupación, máxime cuando los niños se muestran tan vengativos. Una familia que ha estado separada largo tiempo es como un jarrón que se ha roto. No es fácil que todas las piezas vuelvan a encajar. En todo caso se requiere mucho apoyo, buenas condiciones, estabilidad, algo que con frecuencia no ocurre y que acaba desestructurando a las familias. De todos modos nuestra experiencia asistencial con estas familias suele ser positiva y es posible ayudarles a reconstruir los vínculos dañados.

Desde la perspectiva de la salud mental sabemos que la ruptura y desestructuración de las familias constituye uno de los mayores factores de riesgo desde la perspectiva de la salud física, psíquica y social. Sabemos que estas rupturas familiares no tan solo generan un gran sufrimiento

humano como en el Síndrome de Ulises (Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple), cuadro reactivo de estrés muy intenso que no es un trastorno mental pero que puede estar en la base de la aparición de trastornos mentales y conductas antisociales.

Muchos de estos sufrimientos y trastornos mentales podrían ser evitados siguiendo una política que respetara los derechos humanos, fundamentalmente el derecho a vivir en familia, como recoge la carta de los Derechos Humanos de la ONU. Estamos viendo cómo numerosos gobiernos e instituciones consideran que el poder vivir en familia es un mérito, un premio, no un derecho humano fundamental. Además, este premio se otorgaría graciosamente a quienes cumplieran todo un extenso y creciente pliego de muy discutibles condiciones económicas, culturales o lingüísticas, a las que recientemente se ha añadido una condición especialmente pintoresca y peregrina: la evaluación del grado de «civismo» del inmigrante.

Difícilmente se podría encontrar un término más vago e inespecífico que el de civismo y por lo tanto de más arbitraria evaluación. ¿Se consideraría incivismo echar un papel al suelo, saltarse la cola de la pescadería, o cruzar la calle indebidamente? Para colmo, estas propuestas se están planteando en un momento en el que como consecuencia de la crisis ha disminuido el número de inmigrantes y las demandas de reagrupación familiar son mucho menores. Los que más hablan desde determinadas posturas políticas de la importancia de la familia, son los más crueles al restringir los derechos a la vida familiar de los inmigrantes; cuando hablan de la importancia de la vida familiar, por supuesto, solo hablan de la suya.

Desde el área de la salud mental sabemos que la vida en familia es uno de los mejores medios para el logro de la estabilidad emocional de los inmigrantes, la mejor inversión en prevención de la violencia, de la exclusión social y el trastorno mental. El vínculo familiar se basa en un instinto, el apego, un instinto de la misma categoría que el instinto sexual o el de supervivencia, tal como mostraron los trabajos de Bowlby (7,8,9). La ruptura del apego genera enormes alteraciones y desequilibrios en todos los miembros de la familia. En el siglo XXI cada vez emigran menos familias enteras como los Joad que describe Steinbeck en «Las uvas de la ira» o las familias que hemos visto tantas veces en las caravanas de las películas del oeste, superando unidas las dificultades.

Esta tendencia a la radical restricción de la vida familiar de los inmigrantes no es casual, sino que es un claro ejemplo de la creciente deshumanización con que se aborda la temática de la migración en nuestra sociedad. Es bien perceptible que casi nunca se tiene en cuenta el lado humano, emocional, personal de la migración, sino que casi siempre el análisis se queda en los aspectos económicos, demográfico-estadísticos, aspectos sin duda muy relevantes, pero que no agotan ni mucho menos el análisis de

los fenómenos migratorios. Me atrevería a decir que no sé muy bien qué es la migración, un complejo constructo teórico, pero sé muy bien qué es un inmigrante y cuáles son sus sentimientos. En las etapas anteriores a la obtención de la reagrupación familiar, muchos padres inmigrantes nos han expresado el enorme sufrimiento que comporta esta separación. Recuerdo una mujer boliviana que nos decía: «todo por los hijos, pero sin los hijos». Y otra que añadía: «lo que nos estamos perdiendo: ese cambio de voz del niño, ese primer bigotillo...y no estábamos con ellos, eso ya no vuelve jamás». O haciendo referencia al locutorio, ese lugar tan especial donde se «reúne» la familia inmigrante: «qué cerca y qué lejos». Con estas nuevas políticas: cada vez más lejos.

Lamentablemente no existe ningún tipo de coordinación institucional para ayudar a estos niños y a estas familias a pesar del grave riesgo que supone la situación que viven. Con los formidables avances tecnológicos que poseemos no sería difícil, como mínimo, coordinar la ayuda entre los profesores, entre los ayuntamientos de las ciudades de las que proceden y a las que van, entre los profesores y las escuelas de los dos países, y dar apoyo a estas familias que viven situaciones tan difíciles. Esta situación se complica, tal como vemos en muchos casos en el SAPPPIR en Barcelona, cuando estos menores además han sufrido durante el período de separación con los padres, malos tratos, abusos sexuales, explotación laboral dada la radical indefensión en la que se encuentran. No es lo mismo estar con los padres que con tíos, abuelos.<sup>1</sup>

En el caso de los refugiados vemos cómo el que las familias estén juntas o separadas depende en gran parte de los planes de acogida de los países receptores. No tiene que ver con la guerra de origen, no es ninguna fatalidad que no podamos controlar en la Europa del siglo XXI. Ya en los terribles bombardeos nazis sobre Inglaterra en el año 1941 se observó que los niños que permanecían con sus madres viviendo el terror de los bombardeos en el metro de Londres estaban mejor que los que habían sido enviados a lugares más seguros. Junto a sus madres los niños pasaban menos miedo en un bombardeo que solos lejos de su familia temerosos de la suerte que podían vivir sus padres. En la guerra de la Ex - Yugoslavia se volvieron a constatar los mismos hechos. Niños enviados a Suecia, y a otros países nórdicos, donde contaban con todas las atenciones necesarias para su salud y seguridad, estaban más angustiados que los que pasaban privaciones junto a sus padres instalados en campamentos en precarias condiciones.

---

<sup>1</sup> Ante esta realidad, desde La Red Atenea, Red global de apoyo psicológico y psicosocial a inmigrantes en situaciones extremas hemos puesto en marcha un programa de coordinación entre entidades y administraciones para mejorar la suerte de estos menores.

### *Los menores que van y vienen*

Desde hace unos años, en el marco de la globalización, estamos viendo cada vez más casos de menores inmigrantes que van y vienen de sus países de origen a los países de acogida, padeciendo una gran desestructuración psicológica. Se trata de menores que hacen el proceso de juntarse y separarse de sus padres más de una vez. Estos chicos y chicas, cuando ya se han reencontrado con sus padres, con todas las dificultades emocionales que esto supone, se ven obligados a volver a separarse de ellos y regresar a su país de origen por razones familiares, porque aquí las condiciones de vida son difíciles, porque sus padres consideran que los valores que se transmiten en nuestra sociedad no les parecen adecuados, etc. Si cambian las circunstancias, a menudo regresan nuevamente aquí al cabo de un tiempo. Estos menores suelen tener grandes dificultades para establecer vínculos afectivos mínimamente estables cuando han vivido la ruptura del apego.

Hay muy poca atención en la sociedad por la suerte de estos menores. Apenas hay instituciones nacionales e internacionales que velen por ellos, como pasa en general con la atención a los inmigrantes. ¿Es tan difícil hablar con los padres y ayudarles a entender las consecuencias emocionales de estas separaciones? ¿Es tan difícil establecer un programa para saber qué niños marchan y a dónde van y qué será de ellos cuando cambien de país? Con las tecnologías que poseemos no lo debería ser. Estos niños y niñas de ninguna parte viven un duelo extremo, no están enfermos, pero dependiendo de su vulnerabilidad y limitaciones psicológicas, pueden acabar padeciendo graves problemas psicológicos, por sus dificultades para establecer vínculos.

Las personas no somos objetos ni mercancías, no somos contenedores que viajan de un país a otro, de un continente a otro, tal como el modelo social dominante pretende hacernos creer. Las personas necesitamos entornos afectivos estables para sentirnos bien, y aún más en el caso de los menores, que los necesitan para crecer y madurar. En un mundo deshumanizado esto se ha perdido de vista. Si los seres humanos vamos a ser tratados como contenedores, que al menos nos pongan la etiqueta de «frágil».

### *Los menores no acompañados*

Los denominados habitualmente «menas», son otro grupo que vive con frecuencia estas circunstancias extremas. La mayoría son varones que provienen de Marruecos y realizan un viaje migratorio de gran riesgo en pateras y bajos de camiones. Al llegar a España viven situaciones de exclusión, caen en manos de grupos que los explotan, sufren abusos sexuales. Contrariamente a la idea que se transmite cada vez más en los medios

de comunicación sobre estos adolescentes, estos menores provienen de familias estructuradas y poseen un buen proyecto migratorio. Vienen a trabajar y a progresar para salir adelante personalmente y ayudar a sus familias. Por suerte, bastantes consiguen salir adelante. Como me decía el director de una fundación ecológica: «estos chicos trabajando les dan muchas vueltas en motivación y resistencia a los chicos de aquí». El problema es que la sociedad de acogida no tiene las estructuras para facilitar la integración de estos adolescentes, cuando es obvio que la sociedad tiene una gran demanda de trabajos que estos adolescentes están dispuestos a hacer.

#### EL DUELO MIGRATORIO ES UN DUELO MÚLTIPLE

El duelo migratorio es un duelo múltiple. Hay siete duelos en la migración (10): familia, seres queridos, lengua, cultura, tierra, estatus social, grupo de pertenencia, riesgos para la integridad física. Son especialmente relevantes el duelo por la familia que se relaciona con la ruptura del apego (7), el duelo por el estatus social que abarca lo relacionado con papeles, trabajo, vivienda, acceso a las oportunidades, el duelo por el grupo de pertenencia en relación a las situaciones de xenofobia y racismo que dificultan al inmigrante poder integrarse en la sociedad de acogida, y el duelo por los riesgos físicos en relación a los peligros en los viajes migratorios, vivir en situaciones de exclusión, el riesgo de accidentes laborales por trabajos peligrosos, accidentes domésticos por vivir hacinados, miedo a ser expulsados, malos tratos, abusos sexuales por la situación de indefensión, riesgo de contraer enfermedades.

#### CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LAS MIGRACIONES ACTUALES

Las migraciones actuales presentan características específicas que incrementan los factores de riesgo desde la perspectiva de la salud mental:

- I. Rupturas familiares. En el mundo de hoy es difícil emigrar en familia.
- II. Exclusión social estructural. Ausencia de oportunidades. Para ellos no existe el ascensor social.
- III. Criminalización del inmigrante. Emigrar no es un delito, como por ejemplo, robar. Esta etapa de criminalización de la migración se inicia en julio de 2009 cuando se aprobó en Italia la ley Maroni, que incluye la migración como delito en el código penal.

### *Estresores del síndrome de Ulises*

Como ya he señalado, las migraciones del siglo XXI presentan unos estresores psicosociales muy intensos estrechamente relacionados con la salud mental:

- A. La soledad forzada. Afecta a los que emigran, pero también a los que se quedan en el país de origen.
- B. El sentimiento de fracaso y la lucha por la supervivencia. Estos inmigrantes son los nuevos Jean Valjean, «Los miserables» de la novela de Víctor Hugo.
- C. El miedo y el terror por los peligros en el viaje migratorio. Viven en peligro permanente y «no eres libre si no estás seguro». El síndrome de Ulises podría relacionarse con una forma de mobbing por parte de las sociedades de recepción.

Estos estresores, de tanta relevancia y que van más allá del clásico estrés aculturativo, se hallan incrementados por toda una serie de factores: la multiplicidad, la cronicidad, el sentimiento de que el individuo no puede modificar su situación (indefensión aprendida de Seligman (11), ausencia de autoeficacia de Bandura (12), los fuertes déficits en sus redes de apoyo social de Coleman (13)). Lamentablemente, con frecuencia el sistema sanitario y asistencial no atiende adecuadamente este Síndrome, bien banalizando el duelo migratorio extremo, bien psiquiatrizándolo.

### *Sintomatología del Síndrome de Ulises*

- Síntomas del área depresiva fundamentalmente tristeza y llanto.
- Síntomas del área de la ansiedad: tensión, insomnio, pensamientos recurrentes e intrusivos, irritabilidad.
- Síntomas del área de la somatización: fatiga, molestias osteoarticulares, cefalea, migraña («in-migraña»).
- Síntomas del área confusional que se pueden relacionar con el incremento del cortisol y de la defensa por fragmentación de la realidad.
- Interpretación de su cuadro basada en la propia cultura del sujeto: «no puede ser que tenga tan mala suerte, a mí me han tenido que echar el mal de ojo, me han hecho brujería...».

## *Diagnóstico diferencial del síndrome de Ulises*

La respuesta del sujeto depende fundamentalmente de su grado de vulnerabilidad.

- ¿Qué ocurre cuando emigra alguien que ya padece un trastorno mental, es decir, un sujeto que tiene una gran vulnerabilidad ante la elaboración del duelo migratorio?
- ¿Qué ocurre cuando emigra alguien sin un trastorno mental manifiesto, pero con predisposición a padecerlo?
- La mayoría de los inmigrantes son candidatos a vivir un cuadro reactivo de estrés. Son personas resilientes, tal como ha investigado Boris Cirulnyk (14).

El Síndrome de Ulises se hallaría en un lugar intermedio entre el área de la salud mental y el área del trastorno mental. Tiene el peligro de:

- La banalización de la problemática del duelo migratorio extremo.
- El peligro de ser incorrectamente diagnosticados como enfermos depresivos (no solo no tienen apatía sino que son proactivos, no solo no tienen ideas de muerte sino que están llenos de proyectos e ilusiones), como trastornos adaptativos (su reacción es totalmente proporcional los estresores), o como trastorno por estrés posttraumático (no hay conductas de evitación, ni pensamientos intrusivos en relación a situaciones traumáticas). Hay una creciente tendencia a medicalizar y psiquiatrizar aspectos de la vida diaria, con el riesgo de victimizar y estigmatizar.

Dos metáforas pueden ayudar a comprender mejor el concepto de síndrome de Ulises. Imaginemos que en la habitación en la que nos encontramos subiera la temperatura hasta los 100 grados: tendríamos mareos, calambres, etcétera. ¿Estaríamos enfermos por tener esos síntomas? No. Esos síntomas se corresponderían con un intento de adaptación fisiológica a esa elevada temperatura y al salir al aire libre desaparecerían. La segunda metáfora –una conocida metáfora oriental– es la de la caña de bambú que se dobla ante el vendaval pero no se rompe; cuando la situación mejora, va recuperando su posición.

Como señaló Foucault (16) el diagnóstico psiquiátrico no es algo objetivo, neutro, sino que se halla vinculado a las estructuras de poder. Forma parte de lo que denominó «la biopolítica» y tiene numerosos elementos de tipo ideológico y de dominación. Desde esta perspectiva planteo que en el mundo actual, los sin papeles son un nuevo grupo a añadir a la lista foucaultiana de los locos y los presos como sujetos a disciplinar.

## *Evaluación en salud mental y migración*

Para la evaluación en salud mental en la migración y el Síndrome de Ulises hay dos test disponibles:

- I. Escala Ulises, escala de factores de riesgo en salud mental en la migración (ver anexo). Este test evalúa específicamente la vulnerabilidad y los estresores que vive el inmigrante en los 7 duelos de la migración (ver apartado 2) y permite tener 6 registros por duelo, en total 42 posibilidades de evaluación (17).
- II. Test del kayak, test de análisis de los mecanismos psicológicos de elaboración del duelo migratorio. Es un test basado en la psicología evolutiva que evalúa cómo el inmigrante maneja, elabora, afronta, el duelo migratorio: de modo obsesivo, depresivo, maníaco, paranoide. Se estudia también en relación a los siete duelos de la migración y permite recoger 148 registros diferenciados de cómo se elabora el duelo migratorio (18).

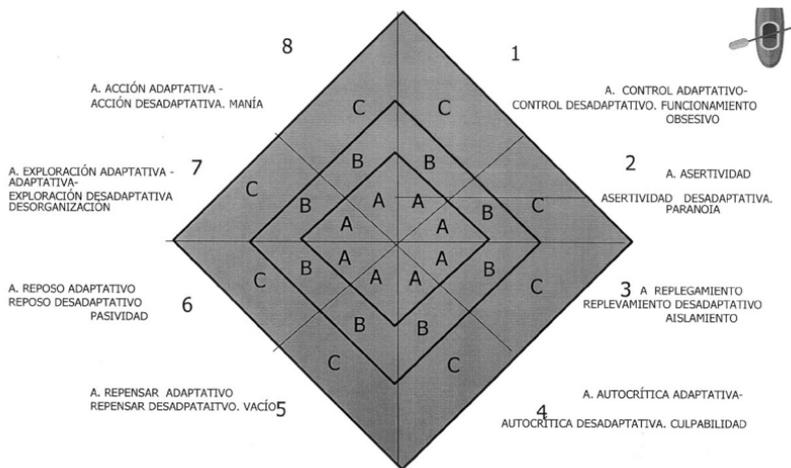
El test se basa en la interacción de dos ejes, de dos funcionamientos básicos a nivel evolutivo en relación al funcionamiento mental:

- el eje vertical mide el grado de actividad, de energía y motivación con que hacemos las cosas. En la parte de abajo está la pasividad y la inactividad, en la parte de arriba la máxima actividad, y en el centro la actividad moderada y modulada.
- el eje horizontal mide la orientación de la actividad, el tipo de actividad. Se estructura en dos polos, en relación a los dos acciones más básicas para la supervivencia:
  - tener seguridad
  - buscar recursos para sobrevivir

También en este segundo eje podemos considerar que se hallan en los extremos los funcionamientos más desadaptativos y en el centro los más modulados. Todo el sistema funcionaría en equilibrio como un kayak, de ahí el nombre. Al cruzar los dos ejes, uno vertical y otro horizontal nos surge una figura romboidal en la que en el centro podemos ver los funcionamientos más adaptativos y en los extremos los más desadaptativos o patológicos, tal como se ve en este esquema<sup>2</sup>:

---

<sup>2</sup> En mi web <https://josebaachotegui.com/> hay un acceso al uso del test con las explicaciones.



Explicaré brevemente el caso de un adolescente que emigra de Marruecos con 11 años bajo un camión. Tuvo una infancia complicada. Ha estado en centros de menores y luego en programas de inserción. Es una persona muy sociable, con un trato excelente, se mete en el bolsillo a cualquiera, da muy buena imagen. Pero es muy inconstante en todos los proyectos, se cansa y lo deja todo: proyectos de estudio, trabajos, pisos de ayuda que se le ofrecen, y acaba durmiendo en la calle. Es muy fantasioso, se inventa historias diciendo que hará grandes proyectos, es fabulador. Se justifica diciendo que tiene proyectos grandiosos.

En el análisis del test del kayak podemos ver que Ahmed tiene un funcionamiento esquizoide que le lleva a apartarse de las relaciones cuando hay conflictos (Áreas 3 B y C del test) y de tipo explorador desorganizado porque siempre va buscando nuevos contextos sin ser capaz de desarrollar sus proyectos personales (Áreas 7 B y C del test). Por lo tanto la intervención debería ir dirigida a que maneje mejor estos funcionamientos desequilibrados que le están llevando a fracasar en el proyecto migratorio.

### *Intervención en el síndrome de Ulises*

El Síndrome de Ulises se halla inmerso en el área de la prevención sanitaria y psicosocial más que en el área del tratamiento (lamentablemente muchos inmigrantes solo pueden acudir a visitarse de urgencias). La intervención deberá ser fundamentalmente de tipo psicoeducativo y de contención emocional, desde una perspectiva biopsicosocial, por lo que el

trabajo sobre el Síndrome atañe, no solo a psicólogos, médicos o psiquiatras, sino también a trabajadores sociales, enfermería, educadores sociales y otros profesionales asistenciales.

Es muy importante abordar el duelo migratorio, tanto a nivel individual con estrategias de tipo cognitivo y emocional, así como a nivel grupal con intervenciones psicosociales que incrementan el capital social e intervenciones sociales<sup>3</sup>.

Malos tiempos aquellos en los que la gente corriente ha de comportarse como héroes para sobrevivir. Ulises era un semidios, que sin embargo, a duras penas sobrevivió a las terribles adversidades y peligros a los que se vio sometido, pero las gentes que llegan hoy a nuestras fronteras tan solo son personas de carne y hueso que sin embargo viven episodios tan o más dramáticos que los descritos en la Odisea. Soledad, miedo, desesperanza. Las migraciones del nuevo milenio que comienza nos recuerdan cada vez más los viejos textos de Homero: el conocido episodio en el que Ulises –prisionero de Polifemo–, le dice: «Cíclope, ¿me preguntas mi ilustre nombre? Pues voy a decírtelo. Mi nombre es Nadie». (Canto IX, 360)(20). Si para sobrevivir se ha de ser nadie, no puede haber identidad, ni autoestima, ni integración social, y así no puede haber salud mental<sup>4</sup>.

### *¿Por qué Ulises?*

Ulises es un héroe altamente conocido y valorado. Ante este hecho surge la pregunta: ¿por qué no han de ser respetados y valorados también quienes viven hoy en soledad las mismas o mayores adversidades y peligros que el héroe griego?

Por esta razón, para dignificar la figura del inmigrante, tantas veces desvalorizada, propuse el nombre de síndrome de Ulises al síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple el año 2002, tras mi experiencia de trabajo en salud mental con los inmigrantes desde 1982. También le puse este nombre para acercarlo más emocionalmente; incluso para provocar cierto debate y favorecer la concienciación sobre esta causa, en mi opinión una de las más relevantes de este siglo.

Si comparamos el viaje de muchos inmigrantes de hoy que desde el centro de África atraviesan el desierto del Sahara para llegar al norte del continente en un viaje lleno de peligros para luego pasar en patera a Europa y vivir indefensos sin familia, sin papeles y perseguidos, con el viaje

---

<sup>3</sup> Tal como expongo en mi libro *Inteligencia migratoria* (19).

<sup>4</sup> Para ayudar a estos inmigrantes en situación extrema pusimos en marcha la Red Atenea ([www.laredatenea.com](http://www.laredatenea.com)) junto a Xochtil Castaneda (Universidad de Berkeley) y Rachid Bennegadi (Centro Minkowska de París).

que hizo Ulises desde las costas de Turquía hasta las de Grecia, podemos deducir que no es una exageración hablar de odisea en el caso de los inmigrantes africano.

Uno de los aspectos que mejor se hallan recogidos en la *Odisea* es el dolor de la familia del inmigrante en situación extrema. La familia de Ulises es una familia destrozada, rota, como tantas familias de inmigrantes en el mundo de hoy. Muchos textos de la *Odisea* nos recuerdan los padecimientos de los inmigrantes que llegan hoy a nuestras fronteras, especialmente la tristeza y el llanto: «Ulises pasábase los días consumiéndose a base de llanto, suspiros y penas» (Canto V, 150) (20).

Pero ahora no es un solo hombre, como Ulises, sino millones quienes viven en soledad peligros y adversidades similares. Están naufragando en las mismas playas que describe Homero, en Malta, en Lampedusa, en las costas de Sicilia. Estamos viviendo situaciones que creíamos que pertenecían al mundo de la leyenda o de los relatos míticos.

Al final de la *Odisea*, Ulises regresa con su familia, la historia del héroe griego tiene un final feliz. Esperemos asimismo que termine bien el drama que actualmente están viviendo millones de seres humanos. Muchas de las realidades de nuestro mundo de hoy, como la abolición de la esclavitud o los derechos de la mujer un día no fueron sino sueños. Estamos seguros de que algún día conseguiremos que la humanidad vuelva a ser dueña de su destino y veamos el fin de este gran drama del siglo XXI.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Achotegui J. Diario Público. Blog «Salud mental en tiempos difíciles». Abril 2020 <https://blogs.publico.es/joseba-achotegui/2020/04/25/salud-mental-no-es-tranquilizacion-es-adaptacion-activa-biopolitica-del-covid-19/>
- (2) Crawford M., Campbell B. Causes and consequences of human migrations. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.
- (3) Silventhoinen P. et al. Selective international migration by social position, health behavior and personality. *European Journal of Public Health*, 2008;18: 150-155.
- (4) Liu I. Migration and mental health. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
- (5) Kirkbride B, Jones P. B. Epidemiological aspects of migration and mental health. In: Dinesh Bhugran and Susham Gupta (Edted). *Migration and Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
- (6) Achotegui J (2020) <https://blogs.publico.es/joseba-achotegui/2020/07/19/los-inmigrantes-estan-siendo-excluidos-de-recibir-informacion-basica-sobre-el-covid-19/>
- (7) Bowlby J. El apego. Barcelona: Paidós; 1980.
- (8) Bowlby J. La pérdida afectiva. Barcelona: Paidós; 1982.
- (9) Bowlby J. La separación. Barcelona: Paidós; 1985.

- (10) Achotegui J. La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural. Barcelona: Editorial Mayo; 2002.
- (11) Seligman M. E. P. Helplessness: On Depression, Development, and Death. San Francisco: W.H. Freeman; 1975.
- (12) Bandura A. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall. 1984.
- (13) Coleman J. Foundations of social theory. Cambridge: Belknap Press of Harvard University; 1984.
- (14) Cyrulnik, B. Las almas heridas. Barcelona: Gedisa; 2015.
- (15) Iniciativa de Salud de las Américas Escuela de Salud Pública de la Universidad de Berkeley. Historias de ir y venir y salud mental. Berkeley. California: 2010.
- (16) Foucault M. El poder psiquiátrico. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2005.
- (17) Achotegui J..Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio. Escalas de evaluación de factores de riesgo en la migración. Aplicación al estrés y el duelo migratorio. Escala Ulises. Llançá: Ed. El Mundo de la mente: 2010.
- (18) Achotegui J. El Test del Kayak. Test evolucionista de evaluación del estrés, el duelo y la personalidad. Llançá. Girona: Ed. el mundo de la mente; 2018.
- (19) Achotegui J. La inteligencia migratoria. Manual para inmigrantes en dificultades. Barcelona: Gedisa; 2017.
- (20) Homero. La Odisea. Barcelona: Akal; 1981.

## Escala Ulises

## MÓDULO 3

Tabla 11.1. Escala de evaluación de la vulnerabilidad y los estresores aplicada al estrés y al duelo migratorio (escala «Ulises»)			
	Vulnerabilidad		Estresores
Duelo por la familia	Simple		Simples
	Complicada		Complicados
	Extrema		Extremos
Duelo por la lengua	Simple		Simples
	Complicada		Complicados
	Extrema		Extremos
Duelo por la cultura	Simple		Simples
	Complicada		Complicados
	Extrema		Extremos
Duelo por la tierra	Simple		Simples
	Complicada		Complicados
	Extrema		Extremos
Duelo por el estatus social	Simple		Simples
	Complicada		Complicados
	Extrema		Extremos
Duelo por el grupo de pertenencia	Simple		Simples
	Complicada		Complicados
	Extrema		Extremos
Duelo por los riesgos físicos	Simple		Simples
	Complicada		Complicados
	Extrema		Extremos

Recuento			
	Simples	Complicados	Extremos
Vulnerabilidad			
Estresores			
Duelos			

Observaciones	
Factores protectores	
Factores culturales	
Factores agravantes	
Factores subjetivos	
¿Otras situaciones estresoras?	
Comentarios generales	

Fuente: Achotegui, 2007.



# NUEVAS PROBLEMÁTICAS



# CLÍNICA DE LOS FUNCIONAMIENTOS LÍMITES EN LA ADOLESCENCIA<sup>1</sup>

*Alain Braconnier*

Clínicamente encontramos las características intrapsíquicas de un «funcionamiento límite» en los momentos en que el adolescente las utiliza puntualmente o, a veces, por más tiempo para aliviar sus tensiones a través de conductas de riesgo. Se trata más bien de un «funcionamiento» y no de un «estado» en la medida en que estas características no son constantes, varían de un momento a otro y, poco a poco, también pueden dejar espacio para un funcionamiento mucho más neurótico-normal marcado por una conflictividad psíquica mejor aceptada y un Yo más fuerte.

Un gran número de adolescentes que atendemos en nuestras consultas o en nuestros servicios médico-sociales no se presentan como trastornos psiquiátricos manifiestos (depresiones mayores, psicosis graves). A menudo nos encontramos con adolescentes que se muestran a través del «actuar». Sus conductas de riesgo se repiten, sus consumos abusivos de drogas y alcohol, especialmente bajo la forma violenta de «consumo excesivo de alcohol», son múltiples. A menudo asocian estos comportamientos con el absentismo escolar y la adicción a los juegos y nuevas tecnologías conectadas a internet. Todos los estudios epidemiológicos confirman estos hechos. Estos adolescentes expresan su cólera y su malestar atacando su cuerpo, que se transforma sin que lo sepan. A menudo, nos sentimos impotentes ante sus comportamientos. Es esencial, en estos casos, entender las razones para ofrecerles una mejor ayuda. De hecho, la función de estos comportamientos es a menudo una llamada para que se ocupen de ellos en la medida que la constitución de su identidad aún es incierta.

Ante el aumento creciente de estos problemas, surge una pregunta más general: ¿Nuestros modelos educativos y la evolución de nuestras sociedades explican en parte el aumento de estos comportamientos entre los jóvenes? Los antropólogos y sociólogos denuncian una sociedad que está dominada por el gusto por el individualismo, la inmediatez y la urgencia. Esto podría favorecer una pérdida de apoyo estable y de puntos de referencia sólidos para estos adolescentes que buscan una base para afrontar los cambios sociales, familiares y culturales de hoy.

A nivel intrapsíquico, entenderíamos mejor en nuestros adolescentes contemporáneos la dificultad de enfrentar la «violencia» de la excitación

---

<sup>1</sup> Traducción del francés de Fernando González Serrano.

novedosa de las emociones puberales que se inscribe en el centro de su funcionamiento psíquico. Esta excitación volvería a expresarse en forma de nuevas búsquedas de control inmediato, defensas arcaicas y apaciguamiento, en todas sus formas.

#### LA CLÁSICA «CRISIS DE LA ADOLESCENCIA» EN CUESTIÓN

Ya no podemos hablar simplemente como en el pasado de la «crisis de la adolescencia», marcada clásicamente por la «originalidad» y la «búsqueda de la autoafirmación». Mi reflexión sobre este tema se ha hecho en dos etapas. El primer momento estuvo marcado por un distanciamiento de este concepto clásico de «crisis», generalizado en los años 1960-1980, a partir de los trabajos psicoanalíticos de Pierre Mâle y Evelyne Kestemberg (por citar solamente los que fueron pioneros en Francia). Ya hemos argumentado en otros lugares las razones de este distanciamiento (1).

Personalmente se me ocurrió una reflexión sobre lo que me pareció más específico en la problemática de muchos adolescentes que he atendido: sus comportamientos, mencionados anteriormente, no se presentaron como una «crisis». Más bien, parecían protegerlos, no tanto de una depresión mayor real, ni siquiera de sentirse potencialmente «deprimidos» como cualquier adolescente en ese momento, debido a lo que está en juego con los cambios de ese período de la vida, sino de un sentimiento difuso de «amenaza depresiva», fuente potencial de colapso (2). Esta «amenaza» parecía subyacer en los muchos problemas comportamentales del ataque a sí mismos y a sus cuerpos. Este sentimiento frecuente de «amenaza depresiva» constituía un núcleo central doloroso que permitía comprender mejor las relaciones entre los comportamientos de estos numerosos adolescentes contemporáneos y las transformaciones sociales y culturales de nuestro mundo actual.

Este punto de vista ha venido a confirmarse con la comprensión de las dinámicas de transferencia y contratransferencia, que pude identificar en los momentos difíciles del proceso psicoanalítico de adolescentes en psicoterapia. Esta «amenaza depresiva» habitó a estos adolescentes confrontados a sus dificultades para organizar la problemática central del proceso de la adolescencia: establecer vínculos que no pongan en peligro su (in) seguridad narcisista. El fracaso de este movimiento, de hecho, compromete tanto el vínculo con el objeto como el amor a uno mismo. La búsqueda objetal se transformó en una amenaza permanente y más o menos implícita. Esta amenaza se podía observar especialmente en el tratamiento con estos adolescentes cuando se sentían amenazados por el «amor de transferencia» que desarrollaron. A su vez, esto se volvía una amenaza de perder el apoyo y el «amor» del terapeuta. Entonces huían del tratamiento «por la aprensión de enamorarse trasferencialmente, por temor a no

poder deshacerse de él». Contratrasferencialmente, como terapeuta, uno podría no ser consciente de esta situación y no saber cómo anticipar este movimiento. Muchas interrupciones en el tratamiento pueden entenderse de este modo.

Al mismo tiempo, esta «amenaza depresiva» no permitía al adolescente construir un Yo suficientemente estable, llamémosle «neurótico-normal». Las conductas y juicios impulsivos y totalitarios son un signo de un Yo frágil frente a las tormentas pulsionales.

#### EL PROCESO DE LA ADOLESCENCIA: ¿UN FUNCIONAMIENTO LÍMITE?

El Yo del adolescente siempre ha sido frágil, pero ¿no lo es aún más hoy en día? Ya sea por ser atacado por el Ello, es decir, por las pulsiones, o por las transformaciones de los vínculos externos e internos con los otros (la representación de estos vínculos), el Yo del adolescente parece cada vez más sometido a la prueba de la realidad del cuerpo y de la sociedad. Podemos entonces preguntarnos por las analogías que podrían existir entre aquellos que han estudiado la comprensión teórica del funcionamiento psíquico de sujetos adultos que presentan un «estado límite» y esta clínica de la adolescencia.

Todos están de acuerdo en que las características clínicas de los adolescentes que atendemos recuerdan de muchas maneras las de los pacientes adultos considerados «límites»: extrema sensibilidad a la crítica y al rechazo, los movimientos de ira y rabia, demandas de atención, la intolerancia a la soledad, la impulsividad, la necesidad de ser valorado y sentirse dominante sobre el otro, la fragilidad de la identidad.

Entonces, ¿cómo entendemos mejor desde el enfoque psicodinámico cómo afecta esto al adolescente contemporáneo? El punto de vista que sostengo propone si se puede considerar el «funcionamiento intrapsíquico del adolescente» como «funcionamiento límite» y no, por supuesto, como un verdadero «estado límite» correspondiente a las clasificaciones clásicas de trastornos mentales. Este «funcionamiento límite» destacado por el trabajo de la psicoanalista Catherine Chabert (3) propone entender a muchos adolescentes como capaces de presentar un «funcionamiento límite» sin estar estructurados en una forma de organización «borderline» de la personalidad.

Mantendremos como característica de este «funcionamiento límite»: la inestabilidad de los sentimientos y los modos de relación, la prevalencia del actuar sobre el pensamiento, la dificultad de mentalización y en la función reflexiva, la debilidad del Yo, en el sentido psicoanalítico. La angustia del Yo debilitado da lugar a mecanismos de defensa primitivos: escisión del Yo y no tolerancia a la ambivalencia, proyección y no desplazamiento, negación de la realidad y no compromiso, paso al acto y no sublimación o

humor. Es más angustia de intrusión, separación o abandono que la angustia clásica de castración. Las ansiedades a menudo son difusas, acompañadas en mayor o menor medida de un sentimiento de vacío.

A esto se suman los sentimientos de ira o vergüenza en lugar de culpabilidad. Las relaciones de objeto son a menudo parciales, intercambiables, altamente idealizadas o decepcionantes. Estas relaciones de objeto, con frecuencia poco diferenciadas, se realizan fácilmente en forma de externalización. Finalmente, insistiremos en la prevalencia del actuar sobre el pensamiento como el signo de un proceso de mentalización y una función reflexiva precarios, en otras palabras, de una fragilidad de la interiorización simbolizante y de una sobreinvertidura de lo perceptivo, de lo sensorial y lo figurativo en detrimento de lo representacional (4).

De hecho, el funcionamiento relacional y psíquico del proceso de la adolescencia en su generalidad nos recuerda, en miniatura, el funcionamiento «límite» de muchas maneras. La heterogeneidad clínica va desde lo normal a lo patológico en función de los antecedentes durante la infancia y de la situación relacional actual. Al igual que las personalidades «límites», siempre que el adolescente se sienta protegido, apoyado, sostenido, es receptivo al otro. Pero ante el más mínimo fracaso de esto último, surgen la rabia, la angustia y los temores al abandono. El sentido de la realidad existe, pero está fácilmente alterado por la conflictividad con la vida fantasmática y la realización del deseo. Podemos entender cómo el proceso intrapsíquico de la adolescencia evoca un funcionamiento límite entre el interior y el exterior, entre el objeto real y el objeto fantaseado, entre la búsqueda de lo conocido y la tarea de ponerse en riesgo para mejor «saber ser violento».

Al final, el núcleo de nuestra comprensión de las problemáticas adolescentes, a las cuales estamos confrontados, encuentra bien su articulación en lo que Catherine Chabert nos recordaba acerca de los «funcionamientos límites»: «la hostilidad hacia el otro enmascara no el amor por él, sino el miedo a perderlo, lo que puede parecer paradójico; a nivel manifiesto, los objetos son rechazados, abusados, descalificados; pero a nivel latente, esta negatividad se entiende como una medida de protección narcisista en relación al miedo al abandono». Catherine Chabert añadía: «por supuesto, este odio es susceptible de volverse sobre el mismo sujeto, ya sea en un movimiento masoquista o en un movimiento de tinte melancólico. Estos dos destinos se reúnen habitualmente en las organizaciones límites». Así, la amenaza depresiva, la fragilidad del Yo y el funcionamiento límite se encadenan entre sí.

#### CONSECUENCIAS TERAPÉUTICAS

¿Qué consecuencias pueden tener estas reflexiones sobre las modalidades terapéuticas que se pueden proponer hoy a muchos adolescentes? Sabemos que los objetivos de los medicamentos o de las terapias

cognitivo-conductuales no está dirigidos hacia el funcionamiento mental intrapsíquico. Al contrario, si se quieren abordar los efectos del «funcionamiento límite» desde un punto de vista psicodinámico, es útil, ante todo, distinguir lo que revelan la práctica de la «consulta terapéutica» y las «psicoterapias dinámicas estructuradas».

1. La consulta terapéutica que consiste en un trabajo de acompañamiento de orientación psicodinámica, «a la carta», del adolescente y sus padres es aquí realista, teniendo en cuenta las frecuentes dificultades materiales y de vida de cada uno, el adolescente, sus padres, el o los cuidadores». Desde los diversos puntos de vista anteriores, resulta que ante un o una adolescente que manifiesta de manera excesiva comportamientos de riesgo que revelan una amenaza depresiva subyacente y un funcionamiento límite, varias «consultas terapéuticas» con un objetivo de evaluación y comprensivo son recomendables, tomando en consideración el discurso del adolescente y el de su entorno (familiar, social y/o educativo). Esta evaluación no siempre es fácil ante los comportamientos de riesgo en sujetos en los que se percibe inseguridad en la identidad o reactividad excesiva al abandono acompañados por fantasmas de intrusión. En la práctica clínica, está claro que, frente a los adolescentes cuyo comportamiento se manifiesta más a través de estas conductas de riesgo, una evaluación psicodinámica suficientemente exhaustiva, basada en un mínimo de alianza terapéutica que debe crearse, permite diferenciar si se trata simplemente de manifestaciones propias de la crisis del desarrollo o, por el contrario, expresa el surgimiento de una organización psicopatológica en vías de estructuración. Pasamos entonces de la observación de un «funcionamiento límite» transitorio al riesgo de un verdadero «Estado límite», un estado estático verdadero, pudiendo evolucionar incluso hasta un proceso psicótico más o menos latente. El enfoque de estos adolescentes, cuando nos evocan un momento de «funcionamiento límite» o de manera mucho más prolongada y estructurada cuando nos hacen temer una organización psicopatológica grave en vías de estructuración, se basa en estas «consultas terapéuticas» al menos con dos objetivos:
  - El primero es promover la activación de la capacidad de estos adolescentes para dar sentido tanto a sus propios comportamientos como a los de los otros, especialmente en momentos de estrés o solicitudes (exigencias) relacionales.
  - El segundo, como terapeuta, es aceptar, apoyar y superar las «reacciones terapéuticas negativas» caracterizadas, entre otras cosas, por la negación de cualquier efecto de la presencia y acción de los cuidados que se le ofrecen, e incluso de la presencia viva del o los terapeutas.

2. Una psicoterapia más clásica orientada a la transferencia, teniendo en cuenta que la intervención ideal, es decir, la interpretación en la transferencia, debe manejarse con precaución y, en cualquier caso, debe asociarse con actitudes de apoyo, clarificación y confrontación, enfatizando la necesidad de un marco que debe ser preservado en el espacio y el tiempo (5). Este tipo de enfoque también se puede practicar en forma de psicodrama individual o colectivo.
3. Otro tipo de psicoterapia que es menos conocida y aún poco practicada está orientada hacia el desarrollo de la capacidad de mentalización o de la «función reflexiva». Se trata de adquirir la percepción de Sí mismo como un ser intencional en la psique de otra persona. Las investigaciones de Peter Fonagy y su equipo sobre la sinergia entre los procesos de apego temprano y el desarrollo de la capacidad del niño/a para comprender el comportamiento interpersonal en términos de estados mentales subyace en estas modalidades psicoterapéuticas (6). Este equipo ha demostrado que esta capacidad de mentalizar es vital para la construcción de la identidad (la organización del Sí mismo) y la regulación de los afectos. Construcción de una identidad insuficientemente establecida y regulación de los afectos muy problemáticos en el «funcionamiento límite» y aún más en los trastornos límites de personalidad. Anthony Bateman y Peter Fonagy definen la capacidad de mentalización como la capacidad de «dar sentido a nosotros mismos y a los demás, implícita y explícitamente, en términos de estado subjetivo y de procesos mentales» (7). Se trata de saber discriminar los comportamientos e interpretar las situaciones interpersonales en términos de estados mentales subyacentes de los cuales uno es depositario. En este enfoque, se proponen varias recomendaciones:

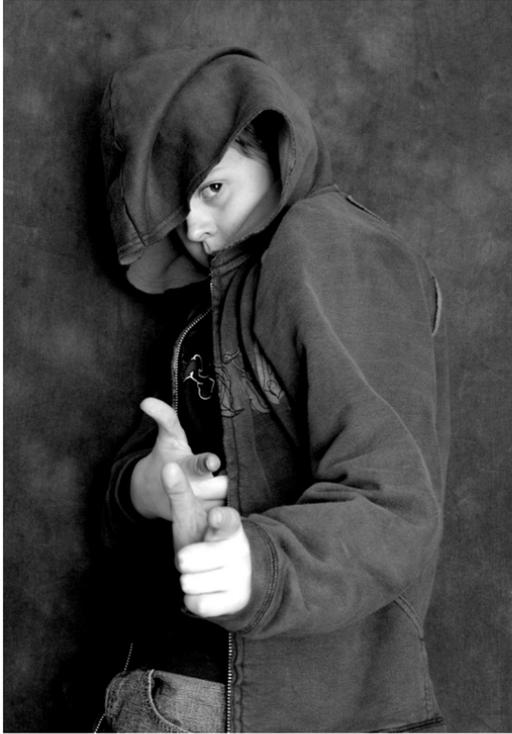
- La transferencia no se interpreta aquí sino más bien explícita.
- La diferencia entre realidad y fantasía debe ser señalada regularmente.
- Se debe sopesar bien el reconocimiento de las defensas utilizadas y los riesgos de modificarlas.
- El terapeuta debe aceptar ser el depositario de la parte extraña del Sí mismo y, al mismo tiempo, no confirmarla. Para eso, el espíritu de un juego entre dos, un verdadero espacio transicional, debe ser privilegiado.

Se ha demostrado que estos tres tipos diferentes de enfoque psicodinámico son efectivos en pacientes adultos «límite» en ensayos comparativos y aleatorios (8). En lo que respecta a los adolescentes, nos enfrentamos aquí con la cuestión de saber en qué dinámica de cambio podemos apoyarnos: sobre la que nos permite la

puesta en escena de una transferencia que alivia gradualmente al adolescente de la conflictividad y los fantasmas sexuales infantiles reprimidos (plantean la cuestión del levantamiento de la represión en este período de la vida (9)) o sobre la de un descubrimiento bidireccional de una creatividad lúdica fuente de procesos de pensamiento primario-secundarios en adolescentes que han tenido grandes dificultades en su infancia para integrar la ambivalencia pulsional primaria, no pudiendo más que escindir (clivar) el amor por el objeto y el autoerotismo, los procesos primarios y los procesos secundarios, escisiones tan características de los estados límite. La mayoría de los adolescentes que encontramos en las situaciones clínicas nos empujan en nuestra práctica psicoterapéutica a mucha flexibilidad y equilibrio entre estas tres estrategias psicoterapéuticas. Con respecto a las dos modalidades psicoterapéuticas estructuradas, uno puede orientarse de manera diferente según el presumible riesgo en la evolución. Muchos adolescentes pueden beneficiarse de estas dos modalidades psicoterapéuticas, pero yo preferiría la primera para adolescentes cuyo funcionamiento sugiere una evolución favorable hacia una organización neurótica y la segunda para aquellos cuyo funcionamiento podría prever en el futuro una evolución hacia una organización «borderline» de la personalidad.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Braconnier A. Mise en question du concept de crise. En: Braconnier A, Marcelli D, Tandonnet L. Adolescence et psychopathologie. Paris: Masson; 2018.
- (2) Braconnier A. La menace dépressive à l'adolescence. Toulouse: Éres; 2019.
- (3) Chabert C. Les fonctionnements limites: quelles limites? En: André J (dir.) Les états limites. Paris: PUF; 1999: 93-122.
- (4) Brelet-Foulard F. Processus de pensée. En: André J (dir.) Les états limites. Paris: PUF; 1999; 129-175.
- (5) Kernberg O. et col. La thérapie psychodynamique des personnalités limites. Paris: PUF; 1995.
- (6) Fonagy P, Target M. Playing with reality: Theory of mind and the normal development of psychic reality. *Int J Psychoanal.* 1996; 77: 217-233.
- (7) Bateman A., Fonagy P. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment. Oxford: University Press; 2004.
- (8) Gabbard G. Therapeutic action in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality disorder. En: Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO. Psychodynamic psychotherapy for personality disorders. Washington, London: American Psychiatric Publishing; 2010.
- (9) Braconnier A. Quand l'adolescence questionne la psychanalyse. En: André J, Chabert C, Richard F (dir.) La psychanalyse de l'adolescence existe-t-elle? Paris: PUF; 2011.



# LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LOS ADOLESCENTES

*Josep Moya Ollé*

## LA CRISIS DE LA ADOLESCENCIA

Es clásico definir la adolescencia como aquella etapa o período de la vida que separa la infancia de la edad adulta. La adolescencia implica el complejo drama de pasar de una zona de la existencia a otra diferente. Es aquel punto crítico de la vida humana en el cual las pasiones sexuales y morales fructifican y asumen su madurez.

La adolescencia se sitúa como bisagra entre la infancia y la edad adulta. La historia de una vida es mucho más que una secuencia de escenas, acontecimientos y personajes, en el cual el pasado, el presente y el futuro están unidos por un argumento lineal; la adolescencia es una etapa activa de deconstrucción, construcción y reconstrucción; un período en el que el pasado, el presente y el futuro se enlazan con hilos de fantasías y deseos, que no siguen necesariamente las pautas de la cronología lineal.

No obstante, es preciso diferenciar adolescencia de pubertad. La pubertad se puede definir como el momento en el cual se produce la maduración sexual del niño o la niña. Es un proceso que suele ocurrir entre los 10 y los 14 años, para las niñas, y entre los 12 y los 16 años para los varones. La pubertad es una crisis estrictamente individual que no plantea problemas sociales; no se modifica con la situación social e histórica. La pubertad tiene efectos físicos y psicológicos, pero no cuestiona lo social. En cambio, la adolescencia amenaza con crear un conflicto entre generaciones. Este conflicto tiene sus valores y su ausencia puede considerarse más una anomalía que una excepción.

En la mayor parte de los casos, las perturbaciones de la adolescencia oponen los adolescentes a sus padres o tutores, a los adultos, a las autoridades e, incluso, a la sociedad en general.

Suele afirmarse que la adolescencia solo dura un tiempo y que ese tiempo es su remedio natural; pero cabe añadir que esta crisis comporta riesgos que en algunas ocasiones pueden comportar consecuencias muy adversas. Es un hecho que podemos constatar todos los profesionales que nos dedicamos a atender a niños y adolescentes en el marco de la salud mental. Así, desde la creación, en el año 1994, de la primera Unidad de Crisis de los Adolescentes (UCA) en el Hospital Benito Menni de Sant Boi de Llobregat (Barcelona), han proliferado decenas de nuevos dispositivos

tanto sanitarios como educativos, especializados en la atención de los adolescentes con especiales dificultades y/o conductas perturbadoras. Todo ello es un buen exponente de la gravedad del problema.

Un autor, Octave Mannoni, escribía en el año 1986, que la historia de las enfermedades mentales mostraría, probablemente, que la frecuencia de los casos de esquizofrenia aumenta a medida que aumenta el carácter evolutivo de la sociedad (1). Estos casos, según el mismo autor, eran más raros en las sociedades estables.

La adolescencia es un estado patológico normal, un binomio que podría parecer contradictorio pero que tiene su justificación en tanto se trata de una situación de crisis, como una crisis febril, pero que es necesaria. Se podría afirmar que sería anómalo escapar de este estado; ello implicaría una mutilación, un paro en el desarrollo que determinaría una forma más o menos visible de un trastorno mental.

El conflicto del adolescente con su familia es, en ocasiones, latente, pero en otros es muy dramático, pero siempre está presente, incluso en aquellos casos bastante normales en los que no se considera necesaria la intervención de un profesional. Sin embargo, en otras ocasiones sí es necesario pedir ayuda y consultar con un clínico especializado –psicólogo clínico, psiquiatra, psicoanalista– siendo habitualmente los padres o tutores los que toman esa decisión.

Pero, antes de abordar directamente el problema de los trastornos de la conducta en los y las adolescentes es preciso detenernos brevemente en el contexto social en el que se producen los conflictos.

#### LA ADOLESCENCIA EN EL SIGLO XXI

Parece claro que la adolescencia está de moda. Por un lado, los mercados han encontrado un colectivo de potenciales compradores que no habían estado explotados previamente y hacia los que se dirige una buena parte de la publicidad.

La influencia de la publicidad en la configuración de los referentes valorativos es ejercida en la medida en que, en la traslación de una determinada visión del universo juvenil, enfatiza un cierto tipo de valores (presentistas, pragmáticos y hedonistas), que son los más funcionales a los objetivos de la publicidad: favorecer el consumo de bienes y servicios, estimulando el interés y el deseo por los mismos. La sobrerrepresentación de estos valores provoca que los jóvenes tiendan a identificarse más con ellos, desplazando a posiciones secundarias a otros, y a que se refuerce el propio estereotipo de lo que significa ser y actuar como un joven. De esta manera la publicidad contribuye decididamente a que se consoliden determinadas actitudes y comportamientos (2).

Las empresas diseñan ropa, complementos, aparatos electrónicos e incluso productos bancarios específicos para adolescentes, que se han convertido en compradores compulsivos de vestidos a la moda, de móviles y tabletas que es preciso renovar cada dos o tres años, de recursos de internet y de videojuegos así como de todo tipo de mercancías que antes se reservaban únicamente a los adultos (3).

De hecho, el niño y el adolescente ejercen una influencia cada vez mayor en las compras realizadas por los padres: ellos se han convertido en compradores decisivos y, al mismo tiempo, en prescriptores de compras.

Además, dado que el moldeo autoritario de familia está descalificado, el hijo/la hija informan sobre sus preferencias, expresan sus demandas y dan su opinión sobre las elecciones de los padres. El hijo mudo forma parte de una época pasada y ahora expresa su fascinación y fetichismo por las marcas (4). Estamos en la era del hijo/hija hiperconsumidor, unos hijos a los que se escucha, que tienen derecho a elegir por sí mismos, que disponen de una parcela de poder adquisitivo y que controlan directa o indirectamente una parte de los gastos domésticos.

En este contexto, el éxito de las marcas brilla sobre el telón de fondo del desconcierto y la ansiedad crecientes del hiperconsumidor. Para un joven, exhibir un logotipo no equivale a ponerse por encima de los demás sino a no parecer menos que los demás. Es aquella demanda tantas veces escuchada: «Papás, me tenéis que comprar aquel jersey, aquella camiseta o la nueva versión del IPAD. Los compañeros de la clase ya los tienen». El joven o la joven salen de su impersonalidad por una marca apreciada y con ella no quiere dar testimonio de una superioridad social, sino de su participación total e igualitaria en los juegos de moda, de la juventud y el consumo.

Otra característica de los adolescentes actuales es su nivel de autonomía. El acceso de las mujeres al mundo laboral hace que, muy a menudo, ambos progenitores trabajen fuera de casa. Esta circunstancia, unida al tiempo que comportan los largos desplazamientos a los lugares de trabajo, provoca que el tiempo de estancia de los padres en los hogares familiares se haya ido reduciendo considerablemente. Los hijos han de configurar su tiempo aumentando sus niveles de autonomía.

Un tercer elemento a tener en cuenta hace referencia a la modificación en la consideración de la autoridad. Esta modificación ha afectado a fondo la posición del adulto. Esto toca a la educación en general, desde los padres a los docentes y pone en primer plano la voracidad del mercado que posee mucho mayor peso «educativo» que ellos. Este fenómeno se enmarca en otro de mayor peso: la pérdida de legitimidad del patriarcado, esto es, de la figura paterna. El padre del siglo XXI ya no es una roca en medio de las tempestades de la infancia y la adolescencia, ya no es el referente al cual pueden acudir los hijos y las hijas buscando un consejo; tampoco es un monolito de seguridad y, sobre todo, no es la personificación de la perfección.

Educar en la época actual es una tarea extraordinariamente compleja ya que, como se ha señalado, los educadores no se ven legitimados en su autoridad, entendida en el sentido romano de auctoritas. En palabras de Kojève: «la autoridad es la posibilidad que tiene un agente de actuar sobre los demás, sin que estos reaccionen contra él, aunque sean totalmente capaces de hacerlo» (5). Siguiendo a José Antonio Marina (6), en este marco, las instituciones actúan autorizando a un número de personas a ejercer la potestad correspondiente al puesto que ocupan. El Estado autoriza a los jueces y éstos a los policías. Todos tienen un poder conferido, recibido. Están autorizados, tienen autorización para ejercerlo, son autoridades. Pero se trata de una autoridad conferida por el cargo, el puesto, la posición... Una persona, por el hecho de ocupar un cargo, recibe una autorización para ejercer el poder, y hereda parte del capital simbólico de la institución a la que pertenece. Así, en épocas pasadas, el docente recibía una autorización y una autoridad de la sociedad. Pero, en este momento, el prestigio de la institución escolar es bajo, y esto hace que la fuerza institucional que reciben los docentes sea escasa, lo que les produce con frecuencia un sentimiento de desamparo o de impotencia.

A estas reflexiones, extraídas del texto de José Antonio Marina, cabría añadir que también las familias, los padres, no se sienten autorizados a ejercer su función educativa. Google ha sustituido los consejos de los padres de forma que cuando los hijos, básicamente, los adolescentes, quieren resolver algún problema o tienen alguna duda recurren al Gran Saber que les proporciona la pantalla. En consecuencia, la autoridad de los padres es un ente que es preciso conquistar día a día pero que nunca viene dado a partir del lugar que los padres ocupan en tanto tales.

En este marco no ha de sorprendernos el elevado número de demandas de consulta que realizan los padres en los dispositivos de salud mental de adolescentes, demandas que se concretan en preguntas del tipo «¿Qué tenemos que hacer para que nuestro hijo/hija nos haga caso? ¿Cómo hemos de intervenir cuando se niegan a dejar el videojuego porque ya ha llegado la hora de cenar? ¿Qué estrategias hemos de poner en marcha para que estudie y haga los deberes?». De ahí que en algunos casos se haya optado, desde los dispositivos, a organizar «escuelas de padres», en un intento de dotar de instrumentos a las familias en su ardua y desesperante tarea de educar a sus hijos.

Finalmente, en este breve recorrido por los elementos más característicos de los adolescentes actuales debemos referirnos al mundo de las pantallas. Los adolescentes del siglo XXI son nativos digitales. Esta expresión, «nativos digitales», fue acuñada por primera vez por Marc Prensky, un profesor de la Universidad de Harvard, en el año 2001 (7). Con este término designó aquellas personas que habían nacido a partir de 1980 hasta la actualidad, cuando ya existe una tecnología digital plenamente desarrollada y al alcance de muchos. Ahora bien, frente a los nativos digitales se sitúan

los inmigrantes digitales, es decir, aquellas personas nacidas entre los años 1940 y 1980, ya que se considera que han sido y son espectadores y actores generalmente privilegiados del proceso de cambio tecnológico.

Los adolescentes actuales han nacido con un ratón en la mano, como se suele decir; se han criado con internet, los teléfonos móviles, las tabletas y los videojuegos. Dominan el lenguaje digital con una facilidad extraordinaria y, a menudo, colocan a sus padres y educadores, los inmigrantes digitales, en una posición ridícula.

En este marco, Nicholas Carr, un sociólogo norteamericano, sostiene que hemos llegado a un momento crucial en nuestra historia intelectual y cultural, una fase de transición entre dos formas muy diferentes de pensamiento (8). Carr afirma que lo que estamos entregando a cambio de las riquezas de internet es nuestro viejo proceso lineal de pensamiento. Calmada, concentrada, sin distracciones, la mente lineal está siendo desplazada por una nueva clase de mente que necesita recibir y diseminar información en períodos cortos, descoordinados, frecuentemente solapados. Zimming Liu, catedrático en la Universidad de San José, realizó un estudio según el cual, el entorno digital tiende a animar a las personas a explorar muchos temas extensamente, pero a un nivel superficial (9). Los hipervínculos distraen a la gente de la lectura y el pensamiento profundo. Uno de los participantes en el estudio declaró que notaba que estaba perdiendo la paciencia para leer textos largos. Carr, en el texto citado, añade que está surgiendo un comportamiento lector basado en la pantalla y caracterizado por la navegación, la exploración, el aislamiento de palabras clave, una lectura aleatoria, ni lineal ni fija. Lo que estamos experimentando es, en sentido metafórico, lo opuesto a la trayectoria que seguimos a principios de la civilización: estamos evolucionando de ser cultivadores de conocimiento personal a cazadores recolectores en un bosque de datos electrónicos.

Pero, hemos de considerar además un factor correlacionado con lo anteriormente citado: las modificaciones en las estructuras cerebrales. Dos investigadores, Small y Vorgan, han señalado que a medida que el cerebro evoluciona y sitúa su punto de mira en las nuevas destrezas tecnológicas, se aleja de las habilidades sociales fundamentales, como las de leer la expresión facial durante la conversación o la de captar el contexto sentimental de un gesto sutil (10). Estos autores afirman que mientras el cerebro de los jóvenes nativos digitales de hoy se está cableando para las ininterrumpidas ciberbúsquedas, quedan menos desarrollados el circuito neuronal y algunas partes del cerebro que normalmente se adaptan a métodos de aprendizaje más tradicionales.

En esta misma dirección, Manfred Spitzer, director de la Clínica Psiquiátrica de Ulm y el Centro de Transferencia de Conocimientos para las Neurociencias y el Aprendizaje, ha señalado que investigaciones neurocientíficas realizadas con tomografías funcionales por resonancia magnética muestran también que la identificación de las letras que se aprendieron

con lápiz conduce a una actividad reforzada en las zonas cerebrales motrices. Este no es el caso en letras aprendidas mediante un teclado. De aquí puede deducirse que únicamente la formación de letras con un lápiz produce huellas motrices en la memoria, que se activan durante la percepción de las letras facilitando así la identificación de las mismas en su aparición visual. Esta huella motriz de la memoria, adicional y necesaria para la lectura, no se produce con la pulsación de las teclas, ya que los movimientos realizados al teclear no guardan ninguna relación con la forma de las letras (11).

La razón a la que obedecen estas reflexiones estriba en su influencia sobre las conductas y los problemas en los aprendizajes de los niños y los adolescentes. En efecto, la clínica del día a día nos presenta numerosos casos de niños y adolescentes con serios trastornos de conducta y, al mismo tiempo, con graves problemas en sus aprendizajes. En muchos de estos casos se establecen los diagnósticos de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y, también, de trastorno negativista desafiante. Ahora bien, cuando procedemos a las anamnesis nos encontramos con que se trata de niños y adolescentes «pegados» a las pantallas, que invierten muchas horas del día, los siete días de la semana, a jugar con videojuegos y, en consecuencia, a modificar sus cableados cerebrales en función de aquellas zonas especialmente estimuladas por la actividad digital. Pero, no solo eso, y ahí se constituye el principal núcleo del problema: las pantallas, en general, y los videojuegos en particular, suponen, en muchos casos, una determinada modalidad de satisfacción libidinal caracterizada por su inmediatez y, sobre todo, por la escasa presencia real de los otros, aunque en ocasiones se trata de juegos en línea. Y, ¿qué es lo que explican las familias? Lo que explican es que se enfrentan a comportamientos desafiantes, oposicionistas y, en algunos casos, violentos: «A veces, cuando le digo que deje de jugar me insulta o, incluso, puede llegar a agredirme», es un relato que en la actualidad ya no es nada excepcional.

#### LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LOS ÁMBITOS ESCOLAR Y FAMILIAR

La escuela y la familia son ámbitos en los que los problemas de conducta de los adolescentes se hacen más patentes. Sin ánimo de ser exhaustivo expondré algunos fragmentos pertenecientes al estudio que el Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya encargó al OSAMCAT (Observatori de salut mental i comunitària de Catalunya) en el año 2009 (12). En este estudio se llevaron a cabo grupos focales en 53 centros escolares, de primaria y de secundaria. Los participantes se distribuyeron en cinco grupos: docentes, padres, profesionales de los EAP (Equipos de Asesoramiento Psicopedagógico), profesionales de los CSMIJ (Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil) y alumnos de secundaria. La muestra fue

de 553 individuos. La metodología empleada fue cualitativa. Cada sesión de grupo focal fue grabada, transcrita y analizada a partir de las categorías previamente definidas.

El primer fragmento corresponde a las quejas de dos madres de adolescentes:

- *Madre 1*: «está muy agresivo, se pelea con su hermana, se pelea conmigo, cuando no empieza a tirar cuchillos por el aire, están por la pared, suelos; de mal en peor, no sé qué hacer».
- *Madre 2*: «Yo este tipo de problemas no tengo, mi hijo en casa se comporta bastante bien, el único problema que tengo es en el colegio, insulta a los profesores, no los respeta, fuma en clase, y yo creo que el problema es cuando pasa los fines de semana con su padre; es cuando se destorota [*sic*] todo. Hace un mes que no va, pero ahora parece que lo haga aposta. Me dice, como no voy, ahora te voy a joder; no sé. El problema lo tiene en el colegio, que no se aplica, no hace caso a los profesores, está siempre expulsado».

Los siguientes fragmentos corresponden a docentes:

- *Docente 1*: «Cuanto peor está la clase, peor se pone el profesor, y los alumnos lo notan. Si se llega a un límite, deberíamos relajarnos. Y ves que no puedes porque no llegas a realizar el trabajo que tienes y eso te agobia».
- *Docente 2*: «Tenemos sentimientos de frustración, te ves muy impotente estando sola en clase con 25 niños. Los problemas van creciendo, y generando mucha tensión, somos muy irresponsables. Todo esto te cansa, te desmonta y te apuras».

El tercer fragmento corresponde a un profesional de un CSMIJ:

- *Profesional CSMIJ*: «Yo trabajo en esta zona desde el año 1982 y puedo decir que ha cambiado la población. Vemos un incremento de derivaciones por situaciones reactivas al sistema escolar. Hay falta de motivación. Hay personas que sufren. Hay una dificultad para diferenciar entre autoridad y autoritarismo. También detectamos fenómenos de *bullying*. Hay tres elementos: Los trastornos de la conducta alimentaria, las psicosis que debutan en edades cada vez más precoces y, sobre todo, los porros. Hay una trivialización del consumo de porros. También está el problema del uso de internet y de los teléfonos móviles.

El cuarto fragmento corresponde a un profesional de un EAP:

- *Profesional EAP*: «Querría añadir, a lo que ya se ha dicho, que se dan muchos casos de absentismo escolar. También se dan agresiones físicas y verbales entre compañeros y contra cualquier figura que represente la autoridad».

Finalmente, unos fragmentos extraídos de las declaraciones de los propios alumnos adolescentes:

- *Adolescente 1*: «Hay pasotismo. La hora del patio es la mejor clase que tenemos aquí. En mi clase es que casi nadie hace nada bien, solo hay cuatro personas que aportan alguna cosa a la clase, básicamente porque se aburren. Hay violencia verbal, muchas palabrotas y muchos insultos».
- *Adolescente 2*: «No sé qué decir. No sé qué decir. Es verdad lo que dice ella, mucha gente no le da importancia a lo que está haciendo, no valora a los profesores aunque hacen mucho esfuerzo, nos bur-lamos de ellos».

Estos fragmentos son indicativos del profundo malestar que afecta al profesorado, a las familias e incluso a los propios alumnos adolescentes. En el caso de los docentes, el malestar se puede expresar en términos de sentimiento de soledad, de impotencia o de apatía. El docente puede acabar concluyendo que quizás se ha equivocado al elegir la profesión de maestro o puede pensar que las familias no comprenden las dificultades que tienen que enfrentar día a día. A menudo, y esto es manifestado de manera recurrente, los docentes tienen la vivencia de que se espera demasiado de ellos, de que hay demasiadas expectativas depositadas en sus funciones y esto les crea una presión insoportable. En cuanto a los padres, ya se ha mencionado que con cierta frecuencia acuden a los profesionales de salud mental en busca de ayuda, pidiendo recetas que les permitan reconducir los graves problemas de comportamiento que se producen en sus hogares. En este contexto, es preciso señalar la existencia de un problema que va en aumento en los últimos años: la violencia filiofamiliar (13). En uno de los casos atendidos por mí, el hijo adolescente había protagonizado diversos episodios de violencia física contra la madre y violencia verbal contra el padre. Además, les había robado dinero y amenazado en diversas ocasiones porque no le daban el dinero que él les exigía para poder adquirir cannabis.

De lo que hasta aquí se ha presentado se puede inferir que los problemas de conducta en adolescentes no son una cuestión banal aunque también es cierto que no es una situación novedosa. Lo que sí podemos afirmar que es novedoso es el contexto social y cultural en el que se desarrolla

el problema. La deslegitimización de la autoridad tanto de los padres como de los docentes y educadores en general, el consumo de sustancias tóxicas, especialmente alcohol y cannabis, el uso masivo de las pantallas y, finalmente, un progresivo proceso de banalización de la violencia, vinculado en cierta medida, al mencionado uso de videojuegos, son factores que han irrumpido en el campo social en los últimos años y configuran un espacio de conflicto muy difícil de resolver.

#### CATEGORIZACIÓN PSICOPATOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA

Los problemas de conducta en las etapas infantil y de la adolescencia han sido y son abordados, por un sector de la psiquiatría y la psicología clínica actuales, a partir de las categorizaciones establecidas por el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición) (14).

El DSM-5 incluye esta categoría en el capítulo de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta. Estos últimos se definen como patrones repetitivos y persistentes de comportamiento en los que no se respetan los derechos básicos de los demás, las normas o reglas sociales propias de la edad. Los criterios que deben estar presentes —en un periodo mínimo de doce meses— se refieren a agresiones a personas y animales, destrucción de la propiedad, engaños o robos y el incumplimiento grave de las normas. Lo que más llama la atención de la definición dada por el DSM-5 es la ausencia de ningún síntoma mental; solo se citan conductas disruptivas o ilegales; dicho con otras palabras, el trastorno de la conducta se define con criterios extraídos del Código Penal. Es un ejemplo de cómo la psiquiatría oficial renuncia al lenguaje que le debería ser propio: el de los síntomas mentales, y se apropia de criterios provenientes del derecho penal. Esta renuncia es ya una primera limitación, pero hay otras.

Una autora, Valerie Harwood, profesora en la Universidad de Wollongong, Australia, señala que desde la primera aparición del DSM, el trastorno de conducta ha experimentado una metamorfosis con cada edición (15). Esta transformación se hace evidente en los criterios cambiantes utilizados para diagnosticarlo. En el DSM-III había cuatro subtipos específicos del trastorno de conducta. Siete años más tarde, en el DSM-III-R se propusieron tres subtipos del trastorno de conducta. Pero cuando se publicó el DSM-IV, los tres subtipos desaparecieron y dieron paso a tres nuevos subtipos. Dicha autora advierte que cada cambio en la definición rediseña la verdad del trastorno de la conducta y realinea su objeto, el niño problemático. Resulta bastante clara la debilidad epistemológica de un trastorno mental que requiere ser revisado en cada edición de las clasificaciones internacionales. Pero no acaban aquí las limitaciones del concepto.

Los llamados trastornos de la conducta constituyen un cajón de sastre (16) en el que se incluyen problemáticas de naturaleza muy heterogénea en las que el único común denominador podría ser el malestar que generan en los demás: madres, padres, docentes, educadores. De hecho, en la clínica cotidiana nos encontramos, muy a menudo, con demandas formuladas por las familias o los docentes a partir de los síntomas que sufren y que derivan de los malestares provocados por el niño o el adolescente. Dicho con otras palabras: aquel o aquella que son diagnosticados de Trastorno de la conducta no presentan síntomas –al menos de manera clara– mientras que los que sí presentan síntomas mentales son los que hacen la demanda: los padres o los docentes/educadores. Se trata de adolescentes reconocidos por su valor de molestia (17). Y es aquí donde encontramos una segunda limitación del concepto de trastorno de conducta: no expresan absolutamente nada sobre el sufrimiento mental subyacente.

Otro aspecto a destacar es el que se refiere a los procesos psicóticos que se desencadenan en la adolescencia. En efecto, la clínica actual nos muestra que las psicosis se manifiestan en los adolescentes de manera diferente a como lo hacían hace unos veinte o treinta años. En efecto, en la actualidad es una relativa rareza encontrar procesos psicóticos en niños y adolescentes que se manifiesten en delirios y/o alucinaciones; sí son frecuentes, en cambio, los comportamientos disruptivos que pueden ir acompañados de patrones de abuso de sustancias tóxicas, predominantemente de cannabis. Es oportuno señalar que en los inicios de la Red de Salud Mental Infantil y Juvenil de la Generalitat de Catalunya, en la década de los 90 se podían diagnosticar casos de psicosis en niños y adolescentes que presentaban alucinaciones y delirios estructurados. Sin embargo, en los últimos años esta modalidad –clásica– de presentación de las psicosis es mucho menos habitual siendo más frecuentes los casos en los que el proceso psicótico debuta en forma de alteraciones de la conducta.

En ocasiones, la historia del proceso se desarrolla de una manera más dramática. Así, en un caso dado por nuestro equipo, el trastorno se inició con episodios de rabietas seguidos de absentismo escolar. Al cabo de un tiempo aparecieron ideas autolíticas enmarcadas en un discurso de insatisfacción por la vida. A estas vivencias se añadió una mala relación con los hermanos –con momentos de agresiones físicas– así como un aislamiento social que él expresaba en términos de «no tengo amigos ni siento la necesidad de tenerlos». Su discurso se expresaba con una frialdad absoluta, incluso cuando explicó su tentativa de suicidio por defenestración. En este paciente no fue posible detectar ningún elemento propio de las neurosis sino todo lo contrario: un discurso centrado en la posesión de la verdad, sin fisuras, sin matices. Además, protagonizó episodios violentos desencadenados a raíz de sentirse hostigado por sus compañeros del aula.

En estos casos no se puede hablar de psicosis típicas, es decir, con las manifestaciones centradas en delirios y/o alucinaciones. Las descripciones

de los manuales y tratados así como los criterios utilizados para las clasificaciones internacionales (CIE y DSM) no nos son de utilidad. Ha sido el psicoanálisis de orientación lacaniana el que ha incorporado una lógica no binaria, no aristotélica, para intentar dilucidar la naturaleza de esta nueva clínica en el ámbito de las psicosis. Así, Jacques-Alain Miller (18) recurrió a la clínica borrosa, inspirada en la teoría de los conjuntos difusos de Zadeh (19), para referirse a aquellas psicosis «más modestas» que reservan sorpresas en tanto el fenómeno específicamente psicótico puede tardar un tiempo en manifestarse. La clínica de las psicosis ordinarias está hecha de rasgos discretos, útiles para la diferencia que existe entre unos y otros; ahora bien, estos rasgos son tan discretos, tan sutiles, que pueden desaparecer de manera general y solo aparecer en la singularidad de cada caso, y cada vez de manera diferente (20).

Resumiendo de manera muy breve, en las psicosis ordinarias encontramos rasgos muy heterogéneos así como trayectorias muy diversas en las que los niños y adolescentes han recibido diagnósticos que van desde el TDAH hasta los trastornos de personalidad pasando por el trastorno negativista desafiante y el abuso de sustancias tóxicas. Pero, una mirada atenta y paciente permite localizar aquellos elementos específicamente psicóticos y, también, las diversas maneras y estrategias mentales que los pacientes han podido desarrollar para enfrentar el insoportable sentimiento de vacío existencial.

De todo ello se desprende que la escuela y los docentes, con cierta frecuencia, se encuentran frente a alumnos con conductas disruptivas y/o difíciles de contextualizar; pero cuando se coordinan con los profesionales de los equipos de asesoramiento psicopedagógico (EAP) o de los centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ) no siempre obtienen las herramientas y las indicaciones que les pueden ser útiles para el manejo de las complejas situaciones generadas por aquellos alumnos. Intentaré, en el apartado siguiente, dar algunos elementos.

## ¿QUÉ OBSERVAR, COMO OBSERVAR Y COMO INFORMAR EN EL MEDIO ESCOLAR?

Una de las dificultades que tienen los docentes y, en general, todas aquellas personas, incluidos los padres, que tienen a su cargo adolescentes en su tarea educativa es decidir qué hay que observar en relación a los comportamientos disruptivos que presentan algunos adolescentes y cómo hacerlo. A efectos prácticos me referiré básicamente al ámbito escolar.

En primer lugar, hay que poder diferenciar entre comportamientos que pueden ser considerados inherentes a la edad y aquellos otros que pueden ser la manifestación de algún tipo de trastorno mental. Además, en algunas ocasiones, lo que hay que tener muy presente es que algunos adolescentes pueden mostrarse muy silenciosos en el aula y, al mismo tiempo,

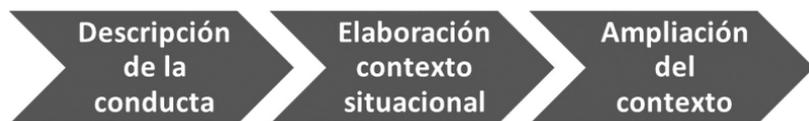
tener importantes y/o graves trastornos mentales. Esta observación es fundamental tanto para el trabajo en red (con el Equipos de Asesoramiento Psicopedagógico –EAP–, Servicios Sociales, Salud Mental Infantil y Juvenil, Equipos de Atención a la Infancia y la Adolescencia, Pediatría) como de cara al trabajo dentro del propio centro educativo.

Es necesario disponer de una metodología que permita distinguir lo que es relevante de lo superfluo y, al mismo tiempo, que ayude a los docentes y educadores a transferir la información a los profesionales del EAP y, especialmente, de salud mental infantil y juvenil.

En primer lugar, hay que considerar que todo comportamiento debe ser observado en base a unos procedimientos:

- a) Descripción.
- b) Elaboración del contexto situacional (tiempo, espacio, actores implicados).
- c) Ampliación del contexto en base a las informaciones previas (figura 1).

FIGURA 1  
*Fases de la descripción de la conducta en el medio escolar*



La primera fase consiste en describir de manera detallada qué hace el adolescente, por ejemplo, si se muestra distraído de manera recurrente, o si no es capaz de permanecer sentado en la silla, o bien molesta los compañeros de clase o bien se comporta de manera extraña, con conductas fuera de contexto.

En la segunda, hay que especificar el contexto en el que se produce la conducta anómala o disruptiva, es decir, si es durante toda la clase o solamente al inicio o al final, o bien la conducta se produce a la hora del patio.

En la tercera fase, es necesario ampliar el contexto con las informaciones que puedan dar otros docentes; así, por ejemplo, en una reunión de claustro una docente explicó todo un conjunto de comportamientos que mostraba un alumno en su clase, pero cuando intervinieron otros docentes la visión se modificó considerablemente hasta el punto de que la tutora del curso anterior se mostró muy sorprendida afirmando que parecía que estuvieran hablando de otro alumno y no del que ella había tenido el curso pasado.

La contextualización de la conducta o del comportamiento de un determinado alumno es necesaria ya que toda manifestación conductual, o todo síntoma adquieren un significado en base al resto de conductas y en las coordenadas de tiempo y espacio en que aparecen. Un ejemplo práctico ayudará a aclarar el procedimiento mencionado.

Se trata de un alumno que mostraba comportamientos disruptivos en algunas clases. Estos comportamientos consistían en molestar a otros compañeros, dándoles golpecitos o lanzándolos papelitos. Cuando el docente le llamaba la atención, el alumno solía mostrarse desafiante. Sin embargo, estos comportamientos no se producían en todas las clases sino en algunas. Además, tampoco molestaba a todos los compañeros sino a algunos en concreto. A la hora del comedor, las cosas se complicaban aún más ya que el chico desafiaba de manera descarada las monitoras. Ahora bien, en casa, el chico se mostraba amable y cariñoso con sus padres. El procedimiento que se siguió para reconducir la situación incluyó sesiones de análisis del caso en las que intervinieron la tutora, la psicopedagoga del centro y el profesional de salud mental. Esto permitió que la tutora dispusiera de herramientas para un adecuado manejo de los conflictos que se producían en el aula.

Haciendo una extrapolación a otros casos, podemos decir que la descripción que hay que hacer debe incluir todos estos detalles pertinentes ya que así se podrá dilucidar con mayor precisión el significado de las conductas disruptivas y tomar las decisiones sobre las medidas a adoptar de manera más adecuada. Además, el tutor o tutora del alumno podrá aportar esta valiosa información a los profesionales de salud mental infantil y juvenil.

## CONCLUSIONES

Para concluir, podemos afirmar que en la actualidad, los trastornos de la conducta constituyen un capítulo muy relevante en el ámbito de la salud mental de los adolescentes. Su prevalencia y gravedad han ido en aumento en los últimos años y ello puede estar correlacionado con diversos factores: el hiperconsumo, muy relevante en los adolescentes; la deslegitimación de la autoridad, tanto en los padres como en los docentes y educadores en general; el masivo uso de las pantallas y las nuevas configuraciones en el pensamiento y la forma de gozar vinculadas a ellas y, finalmente, el masivo uso de sustancias tóxicas, especialmente el cannabis.

Por otro lado, la prevalencia en la clínica psicopatológica actual de un modelo que fija su mirada en la superficie del dato pero no en la estructura mental subyacente provoca la emergencia de diagnósticos epistemológicamente débiles y, en consecuencia, unas prácticas y procedimientos

terapéuticos poco acertados. Se impone, en consecuencia, el potenciar modelos teóricos más rigurosos en sus análisis de los síntomas mentales así como la implementación de dispositivos más adecuados para abordar una problemática cada vez más acuciante.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Mannoni O. ¿Es analizable la adolescencia? En: Mannoni O, Deluz A, Gibello B, Hébrard J, editors: La crisis de la adolescencia. Barcelona: Gedisa; 1986: 17-30.
- (2) Sánchez L, Megías I, Rodríguez E. Jóvenes y publicidad. Valores de la comunicación publicitaria para jóvenes. Madrid: FAD-INJUVE; 2004.
- (3) Pereira R. Adolescentes en el siglo XXI. En: Adolescentes en el siglo XXI. Entre impotencia, resiliencia y poder. Madrid: Morata; 2011: 12-3.
- (4) Lipovetsky G. Pasión por las marcas y consumo democrático. En: La felicidad paradójica. Barcelona: Anagrama; 2007: 41-6.
- (5) Kojève A. La noción de autoridad. Buenos Aires: Nueva Visión; 2005.
- (6) Marina JA. La recuperación de la autoridad. Barcelona: Versátil; 2009.
- (7) Prensky M. Digital Natives, Digital Immigrants. On the horizon. 2001; 1-6.
- (8) Carr N. Superficiales. Madrid: Taurus; 2011.
- (9) Liu Z. Reading Behavior in the Digital Environment. J Doc. 2005;61(6): 700-12.
- (10) Small G, Vorgan G. El cerebro digital. Barcelona: Urano; 2009.
- (11) Spitzer M. Demencia digit@l. Barcelona: Ediciones B; 2013.
- (12) Anguera MT, Moya J. Problemes de comportament en els infants i adolescents de Catalunya: necessitats educatives que generen. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2010.
- (13) Moya J. La violencia filiofamiliar. La maleta de Portbou. 2018; 6-10.
- (14) American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. Madrid: Panamericana; 2014.
- (15) Harwood V. El diagnóstico de los niños y adolescentes problemáticos. Una crítica a los discursos sobre los trastornos de la conducta. Madrid: Morata; 2009.
- (16) Martínez A. Los trastornos de conducta, un cajón de sastre. En: Monseny J, editor: ¿Trastornos de conducta o conductas que trastornan? Barcelona: Horsori; 2016.
- (17) Tolchinsky S. Unos chicos difíciles. En: Monseny J, editor: ¿Trastornos de conducta o conductas que trastornan? Barcelona: Horsori; 2016: 37-52.
- (18) Miller JA. Apertura. In: Miller JA, et al. editor: La psicosis ordinaria. Buenos Aires: Paidós; 2003: 197-204.
- (19) Zadeh L. Fuzzy Sets. Inf Control. 1965;8: 338-53.
- (20) Bassols M. Psicosis, ordenadas bajo transferencia. En: Miller JA, editor: Las psicosis ordinarias y las otras. Buenos Aires: Grama; 2017: 25-29.

## BULLYING: EL ACOSO DEL SUJETO

José Ramón Ubieta

El estado natural del adolescente es el acoso, acoso de su cuerpo púber. Una de las tentaciones para desembarazarse de él es desplazarlo a un chivo expiatorio, manipular el cuerpo del otro para dejar el suyo a salvo. Y todo esto en grupo, como falsa solución para salir del atolladero de la pubertad (1).

La vivencia de este hecho por unos y otros es radicalmente diferente. Los testimonios que encontramos en la clínica y en la literatura nos confirman el carácter traumático de ese acontecimiento para los acosados, que deja huellas indelebles y singulares, hasta el punto que a veces tienen que pasar décadas para poder hablar de ello (2). Vamos a analizar diversas variables que inciden en la subjetivación de este fenómeno.

### EL BULLYING COMO SÍNTOMA SOCIAL

El acoso escolar, además de una vivencia traumática e individual, es un síntoma social que forma parte del malestar en la civilización. Analizarlo implica tomar en cuenta dos ejes: aquello que aparece ligado al momento histórico donde emerge, y lo atemporal: aquello que lo conecta con el pasado y con las razones de estructura. En el caso del *bullying*, lo que no cambia, aquello que permanece fijo, es la voluntad de dominio y la satisfacción cruel que algunos sujetos encuentran al someter a otros a su capricho, para así defenderse del desamparo ante lo nuevo. Eso ha existido siempre como el ejercicio del matonismo en la escuela, fundado en el goce que proporciona la humillación del otro, la satisfacción cruel de insultar y golpear a la víctima.

¿Qué habría de nuevo en nuestra época para explicar las formas actuales que toma este fenómeno? Distingamos cuatro claves:

1. Por una parte, el eclipse de la autoridad encarnada tradicionalmente por la figura del padre y sus derivados (maestro, cura, gobernante). Eclipse no es desaparición ya que no se trata tanto de ausencia de normas –haberlas haylas– sino de no valorar la autoridad paterna en función de su poder sino por su capacidad para inventar soluciones, para transmitir un testimonio vital a los hijos, a esos que como Telémaco, hijo de Ulises, miran el horizonte escrutando la llegada de un padre que no acaba de estar donde se le espera, para acompañar al hijo en su recorrido y en sus *impasses*. Autoridad deriva justamente de *auctor*, aquel que crea o inventa.

2. La importancia creciente de la mirada y la imagen como una nueva fuente privilegiada de goce en la cultura digital. Junto a la satisfacción de mirar y gozar viendo al semejante en el rol de víctima, hay también el pánico a ocupar ese lugar de segregado, quedar así invisible, *overlooked*. Tomo prestado este término del comentario de Lacan, en su seminario sobre «El deseo y su interpretación» (1958-59), donde relata una anécdota de Charles Darwin a propósito de una anciana que había conseguido zafarse de la muerte a pesar de su avanzada edad. Lacan destaca el verbo inglés utilizado, *overlooked*, que hace referencia a no haber sido descubierto, a pasar desapercibido para el otro, en este caso para el diablo que es quien se supone se lleva a la tumba a las ancianas (3).
3. La desorientación adolescente respecto a las identidades sexuales. En un momento en que cada uno debe dar la talla, surge el miedo y la tentación de golpear a aquel que, sea por desparpajo o por inhibición, cuestiona a cada uno en la construcción de su identidad sexual. Fue el caso de Noemí, una joven de larga cabellera y aparente éxito entre sus compañeros varones, que un día fue agredida –tras semanas de acoso– por parte de un grupo de chicas de su clase que no soportaban lo que parecía (eso le suponían) un *saber hacer* con la femineidad. La chica terminó rapada al cero.
4. El desamparo del adolescente ante la pobre manifestación de lo que quieren los adultos por él en la vida, y la subsecuente banalización del futuro. Esta soledad ante los adultos y la vida supone una dificultad no desdeñable como se ve en muchas de las fantasías y en los actos que realizan, realidades efectivas que pueden llevarles al extravío y a la soledad. Entre los refugios encontrados en los semejantes, la pareja del acoso deviene así una solución temporal.

Estos cuatro elementos convergen en un objetivo básico del acoso que no es otro que evitar afrontar la soledad de la metamorfosis adolescente y optar por atentar contra la singularidad de la víctima. Esta «fórmula» genera un tiempo de detenimiento en la evolución personal. Elegir en el otro sus signos supuestamente «extraños» (gordo, autista, torpe) y rechazar lo enigmático, esa diferencia que supone algo intolerable para cada uno, es una crueldad contra lo más íntimo del sujeto que resuena en cada uno y cuestiona nuestra propia manera de hacer.

#### LA ESCENA DEL ACOSO: 4 ELEMENTOS Y UN NUDO

Una lectura que el psicoanálisis nos permite hacer del *bullying* es que se trata básicamente de una escena, un cuerpo a cuerpo en el que participan varios. Nuestra lectura no puede ignorar aquí lo pulsional como

constituyente del sujeto. Las tres condiciones clásicas del acoso, establecidas en su momento por Olweus (4), se pueden deletrear también en clave psicoanalítica. Por una parte, hay una intencionalidad agresiva que propone un destino a la pulsión sádica; una continuidad de la escena fija y un desequilibrio acosador-acosado marcada por la falta de respuesta de la víctima, por su inhibición ante ese acoso. La víctima es elegida por su silencio, por su imposibilidad de responder, como veremos con detalle posteriormente.

La escena del acoso incluye al acosador, la víctima, los testigos y el Otro adulto (padres, docentes), que no está pero al que se dirige también el espectáculo. Lo que los embrolla es la subjetividad y sus *impasses*, que pasa básicamente por hacer algo con el cuerpo que se les revela como un misterio, pero un misterio que habla y esa extranjería (otredad) los perturba e inquieta. Lacan lo anticipaba en 1967 cuando en una de las clases de su seminario decía «El Otro, en última instancia y si ustedes todavía no lo han adivinado, el Otro, tal como allí está escrito, ¡es el cuerpo!» (5).

Esa escena de acoso es más un acto de crueldad que una violencia. Nosotros sabemos bien el poder de las palabras y por tanto la elección de uno u otro término no es inocente ni inocua. El acoso es, descriptivamente, un fenómeno violento ya que supone forzar al otro pero es más interesante para nosotros resaltar lo pulsional que conecta la intención agresiva con las demandas del cuerpo. A esa conjunción le llamamos crueldad como un destino que damos a la pulsión sádica. Lo agresivo y lo sexual se intrincan.

Reducirlo a violencia complica las cosas y puede resultar engañoso por dos razones a evitar. La primera, que al generalizar el significante violencia y equiparar fenómenos muy dispares (Violencia de género, guerras, mafias), estigmatizamos a sus autores: «Jóvenes violentos».

La segunda es que en el acoso se trata de una falsa salida temporal. Falsa porque no resuelve el *impasse* de cada uno con su sexualidad, lo desplaza momentáneamente a otro. Y temporal porque es algo que va a encontrar luego otro destino a esa pulsión sádica, fuera del acoso. Mejor o peor, pero diferente. No suele haber casos de acoso escolar pasados los 16 años.

Salir del acoso que cada uno siente hace que, muchas veces, la acción resulte inevitable y manipular el cuerpo del chivo expiatorio bajo formas diversas: ninguneo (dejarlo de lado), insultos (injuriarlo), agresión (golpearlo), son una solución temporal para calmar la angustia. Para los testigos es crucial no quedar del lado de los pringaos, aquellos designados como chivos expiatorios. Esa es la razón por la que callan los testigos o incluso, a veces, aplauden y miran la escena. En la investigación que llevamos a cabo (6), y que confirmamos luego en el día a día, su silencio o su complicidad les garantiza –esa es su ilusión– no ocupar el lugar de la víctima. Ese verdadero chivo expiatorio, cuyo sacrificio parece necesario e inevitable para frenar el acoso que todo púber siente por tener un cuerpo que no deja de inquietarle con sus nuevos mensajes y emociones, y ante

el que no siempre sabe qué hacer. Como dicen ellos mismos: «que no nos tomen por pringaos o *frikis*, que no nos confundan». Creen así que pueden nadar y guardar la ropa, ver como los acosadores manipulan el cuerpo del acosado y mantener el suyo a resguardo.

La escena del acoso –en su dimensión de *acting-out*–, es una escena que daría acceso a un cierto goce del cuerpo del otro a través del grupo, si seguimos las indicaciones de Jacques-Alain Miller en su texto «En dirección a la adolescencia» (7). Es como si la escena grupal –elemento presente en muchas prácticas adolescentes: masturbación, violaciones, consumos, conductas de riesgo– ayudase a cada uno a domesticar algo de ese empuje pulsional vivido siempre como inquietante e imperativo.

Una escena, pues, alrededor de «la extraña pareja» que cada sujeto forma con el objeto innombrable. Una pareja donde el amor/odio se confunden, un *odioenamoramamiento* (8) que vemos de manera clara en uno de los protagonistas de la película *Bully* –inspirada en sucesos reales– que se deja maltratar por su mejor amigo a la espera de ese signo de amor que nunca llega (9).

El impacto de este sadismo no es igual para todos. Eso explica la diferente vivencia que tienen los participantes en el acoso. Para la víctima es un traumatismo que guarda en secreto y deja huella durante mucho tiempo. No pueden confiar ese episodio a nadie, ni a padres, hermanos, amigos o profesores.

Para los acosadores y testigos, en cambio, puede ser un recuerdo adolescente más o menos culposo. La rabia es un afecto que encontramos a menudo en los testimonios clínicos y literarios (10) y que pervive durante décadas como el signo de ese acontecimiento traumático. Una conocida escritora catalana, Lolita Bosch, con una experiencia declarada públicamente como acosada, publicó recientemente una novela, ganadora de un premio, con el título «La rabia». Es el testimonio sobre su condición de víctima del *bullying*. La rabia es ese resto que permanece pegado a su cuerpo de esa experiencia adolescente.

Ese traumatismo deviene en un goce no reabsorbible, un punto intratable para el sujeto, algo que queda pendiente de elaborar y que, de no hacerlo, se puede actuar inconscientemente, repitiendo la escena del acoso ocupando el lugar de la víctima o revertiendo la posición y ejerciendo de acosador, como Marcos que tras años adolescentes de sufrir burlas por algún aspecto físico, él mismo, ya adulto, no deja de burlarse cruelmente de algún subordinado con formas similares.

## EL SILENCIO DE LAS VÍCTIMAS

El silencio de las víctimas y la ceguera de los adultos (padres/docentes) tienen que ver, sin duda, con el miedo (externo) pero sobre todo está ligado a algo más consistente porque es más opaco y desconocido para todos, algo sin embargo muy íntimo. Esa escena pone en juego el fantasma particular y el

goce asociado para cada ser hablante. La vergüenza es un afecto habitual entre los acosados que los empuja al mutismo, a veces para siempre. James Rhodes, pianista y víctima de abusos sexuales regulares y brutales en la escuela de los 5 a los 10 años, lo explica así en su testimonio literario *Instrumental*: «La vergüenza es el legado que dejan todos los abusos. Es lo que garantiza que no salgamos de la oscuridad, y también es lo más importante que hay que comprender si queréis saber por qué las víctimas del abuso están tan jodidas. La vergüenza asegura el silencio, y el suicidio es el silencio definitivo» (11).

El acoso es un acontecimiento traumático porque implica el impacto de las palabras sobre el cuerpo, su efecto, que en ocasiones puede ser muy destructivo. Las palabras tocan y resuenan en el cuerpo y su sinsentido –aquello que todavía no es representable para el sujeto– las hace más hirientes, razón por la que en ningún caso es posible banalizar el fenómeno del acoso.

Un adolescente, de estilo gótico, nos explica cómo durante mucho tiempo un grupo de la clase se reía de él por ello. A él no le molestaba y nunca lo consideró un acoso ya que su estilo satánico era una elección de la que se sentía orgulloso, hasta que un día empezó a tartamudear y los acosadores captaron un signo de debilidad sobre el que desplegar su crueldad. Allí empezó, para él, el infierno del *bullying*. En las sesiones analíticas pudimos ayudarlo a entender la razón de su tartamudeo: hacía poco que había descubierto un episodio oscuro del padre el cual, en su juventud, había cumplido una pena de prisión por una violación. Este secreto familiar, ahora desvelado, lo dejó sin palabras, no podía dar un lugar a eso en tanto que le tocaba en su ser más íntimo.

Pero, al igual que reflejan los testimonios de muchos supervivientes de la Shoah (Levi, Semprún, Kertész), hace falta un tiempo para que puedan responder de ese suceso traumático. Elegir vivir es una opción que implica callar sobre esa vergüenza de existir. También para las víctimas del acoso se plantea el dilema de «la escritura o la vida» (12).

Cuando alguien no puede responder a la intimidación del otro, no se trata solo de diferencia o debilidad (características que, en ocasiones, lo pueden hacer valioso o sujeto a compadecer). Hace falta un dato más, presente en todos los casos: que no pueda responder porque esa escena le resuena de tal manera que conecta con ese fantasma particular. Lo sitúa en una posición de objeto que le produce horror pero también cierta satisfacción/fascinación inconsciente. Ese goce lo divide de tal manera que lo deja paralizado como al protagonista de la novela de Robert Musil, texto canónico sobre el acoso. El joven estudiante Törless asiste a la escena del acoso a Basini impávido, molesto y al tiempo fascinado. No sabe si es por la crueldad de los acosadores o por la falta de coraje de la víctima (13).

En casos extremos, esa objetalización es tan real que la falta de respuesta puede llevarlos al suicidio cuando la conciencia de ser una mierda o un desecho se les impone por la persistencia de la escena de acoso. El sujeto se capta allí en el momento de su desaparición y se produce algo que se asemeja a dejar caer el cuerpo. Una muchacha víctima de acoso nos

explica cómo se sentía cuando al salir de la ducha, en el vestuario escolar, se encontraba desnuda y sin la ropa que le habían sustraído: «miraba las toallas que habían dejado tiradas en el suelo y yo era una de ellas, algo que se usa para limpiar la suciedad y luego se deja tirada en el suelo».

## PREVENCIÓN Y ABORDAJE DEL ACOSO ESCOLAR

¿Cómo hacer entonces para que todos los participantes de ese «espectáculo» dejen de asistir a él fascinados u horrorizados y se hagan corresponsables de la solución y no del problema, poniendo fin a esa escena cruel y sádica cuyas huellas psicológicas no son fácilmente olvidables?

La época nos dice que cuando detectamos un malestar en la infancia o en la adolescencia hay dos fórmulas *easy*, rápidas y sencillas. La primera es etiquetar ese malestar y medicarlo después. Cuando eso no funciona –y en el acoso parece complicado establecer un trastorno del acosador ya que no hay un perfil nítido– se recurre a la segunda: la judicialización, con el previo de las sanciones reglamentarias y protocolizadas.

Los recientes estudios dicen que esto último –que puede incluir expulsiones– no parece funcionar ya que, además, redobla la victimización del acosado, culpable ahora de su suerte. A nivel preventivo, es mejor guiarse por el doble principio ético de la participación y la corresponsabilidad, tal como hacen proyectos como el KIVA finlandés o el TEI (Tutoría entre iguales) catalán. Incluir a todos, y de entrada, como actores protagonistas de los planes de convivencia.

Y si el acoso ya se ha producido, de lo que se trata entonces es de implicarlos, a través de la palabra, en el abordaje del problema: conversar con ellos sobre lo sucedido y que tomen (su) posición clara. Para ello es bueno que escuchen algún testimonio del acoso, sea a través de la ficción (películas, literatura) o –todavía mejor– de situaciones más próximas. Eso les ayudará a darse cuenta que mirar para otro lado es siempre una falsa salida, y que hay otras más interesantes para ellos mismos.

Señaladas las virtudes de estos programas, propuestas «exitosas» sin duda en el abordaje del acoso escolar, hay que destacar cómo algunas ponen el énfasis en una omnivigilancia que evitaría cualquier manifestación de la crueldad, olvidando de esta manera que ese goce que sale por la puerta entra por la ventana y reaparece en otros escenarios, ahora más clandestinos: alrededores del centro educativo, comedor escolar, internet.

De igual manera ocurre con la proliferación de *apps*: Parental Click, *Stop Bullying*, B Resol, Zoom 1T, algunas de las cuales van en el mismo sentido: judicialización y detección. Eso no les quita valor pero las resitúa en sus posibilidades y límites.

Pretender eliminar la pulsión de muerte es ignorar que el sadismo es un resto educativo, un goce no absorbible. Los recursos simbólicos a

nuestro alcance, desde la educación misma, hasta la creación o el deporte, nos permiten darle un destino menos nocivo, convertirla en una excusa para hacer lazo con el otro (competitividad deporte, profesión) pero en ningún caso eliminarla. De allí que todas las respuestas al acoso deben contemplar estos límites y apostar por la participación y co-responsabilidad de todos los actores, siendo conscientes al mismo tiempo que un cierto fracaso es lógico y no debe impedir seguir adelante.

El odio sólido –del que hablaba Lacan– es buscar alcanzar el objeto *a* –eso más íntimo de cada cual– de aquel que sufre el acoso, reducirlo a un desecho, puro objeto de rechazo. Sustraer lo más singular que tiene es la base del moralismo, siempre implícito en el acoso que parte de una supuesta normalidad (de origen, estética, de modo de goce).

El arte ofrece también un tratamiento privilegiado de ese sinsentido mediante la construcción de una ficción. De allí la proliferación de testimonios literarios que tratan de bordear ese real que surgió traumáticamente en la vida de cada sujeto: Musil, Vargas Llosa, Paolo Giordano, Cercás.

#### APOSTAR POR LA CONVERSACIÓN EN RED

Los propios metanálisis ya mencionados coinciden, curiosamente, en valorar positivamente estrategias muy alejadas de los patrones clásicos de la psicoeducación o las soluciones universales, iguales para todos (14). Mientras que no dudan en admitir ampliamente (95 %) que las respuestas exclusivamente punitivas, y especialmente aquellas que segregan y excluyen a los alumnos, solo fomentan el odio entre ellos y la ruptura de los vínculos (abandonos).

Parecería que las aportaciones del psicoanálisis, ignorado por completo en esas investigaciones, arrojan más luz sobre ese real intratable y persistente en la tarea educativa.

Todas las iniciativas que hemos llevado a cabo por nuestra parte, y donde el énfasis ha estado puesto en la invención y no en el déficit, han generado intercambios positivos entre profesionales, familias y adolescentes capaces de atemperar esa pulsión autodestructiva, capacitando a todos en el abordaje de sus propias dificultades (15).

El éxito de las intervenciones requiere que la singularidad de cada alumno y alumna se recoja con suficiente detalle, que cada uno sienta que sus dificultades son escuchadas y tratadas sin volcarse en el grupo de manera anónima. Es por eso que los programas más efectivos son aquellos focalizados en sujetos o pequeños grupos.

La estrategia de intervención más exitosa es aquella que prioriza la conversación como instrumento de interacción que supone la participación e implicación de todos y todas, descartando modelos de interacción unívoca, en las que ‘el experto’ decide por todos.

Otro dato destacable es la continuidad de las intervenciones como un factor necesario para la consecución de objetivos y de impacto estable. La adolescencia es un tránsito pero no es un pasaje corto ni rápido. A veces, incluso, puede eternizarse. Todas las evidencias de trabajo en esta etapa constatan que la incidencia educativa solo se consigue si el acompañamiento se alarga un tiempo mínimo, que en ningún caso puede ser inferior a un año y lo deseable es entre 2 y 3.

Finalmente se destaca cómo el trabajo cooperativo, en cualquiera de sus prácticas (trabajo en red, grupos de discusión, grupos operativos por proyectos), mejora también los resultados al basarse en esos dos principios éticos irrenunciables: la participación y la co-responsabilidad. En el caso del acoso escolar sabemos que solo así es posible abordar un problema que ya de entrada se define por 'ser de todos' y no solo de aquellos que lo protagonizan en primera persona (16).

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ubieto J.R. *Bullying*. Una falsa salida para los adolescentes. Barcelona: Ned; 2016.
- (2) Ubieto J.R. Testimonios literarios del *Bullying*. En: La Vanguardia. Cultura(s). Sábado 20 de febrero de 2016. Disponible en Internet.
- (3) Lacan J. El Seminario. Libro 6. El deseo y su interpretación (1958-59). Barcelona: Paidós; 2014: 29.
- (4) Olweus D. Conductas de acoso y amenaza entre escolares. Madrid: Morata; 2006.
- (5) Lacan J. El Seminario. Libro 14. La lógica del fantasma (1966-67). Inédito.
- (6) Ubieto J.R. *Bullying*. Una falsa salida para los adolescentes. Barcelona: Ned; 2016.
- (7) Miller J.A. En dirección a la adolescencia. En: El Psicoanálisis, número 28, 2016: 15-26.
- (8) Lacan, J. El Seminario, Libro 20, Aun. Buenos Aires: Paidós; 1981.
- (9) Bully (2001). Dirigida por Larry Clark.
- (10) Ubieto J.R. Testimonios literarios del *Bullying*. En: La Vanguardia. Cultura(s). Sábado 20 de febrero de 2016. Disponible en Internet.
- (11) Rhodes J. Instrumental. Memórias de Música, Medicina y Locura. Barcelona: Blackie Books; 2015.
- (12) Semprún J. La escritura o la vida. Barcelona: Tusquets; 1995.
- (13) Musil, R. Las tribulaciones del estudiante Törless. Barcelona: Seix Barral; 1984.
- (14) Alegre, M. A., ¿Mejoran los programas conductuales las actitudes y los resultados de los alumnos? Disponible en Internet.
- (15) Azaña E., Pérez I. Ubieto J.R. ADOJO (A+J). Del déficit a la invención En: Butlletí d'Inf@ncia nº. 93, març de 2016. Disponible en Internet.
- (16) Ubieto J.R. *Bullying*. Una falsa salida para los adolescentes. Barcelona: Ned; 2016.

## CUERPO Y SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

*Ricardo Fandiño Pascual, Vanessa Rodríguez Pousada*

La adolescencia y la sexualidad son aspectos de lo humano que se encuentran necesariamente imbricados. Al estar ambas determinadas culturalmente, la vivencia de la sexualidad durante la adolescencia no responde a un estándar a lo largo de la historia. En ocasiones los profesionales nos aproximamos a la realidad adolescente desde las vivencias y el contexto cultural presente en nuestra propia adolescencia. Este hecho, puede generar un cierto distanciamiento y ahondar en la brecha generacional, ya que, si cada adolescencia debe ser entendida siempre desde una perspectiva contextual, en la adolescencia hipermoderna, donde la tecnología forma parte de un continuo relacional, los nuevos modos de experimentar y vivir la sexualidad no pueden analizarse sin tener en cuenta la realidad virtual.

Empezaremos dando unas pinceladas sobre los diferentes contextos que han ido acompañando a la sexualidad y a la adolescencia a lo largo de la historia. Durante el Antiguo Régimen, el fin de la infancia estaba determinado por la finalización de la etapa escolar y el matrimonio, generalmente llevado a cabo en edades precoces, y era este el que determinaba el fin de la adolescencia. Es en este período previo al matrimonio, donde los jóvenes de clase alta experimentaban sus primeras relaciones coitales generalizándose el uso del preservativo como método para evitar embarazos no deseados. Otra característica de este período fue la persecución de la homosexualidad, que tenía la consideración de pecado y estaba penalizada legalmente. La Revolución Francesa liberalizó la educación sexual, llegando a abolir el delito de sodomía, y la extiende a todos los estratos sociales. A pesar de esto, sigue contemplando una visión conservadora y puritana. La visión rousseauiana de la infancia será determinante a la hora de establecer importantes limitaciones respecto del acceso de los niños a una educación sexual. Ya en el S. XIX, con gran influencia de la religión, las restricciones y el puritanismo toman su protagonismo en la esfera pública, aunque en la privada la transgresión solía ser la norma. Paralelamente a partir de la Revolución Industrial es la juventud proletaria la que va a empezar a romper estas normas tan rígidas. El contacto de los jóvenes en el contexto laboral y la aparición, por ejemplo, de horarios nocturnos incrementó las posibilidades de relaciones entre ellos fuera del control social de las instituciones. Así, las fiestas, los bares, los bailes se retoman como espacios de encuentro y lógicamente la sexualidad y la erotización pasan a formar parte del registro relacional de estos jóvenes (1).

En el S. XX, coincidiendo con las reivindicaciones del movimiento sufragista, las mujeres comienzan a saltarse la prohibición de hablar de sexo. Las reivindicaciones de los derechos de la mujer son en ese sentido también un elemento liberador en el ámbito de la educación sexual. En este sentido, y en ese mismo tiempo, el impacto de la obra de Sigmund Freud será determinante a la hora de poner en evidencia que el ser humano es sujeto sexual desde el momento del nacimiento, desmontando así la visión del inocente infante y dando a la sexualidad toda una dimensión ligada no solo a lo genital sino también a los afectos. Durante todo el S. XX se mantendrá una tensión entre la visión que la moral religiosa pretende imponer de la sexualidad, y los movimientos progresistas que intentan liberar la misma dirigiéndola hacia una forma más natural de entenderla dentro del contexto social.

Así, en un ambiente en el que la visión puritana de la sexualidad seguía teniendo gran fuerza, la influencia del feminismo, de los movimientos socialistas, la divulgación del psicoanálisis y la popularización de los trabajos de Reich, Kinsey, Master y Johnson, mantuvieron el impulso que derivó en lo que se llamaría la revolución sexual de los años sesenta que tendrá su colofón en Mayo del 68.

Vemos como en cada tiempo existe una moral sexual cultural predominante que interfiere de forma determinante en el desarrollo de una sexualidad natural. Este mismo es el conflicto que Freud (2) esbozó en su artículo «La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna», que Reich desarrolló en obras como «La irrupción de la moral sexual» (3), «La lucha sexual de los jóvenes» (4) o «La revolución sexual» (5), y cuya investigación continuaron los freudomarxistas de la Escuela de Frankfurt. La represión sexual, en sus diferentes formas, es fuente de patología.

Desde esta perspectiva es indispensable por lo tanto realizar un breve análisis de algunas de las aportaciones al estudio de la sexualidad contemporánea para entender en que realidad se mueven hoy los adolescentes de nuestra época. Foucault (6) en su *Historia de la sexualidad* analiza este desarrollo histórico introduciendo otro vector de análisis, que cuestiona la teoría de la represión de la sexualidad. Para este autor a partir del S. XVII proliferan los discursos sobre el sexo conformándose a través de los mismos un dispositivo de control, ya que de una u otra manera todos son coactivos. De esta forma la «voluntad de saber» sobre la sexualidad encubre una auténtica «voluntad de poder y dominación» sobre la libertad sexual de cada individuo.

Las formas de dominación a las que hace referencia Foucault cobran gran presencia en el ámbito educativo a lo largo de la historia. Como sabemos, sexualidad y corporalidad son partes de un continuo inseparable, por lo que aparece una necesidad de control corporal en la educación como estrategia de poder para una represión sexual. Es lo que Planella (7) definiría como «pedagogía correctiva», donde se busca una uniformidad de los

sujetos en la que las supuestas desviaciones corporales deben ser corregidas. Además, los educandos deben controlar la expresión y movimiento del propio cuerpo, puesto que un cuerpo que no está quieto se presenta como un cuerpo que inquieta y que por tanto es identificado como un cuerpo que debe ser regulado.

En *El segundo sexo* de Simone de Beauvoir (8) se denuncia que la mujer se ha definido a lo largo de la historia siempre respecto a algo, como una otredad, y que por lo tanto las características que identifican a las mujeres no les vienen dadas de su genética, sino por cómo han sido educadas y socializadas. Reivindica por lo tanto la principal tarea de la mujer es reconquistar su propia identidad específica y desde sus propios criterios.

En los años 1950 Herbert Marcuse (9) acuñó el término de desublimación represiva. Con él intentaba explicar que en sistemas sociales de consumo la libertad sexual es aparentemente grande, y todo lo que tenga que ver con el sexo tiene valor comercial. Se trataba, según Marcuse, de la liberación de la sexualidad en modos y formas que debilitan la energía erótica, dispersada sobre los negocios, la política, la publicidad, etc. A partir de la segunda mitad del S. XX el mundo del sexo se ha desplazado desde el mundo de lo privado hasta el espacio público. Donde antes predominaban prohibiciones y tabúes, ahora encontramos la puesta en escena de la sexualidad. La sexualidad llega a ser por lo tanto objeto de publicidad, de moda, de producción.

Zygmund Bauman (10) afirma que el deseo sexual es de todos los impulsos naturales humanos el más intrínsecamente social. Dentro de su teorización de la modernidad líquida, caracterizada por un ser humano sin referentes sociales, culturales o individuales estables, el deseo sexual deviene también en inestable, en un mundo en que el compromiso mutuo se diluye. Así la sexualidad puede aparecer en todas partes, pero no parece tener fijación o sostén en ninguna de ellas.

Por otra parte, es imprescindible tener en cuenta la teoría performativa de la sexualidad desarrollada entre otras por Judith Butler (11), partiendo de los trabajos de Freud, Lacan y Foucault, para llegar a la conclusión de que no solo el género, sino también el sexo y la sexualidad son construcciones sociales, rompiendo de este modo la conceptualización binarista. El colectivo francés Tiquun (12) vincula sexualidad y capitalismo bajo la figura a la que denomina «la jovencita» que no es mujer ni hombre, sino una imagen, un modelo, un ideal de eterna juventud, seducción ilimitada, placer indiferente, amor asegurado contra todo riesgo, control de las apariencias, cero defectos. La reducción de la vida humana a simple carne que vigilar y gestionar según parámetros estandarizados de belleza, salud o placer. Desde una perspectiva liberal Martha Nussbaum (13) afirma que el sexo y la sexualidad son distinciones que se han aplicado artificialmente como fuentes de jerarquía social; por lo tanto, el feminismo y la justicia social tienen preocupaciones comunes y el análisis de lo sexual es siempre un análisis de las relaciones de poder.

Byung-Chul Han (14) en su libro *La agonía de Eros* habla de la sociedad actual como una continúa comparación de todo con todo, en la que tendemos a lo que él denomina «el infierno de lo igual», concluyendo que el eros no puede alcanzarse en el régimen del yo, y que la libido se invierte mayoritariamente en la propia subjetividad. Para Han el principio de rendimiento que domina todos los aspectos de nuestra vida actualmente, también se apoderan de la sexualidad. La sexualidad aparece como objeto de consumo y como cálculo hedonista. Lipovetsky (15) describe en las sociedades hipermodernas una sexualidad desligada de la moralidad, que tiene valor en sí mismo en cuanto facilitador de la satisfacción individual, como actividad ociosa sin compromiso ni consecuencias. Sin embargo, frente a esa imagen publicitaria de la sexualidad contemporánea conviven altos porcentajes de problemas de erección, eyaculación precoz, deseo sexual hipoactivo y baja frecuencia de relaciones sexuales. Así afirma que «la era del sexo divertido es también la de la bancarrota del deseo».

En su *Manifiesto Cyborg* Donna Haraway (16) propone erradicar el género, tomando la idea del cyborg como ser fusionado-confundido entre hombre-máquina que no necesita de distinciones, rechazando los límites rígidos, especialmente aquellos que separan lo «humano» de lo «animal» y lo «humano» de la «máquina», generando una conceptualización posgénero. Eva Illouz (17) introduce la idea de la mercantilización de la seducción en la pareja y el amor romántico, así como de la idealización de las mercancías a través de la seducción publicitaria. Es lo que Illouz denomina capitalismo emocional. Por último, Franco «Bifo» Berardi (18) en *Fenomenología del fin* habla de un desplazamiento desde una percepción erótica del cuerpo del otro a una percepción informática donde el cuerpo del otro nos aparece como signo, en una mutación patógena que puede derivar en la parálisis del cuerpo erótico. En este sentido para Berardi la pornografía se convierte en un nuevo puritanismo.

Debemos tener también en cuenta que vivimos en un contexto en el que la adolescencia ha cambiado, dejando de ser un período de transición, más o menos breve, entre la infancia y la vida adulta, para pasar a ser la etapa de la vida que más deseabilidad social genera. Desde los años 80 del siglo pasado hasta la actualidad ha sido creciente la importancia de la adolescencia como grupo etario, tanto en la representación cultural predominante, como en el imaginario social, hasta el punto de constituirse en una edad de referencia. Es en esta época en la que la condición adolescente pasa de ser una etapa de transición a ser una forma de vida referente y deseable para hombres y mujeres de cualquier edad. De una u otra manera la adolescencia ha cobrado un protagonismo en nuestra sociedad que la ha convertido en referencia. Todos estamos ya preocupados por esta nueva realidad. Los niños quieren ser adolescentes, y los adultos también. La ropa, los gustos, los intereses de los adolescentes marcan la tendencia. El adolescente afronta así una adolescencia hipertrofiada, que tiene un inicio

pre-puberal y a la que no se atisba un fin definido, más que a sostenerse eternamente en lo que hoy se llaman adultescencias. Y desde ese mundo indefinido afronta su sexualidad, impelido a consumarla y consumirla, bajo la premisa del «todo es posible» que remite a un continuo imposible. Todo ello reducido en un universo comunicacional de 140 caracteres que debe de dar cuenta de toda la complejidad y diversidad sexual.

Ya no resulta adecuado hoy seguir analizando la sexualidad en la adolescencia como un proceso de «domar las hormonas» en la espera de que los jóvenes construyan identidades predeterminadas, desde una perspectiva binaria y falocéntrica. Muchos de nuestros jóvenes han roto hace tiempo este binarismo imperante o quizá son más conscientes de que no les es posible definirse solo en base a dos términos. Algunos de ellos se sumergen en la búsqueda o construcción de una «etiqueta» que los defina mejor y otros huyen del etiquetaje social. Es aquí donde entra con fuerza el discurso de la Teoría Queer quien demarca entre sus objetivos la disolución de las categorías de identidad, cuya función viene predeterminada por el control social.

Como nos explica Paul B. Preciado (19) vivimos una nueva revolución industrial, marcada por la ingeniería genética, la nanotecnología, las tecnologías de la comunicación, la farmacología y la inteligencia artificial, que afecta plenamente al cuerpo en aspectos esenciales que van mucho más allá de la apariencia, como son la sexualidad, la identidad y la reproducción de la vida. La cuestión parece ahora en todo caso más compleja y diversa, teniendo en cuenta que el tabú del sexo como mecanismo de represión ha quedado totalmente desbordado por mecanismos desublimatorios donde el control circula a través de los discursos, los imaginarios y los dispositivos de comunicación.

Un elemento determinante en la forma en que se establecen actualmente las relaciones es la eclosión de las nuevas tecnologías de la información y las redes sociales. La comunicación a través de las redes sociales se viene caracterizando por la degradación de la palabra y la ausencia del cuerpo. La primera nos indica un deterioro de la relación entre significante y significado, y por lo tanto un debilitamiento de la capacidad de pensar. La segunda nos sitúa ante un otro imaginario, fruto de nuestras propias proyecciones y de las representaciones ajenas, sin sustancia ni vida propia. La relación se produce además entre identidades construidas a tal efecto. Así, en este espacio imaginario en el que un supuesto yo se dirige a otro supuesto yo, los límites aparecen demasiado difusos. Sin duda, es más difícil desarrollar empatía ante un sujeto virtual desde la construcción de un personaje también virtual. Así la sexualidad que circula a través de las redes sociales, diluidos el cuerpo, la palabra y la presencia de un otro, queda excesivamente narcisizada.

Debemos profundizar al respecto de las relaciones virtuales y sus implicaciones en la sexualidad adolescente contemporánea. Se podría pensar

en la expansión y la expresión corporal como indicadores de la expresión sexual, y como hemos dicho, la característica de lo virtual es el protagonismo del cuerpo por ausencia. La ausencia de este cuerpo permite la reconstrucción de un cuerpo fantaseado o imaginado, modificado a través de diferentes filtros y aplicaciones con el fin de llegar a un ideal corporal de uno mismo. Siguiendo esta línea ¿sería posible que la apropiación de nuestro nuevo ideal corporal como parte de nuestra identidad nos llevase a idealizar la relación sexual? Al mismo tiempo, ¿La propia reconstrucción fantaseada lleva a pensar que el otro que tenemos delante es también un ideal fantaseado de sí mismo? Nos hallaríamos entonces con un miedo del que no es posible escapar, «voy a defraudar», «me van a decepcionar», la representación está presente desde el inicio y puede ser difícil de detener cuando se entranpan en seguir representando, ya no lo que ellos han iniciado, sino también lo que ahora piensan que el otro espera de ello. Quedamos de este modo sumergidos en una dimensión paralela acorporal pero vivencial, protagonizada por la fantasía, la duda, la desconfianza, la propia exigencia y la que se pone en el otro.

Ubieto (20) también enfatiza el papel que las redes sociales tienen en los adolescentes actuales, siendo la visibilidad concedida por las mismas una condición clave para su propia existencia. En esta nueva realidad, los *likes*, el chat virtual, el no pasar desapercibido, aparecen como propias del tránsito de la adolescencia. Además, hace referencia a la ausencia del adulto en este mundo, dándose un declive de esta figura (padre, madre, tutor, maestro...) en favor de otro digital. El hecho de que el adolescente huya del referente adulto es algo que indudablemente nos cuestiona y que desplaza el interrogante; ¿Cómo hablamos los propios adultos de nuestro mundo?, ¿Qué mensajes les transmitimos para que no aparezca como una etapa atrayente?, ¿Por qué no ven en nosotros un referente consistente y atractivo? Quizás una de las claves pasa por que los adultos nos apropiemos de la propia adultez, legitimándola y dejando atrás aspectos que ya no pueden ser propios de nuestra etapa vital.

A un nivel más social, cobra gran importancia la imagen que se tiene del propio cuerpo, la cual va unida a la construcción de la identidad personal. Ésta se elabora en el contexto de las relaciones cotidianas con los otros, por lo que el entorno social resulta indispensable. Es aquí, donde nuestro adolescente hipermoderno se enfrenta a un nuevo reto, el de integrar la identidad sexual en una sociedad donde los cambios a la hora de abordar y entender la sexualidad están en constante evolución. Las líneas y etiquetas desde las que se conceptualizan los modos de entender la sexualidad aparecen difusas y permeables. Desde lo social, y también a causa de la propia idiosincrasia adolescente en cuanto a la angustia de la indefinición, aparece un imperativo inconsciente del deber de encuadrarse dentro de una etiqueta que defina lo que somos sin margen de duda. Al mismo tiempo, las etiquetas no se presentan como definitivas ni inmutables. Esta

realidad genera una sensación de no saber hacer y una búsqueda de referentes imposibles de encontrar, pues estos se presentan como líquidos en el mismo sentido de la sociedad líquida de Bauman (21), ya que las condiciones que llevan a un referente estable mutan antes de que éstas puedan consolidarse en unos hábitos o formas de ser determinadas. La inquietud e inseguridad llega cuando el adolescente siente que no existe etiqueta para él y el fantasma de estar fuera de la «normalidad» puede generar miedo y angustia.

En este marco emergen con fuerza entre los adolescentes referentes como Chemta Tsai Tseng «Putochinomarción» quien se define como disidente sexual. En su libro *Arroz tres delicias* (22), narra sus experiencias vivenciales y relata cómo bajo la mirada normativa, su inconsciente era sabedor de que era «diferente» y que la propia identidad se veía dificultada por la falta de referentes o vocabulario para poder definirse.

Recalcati (23) afirma que actualmente no es el conflicto lo que marca la crisis intergeneracional, sino una confusión generacional que confunde a adolescentes y adultos en una misma amalgama donde las diferencias son matices. La angustia del adolescente no se centra en la angustia generacional sino en la pérdida de la diferencia y en esta observamos cómo socialmente, actividades propias del mundo adolescente se adaptan para que los adultos puedan seguir permaneciendo en ellas. Existen actualmente numerosos ejemplos de este hecho; festivales pensados para que las familias puedan asistir con los más pequeños, bares nocturnos tomados por la generación del *baby boom*, botellones sutilmente disfrazados de comidas y cenas de adultos, etc.

En cuanto a los referentes que llegan al adolescente de la sexualidad adulta, estos aparecen desvinculados del intercambio comunicativo entre estas dos generaciones. Los adultos continúan teniendo dificultades para mantener una comunicación honesta y natural sobre esta temática y en muchas ocasiones los temas que se abordan sobre sexualidad están centrados en hechos y no tanto en sentimientos y afectos, con una tendencia a la moralización que trae como consecuencia un distanciamiento mayor entre ambas generaciones. El adulto se queja de que el adolescente no lo escucha, situándose en el lugar de la razón absoluta, pero para que la comunicación sea posible, esta pasa por escuchar primero al adolescente, escucharlo auténticamente, sin moralizar, sin encuadrar su relato en el nuestro y entendiéndolo que su palabra tiene tanto valor como la nuestra; solo desde aquí será posible el inicio de la comunicación.

También suele suceder que el saber circunscrito a la sexualidad se delegue a espacios institucionalizados como la escuela. Como bien sabemos, todavía existen muchas carencias a la hora de tratar este tema. Así, suelen aparecer programas de educación sexual donde el protagonismo está delimitado por las enfermedades de transmisión genital o por los «peligros» de las conductas sexuales. La pedagogía de la sexualidad focalizada en el

miedo desvirtúa la sexualidad en sí misma y educa en discursos del miedo que poco aportan sobre la riqueza y diversidad existentes en el este ámbito.

Por otra parte, las tecnologías de la información, y las redes sociales han facilitado la focalización de la libido hacia los ideales de éxito y rendimiento. El adolescente contemporáneo vive inmerso en una doble realidad presencial y virtual. En ese mundo virtual, lo erótico queda desplazado por una sexualidad sin límite, una sexualidad sin objeto real. En estudios estadísticos se manejan datos según los cuales más de la mitad de los menores de edad han visto pornografía en la red, y un 4 % de menores entre 11 y 12 años recibe contenidos de índole sexual en el móvil.

Según el INJUVE (24) el porcentaje de jóvenes que ha tenido su primera relación sexual con penetración antes de los 15 se ha más que duplicado entre 2004 y 2012 pasando del 5,2 % al 12,3 %. Las razones de este aumento son las que se encuentran realmente en cuestión, así como la calidad de estas relaciones sexuales. Actualmente se pone en evidencia la erotización cada vez más temprana de la infancia, sobre todo de las niñas, manifiesta en la forma en que los más jóvenes se visten, bailan y posan, se exhiben en redes sociales, connotando una identidad sexual que la clínica nos revela como vacía de deseo, resultando únicamente un ejercicio de representación en búsqueda del éxito productivo, material y que en muchos casos observamos naturalizada y/o fomentada por los propios adultos. A través de este proceso se corre el riesgo en estas edades de perder la espontaneidad, el disfrute y la creatividad. Los niños y los jóvenes como mercancía sexual se pueden rastrear en la publicidad y en las películas, series y programas de televisión. Así se empieza a hablar de una hipersexualización de la infancia. A la Lolita de Vladimir Nabokov (25) ha seguido el contemporáneo Lolito de Ben Brooks (26), púberes para los que la sexualidad es una herramienta de poder y subsistencia en un mundo donde el peso del afecto narcisista es predominante. Así el valor de la joven estaría ponderado por la mirada de un otro que la evalúa como objeto sexual a partir de modelos estandarizados, basados en la hiperproducción de imágenes y la confusión de edades. Los cuerpos y las ropas son transversales a la edad. Las niñas de 10 años bailan twerking en los festivales de fin de curso, y las modelos de ropa interior tienen una edad percibida indefinida que iría desde la primera pubertad a la adultez.

Ha habido importantes avances en este tiempo, ya que se muestra la sexualidad y se habla de ella, existe una importante producción científica sobre el tema, sociedades sexológicas, estudios de posgrado en sexología, gabinetes de orientación, etc. De esta manera aspectos como la sexualidad en las mujeres, la sexualidad a lo largo del ciclo vital, la homosexualidad, la educación sexual, etc pasan a tomar un mayor protagonismo en el espacio social. Los riesgos de estos cambios han llegado a través de un acercamiento a la sexualidad que a menudo la banaliza, la simplifica, y de nuevo puede estereotiparla a través de modelos que resultan frecuentemente inalcanzables,

o producen confusión. En la hipermodernidad lo que las cosas parecen es por lo menos tan importante como lo que las cosas son. Aparece así el simulacro y la representación social de la sexualidad. La sexualidad que aparece en el espacio público se convierte en modelo, en referente social, con su función informativa y educativa, que puede derivar en desinformativa y deseducativa.

A medida que el mercado ha ido imponiendo sus normas a nuestras formas de vida, la sexualidad ha llegado también a adquirir la dimensión de producto, algo a comprar, vender y consumir. La sexualidad llega a ser por lo tanto objeto de publicidad, de moda, de producción. La libido se ha integrado en la producción y circulación de mercancías. Esta desublimación de lo erótico suministra placeres sustitutivos que diluyen el potencial de la sexualidad como fuerza de cambio personal y social. Se genera así una pseudoliberación sexual. Eloy Fernández Porta (27), premio de Ensayo Anagrama 2010, titulaba su trabajo «€@0\$: La superproducción de los afectos» haciendo referencia precisamente a esta mercantilización de la sexualidad. Sexo para no quedarse atrás con sus compañeros.

Y a pesar de todos estos cambios, y también por todo ello ¿no subsiste todavía un desfase entre el pensamiento y la sensibilidad en materia de moral sexual, por una parte, y la vida sexual de una gran parte de la población por otra? Recordemos que tanto la ley que reconoce el derecho al matrimonio de las parejas del mismo sexo, de julio de 2005, como la Ley Orgánica de marzo de 2010, sobre salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo tuvieron y tienen aún una importante contestación por parte de grupos sociales, políticos, religiosos y mediáticos.

El Parlamento Europeo abordó la hipersexualización de la infancia alarmado por el aumento de imágenes sexualizadas de las niñas y los niños de entre seis y trece años. Según este organismo «La sexualización supone también la imposición de una sexualidad adulta a las niñas y los niños, que no están ni emocional, ni psicológica, ni físicamente preparados para ello». Así la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad planteaban como conclusiones que algunas consecuencias de este exceso de erotización de la infancia eran la pérdida de autoestima de los más jóvenes, el crecimiento de los trastornos de alimentación y el aumento de violencia de género hacia chicas muy jóvenes. El uso del propio cuerpo erotizado como reclamo en las redes sociales, en púberes genera gran controversia en los medios de comunicación. El problema, más que en el desnudo está en la necesidad de *likes*, en el uso del «capital erótico» como forma de conseguir aceptación, y en la normativización y estandarización de los cuerpos.

Lapierre (28) enfatiza el papel del cuerpo como medio de comunicación y de cómo este expresa de forma espontánea sentimientos, deseos y fantasmas. El hablar de comunicación respecto al análisis corporal implica la designación de una relación muy profunda, concerniente con el compartir sentimientos con una fuerte carga emocional que trae consigo una

unión derivada de un intercambio íntimo. El exponer el cuerpo al servicio de la relación virtual implica una desvirtualización de la comunicación corporal. Como afirma Jerónimo Bellido en la sociedad de consumo en la que nos ha tocado vivir el cuerpo ha perdido su dimensión de sagrado, con todo el alegato de respeto y veneración que conllevaba, para transformarse en un objeto-mercancía más dedicado al uso y abuso en su banalización según las demandas del consumidor. En ese espacio lo que estamos desarrollando son nuevas estrategias de la servidumbre. El sometimiento al otro del joven que busca el *like* a fin de asegurarse una correlación de afecto, relación y reconocimiento continuados.

El uso del *viagra* entre la población más joven es un hecho que urólogos, farmacéuticos, psicólogos clínicos y sexólogos observan cada vez con mayor frecuencia. Los profesionales sitúan la causa en el estrés, el miedo a «no dar la talla» y el uso de anabolizantes. Las dificultades para el acceso al placer sexual quedan así en evidencia. En palabras de Jerónimo Bellido la fantasía fálica del hombre está puesta en la magia de la pastilla azul. Para un joven que tiene dudas acerca de su sexualidad, la pastilla asegura su falicismo público a precio de la eterna insatisfacción que le reporta la duda sobre sí mismo. El acceso a estos fármacos es cada vez más sencillo pudiendo encontrarse incluso en Amazon. La erección garantizada y servida a domicilio. No hay tiempo que perder cuando el objetivo sexual es productivo y representativo. El placer del encuentro tendrá que quedar para otro momento. Según Recalcati (29) el riesgo que se corre es convertir las pantallas en un espejo que «encierra mundos en una autorreferencialidad mortífera». Para Alba-Rico (30) el cuerpo ha quedado desplazado como lugar de la experiencia y las cosas no suceden ya allí donde estamos físicamente. Lo virtual se constituye como un espacio pretendidamente sexual precisamente a través de la negación del cuerpo.

El trabajo educativo y clínico con adolescentes nos pone de manifiesto que de lo que los jóvenes contemporáneos no saben es del placer. Su deseo está vuelto sobre sí mismos y su propia imagen, lo cual los lleva a una fijación narcisista que tiende a retroalimentarse. No hay suficientes «me gusta» en el mundo cibernético para saciarse afectivamente. El cuerpo del otro es una pantalla, apenas un reflejo y al mismo tiempo, el cuerpo del otro y el propio continúan siendo un lugar de represión y expresión, donde se hace necesario tomar conciencia de los significados comunicados a través del idioma corporal, para dignificarlo y para que sirva como fuente de conocimiento de lo que somos. La desublimación represiva consigue su efecto de control de la sexualidad. Pero además el joven ya no siente la necesidad de luchar por conseguir aquello que cree tener, la posibilidad de vivirse y vivir al otro desde la dimensión sexual humana. La decepción sexual del adolescente contemporáneo está renegada, obturada bajo una sobreexposición de imágenes erotizadas que reproducen un cuerpo irreal de erotismo gimnástico y textura sintética.

Este es nuestro reto contemporáneo desde la clínica que desarrolla un trabajo con niños y adolescentes, acercarnos a su realidad desde preceptos contemporáneos si no queremos perderlos una vez más en la confusión de lenguas de la que ya hablaba Ferenczi (31) hace un siglo. Fomentar su interés, su capacidad de descubrimiento y su creatividad, estimulando su capacidad para liberarse del yugo de la sexualidad desencarnada y banalizada. Es por ello que la lucha sexual de los adolescentes de la que Reich habló en los años 30 del siglo pasado sigue siendo una idea necesaria y transformadora.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Fandiño R. y Rodríguez V. La lucha sexual de los adolescentes en la hipermodernidad. Barcelona: UOC Editorial; 2018.
- (2) Freud S. La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna en Obras Completas. Madrid: Biblioteca; 2017.
- (3) Reich W. La irrupción de la moral sexual. Buenos Aires: Editorial Homo Sapiens; 1973.
- (4) Reich W. La lucha sexual de los jóvenes. Bogotá: Editorial Granica; 1972.
- (5) Reich W. La revolución sexual. Barcelona: Editorial Roca; 1976.
- (6) Foucault M. Historia de la Sexualidad. Mexico: Editorial S. XXI; 2005.
- (7) Planella J. Por una pedagogía de lo sensible. En: Planella J. (Ed.), Pedagogías de lo sensible. La educación del cuerpo más allá de la carne. Barcelona: UOC; 2015.
- (8) De Beauvoir S. El segundo sexo. Madrid: Cátedra; 2017.
- (9) Marcuse H. Eros y civilización. Madrid: Editorial Ariel; 2010.
- (10) Bauman, Z. Amor líquido. Madrid: Paidós Ibérica; 2018.
- (11) Butler J. El género en disputa. Madrid: Paidós Ibérica; 2017.
- (12) Tiquun. Primeros materiales para una teoría de la jovencita. Barcelona: Acuarela & A. Machado; 2012.
- (13) Nussbaum M. Emociones políticas. Porqué el amor es importante para la justicia. Madrid: Paidós; 2014.
- (14) Byung-Chul H. La agonía de eros. Barcelona: Herder; 2018.
- (15) Lipovetsky G. De la ligereza. Barcelona: Anagrama; 2016.
- (16) Haraway D. Manifiesto cyborg. Madrid: Traficantes de sueños; 2016.
- (17) Illouz E. Consumo de la utopía romántica. México: Katz editores; 2009.
- (18) «Bifo» Berardi F. Fenomenología del fin. México: Caja Negra; 2017.
- (19) Preciado P.B. Un apartamento en Urano: Crónicas del cruce. Barcelona: Anagrama; 2019.
- (20) Ubieta J.R. Niñ@s hiper: Infancias hiperactivas, hipersexualizadas, hiperconectadas. Barcelona: Ned ediciones; 2018.

- (21) Bauman Z. Modernidad líquida. México: Fondo de Cultura Económica; 2017.
- (22) Tsai Tseng C. Arroz tres delicias: Sexo, raza y género. Palma de Mallorca: Plan B; 2019.
- (23) Recalcati M. El complejo de Telémaco: Padres e hijos tras el ocaso del progenitor. Barcelona: Anagrama; 2014.
- (24) INJUVE Informe de la juventud en España. Madrid: Instituto de la Juventud. Gobierno de España; 2012.
- (25) Nabokov V. Lolita. Barcelona: Anagrama; 2006.
- (26) Brooks B. Lolito. Barcelona: Blackie Book; 2014.
- (27) Fernández E. «€0\$: La superproducción de los afectos». Barcelona: Anagrama; 2010.
- (28) Lapierre A. Psicoanálisis y análisis corporal de la relación. Bilbao: Desclee de Brouwer; 1997.
- (29) Recalcati M. ¿Qué queda del padre? La paternidad en la época hipermoderna. Create Space Independent Publishing Platform; 2015.
- (30) Alba S. Ser o no ser (un cuerpo). Barcelona: Seix Barral; 2017.
- (31) Ferenczi S. La confusión de lenguas entre los adultos y el niño. Obras completas. Madrid: RBA; 2006.

# ADOLESCENCIA, IDENTIDAD DE GÉNERO E IDENTIDAD TRANS

*Sabel Gabaldón*

«No hay dos sexos, sino una multiplicidad de configuraciones genitales, hormonales, cromosómicas, genéticas, sexuales y sensuales. No hay verdad de género, de lo masculino y lo femenino, fuera de un conjunto de ficciones culturales normativas» (1).

Desde hace años cada vez es más frecuente ver a adolescentes con expresiones de género diversas, con comportamientos de género no normativos o bien con demandas de reasignación de género. Se podría pensar que estamos ante un fenómeno nuevo y creciente. Creciente sí, sin duda, pero nuevo no. Niños y adolescentes con variabilidad de género, con disconformidad de género y con conductas no normativas de género, han existido siempre. No es un fenómeno actual, lo que si es actual es su progresión y su mayor visibilidad.

El «Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA», realizó un estudio en 2014, donde se comentaba que entre el 0,1 % y 1,1 % de la población mundial en edad reproductiva es transgénero (2). Las estimaciones de la prevalencia entre los adolescentes y adultos jóvenes van desde 0,17 % a 2,7 % (3).

## IDENTIDAD Y GÉNERO

Todos nacemos con un determinado tipo de cuerpo al que la cultura dominante llama nuestro sexo; pero nadie nace como niña o como niño, mujer u hombre; más bien se nos asigna un género y llegamos a identificarnos (o no) con dicho género mediante un complejo proceso de socialización (4).

En la configuración de la identidad, ya sea masculina o femenina, intervienen no solo factores biológicos y genéticos, sino también elementos simbólicos, psicológicos, sociales, culturales y estrategias de poder que son condicionantes muy importantes en la construcción de la identidad personal. En consecuencia, hoy se afirma que las personas no nacemos hechas psicológicamente como hombres o mujeres, sino que la constitución de la masculinidad o de la feminidad es resultado de un largo proceso, de una cimentación, que se va fraguando en interacción con el medio familiar, social y cultural (5, 6).

La «identidad de género», como sentido psicológico de masculinidad o feminidad, fue una invención conceptual del psiquiatra Robert Stoller (7) y una intervención en los conceptos de género y «rol de género» que el psicólogo John Money ya había utilizado por primera vez en 1955, con la intención de facilitar su trabajo sobre la intersexualidad en el Hospital Johns Hopkins de Baltimore (8).

La expresión «identidad de género», que acuñó Robert Stoller en 1964, ayudó a separar terminológicamente la noción de rol social del sentido psicológico del yo, planteando por primera vez la hipótesis de que el sexo y el género no están inevitablemente vinculados, sino que cada uno puede ir de manera bastante independiente (7).

El concepto de género de estos autores, como un atributo del individuo, como algo que se tiene, difiere mucho de las conceptualizaciones posteriores desarrolladas por el feminismo a partir de la década de 1970 (9). En los feminismos lo entienden bien como una relación, según Harriet Holter (10); un sistema, como lo concibe desde el feminismo marxista Gayle Rubin (11); una herramienta analítica como Joan W. Scott (12); o más tarde, como aporta Judith Butler, una cualidad performativa (13).

Desde la «*American Psychological Association*» (14), se concibe el desarrollo de género como multidimensional. La evidencia muestra que es un error considerar aspectos de género, ya sean las expresiones de género y las variaciones en el comportamiento estereotipado de género, como la presentación externa de la identidad de género de una persona. Las expresiones de género pueden o no cumplir con la identidad de género (14). En este sentido, en la infancia y adolescencia, el concepto de «*Transgender and Gender Nonconforming*» (TGNC) es más adecuado al combinar las variaciones de comportamientos estereotipados de género con las variaciones en la identidad de género.

Es un error utilizar la expresión de género y la no conformidad de género para marcar la identidad de género de un adolescente, aunque la no conformidad de género puede contribuir a un malestar evolutivo. Es importante entender cuándo la no conformidad de género (TGNC) refleja una identidad transgénero y cuándo no lo hace. La afirmación de una identidad transgénero no es apropiada para los niños y adolescentes cisgénero que incumplan los estereotipos de género, y esto es importante y lo debemos tener en cuenta para desarrollar soportes que permitan la no conformidad de género sin transición de género.

En el marco del debate teórico sobre el género, siempre se ha producido una confrontación, que persiste en la actualidad, entre entender la identidad de género como algo esencial o como algo construido socialmente. El esencialismo supone que existe una esencia real, auténtica, de aquello que es inmutable y constitutivo de una persona o cosa, a menudo apelando a argumentos biologists. Dicha esencia se considera pre-social: la organización social la puede fomentar o reprimir, pero no modificar (15).

Esta corriente de pensamiento, basada en el biologismo, ha reificado las diferencias entre hombres y mujeres considerándolas como algo inmutable, asocial y trans-histórico. Es innegable que hay un orden biológico en algunas diferencias entre hombres y mujeres, pero la predisposición biológica no es suficiente por sí misma para provocar un comportamiento. No hay comportamientos o características de personalidad exclusivas de un sexo; ambos comparten rasgos y conductas humanas. Hoy en día es mucho más fácil modificar los hechos de la naturaleza que los de la cultura y, paradójicamente, la ideología asimila lo biológico a lo inmutable y lo sociocultural a lo transformable (6).

#### ADOLESCENCIA E IDENTIDAD TRANS

Vemos como algunos adolescentes desarrollan la identidad trans en la propia adolescencia e incluso más tarde, en la edad adulta; otros tienen una historia de identidad transgénero desde su primera infancia. Curiosamente, facilitar la transición social contribuye a la persistencia, y no está claro si lo hace permitiendo que los niños y adolescentes sean lo que realmente son, o en su lugar se les empuja a asumir una identidad dentro del binarismo normativo de género (a decidir entre ser hombre o mujer, niño o niña) cuando habrían sido felices con una identidad transgénero que no implique intervenciones médicas (16).

Hoy en día vemos cómo los límites instaurados por modelos basados en el género han variado tanto históricamente como culturalmente, funcionando como componentes fundamentales del sistema social. Pero no son siempre las instituciones las que inculcan de modo exitoso conductas culturalmente aceptables o convencionales. No parece que los adolescentes acepten o reflejen las designaciones normativas sin más. Más bien sucede que las ideas que tienen acerca de su propia identidad de género y de su sexualidad se manifiestan en sus negativas de los modelos dominantes, o a sus reinterpretaciones o aceptaciones parciales (17).

Para los adolescentes, la construcción de la identidad supone un vínculo con un grupo social determinado, cualquier identidad vincula con una comunidad. En los adolescentes trans, la identificación entre sí se encuentra con diversos obstáculos: menos espacios de encuentro, en ocasiones rechazo de los adolescentes trans a ser identificados como tales, y la estigmatización de la palabra y del grupo.

La necesidad de pertenecer a la sociedad implica tratar de reconocerse y ser reconocido en sus categorías. La mayor parte del tiempo las personas están de acuerdo con el estatus asignado, pero a veces no ocurre. La misma noción de persona está presa por categorías como el género, siendo impensable que haya alguien sin un género identificable. Esto se concreta en los obstáculos que encuentran los adolescentes trans que optan por no

reproducir la correspondencia sexo-género ni los roles masculino-femenino. Por ejemplo, los adolescentes trans que se muestran contrarios a reproducir los roles masculino-femenino evidencian la dificultad de encarnar posiciones incategorizables fuera del binarismo de género normativo, lo que les lleva a menudo a adoptar algún tipo de compromiso con las identidades de género establecidas (18).

Es interesante el concepto de «transnormatividad» de Austin H. Johnson (19). Este concepto es definido como una ideología hegemónica que estructura la experiencia, la identificación y las narrativas transgénero en una jerarquía de legitimidad que depende de un modelo médico binario y de los estándares que lo acompañan, independientemente del interés o la intención que tengan las personas transgénero, a nivel individual, de llevar a cabo tratamientos médico-quirúrgicos como caminos de transición (19).

Como una ideología normativa, la transnormatividad debe entenderse, junto con la heteronormatividad y la homonormatividad, como un conjunto de ideales fortalecedores y restrictivos que consideran que algunas identificaciones, características y comportamientos transgénero son legítimos y prescriptivos, mientras que otros son marginados, subordinados o invisibles. La hegemonía de este modelo conduce a prácticas transnormativas que eclipsan las diferencias de experiencia entre las personas transgénero y margina las experiencias transgénero que no se adhieren a un modelo médico binario de identidad de género.

La transnormatividad, como ideología, estructura la identificación, la experiencia y las narrativas trans en una realidad que depende en gran medida de la responsabilidad ante un modelo binarista y heteronormativo de base médica. Para las personas transgénero, cuya interacción social, atención médica y documentos legales que afirman el género se distribuyen de acuerdo con un modelo médico, responder a este es una parte necesaria de la vida diaria. El modelo médico de transición implementado por el DSM y la WPATH<sup>1</sup>, requiere que las personas realicen identidades trans en interacciones formales e informales (20).

Si bien la transición médica es un componente central de la trayectoria de género de muchas personas trans, Johnson muestra que el privilegio de este modelo sobre otros crea un efecto marginal para las personas no conformes con el género que no pueden o no desean realizar una transición médica.

Las personas trans están sujetas a estándares reguladores medicalizados, colocados en sus identidades, en sus interacciones dentro de grupos comunitarios, en la atención médica y en entornos legales. La comunidad, la atención médica y los entornos legales, entre otros, son conductos de transnormatividad, una ideología normativa reguladora que estructura las interacciones en todos los ámbitos de la vida social.

---

<sup>1</sup> The World Professional Association for Transgender Health.

Para las personas que se adhieren a un modelo médico de identidad transgénero, la transnormatividad confirma simultáneamente la legitimidad de su identidad de género y facilita su acceso a la atención médica que afirma el género. Para las personas que no se adhieren a un modelo médico de identidad transgénero, caracterizado por el rechazo de las realizaciones binarias de género o el rechazo de las intervenciones médicas, la transnormatividad margina y a veces eclipsa sus experiencias, restringiendo su acceso a la afirmación de género en interacciones con transgénero y personas e instituciones cisgénero (20).

En la infancia y adolescencia cada vez adquiere más fuerza el relato que aconseja facilitar el cambio corporal lo antes posible, con el argumento de que, en el futuro, estos niños y adolescentes, cuando sean adultos, no pasarán personas trans, pasarán desapercibidas al acomodarse a un binarismo normativo y su vida será mucho mejor (21).

Debido a la medicalización de la no conformidad de género, los adolescentes y jóvenes trans están sujetos a un estricto conjunto de criterios diseñados para determinar la legitimidad y autenticidad de las identidades transgénero. Estos criterios han descansado hasta hace poco bajo diagnósticos psiquiátricos, el último de ellos es el de «disforia de género» de la Asociación Americana de Psiquiatría (22). Estos diagnósticos actúan como una prueba positiva para determinar la legitimidad de las afirmaciones de identidad trans según dos áreas generales: la primera es una identificación fuerte y persistente con el sexo opuesto, o una insistencia en que uno es el sexo opuesto. La segunda es la incomodidad y el deseo de deshacerse de las características sexuales al nacimiento y el deseo de adquirir las características sexuales del sexo opuesto.

Estas dos áreas están presentes en las descripciones de la «disforia de género», pero las personas también deben experimentar angustia emocional si no hay intervención médica disponible. El incumplimiento de estos criterios limita el acceso a las personas transgénero como una categoría de identidad, limita intervenciones médicas y legales que afirman el género y limita la aceptación social dentro de las comunidades transgénero (20).

El desarrollo de la identidad de género es un proceso complejo, dinámico y multifactorial, que involucra múltiples variables culturales, sociales e individuales. La forja de la identidad es un proceso continuo y permanente, sujeto a los cambios que observamos en los otros, en los contextos sociales, en las experiencias individuales y, por supuesto, vinculadas a los costos y ganancias que se desprenden de estas.

De esta forma, el discurso hegemónico sobre la transexualidad, sostenido no solo por los profesionales, sino también por gran parte del colectivo trans, «promueve renunciar a la integridad física con tal de, presuntamente, conseguir la identidad deseada y acabar así con el sufrimiento» (23); se refuerza así colectivamente un modelo médico de identidad trans ante el cual todas las personas transgénero deben rendir cuentas, independientemente

de su identificación con un modelo médico binario. Susan Stryker, en su artículo *My words to Victor Frankenstein above the village of Chamounix: Performing Transgender Rage* (24), expone excelentemente la condición de transnormatividad.

En el caso de los adolescentes, tenemos que pensar las experiencias en relación al género como posiciones en constante evolución. Platero afirma que no existe una evolución lineal en la infancia y en la adolescencia, ni se adquiere una conciencia trans a la misma edad, ni todas las rupturas de las normas de género en la infancia o adolescencia implican una vida adulta trans (25).

Para Tey Meadow, el género está formado por una amplia gama de agentes, incluidos los padres, muchos de los cuales han tenido que luchar con la forma en que sus propias categorías cerradas han creado problemas a sus hijos. Meadow muestra como cada vez más los modelos afirmativos de salud no solo generan conocimiento, sino que también disipan la patología contra la cual los adolescentes trans tienen que luchar y describe el cambio institucional de una medicina reguladora a otra facilitadora en el tratamiento de la variabilidad de género, y donde antes la expresión de género atípica se consideraba un fracaso de género, ahora es una forma de género (26).

El proceso de aceptación de la identidad de los adolescentes trans, es un camino personal conflictivo al que se le suma una importante presión social, estigmatización, discriminación y, en muchas ocasiones, una clara violencia que pueden dar lugar a conflictos y síntomas que hay que contener y tratar. La ansiedad, el estrés, las depresiones, el suicidio, son más frecuentes en los adolescentes trans en los que actúan, además, diferentes interseccionalidades (etnia, religión, cultura, pobreza...), que pueden llegar a complejizar y agravar la situación, porque operan como sistemas de opresión y discriminación de estos colectivos, aumentando su vulnerabilidad.

Tenemos que pensar las experiencias en relación al género de los adolescentes como posiciones en constante evolución y no entenderlas como identidades limitadas, cerradas y definidas. Debemos referirnos a estas situaciones mediante una perspectiva crítica con las normas de género tal y como propone Miguel Missé (21). Esta perspectiva está más en coherencia con una de las características que definen a la infancia y a la adolescencia, es decir personas en constante desarrollo y con una marcada plasticidad psicológica.

En los adolescentes que experimentan sus características sexuales primarias y/o secundarias y el sexo asignado al nacer como incompatibles con su identidad de género, puede aparecer una intensa angustia sobretodo en relación con la transfobia social y el inicio de los cambios físicos puberales. Según la encuesta realizada por el *National Transgender Discrimination Survey* (27) en el año 2011 en EE. UU., el 78 % de las personas «no convencionales» en cuanto a su género sufre acoso escolar; de ellos un 35 % sufrió agresiones físicas y un 12 % violencia sexual. El acoso fue

tan grave que llevó a un 15 % (casi una sexta parte) a abandonar la escuela o la universidad.

La implementación de intervenciones médicas en adolescentes también pueden prolongar su malestar y contribuir a una apariencia que podría provocar abusos y estigmatización, ya que el nivel de abuso relacionado con el género se asocia fuertemente con el grado de sufrimiento psiquiátrico durante la adolescencia (28).

A pesar de que desde diversos ámbitos se ha sugerido una relación entre el malestar experimentado y el rechazo social o la violencia sufrida por los adolescentes con expresiones de género diversas para que se adecúen a las normas de género vigentes, esta posibilidad no ha sido abordada en la perspectiva médica. Con los términos diagnósticos, como «disforia de género», se cuestiona al individuo que sufre un trastorno, pero no la matriz de normatividad en la que se encuentra inmerso y que funciona mediante la exclusión y la coerción de las personas que se salen de la norma. El diagnóstico no se cuestiona si las normas de género son erróneas (13).

Durante los últimos años, ha habido importantes cambios en los modelos sociales y psicológicos respecto a los adolescentes trans. En estos nuevos posicionamientos comienza a emerger una corriente de pensamiento, que entiende que no hay nada de negativo, ni de extraño, en la decisión de una persona menor de edad que quiera transitar hacia una identidad de género diferente de lo establecido en el binarismo normativo de nuestro modelo social (6). Este cambio también se aprecia en la conducta de las familias de los niños y adolescentes trans. Antes los padres acudían a la consulta de un profesional de la psicología o la psiquiatría para tratar de resolver el problema del hijo o hija, para que se «curase». Últimamente se acercan a estos profesionales para adquirir herramientas, información y conocimientos para poder comprender, atender y acompañar a sus hijos, para respetarlos y aceptarlos tal como son (29).

Entendemos que hay relación entre el sistema coercitivo (social y cultural) de género y los malestares sentidos por los adolescentes que no se pliegan al género binario esperado en nuestro contexto social. La intención es contribuir a la despatologización de la transexualidad y a entenderla como una expresión de género que difiere de las normas culturales prescritas para personas de un sexo en particular (30).

Considerar socialmente la adolescencia trans como expresión de una situación peor y no deseada, es la principal causa de discriminación y vulneración de los derechos fundamentales de la persona. El reto es verla simplemente como una diversidad; una diversidad donde la diferencia no debe ser tamizada por tratamientos y actitudes patologizantes, una diversidad donde nos cuestionemos constantemente la epistemología normativa de la cultura y la sociedad en la que vivimos (5). Desde esta perspectiva es necesario entender la experiencia trans no como una patología, un desorden de identidad o un problema, sino como un conjunto de construcciones y

elecciones de carácter personalísimo, de trayectorias heterogéneas, fluidas y cambiantes que deberían ser aceptadas socialmente y legitimadas por la ley.

Tener una expresión de género diversa no convierte a uno en diferente al resto de adolescentes. Tenemos la responsabilidad de acompañar a los adolescentes trans a un escenario de autoestima corporal, a fortalecer sus herramientas para combatir la violencia cotidiana, a ser críticos con un sistema binario de género que les excluye. Y, también tenemos la responsabilidad de construir una sociedad donde las categorías de género no sean tan rígidas como para que si alguien no encuentra su lugar en ellas pueda llegar a pensar que el problema está en su cuerpo y acabarse sometiendo a tratamientos con consecuencias irreversibles para ser aceptado socialmente.

La intención de los profesionales de la salud, es contribuir a la despatologización de la transexualidad entendiéndola como una expresión de género que difiere de las normas culturales prescritas para personas de un sexo en particular (30). De esta manera impulsamos la transición desde un modelo médico a otro fundamentado en los derechos del adolescente, en el que los profesionales de la salud asumimos un rol de acompañamiento, pero dejamos de tener la facultad de determinar las formas de entender y vivir las identidades y expresiones de género, las orientaciones y prácticas sexuales y las transformaciones corporales que, en su caso, se puedan llevar a cabo.

El papel de psicólogos y psiquiatras debe limitarse a tratar el malestar, si realmente existe, de los adolescentes y no tratar el «comportamiento de género cruzado» como ha sido la práctica habitual. La valoración y el asesoramiento psicológico, lejos de pretender finalidades diagnósticas y patologizadoras, pueden ser esenciales en la transición de género, en lugar de impedimentos para el ejercicio de la elección (31), tanto para aclarar los motivos de la modificación corporal como para ayudar a explorar algunas de las consecuencias físicas y psicológicas previsibles del cambio de roles de género, así como también los posibles efectos del estigma asociado a la transición de género y las implicaciones para la dinámica familiar, la escuela o el lugar de trabajo.

En la práctica asistencial, hay un número muy pequeño de adolescentes y adultos jóvenes que abandonan su identidad transgénero y solicitan interrumpir el tratamiento hormonal (3). Bien con la opción de detener este tránsito (*desisters*), o bien para revertir su transición (*detransitioning*), siendo este un fenómeno cada vez más frecuente (32), sobre todo en adultos jóvenes. En el caso de desistencia, no debería ser motivo de alarma. Los bloqueadores de la pubertad se pueden detener y la pubertad progresará; y aunque las hormonas reafirmantes del género pueden causar algunos cambios irreversibles, como redistribución de la grasa corporal y cambios vocales, estos efectos son principalmente cosméticos (3).

En relación con este tema, cabe destacar la noticia que surgió a primeros de diciembre de 2020, en la que tres jueces de Reino Unido han dado la

razón a Keira Bell, una joven de 23 años que demandó a la clínica del Servicio Nacional de Salud británico por aconsejarle y suministrarle el tratamiento hormonal cuando tenía 16 años y sufría «disforia de género». Esta sentencia, conocida como el caso *Bell vs. Tavistock and Portman* ha puesto condiciones a la transición de menores transgénero en Reino Unido (33), y crea un debate entre los que advierten del peligroso precedente que supone para adolescentes trans que necesitan este tratamiento, y solo abogan por un mayor asesoramiento psicológico previo, y las personas que directamente cuestionan el movimiento «trans» y la medicalización de adolescentes (34). Este fallo judicial, bastante controvertido, no cuestiona la transexualidad sino solo la edad límite para dar el consentimiento al tratamiento.

Debemos fomentar una actitud de escucha para comprender mejor por qué las personas menores desean realizar una transición médica y social. Con un 40 % de prevalencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida entre las personas trans (27), y un 48 % entre los adolescentes y jóvenes trans (35), el riesgo de prevenir la transición social y/o médica para aquellos con angustia significativa relacionada con el género, casi siempre supera el riesgo de arrepentimiento en una pequeña minoría de personas que reciben atención médica que los confirma. Debemos fomentar que se expresen libremente, estar abiertos al cambio y brindarles aceptación y apoyo, sin importar cómo evolucionen sus identidades. Desde la perspectiva asistencial, el objetivo es ayudarlos a comprender sus propios deseos y lo que implican futuras intervenciones, sin descartar un cambio de opinión acerca de ser transgénero.

Es muy importante fomentar que las personas que realizan transiciones de género en la adolescencia desarrollen herramientas para reforzar la autoestima, conociendo a otras personas trans y teniendo referentes positivos y que les ayuden a entender que la experiencia trans no desaparece con el cambio de cuerpo. Por el contrario, si reforzamos la idea de cambio de cuerpo lo antes posible estamos mandando un mensaje de que las personas trans visibles, no son deseables y que es mejor no parecerse a ellas. Hay que acompañar a los adolescentes en una identificación realista, responsable, empoderadora y positiva (21).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Preciado B. *Testo Yonki*. Madrid: Espasa Calpe; 2008: 324.
- (2) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *The Gap Report*. Geneva, Switzerland; 2014.
- (3) Turban JL, Keuroghlian AS. Dynamic Gender Presentations: Understanding Transition and «De-Transition» Among Transgender Youth. Vol. 57, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2018.
- (4) Stryker S. *Historia de lo trans: las raíces de la revolución de hoy*. Madrid: Continta Me Tienes; 2017.
- (5) Gabaldón S. La transexualidad medicalizada: una mirada ética. *Bioética & Debate*. 2016; 22(79): 3-8.
- (6) Gabaldón S. *Infancia y Adolescencia Trans. Reflexiones éticas sobre su abordaje (Tesis Doctoral)*. Universidad de Barcelona; 2020.
- (7) Stoller R. A Contribution to the Study of Gender Identity. *Int J Psychoanal*. 1964; 45: 220-6.
- (8) Money J. Hermaphroditism, gender, and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings. *Bull Johns Hopkins Hosp*. 1955; 96(3): 253-63.
- (9) Sadjadi S. Deep in the brain: Identity and authenticity in pediatric gender transition. *Cult Anthropol*. 2019; 34(1).
- (10) Holter H. *Sex Roles and Social Structure*. Oslo: Universitetsforlaget; 1970: 298.
- (11) Rubin G. El tráfico de mujeres: notas sobre la «economía política» del sexo. En: Lamas M, editor. *El género La construcción social de la diferencia sexual*. Mexico: Bonilla Artigas; 2015.
- (12) Scott JW. El género: una categoría útil para el análisis histórico. *Hist Rev*. 1986;
- (13) Butler J. *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós; 2007.
- (14) American Psychological Association. *Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People*. *Am Psychol*. 2015; 70(9): 832-64.
- (15) Coll-Planas G, Missé M. La identidad en disputa. Conflictos alrededor de la construcción de la transexualidad. *Pap Rev Sociol*. 1 de enero de 2015; 100(1): 35.
- (16) Ristori J, Steensma TD. Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry*. 2 de enero de 2016; 28(1): 13-20.
- (17) Conway JK, Bourque SC, Scott JW. El concepto de género. En: Lamas M, editor. *El género La construcción cultural de la diferencia sexual*. Mexico: Bonilla Artigas; 2015.
- (18) Coll-Planas G. La voluntad y el deseo. La construcción social del género y la sexualidad: el caso de lesbianas, gays y trans. Barcelona: Egales; 2010: 268.
- (19) Johnson AH. *Doing Cisgender Vs. Doing Transgender: An Extension of Doing Gender Using Documentary Film*. Kent State University.; 2013.
- (20) Johnson AH. Transnormativity: A New Concept and Its Validation through Documentary Film About Transgender Men. *Sociol Inq*. noviembre de 2016; 86(4): 465-91.
- (21) Missé M. *A la conquista del cuerpo equivocado*. Barcelona: Egales; 2018: 172.

- (22) American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. Editorial Médica Panamericana; 2013.
- (23) Coll-Planas G. La policía del género. En: Missé M, Coll-Planas G, editores. El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad. 3ª. Barcelona: Egales; 2010: 55-64.
- (24) Stryker S. My words to Victor Frankenstein above the village of Chamounix: Performing Transgender Rage. En: Stryker S, Whittle S, editores. The Transgender Studies Reader. New York: Routledge; 2006: 244-56.
- (25) Platero Méndez R (Lucas). Trans\*exualidades: acompañamiento, factores de salud y recursos educativos. Barcelona: Bellaterra; 2014.
- (26) Meadow T. Trans Kids: Being Gendered in the Twenty-First Century. Oakland: University of California Press; 2018: 320.
- (27) James S, Herman J, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi L. The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. Washington DC; 2016.
- (28) Nuttbrock L, Hwahng S, Bockting W, Rosenblum A, Mason M, Macri M, et al. Psychiatric Impact of Gender-Related Abuse Across the Life Course of Male-to-Female Transgender Persons. J Sex Res. 22 de enero de 2010; 47(1): 12-23.
- (29) Gavilán J. Infancia y transexualidad. Madrid: Catarata; 2016: 255.
- (30) Missé M, Coll-Planas G. El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad. Barcelona: Egales Editorial; 2010: 286.
- (31) Murphy TF. Should Mental Health Screening and Psychotherapy Be Required Prior to Body Modification for Gender Expression?... AMA Journal of Ethics. AMA J Ethics. 2016;18(11):1079.
- (32) Levine SB. Transitioning Back to Maleness. Arch Sex Behav. 2018;47(4):1295-300.
- (33) Royal Courts of Justice. Bell vsTavistock-Judgment [Internet]. 2020 [citado 13 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf>
- (34) NIUS. Keira Bell, la chica «trans» arrepentida gana juicio sobre terapia hormonal [Internet]. NIUS. [citado 13 de diciembre de 2020]. Disponible en: [https://www.niusdiario.es/vida/visto-oido/keira-bell-chica-transgenero-gana-juicio-terapia-hormonal-transexuales\\_18\\_3052095284.html](https://www.niusdiario.es/vida/visto-oido/keira-bell-chica-transgenero-gana-juicio-terapia-hormonal-transexuales_18_3052095284.html)
- (35) Nodin N, Peel E, Tyler A, Rivers I. The RaRE Research Report. LGB&T mental health risk and resilience explored. London: PACE; 2015:110.



# ADOLESCENCIAS DIGITALES

*Jordi Bernabeu Farrús*

## INTRODUCCIÓN: NUEVOS CONTEXTOS DE ACTUACIÓN

Afrontar la digitalidad se ha convertido en uno de los retos principales de la época actual. Veinticinco años conviviendo con internet nos han dejado muchos temas pendientes de discusión y resolución, a desarrollar en propuestas concretas de intervención, tanto a nivel político, educativo, social, preventivo, clínico, comunitario o ético. Si bien en los primeros años su llegada y desarrollo se hizo a ritmo vertiginoso, dificultando nuestra capacidad para pararnos a pensar sobre sus diferentes funcionalidades, actualmente habita normalizada e integradamente en nuestra cotidianidad. Sin embargo, a pesar de los diferentes usos generalizados que realizamos de los entornos digitales, se ha demorado el momento de pensar activamente este impacto en cuestiones que generan preocupaciones colectivas. Viejas problemáticas nos llegan con nuevas presentaciones, que posiblemente nos confirman aquella idea de que, aunque suceden en entornos virtuales, acaban siendo muy reales.

Existen diferentes posicionamientos, con las correspondientes y razonables dificultades enmarcadas en nuestra función profesional. Se deben afrontar estas dudas complejas con reflexiones profundas y al mismo tiempo, pausadas, de posible aplicación. En este capítulo se explican diferentes aspectos recogidos a través de la reflexión teórica, aplicada y (auto)crítica, con el fin de estimular el debate conjunto. Sobre todo, para superar la idea de que participar del entorno digital es más que convivir con dispositivos y aplicaciones. También sobre cómo establecer criterios de acompañamiento en nuestra acción profesional, sin olvidar las dimensiones social y comunitaria, o sobre su gestión, ligadas a cuestiones relacionales, cívicas y de nuestras propias identidades y aspectos troncales que afectan a la privacidad. Además del eterno debate sobre el papel de los dispositivos y su uso en las diferentes instituciones de socialización.

No menos importante es destacar un apunte necesario: este texto se repasa en pleno impacto del Covid. Y cómo ello ha evidenciado que de una convivencia con internet aparentemente cotidiana nos aparecen ‘nuevas’ brechas –viejas, según se miren– y florecen ciertas carencias alimentadas estos años sin respuestas a toda esta complejidad. De un entorno multi-pantalla se puede haber acabado en un ‘colapso de contextos’<sup>1</sup> (1). Eternas

---

<sup>1</sup> El término «Context collapse» es utilizado por Boyd y Marwick a propósito de la saturación de las interacciones en la red, dificultando un contexto válido relacional y compartido.

video-conferencias, *webinars*, clases y visitas *online*, han aportado nuevas perspectivas con sus correspondientes crisis. Por un lado, las conexiones ‘inalámbricas’ han tenido su lógica en este contexto, pero no pueden construirse a partir de presencias alejadas. Por lo que, si se han favorecido nuevas proximidades, estas no pueden generalizarse. La prioridad no ha sido construir una clase a distancia, sino optimizar posibles acompañamientos previamente desarrollados desde la relación y la ascendencia. De nuevo: la importancia del vínculo. Por otro, el peso de la condición de la situación socioeconómica ha correlacionado con el acceso a depende qué oportunidades educativas, con unos sesgos evidentes a aquello ya sabido: a más capacidad adquisitiva, más posibilidad de aprendizaje de calidad, con el correspondiente aumento de la desigualdad. Por último, puede haber contribuido en qué medida ha ayudado a convertirse en el refugio de chicos y chicas en época de malestares.

Por lo que respecta a las preocupaciones profesionales, se recogen algunas de las más recurrentes: las consecuencias de la sobreutilización y posible adicción; la descompensación del tiempo dedicado a otras actividades, incluidas las interacciones presenciales; su impacto en aspectos básicos como el ejercicio y el sueño, si bien la evidencia de relaciones causales aún se está desarrollando, sí hay ya evidencia que sugiere correlaciones con el peso, el estado de ánimo y la imagen corporal (2); el control sobre el acceso y visualización de depende qué contenidos, con especial relevancia a las ‘nuevas’ pornografías; nuevas representaciones para el acoso; nuevos medios para algunas problemáticas conductuales: apuestas *online*, adicción a la pornografía, etc.; el impacto con las comorbilidades psiquiátricas y psicológicas; los riesgos vinculados a la sobreexposición.

## DE LAS PREOCUPACIONES ADULTAS A LAS RESPUESTAS PROFESIONALES

Ante la humanización de la tecnología y la digitalización de la humanidad el debate nos invita a hacernos preguntas que no pueden quedar carentes de respuesta: ¿‘Conectamos’ con los usos que hacen los adolescentes actuales? ¿Sobre la sobreutilización de los entornos digitales, cuándo lo entenderemos como un problema y qué se trabajará para prevenirlo? ¿Y nosotros profesionales, adultos, ciudadanos, madres y padres, qué uso hacemos? ¿Se educa prohibiendo o integrando en depende qué contextos, por ejemplo la escuela, sea cual sea la categoría de uso? ¿Cuáles son los límites de nuestra implicación? ¿Quién y cómo introduce ética y valores en los comportamientos ‘tecnológicos’? Se podrían hacer muchas más.

Sean cuales sean las respuestas, sin reflexión crítica y constructiva se puede caer fácilmente en el error de reducir todas estas cuestiones en meros problemas tecnológicos, cuando son cuestiones básicas de ciudadanía y convivencia. Dentro de la dificultad de encontrar propuestas que las

integren en el mundo de la educación a nivel ético. Es aquí cuando el cómo afrontarlo se convierte en un elemento básico. A pesar de que la simplificación siempre es una tentación –propone un descanso al esfuerzo de pensar y sustenta las dinámicas de ‘a favor o en contra’–, en este capítulo se proponen algunos ejes de discusión desde una perspectiva multicomponente.

En primer lugar: hablamos de conexiones, de espacios de relación, no de dispositivos móviles. Que al mismo tiempo nos obliga a repensar cómo promover el sentido comunitario. Se propone entender la red como algo más que una suma de perfiles interconectados. Porque es necesario profundizar en los usos complejos, pensando y repensando aspectos como identidad, comunidad y alteridad. Al mismo tiempo, y apelando a la complementariedad: no hay red sin calle ni calle sin red. El cambio de mirada propuesto es no abordarlo como dos realidades paralelas. Y puestos a tener en cuenta depende qué aspectos, potenciar nuevas oportunidades: la facilidad para comunicar socialmente, vehicularlas para canalizar malestar, y trabajarlas como elemento que puede ayudar a supervisar y cuestionar ciertos ejercicios de poder.

Segundo: las desigualdades sociales también se convierten en digitales. El nivel sociocultural de la familia tiene influencia en los usos digitales. En las familias en las que el padre y la madre tienen niveles educativos más altos, se reduce drásticamente el consumo de televisión y, algo menos, pero aún significativo, la proporción de adolescentes que hacen uso cotidiano del móvil o la consola de juego. La situación socioeconómica de los usuarios cada vez explicará mejor las diferencias en el uso de las TIC. Se ha pasado de la brecha digital por cuestión de edad a la brecha digital por cuestiones socioeconómicas. Las diferencias entre ‘los que materialmente pueden y los que no pueden acceder a las TIC’ se irán ensanchando, y esto también conllevará diferencias asociadas para sacar el mejor provecho (3). Es evidente: existen diferentes lógicas de uso, acceso y calidad de uso. Todo ello, cuando cada vez más se nos recuerda que el éxito o fracaso escolar –sobre todo por lo que respecta a las oportunidades– correlaciona directamente con las desigualdades.

Todo esto nos lleva a tener que garantizar la accesibilidad a aquellos entornos con más dificultades: invertir más recursos en aquellos contextos que más lo necesitan. Sin caer en la simplificación de ‘a más máquinas más problemáticas asociadas’. La dificultad no estaba en la disponibilidad o no de dispositivos, ni necesariamente en la cantidad de horas conectado, sino en que este uso no sea acompañado, supervisado y utilizado como elemento de trabajo y producción. Por ello proponemos tres ejes de partida: los dispositivos que se utilizan, las oportunidades de acceso (quien los acompaña en su aprendizaje) y la calidad del uso (capacidad para elaborar usos complejos).

Tercero: las problemáticas digitales. Tampoco caigamos en ‘mantras’ como ‘ser esclavos del móvil’, ‘estamos todos enganchados’ o ‘son nuevas

patologías'. Se debe poder explicar esta realidad cambiante, inicialmente, sin recurrir a la explicación patológica. Para los que se exceden en su uso, si en algo coincide la comunidad científica internacional es en la necesidad de entender los problemas derivados de las tecnologías como síntoma de un problema de base y no causa del mismo. Es decir: nos 'enganchamos' al móvil o a las relaciones *online* para suplir otras carencias muchas veces, nuevamente, ligadas al yo y la cuestión social. Muchos estudios observan cómo aquellas personas que acaban utilizando las pantallas problemáticamente correlacionan con sintomatología afectiva y ansiosa (4). Traducido coloquialmente: aspectos como estar triste, deprimido, sentirse solo o ponerse muy nervioso ante el contacto social son los que acaban por determinar la aparición o no de problemas.

Por último: la visión crítica como modo de reflexión permanente. La propuesta es afrontar la revolución digital también desde una perspectiva crítica. O cómo introducir la ética en un mundo que, a pesar de la lógica de la participación, es conducido por las estrategias de mercado. Se convierte en una buena y bonita oportunidad para trabajar aspectos relacionados con la protección de nuestros datos, derechos y, por extensión, de nuestra privacidad. Por eso hay que trabajar la red como un entorno que lo sabe todo y que no borra. Aspectos como identidad digital, exposición, intimidad, etc. devienen referencias básicas de trabajo. Tanto en un aspecto preventivo ('cuidado con lo que cuelgas') como constructivo ('una buena manera de garantizar una buena gestión es conocer un uso positivo').

Por tanto, el análisis de estas adolescencias conectadas nos plantea que nuestra acción profesional debe pensar de forma colectiva cinco dimensiones: las identidades, las relaciones, el impacto de la sobreutilización, la visión crítica y la participación.

‘FORMAMOS NUESTRAS HERRAMIENTAS, Y LUEGO ESTAS NOS FORMAN’

Con esta frase, McLuhan (*Understanding Media: The Extensions of Man*)<sup>2</sup> abrió –1964– un conjunto de cambios que a día de hoy han condicionado la aparición de la ‘persona conectada’. El uso del entorno digital por parte de adolescentes se convierte en una práctica totalmente normalizada: cotidiana –en permanente conexión–, funcional –ocio, rendimiento académico, etc.– y productiva –se asocia a resultados y los problemas derivados se perciben como consecuencias no esperadas–. He aquí algunas características de estas generaciones:

---

<sup>2</sup> La forma de un medio en cualquier mensaje crea una relación simbiótica en la que el medio influye en cómo se percibe el mensaje.

- Están equipadas con dispositivos potentes. Preferentemente portátiles y siempre con conectividad. Que, simultáneamente, son multifuncionales: conversación, almacenamiento de imágenes, agenda y organización, juegos, mensajería, tareas escolares, etc. (5).
- Permanentemente conectadas (24/7). De hecho, en época de hiperconectividad imprescindible, uno de los retos profesionales debe ser definir la desconexión y disponibilidad.
- Con aplicaciones ‘estrella’: *Instagram*, *Tik-Tok* y *Youtube* han acabado imponiéndose como canales habituales<sup>3</sup> (6).
- Con unas diferencias respecto al género. A la cuestión masculina, el uso de las pantallas lo asocian con actividades lúdicas; a la femenina, con su función relacional y conversacional (7).
- Con un uso cada vez más precoz. Si bien en años anteriores se asociaba el uso de dispositivos y la tenencia de perfiles en redes sociales digitales como rito de paso a la adolescencia –que se asociaba con la entrada a la secundaria obligatoria–, actualmente las edades tanto de tenencia como de uso han disminuido significativamente (8).
- Con una supuesta capacidad multitarea. La posibilidad de hacer varias cosas a un mismo tiempo se vive desde la normalidad (estudiar mientras se consulta el móvil). Pese a que como explican diferentes estudios no se debe confundir la agilidad en el cambio de tarea con la capacidad de atención profunda (9).
- De aprendizaje ‘autónomo’. Algunas generaciones no han tenido pautas de acompañamiento específicas. Sobre todo, aquellas que se iniciaron la década anterior. Con un claro sesgo sobre la educación digital recibida: basada en la lógica de los riesgos y peligros (10).

SI DISPONEN DE PERFIL (EN LAS REDES SOCIALES, LOS JUEGOS *ONLINE*, A LAS PLATAFORMAS DIGITALES), ‘EXISTEN’

La creación de la identidad de los adolescentes, en la mayoría de los casos, se ha construido desde estas arquitecturas digitales. Por ello, se contempla la dimensión digital como algo inseparable de su realidad social global: cómo se muestran en las pantallas puede explicarse como una extensión del ‘cómo son’, al igual que lo es cómo se muestran por la calle, en el instituto, en su domicilio o en sus salidas. Esto, lejos de vivirse como un inconveniente, se vive a menudo como una necesidad que tiene algunas contrapartidas negativas.

---

<sup>3</sup> Estas tres aplicaciones se han consolidado en los últimos años como las más utilizadas por el público adolescente. Independientemente de posibles cambios futuros, su uso difiere en forma y contenido al del público adulto.

Esto explicaría también el impacto en identidades en crisis. O de cuando la existencia de una excesiva distancia entre el *self real* y el *self ideal* explica algunos problemas. Es decir, me presento condicionado más por cómo quiero que me vean que no por cómo realmente soy (11).

La creación de perfiles en redes sociales, de personajes en juegos *online*, o de contenidos en *youtube*, por ejemplo, son dimensiones identitarias complementarias que abren un gran abanico de posibilidades. Al mismo tiempo, la gran presencia de normas «no escritas», estereotipos, cosificación, relevancia de la imagen corporal, presiones grupales y normas del mercado, son una fuente de presión y estrés.

Por ende, la exponencialidad de la red, su velocidad a la hora de transmitir los contenidos y la dimensión que pueden coger pueden convertirse en grandes oportunidades, pero también pueden ocasionar riesgos si se gestionan de forma problemática.

Así, en su construcción como personas la inevitable digitalidad cumple diferentes funciones: existir; participar (grupalmente); informar e informarse (enterarse y descubrir); relacionarse (interacciones); reconocernos (hacemos *likes*, entre otras posibilidades) y hacernos reconocer (nos hacen *likes*, validándonos). A la vez que se utiliza un estilo muy común: explicarse (narramos), llegar a ser autores y ser protagonistas.

Estas adolescencias se caracterizan entonces, en relación a los entornos digitales, por: ser digitales, se piensa, se accede a la información, se define, afirma y actúa con otras dimensiones; necesitar sentirse que están en línea conectados o conectadas a varias realidades, que se es adolescente en la medida que se está *online*; formando parte de diferentes grupos (adolescentes), buena parte de los cuales virtuales –la vida grupal también es una vida en red–; ser visibles, reconocidos o reconocidas y en constante interacción con respecto sus acciones. La virtualidad se vuelve real, y la realidad inherentemente digital. Por lo que ya no tiene sentido hablar en términos de ‘en la vida real’ las cosas son diferentes. Las redes sociales no cumplen su función cuando se viven estas dos realidades como independientes.

En definitiva: existir *online* es existir, también. Se trata, entre otros, de huir de la dicotomía mundo virtual-mundo real. Conlleva trabajar desde dos realidades, complementarias, fusionadas y que actúan como vasos comunicantes.

#### UNA IDENTIDAD QUE SE CONSTRUYE DESDE LA RELACIÓN, ‘NO ESTOY SOLO/A’

Como se exponía en la introducción: no es solo un tema de aparatos y aplicaciones, sino de conexiones. Las redes sociales se convierten, en clave adolescente, en relacionales. Se está en línea en el momento en que se está con otras. Incluso en aquellos usos tecnológicos en que no es tan

evidente (como por ejemplo, los videojuegos) la dimensión relacional es clave. Los y las adolescentes disponen de muchos dispositivos, así como de múltiples perfiles en redes o aplicaciones, destinan mucho tiempo y no entienden los usos tecnológicos sin conexión a la red. Aunque a más edad hay más diversidad de usos, su finalidad principal siempre es comunicativa y relacional.

En esta significación claramente relacional coge un peso importante la imagen (y en las capacidades para generar ésta y dotarla de contenido –habilidades, reconocimiento, relevancia–). Y cada vez más se dispersa la fina línea roja que separa conectabilidad de disponibilidad. Se conforman nuevas formas de conocimiento, construyendo tendencias y nuevas influencias (de mercado, profesionales, referenciales), convirtiéndose en nuevos receptáculos (de malestares, de gestión del tiempo), y nuevas fuentes de relación, diversión y gestión de la cotidianidad (con todas sus derivadas).

En este sentido, una gran preocupación ha sido la posibilidad de recibir algún tipo de agresión por parte de terceras personas. Sin embargo, la gran mayoría de riesgos y problemáticas a las que se exponen tienen mucho más que ver con situaciones cotidianas y que pueden parecer, a primera vista, de menos importancia: mantener una reputación digital, acceso a contenidos para los que no está preparado o preparada a nivel madurativo, conflictos en bola de nieve con sus amistades o compañeros, promoción de una uniformidad en base a estereotipos, y muchas otras. A menudo, los malestares adolescentes tendrán mucho más que ver con situaciones y fricciones relacionales del día a día y con los problemas que se puedan derivar. Estas nuevas maneras de comunicarnos, relacionarnos y presentarnos al mundo que nos propone internet se han convertido para muchos adolescentes y jóvenes en fuente de felicidad, pero al mismo tiempo de problemas. *Cyberbullying* (acoso escolar entre amigos), *sexpredding* (reenvío de mensajes con contenido sexual sin el consentimiento de la persona que aparece con la intención de generar un daño), *grooming* (ciberacoso a menores por parte de personas adultas), son palabras cada vez más frecuentes en los medios, pero que además necesitan un acompañamiento y una reflexión en su explicación.

A nivel preventivo, para evitar intervenciones posteriores, se remarca la especial relevancia que adquieren las lógicas grupales y comunitarias. Recordemos que se ha de comprender la red como algo más que una suma de perfiles interconectados, pensando y repensando aspectos como identidad, comunidad y alteridad.

Lo que es deseable o esperable en estas nuevas formas comunitarias está en creación y evolución constante y a menudo carente de referencialidades positivas, así que la experimentación, los errores o las situaciones no esperadas o deseadas pueden ser una constante. Concluyendo: tampoco se trata de si deben ‘estar’, sino que estas presencias deben estar acompañadas, se debe pensar con qué criterios. No se trata de dar respuesta a la

inmediatez, como en cualquier lógica de influencia y ascendencia. Como también, priorizar la calidad de la relación por delante de la cantidad, para no acabar siendo absorbidos por la necesidad inmediata de una reacción emocional cuantitativa.

## NUEVAS REPRESENTACIONES DE MERCADO Y DIVERSIÓN

Una de las prácticas en los entornos digitales que ha ganado visibilidad y protagonismo en los últimos años son los video-juegos, especialmente en su modalidad *online*; especialmente presentes en la pre-adolescencia y adolescencia temprana de los chicos, progresivamente están concentrando y monopolizando gran parte del ocio y el consumo en el tiempo libre, junto con plataformas de contenidos audiovisuales llamados «a la carta» como son *Youtube* o *Netflix*. Asimismo, ser influenciador, *gamer* o *youtuber* son actualmente ocupaciones (e identidades) a las que una gran parte de los y las adolescentes aspiran para un futuro inmediato y como proyecto vital.

Ahora bien, si entendemos la red como un espacio de relación, la entenderemos también como un espacio de participación. La propuesta pasa por pensar cómo incorporamos la dimensión digital a nuestras inquietudes como ciudadanos y ciudadanas. Y de qué manera las podemos utilizar para exponer, explicar y amplificar nuestro mensaje o nuestra iniciativa.

Habitualmente las herramientas de participación no dan cabida a los realizados por adolescentes; sea por su lenguaje, sus tempos o los medios que se utilizan, o sea por imperativos legales, los adolescentes participan poco de iniciativas que no estén vinculadas estrictamente al ocio. Hemos asumido acríticamente este hecho como característico de la etapa vital; en cambio, las plataformas digitales están llenas de espacios de interacción, propuestas, iniciativas, lideradas por esta misma adolescencia que abarcan una multitud de temas y de grados de participación.

Si reproducimos lógicas que se basan solo en el consumo, o en la producción dirigida al consumo, no se habrá de extrañar que las máximas aspiraciones de adolescentes sean (simplificando un fenómeno más complejo y que de contrapartida tiene muchas vertientes positivas) ser *influencers* o *youtubers* (en temas que tendrán que ver con la moda, o los «estilos de vida» o los videojuegos), nuevas figuras que están convirtiéndose en referentes de estas generaciones.

### ¿IDENTIDAD VIGILADA, CONTROLADA? ¿POR QUIÉN Y PARA QUÉ?

El hecho de estar conectado ya genera, per se, datos. Cualquier página, aplicación o uso genera información. Y ésta es bien valiosa para construir estudios de mercado, de datos que generan riqueza a otros contextos,

de informaciones de tipo personal y / o ideológico. Un nuevo mercado que se llama Big Data.

Ante este nuevo modelo de comercio de la atención –nos diría Tim Wu– se trata de promover la visión crítica como modo de reflexión permanente (12). La propuesta es afrontar la revolución digital también desde una perspectiva crítica. O cómo introducir la ética en un mundo que, a pesar de la lógica de la participación, es conducido por las estrategias de mercado. Por eso hay que trabajar la red como un entorno que lo sabe todo y que no borra. Que, bajo excusas de análisis de mercado o seguridad de estado, controla y monitoriza comportamientos. Aspectos como identidad digital, exposición, intimidad, devienen referencias básicas de trabajo. Tanto en un aspecto preventivo como constructivo. Haremos también especial énfasis en la aparición de nuevas grietas, centrándonos en cuestiones de género.

La digitalidad comporta control. Siempre hay quien recoge toda nuestra información. Otra cosa es hasta donde podemos dejar que nos controlen: ¿para qué este control?, ¿cómo evitarlo? No solo se trata de observar, o de ser observado –de reconocer, o de ser reconocido–, también de generar datos para ser acumulados (13). A nivel socioeducativo, o desde nuestras intervenciones, dejando claro que detrás de toda esta nueva esfera de construcción de identidad, ocio, relación y participación hay una gran idea de negocio. Es importante trabajar la ‘huella’ que genera su actividad en la red.

#### LOS PROBLEMAS QUE SE PUEDAN GENERAR EN IDENTIDADES EN CRISIS

El uso generalizado e intenso de las nuevas tecnologías (internet, redes sociales, móviles, videojuegos, juegos en línea) por parte de los niños y los adolescentes genera una inquietud creciente entre los familiares y los profesionales. Y en este marco es donde debemos ser especialmente prudentes en distinguir un uso problemático (vinculado a una sobreutilización, probablemente) de un trastorno adictivo, con indicadores claros clínicos, que en la mayoría de ocasiones aparecen comórbidos a otras problemáticas. Enfrentamos a menudo el exceso de uso de pantallas de una forma dicotómica: entre la normalización absoluta y la relación patológica. Ni todos los excesos son «normales» ni todos son adicción.

El trastorno de adicción vinculado a internet es un tema complejo<sup>4</sup>. Si bien es cierto que existen numerosos ejemplos de uso problemático (en cuanto a dependencia, principalmente) todavía existen diferentes perspectivas

---

<sup>4</sup> La OMS incluye oficialmente como trastorno la adicción a los videojuegos en el CIE11 estando establecida la fecha para su entrada en vigor el 1 de enero de 2022.

sobre lo que es o no un comportamiento adictivo asociado a su uso. Existe cierto consenso en torno a la utilización de los conceptos ‘sobreutilización, adicción o dependencia’, pero se debe profundizar si estos problemas se convierten en causa o síntoma de un trastorno de base.

La evidencia explica la presencia de dos grandes perspectivas: por un lado, los trastornos exteriorizados (conductuales) o interiorizados (afectivos y relacionados con la ansiedad) (14). De la experiencia subyace que aquéllos vinculados con depende qué malestares el entorno digital cumplirían la función de ‘refugio’ o ‘válvula de escape’: ansiedad social, depresión y soledad emocional emergen como grandes factores explicativos (15). El chico o chica utiliza internet como mecanismo de autoeficacia para compensar depende qué carencias o situaciones vividas negativamente.

Si se parte de la hipótesis que la adicción –a videojuegos, a las redes sociales, etc.– cumple diferentes criterios que la clasifican como trastorno con entidad propia, el entorno digital y el uso concreto asociado se convertiría en elemento causal para la aparición de unos problemas determinados. Paralelamente, si existe un trastorno de base que desarrollaría el uso problemático de internet se convertiría en síntoma de otra psicopatología o problema de salud mental que lo precedería (aislamiento, falta de relaciones sociales, dificultades de comunicación). Es posible que con el paso del tiempo se acabe aplicando el modelo de ‘patología dual’, conocido en el ámbito de las adicciones a sustancias: los trastornos de salud mental y el trastorno por adicción a internet se influyen mutuamente a lo largo de su desarrollo (16). Será especialmente importante porque es muy probable que el síntoma termine colapsando y tomando la relevancia suficiente para tener que ser abordado por sí mismo.

#### A MODO DE EPÍLOGO: BREVE DECÁLOGO DE RESPONSABILIDADES PROFESIONALES: ¿QUÉ IDEAS PARA QUÉ ACOMPAÑAMIENTO?

1. Observar activamente con una mirada inicialmente ‘tranquila’.
2. Definir las bases del discurso a transmitir: responsabilidad, moderación y prudencia.
3. Plantear la complementariedad –presencial-digital– como algo implícito.
4. Para algunos profesionales: compartir perfiles con adolescentes y jóvenes. Construir red juntos: participar como forma de aprendizaje. Definiendo los criterios. Desarrollando normativas de uso razonables y posibles en las distintas instituciones de convivencia.
5. Enfatizar los usos positivos.
6. Trabajar la identidad digital. Y las diferentes identidades. Construidas en relación a otras.

7. Educar en la convivencia, también en la red.
8. Presentar un discurso crítico entorno a nuestra privacidad, datos y derechos.
9. Trabajar y detectar factores de riesgo de la adicción, y su correspondiente intervención.
10. Desarrollar legislaciones que protejan a las personas usuarias. Establecer protocolos de seguridad en acceso a contenidos desde la perspectiva de los usuarios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Marwick Alice, Boyd Danah. To See and Be Seen: Celebrity Practice on Twitter. *Convergence: The International Journal of Research Into New Media Technologies*. 2011; 17.
- (2) Nicholas J. The role of internet technology and social branding in improving the mental health and wellbeing of young people. *Perspect Public Health*. 2010;130(2):86-90. doi:10.1177/1757913908101797
- (3) Alliance for Affordable Internet. From luxury to lifeline: Reducing the cost of mobile devices to reach universal internet access. 2020. Web Foundation.
- (4) Ko C.H., Yen J.Y., Yen, C.F., Lin H.C., Yang M.J. Factors predictive for incidence and remission of Internet addiction in young adolescents: a prospective study. *Cyberpsychology and Behavior* 2007; 10(4): 545-551.
- (5) Del Rio J., Sábada C., Bringué X. Menores y redes ¿sociales?: de la amistad al *ciberbullying*. En: A. Rubio (coord.) *Revista de Estudios de la Juventud. –Juventud y nuevos medios de comunicación*. Madrid: INJUVE. Marzo 2010; 88: 115-129.
- (6) Apps y nativos digitales: la nueva normalidad. 2020. Qustodio. [En línea]. [https://qweb.cdn.prismic.io/qweb/757be689-ebe3-428a-8fde-c29db460dd10\\_2020527+NP+Lanzamiento+del+2020+estudio+sobre+los+h%C3%A1bitos+online+de+menores.pdf](https://qweb.cdn.prismic.io/qweb/757be689-ebe3-428a-8fde-c29db460dd10_2020527+NP+Lanzamiento+del+2020+estudio+sobre+los+h%C3%A1bitos+online+de+menores.pdf)
- (7) Chóliz M., Villanueva V., Chóliz M.C. Ellas, ellos y su móvil: Uso, abuso (y ¿dependencia?) del teléfono móvil en la adolescencia. *Revista de drogodependencias* 2009; 34: 74-88.
- (8) INE. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Madrid: INE; 2017.
- (9) Pew Research Center (7 de marzo de 2014). Millennials in Adulthood: Detached from Institutions, Networked with Friends. Obtenido de Pew Research Center: <http://www.pewsocialtrends.org/2014/03/07/millennials-in-adulthood/>
- (10) Garrido-Lora M.; Busquet Duran J.; Munté-Ramos R. A. De las TIC a las TRIC. Estudio sobre el uso de las TIC y la brecha digital entre adultos y adolescentes en España. *Anàlisi. Quaderns de Comunicació i Cultura*. 2016; 54: 44-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.7238/a.v0i54.2953>
- (11) Aguilar D., Said E. Identidad y subjetividad en las redes sociales virtuales: caso de Facebook. *Zona próxima. Revista del Instituto de Estudios en Educación*. Universidad del Norte 2010;12 enero-julio. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/zona/article/download/1145/725>

- (12) Wu Tim. *The attention merchants. The epic scramble to get inside our heads*. Nueva York: Alfred A. Knopf Publishers; 2016.
- (13) Guardiola I. *L'ull i la navalla: un assaig sobre el món com a interfície*. Barcelona: Editorial Arcàdia; 2018.
- (14) Kuss D.J.; Van Rooij A.J.; Shorter G.W.; Griffiths M.D. y Van de Mheen, D. Internet addiction in adolescents: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior* 2013; 9: 1987-1996.
- (15) Ko C.H.; Yen J.Y.; Yen C.F.; Chen C.S. y Chen C.C. The association between Internet addiction and psychiatric disorder: A review of the literature. *European Psychiatry* 2012; 27: 1-8.
- (16) Yen JYKo, CHYen CFChen, SHChung WLChen, CCPsychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction: comparison with substance use. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62(1): 9-16.

# TRASTORNOS ADICTIVOS

*Josep Lluís Matalí, Elena Flores*

## INTRODUCCIÓN

Según el último Informe Europeo sobre drogas (1), el problema de las drogas en Europa no solo está atravesando una fase especialmente dinámica sino que, en términos generales, los datos existentes indican que la disponibilidad de drogas es elevada y en algunas zonas incluso está aumentando. Se está configurando el consumo de drogas como una amenaza para la salud pública y la seguridad que precisa una respuesta multidisciplinar de alto nivel.

Algunos ejemplos de dicho cambio los encontramos en el aumento de la producción europea de marihuana así como de la potencia de la resina de cannabis que se introduce actualmente en Europa. Otro ejemplo del dinamismo del problema lo constituye la venta de drogas por internet, que a pesar de que actualmente sigue siendo pequeña en relación al mercado global, parece estar creciendo según el último informe europeo. Asimismo, a pesar que la prevalencia del consumo de cannabinoides sintéticos es generalmente baja, cada vez más se ha relacionado su consumo con problemas de salud y muertes e intoxicaciones agudas.

En rasgos generales, se observan nuevos y cambiantes patrones de consumo de sustancias, con una gran incorporación de los adolescentes al consumo, con un aumento importante de prevalencia en las chicas, una tendencia a la ingesta aguda de alcohol los fines de semana y una elevada popularización del consumo de cannabis. En paralelo al aumento de prevalencia del consumo, cada vez disponemos de más evidencia que el consumo de sustancias en la adolescencia constituye un factor de riesgo en la aparición de múltiples problemas: médicos, de salud mental, académicos y familiares (2).

Existe la tendencia generalizada a vincular los trastornos por consumo de sustancias a la edad adulta y en concreto a personas con problemas de marginación e integración social. Sin embargo, debemos señalar que las adicciones también se manifiestan en la adolescencia y que éstas suelen tener una naturaleza, unas características y un curso muy distinto a las adicciones adultas. No debemos olvidar que cuando hablamos de un trastorno por consumo estamos delante de un problema de salud mental y por ello hemos de ayudar al adolescente en lugar de culpabilizarlo. Este es el motivo por el que los profesionales que interactúan con adolescentes consumidores deben disponer de la formación necesaria para entender y

manejar mejor dicha problemática. El objetivo de este capítulo es tener las nociones básicas para la detección de pacientes que pueden presentar un trastorno adictivo, así como la valoración de una posible derivación a un servicio de tratamiento especializado.

## QUÉ ES UNA ADICCIÓN

La adicción es un síndrome multifactorial (genético, biológico, psicológico y social) que produce un deterioro progresivo de la calidad de vida de la persona que lo padece debido a las consecuencias negativas, bien del consumo de una sustancia o bien de la práctica de una actividad.

El componente fundamental de un trastorno adictivo es la pérdida de control sobre el consumo, es decir, el deterioro de la capacidad para poder atajar dichas conductas. Una consecuencia de esta pérdida de control es el posible desarrollo de tolerancia, que puede definirse como la necesidad cada vez mayor de consumir dicha sustancia o realizar dicha actividad para obtener los mismos efectos gratificadores. Otra consecuencia destacada es la aparición del síndrome de abstinencia, caracterizado por irritabilidad, agresividad y alteración grave del comportamiento cuando se dificulta o prohíbe continuar realizando el patrón adictivo. Este estado de tensión y ansiedad se reduce o desaparece cuando se realiza de nuevo el consumo o se repite la conducta.

Así pues, para que se produzca una adicción deben coexistir estos tres elementos: la pérdida de control sobre el consumo de la sustancia o la práctica de la actividad, el deseo de consumir o practicar cada vez más (tolerancia) y la alteración del comportamiento cuando no se produce dicho consumo o actividad (síndrome de abstinencia).

### *Clasificación y criterios diagnósticos*

En salud mental se han establecido por consenso una serie de categorías que permiten conocer qué es un trastorno mental y entre ellos, qué es un trastorno adictivo. Los manuales diagnósticos más utilizados son: El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, siendo su última edición el DSM 5, 2013 (3); y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), apadrinado por la Organización Mundial de la Salud, siendo su última revisión la CIE-10, 1992 (4).

#### Trastornos adictivos relacionados con sustancias

Inicialmente, cuando hablamos de adicciones podemos hacerlo de adicciones a sustancias y adicciones comportamentales. En relación a las

primeras, existen múltiples clasificaciones en función de los parámetros que se elijan: el tipo de sustancia, la legalidad, su potencial adictivo o su efecto sobre el sistema nervioso.

En las clasificaciones diagnósticas, la categorización se realiza diferenciando entre trastornos por consumo de sustancias (debido al patrón de consumo problemático y sus consecuencias) y trastorno inducido por sustancias (intoxicación, abstinencia, trastorno mental inducido por sustancias, etc). Dentro de esta clasificación, se diferencia según el tipo de sustancia, distinguiendo entre alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes-hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes, tabaco, otras (o desconocidas).

En el presente capítulo nos centraremos en las adicciones relacionadas con sustancias.

### *Prevalencia*

En la mayoría de los países europeos el consumo de cannabis se ha mantenido estable o ha crecido en los jóvenes en los últimos años según el Informe Europeo sobre Drogas (1). Estiman que más de una cuarta parte de la población de la Unión Europea, 87,6 millones de personas, han consumido cannabis en algún momento de su vida y que el 1 % de los mayores de 15 años consumen cannabis a diario o casi a diario (20 o más días al mes), de estos, aproximadamente el 63 % son menores de 35 años, y cerca de tres cuartas partes son hombres.

A nivel español, el Plan Nacional Sobre Drogas, realiza bianualmente la encuesta sobre prevalencia y hábitos de consumo de drogas de los adolescentes de 14 a 18 años escolarizados ESTUDES (5). La última versión de esta encuesta, que refleja los datos de 2016-2017, destaca que un 75,6 % de los adolescentes ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 34,7 % tabaco, un 26,3 % cannabis y un 11,6 % tranquilizantes o pastillas para dormir. La proporción de consumidores actuales de estas sustancias, es decir, aquellos que las habían consumido alguna vez en los 30 días previos a la entrevista, es de 67 %, 34,7 %, 18,3 % y 5,9 %, respectivamente. El consumo del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalantes volátiles, heroína, etc) es mucho menor, situándose entre el 1 % y el 6 % la proporción de estudiantes que la ha probado alguna vez y entre el 0,5 % y el 1,5 % la proporción de consumidores actuales.

Este informe señala que los jóvenes de 14 a 18 años empiezan a consumir drogas a unas edades precoces y que en los últimos años la edad media de inicio de cada una de las drogas se mantiene relativamente estable.

Siguiendo con el informe ESTUDES, cabe destacar cierta diferencia por sexo en los patrones de consumo así como en la sustancia consumida.

El consumo de alcohol está ligeramente más extendido entre las chicas aunque la magnitud de la diferencia varía según la franja de edad, los datos son más claros cuando se analiza la prevalencia de las borracheras, independientemente de la edad, ellas se emborrachan más que ellos. El consumo de hipnosedantes es más común en las chicas, independientemente del segmento de edad, y la diferencia con respecto al grupo masculino aumenta a medida que se incrementa la edad. Con el consumo de cannabis ocurre lo contrario a lo que acabamos de ver, es en los chicos donde se aprecia la mayor prevalencia para todos los tramos de edad, alcanzando la mayor diferencia en el segmento de 18 años, donde aproximadamente 2 de cada 5 chicas y casi 1 de cada 2 chicos, reconocen haber consumido durante el último año. Respecto al consumo de cocaína polvo y/o base, la mayor diferencia respecto al sexo se obtiene en el segmento de 18 años, donde la prevalencia en los chicos (8,7 %) casi triplica el valor registrado en las chicas (3,2 %).

También es importante destacar que la proporción de consumidores de drogas aumenta progresivamente con la edad. En este sentido, en el alcohol, el tabaco y el cannabis el mayor incremento de consumo se produce entre los 14 y los 16 años y en los psicoestimulantes (cocaína y anfetaminas) se produce entre los 16 y los 18 años.

Es importante puntualizar que no todos los adolescentes tienen el riesgo de acabar desarrollando una adicción. A pesar del elevado porcentaje de adolescentes que consumen drogas, la mayoría no desarrolla un Trastorno adictivo. Se calcula que aproximadamente un 10 % de los adolescentes son vulnerables a generar un problema relacionado con dichos comportamientos de riesgo.

### *Consecuencias asociadas a las adicciones*

La preocupación generada por los altos índices de consumo que realizan los adolescentes, tanto en frecuencia como en dosis, está fundamentada en la acumulación de evidencias que indican que el consumo de tóxicos durante esta franja de edad es un factor de riesgo por la aparición de múltiples problemas y consecuencias orgánicas. Es importante comentar que, a pesar de la importancia de estas consecuencias orgánicas, en el caso de los adolescentes son poco prevalentes.

La investigación ha determinado que las repercusiones del consumo son más peligrosas en adolescentes (14-15 años) que en adultos (21-25 años), por los efectos perjudiciales de la sustancia en un momento crucial para el neurodesarrollo y, sobre todo, por los efectos adversos referentes a la adaptación psicosocial, más pronunciados en los jóvenes. Los estudios muestran que la iniciación temprana en el consumo predice la precoz adquisición de roles adultos (por ejemplo, la precocidad en la

actividad sexual, la paternidad no deseada y la emancipación), así como el aumento del riesgo de la aparición de conductas antisociales y del consumo de otras sustancias o trastornos mentales comórbidos.

### *Comorbilidad*

La coexistencia de un trastorno mental y un trastorno adictivo está asociada a un peor pronóstico de los dos trastornos (6). Los estudios clínicos realizados con adolescentes consumidores de sustancias muestran que éstos presentan una alta comorbilidad con otros trastornos mentales, describiendo valores entre el 65 % y el 75 % en aquellos jóvenes que demandan ayuda. De la misma forma, la presencia de un trastorno mental en la infancia y la adolescencia es un factor de riesgo para el consumo.

### SEÑALES DE ALARMA

Generalmente la instauración de la adicción es un proceso más o menos gradual que va desde los primeros contactos esporádicos, donde el sujeto experimenta aspectos placenteros que promueven su repetición (denominado reforzador positivo) hasta la necesidad de volver a realizar dicha conducta para aliviar el malestar (denominado reforzador negativo). Así podemos encontrar múltiples situaciones donde el adolescente genere un consumo sin ser capaz de parar por sí mismo.

Es importante tener en cuenta el momento evolutivo en la valoración de los adolescentes. En los momentos insidiosos de cualquier proceso patológico en el adolescente, puede ser difícil diferenciar entre la conducta adolescente normal y la que está provocada por una adicción incipiente. El adolescente puede presentar y experimentar cambios en su estilo de vida que suelen descentrar a los padres pero que constituyen parte de la evolución normal de su desarrollo y maduración. Ahora bien, sí que existen señales que podemos considerar de alarma, por ejemplo, cambios que se producen de forma abrupta, adquieren una dimensión extrema o se consolidan en el tiempo más allá de lo que sería un proceso normal de desarrollo de la adolescencia.

Comúnmente las señales de alarma son pequeños cambios que el adolescente va haciendo de forma sutil pero continúa y que en un determinado momento pasan de ser habituales y justificables tanto para él como para su entorno a no serlo, principalmente para sus padres pero también para los profesores. Son todos aquellos indicadores de falta de normalidad, que pueden evidenciarse en algunos de los siguientes puntos, por ejemplo, debiendo presentarse de manera recurrente y sostenida en el tiempo:

- *Patrón del sueño alterado*, secundario al cambio de hábitos del sueño y a la disminución de las horas de sueño para consumir o realizar la conducta adictiva. Por ejemplo, «se acuesta tarde, por la mañana le cuesta mucho levantarse».
- *Patrón del hambre alterado*, «come rápido y mal para ganar tiempo, incluso empieza a saltarse alguna de las comidas».
- *Menos atención por la higiene*, teniendo que recordarle pautas de higiene básica, que antes sí realizaba (lavarse los dientes, ducharse o cambiarse de ropa).
- *Descuido de aspectos importantes de su vida*, motivado por el aumento del tiempo que ocupa el consumo.
- *Cambio del estilo de ocio*, cambio de intereses, de entorno.
- *Irritabilidad*, especialmente cuando se le impide el consumo o realización de la conducta adictiva.
- *Estado de ánimo oscilante*, tono hipotímico, poco comunicativo, encerrado en su mundo, le molesta que le preguntes cosas acerca de su día a día.
- *Rendimiento académico alterado*, absentismo, incremento de las notificaciones de actitud poco colaboradora o reprobatoria, aumento de los suspensos y las expulsiones de clase.
- *Empiezan a realizar hurtos*, generalmente de pequeñas cantidades de dinero, y especialmente a la familia más cercana.

Una rápida detección de que «algo va mal» por parte del entorno más cercano ayudará a parar la espiral negativa y a reconducir la situación. Por el contrario, la no detección de dicha situación o su banalización puede provocar un sentimiento de incomprensión e indefensión que suele complicar el cuadro (más aislamiento, más búsqueda de nuevos referentes o el incremento de la posibilidad de aparición de un trastorno del estado de ánimo).

## EVALUACIÓN

En la actualidad, el método diagnóstico fundamental con el que contamos para realizar el diagnóstico correcto es la entrevista clínica con el paciente, las analíticas de tóxicos y la información complementaria aportada por sus familiares o allegados.

Es necesario realizar una correcta exploración física y evaluación psicopatológica del paciente, que permita entender los motivos por los que se ha establecido dicho comportamiento (en la medida de lo posible, determinar motivación inicial a consumir y posible función que cumple la conducta adictiva, así como el mantenimiento de la misma) y determinar la existencia o no de otros trastornos. La exploración psicopatológica del menor es imprescindible para determinar la existencia del trastorno adictivo

y/o otros trastornos mentales concomitantes. Además deben evaluarse las capacidades cognitivas (atención, percepción, memoria, lenguaje, etc.) y las funciones ejecutivas (flexibilidad, planificación, etc.). En este último caso se valora, por ejemplo, la capacidad/incapacidad de control, es decir si el sujeto realiza la conducta pese al intento de controlarla y/o no puede detenerla una vez iniciada.

También se incluyen en la evaluación las repercusiones emocionales del consumo o conducta adictiva. Cuando consume se siente feliz, aceptado, excitado, desinhibido o por el contrario si cuando no realiza el consumo se siente solo, insatisfecho, inseguro, inhibido. En este contexto, es imprescindible conocer la evolución y severidad de la adicción; cómo ha acabado el adolescente generando un abuso de la sustancia para ver la cronología de los sucesos y descubrir si dicho uso trata de encubrir o evitar una situación de malestar anterior.

Para valorar la dependencia psicológica, que incluye tanto el deseo o ganas de consumo, como la polarización cognitiva o focalización atencional y la modificación del estado de ánimo, se evaluará en qué medida la adicción se ha convertido en el elemento más importante de la vida del menor ocupando la mayoría de sus pensamientos y sentimientos.

Además, es importante valorar otras áreas:

- La personalidad y temperamento del menor.
- El funcionamiento escolar y/o vocacional, valorando cómo ha sido su rendimiento o adaptación escolar hasta el momento.
- El funcionamiento familiar.
- La competencia social y relaciones interpersonales.
- Ocio y tiempo libre.

### *La importancia del compromiso terapéutico*

La mayoría de estudios coinciden en que los jóvenes consumidores de cannabis no asumen la abstinencia sostenida, por este motivo se ha intentado delimitar cuales son los objetivos terapéuticos sobre los cuales las intervenciones obtienen resultados más positivos (7). Si el objetivo del paciente es controlar su consumo, y nuestro objetivo terapéutico persigue la abstinencia sostenida es fácil que ni la terapia consiga los resultados deseados ni la vinculación del joven sea la adecuada para favorecer el cambio.

Así pues, en el momento de iniciar un tratamiento debemos tener en cuenta tanto los objetivos del paciente respecto al consumo (dejar el consumo completamente o reducción del mismo preservando el funcionamiento general) como su autoeficacia respecto a esos objetivos y determinar así el compromiso terapéutico que tiene dicho paciente.

## ABORDAJE TERAPÉUTICO

La gran mayoría de los adolescentes que acuden a un profesional de la salud mental, lo hacen presionados por sus padres, que son los que están realmente preocupados por la conducta que está presentando su hijo/a. Es por ese motivo que cuando llegan a consulta presentan baja conciencia de enfermedad, normalizan el uso que realizan de la sustancia y se muestran enfadados con sus padres. Por ello, lo más importante inicialmente es trabajar la relación o alianza terapéutica, a través de estrategias motivacionales; algo que en cualquier terapia es necesario pero que en este contexto es imprescindible.

Una vez realizado el diagnóstico y conseguida una buena adherencia, se realizará el plan de tratamiento, que se centra en los siguientes ámbitos:

- En el caso de tratarse solo la adicción, el objetivo de tratamiento posiblemente se centre en la abstinencia o en modificar los patrones de consumo y restablecer unos más adecuados y responsables.
- Cuando el adolescente presenta un trastorno adictivo junto a otro trastorno psiquiátrico (patología dual), se deben tratar los dos de manera combinada o integrada.
- El uso rutinario de analíticas de tóxicos es imprescindible para monitorizar el proceso terapéutico.
- La intervención con la familia es un componente imprescindible en el abordaje de esta problemática no solo por el manejo y la comprensión de lo que les sucede a sus hijos sino porque niveles de ansiedad parental están relacionados con un aumento en el consumo.

## CONCLUSIONES

A lo largo de éste capítulo, hemos tratado de explicar que el problema de las adicciones no es sencillo. Al contrario, el mecanismo es mucho más complejo y tienen que darse una serie de causas muy específicas para que la adicción se instaure. Por tanto, no debe de establecerse una relación directa entre adolescentes, sustancias y adicción. No obstante, sí que se evidencia como un fenómeno creciente que provoca consecuencias en el adolescente y en su familia, que requiere de un tratamiento especializado destinado a que el adolescente vuelva a adquirir unos hábitos de vida saludables.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades, Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2018.
- (2) Observatorio Español de las drogas y las adicciones. Informe 2018: alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social, centro de publicaciones; 2018.
- (3) Hall W. What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use?. *Addiction* 2015; 110(1):19-35.
- (4) American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington, DC EE. UU: 2013.
- (5) CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
- (6) ESTUDES: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2016.
- (7) Thornton L, Baker A, Lewin T, Kay-Lambkin F, Kavanagh D, Richmond R et al. Reasons for substance use among people with mental disorders. *Addictive Behaviors*. 2012a; 37(4): 427-434.
- (8) Brewer S, Godley M, Hulvershorn L. treating Mental Health and substance use disorders in adolescents: what is on the menu? *Substance Use and Related Disorders*. 2017;19:5
- (9) Hanna RC, Perez JM, Ghose S. Cannabis and development of dual diagnoses: a literature review. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2017;43(4): 442-455.
- (10) Morgenstern J, McKay JR. Rethinking the paradigms that inform behavioral treatment research for substance use disorders. *Addiction* 2007;102(9):1377-1389.
- (11) Kaminer Y, Ohannessian CM, Burke R. Goal commitment predicts cannabis use for adolescents in treatment. *Substance Abuse*. 2019. Available from: <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1573207>
- (12) Kuntsche S, Kuntsche E. Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use – A systematic literature review. *Clinical Psychology Review* 2016;89-101.



# CONFINAMIENTO Y TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

*Glòria Trafach*

## INTRODUCCIÓN

La crisis de la covid-19 no solo ha supuesto un impacto emocional en la población general sino que también ha agravado determinadas patologías, como la adicción a las nuevas tecnologías o los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Las medidas sanitarias del primer confinamiento provocaron gran preocupación y malestar emocional en la población, suponiendo un factor de riesgo en la población más vulnerable para su salud mental, como en el caso de los niños y adolescentes.

Precisamente muchos niños y adolescentes han estado y siguen estando expuestos a situaciones estresantes, traumáticas y dolorosas, derivadas del confinamiento. Situación de riesgo y de fragilidad que ya se anunciaba por muchos profesionales, los cuales incidían en la importancia de fortalecer con urgencia la red de salud mental y de apoyo psicosocial para poder detectar y atender precozmente a estos grupos más vulnerables.

La interrupción de la asistencia escolar y de las rutinas académicas, el corte brusco de los contactos y relaciones interpersonales con el grupo de iguales, así como el distanciamiento físico de seres queridos, la imposibilidad de continuar con actividades extraescolares, deportivas y lúdicas, entre otras, provocaron en muchos jóvenes dificultades de gestión emocional y capacidad de adaptación y resiliencia ante esta incertidumbre, además de en algunos casos, pérdida de familiares y situaciones económicas a nivel familiar dramáticas.

## ADOLESCENCIA: MOMENTO DE CRISIS EN UN CONTEXTO SOCIAL EN CRISIS

Hablar de adolescencia nos evoca por definición particularidades y distintas maneras de vivir esta etapa, que nos remite, en todos los casos, a las particularidades intrapsíquicas que han caracterizado la infancia, así como el contexto familiar y social que cada sujeto ha vivido.

Hablar de crisis adolescente equivale a analizar aquellos ingredientes procedentes de etapas infantiles anteriores. Desde el punto de vista fenomenológico, la psique del adolescente se halla en un proceso de consolidación en el que ha de producirse la integración psíquica del cuerpo sexuado

púber y la progresiva emancipación de las figuras parentales. En este proceso a menudo el adolescente necesita controlar estos cambios puberales que experimenta, intentando ser dueño de forma omnipotente –desde la psique– sobre su cuerpo –soma–, ante la impotencia experimentada y la dificultad de aceptar los cambios corporales, así como los impulsos psicosexuales. En relación a las figuras parentales, siente una necesidad paradójica respecto a ellos que oscila entre la dependencia –necesidad de autonomía, y la tendencia a los procesos de separación– individuación.

El adolescente, en definitiva, se plantea unos retos evolutivos que se caracterizan por adaptarse a los cambios corporales, afrontar el desarrollo sexual y los impulsos psicosexuales, establecer y confirmar el sentido de identidad, sintetizar la personalidad, independizarse y emanciparse de la familia. Todo esto conllevará realizar unos duelos en relación a su cuerpo, rol e identidad infantil, por la bisexualidad infantil perdida, así como por los padres de la infancia.

Estos procesos de duelo transcurrirán no sin malestar y dolor psíquico interno, el cual muchas veces se expresará a través de múltiples manifestaciones comportamentales o bien a través del cuerpo.

#### LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: LA PARTE VISIBLE DEL CONFLICTO SUBYACENTE

Es un hecho que los trastornos alimentarios comienzan en la mayoría de los casos, y se presentan con mayor prevalencia, en la pubertad y la adolescencia. Esto se debe a las características evolutivas de vulnerabilidad y fragilidad emocional que presenta este momento de la vida, donde el sujeto sufre una de las crisis evolutivas más significativas del ciclo vital, debido al reordenamiento y re-estructuración de su identidad, su mundo interno, y su universo relacional y vincular.

El cuerpo mismo es mensaje, y a la vez vehículo y canal de mensajes. Se presenta como mediador entre sujeto y ambiente, siendo él mismo constituyente del sujeto y del ambiente sin que podamos definir fronteras contundentes e inamovibles.

En estos trastornos se considera que detrás de estos síntomas hay algo más que un problema de ingestión, algo que proviene del interior de la personalidad, algo que le ocurre al sujeto desde hace mucho tiempo, desde su infancia o adolescencia, que quedó reprimido y desconocido para él, y ahora irrumpe a través de la conducta trastornada.

Lo que nos expresa con sus síntomas es justamente «eso» que supuestamente no sabe y que en lugar de expresarse con palabras aparece dicho en el síntoma como si se tratara de una metáfora. Aparece escrito en el cuerpo aquello que no puede decirse, ya sea porque es muy doloroso, ya sea porque el sujeto no es consciente de ello.

Existen múltiples planteamientos o modelos teóricos de comprensión sobre la clínica y la etiopatogenia de los TCA, dentro de los cuales se incluye la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa, las formas parciales que se inscriben en el grupo de Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados y el Trastorno por Atracón, incluido recientemente como entidad clínica diferenciada en el DSM 5.

Sin ánimo de exclusión ni pretender un reduccionismo, algunos autores defienden una comprensión de estos trastornos según la cual estos pueden aparecer en estructuras psicopatológicas diferentes. Por ello no son patrimonio exclusivo de ninguna de ellas, defendiendo así la característica transnosográfica de estos cuadros, tal y como apunta Jeammet (1).

Otros autores, en cambio, identifican la estructura anoréxica como diferente de otras estructuras que se manifiestan con una clínica similar (la anorexia histérica), lo que la aleja de una organización neurótica. Se refieren a una estructura psíquica que persigue un frágil y precario equilibrio afectivo y que nos remite por tanto a una fragilidad narcisista, un déficit en la capacidad simbólica y una depresión latente no mentalizada.

Por lo que se refiere a la Bulimia Nerviosa, ésta se considera por muchos autores (2) en relación a la Anorexia, como dos manifestaciones clínicas de la misma enfermedad, identificando aspectos psicológicos y psicodinámicos comunes, tanto en la anorexia como en la bulimia. En ambas, la comida y el cuerpo, ocupan el centro del psiquismo. La comida deviene ser el objeto fetiche u objeto adictivo, como señalaba Joyce McDougall (3), equiparándolo a objetos transicionales patológicos. En la Bulimia, la solución adictiva sustituye el alimento afectivo por la comida.

Desde la Teoría de la Mentalización y la Teoría del Apego, algunos autores como Kelton-Locke (4), conciben también los Trastornos Alimentarios como manifestaciones de un trastorno subyacente del «self» (5), con déficit en la capacidad mentalizadora, la regulación emocional, la conciencia interoceptiva, la cohesión del «self» y la regulación de la autoestima. Además, todos estos aspectos están relacionados con el funcionamiento mental y estilo de apego del sujeto.

Bajo esta aproximación, las preocupaciones por el peso y el cuerpo, que se manifiesta en forma de distorsión del esquema corporal y las perturbaciones de la interocepción, resultan ser formas perturbadas de mentalización o función reflexiva, síntoma que podemos considerar nuclear en la anorexia nerviosa.

## EL CONFINAMIENTO: ESCENARIO FAVORECEDOR DE LOS TCA

La situación vivida en el primer confinamiento, supuso para muchos adolescentes la plataforma ideal en la gestación y precipitación de los TCA, significando un mayor aumento de la prevalencia en este grupo de edad.

Sabemos que la eclosión singular de estos trastornos está normalmente relacionada con momentos de cambio, ya sea que se trate de los cambios puberales y sus correlatos psíquicos, del vínculo con figuras significativas y fundamentalmente las parentales, transformaciones socio-culturales, o de aspectos inherentes a la cotidianidad más inmediata o al proyecto de vida en general.

El confinamiento supuso un escenario de alto riesgo para adolescentes, los cuales, además de hacer frente a los duelos evolutivos inherentes a esta etapa, tuvieron que soportar y manejarse en una situación que los obligó a alejarse de los objetos y actividades externas, a través de los cuales aseguraban un equilibrio entre su mundo interno y su mundo externo relacional y vincular.

La dramática situación social se vivió acompañada de gran incertidumbre, afectos negativos y pérdida de control. En sujetos con déficit en las capacidades de simbolizar psíquicamente y gestionar adecuadamente las emociones asociadas a estas experiencias, esta situación pudo significar un cortocircuito subjetivo que les llevó a actuaciones a nivel del comportamiento y del esquema corporal, con el consiguiente control patológico de su peso, intentando restituir un equilibrio vulnerado que conlleva una amenaza para la cohesión del yo, de la identidad y del frágil equilibrio narcisista.

En esta etapa evolutiva, donde el repliegue sobre sí mismo y la búsqueda de distancia respecto a los adultos se caracteriza por cambios en los intereses anteriores, el confinamiento ha supuesto una situación donde se incrementa de forma exponencial el autocuestionamiento individual y colectivo. Han quedado limitados los múltiples juegos identificatorios y acciones externas de sublimación que generan descargas de la tensión psíquica y un descentramiento de los procesos internos, lo que favorece la conquista de la autonomía social.

En este frágil contexto, muchos adolescentes convirtieron el cuerpo y la comida en el centro de su funcionamiento psíquico, viviendo por y para la comida, ya sea para ingerirla o rechazarla, en un intento de mantener el frágil equilibrio ante tal situación amenazante, control omnipotente ante la imposibilidad de controlar la situación nunca jamás vivida de su entorno.

Conforme se avanza en los efectos a medio plazo del confinamiento, podemos afirmar en estos momentos que el aumento de la incidencia de los trastornos alimentarios ha sido notorio en la población joven adolescente. Solemos encontrar una clínica aguda acompañada de tendencias autopunitivas y autodestructivas. Seguramente respondiendo al proceso doloroso que muchas adolescentes se vieron obligadas a renunciar, a manejar de forma distinta su sistema del ideal y que el incremento interno de la sensación de tensión encontraron canales de sublimación patológica y en forma de autoagresión, no solo a través de la comida sino también en forma de autolesiones, presente en muchas de ellas.

La red de atención a la Salud Mental de estas jóvenes se ha visto obligada a reformular la visualización y atención inmediata a este incremento de casos, especialmente en el último trimestre del año pasado, asegurando una atención precoz y especializada para abordar no solo la clínica manifiesta y restaurar la conducta alimentaria, sino también tratar el conflicto latente, a menudo invisible, y donde en definitiva reside su origen y factores de mantenimiento.

#### UNA EXPERIENCIA DE RESPUESTA AL INCREMENTO DE TCA TRAS EL CONFINAMIENTO

Desde el Programa específico de atención a los TCA (6), la Red de Salud Mental de Girona, ha estimado un incremento del número de ingresos hospitalarios de adolescentes del 40 %, y un aumento similar de la atención desde el Servicio de Urgencias durante la segunda mitad del año pasado, en comparación con las urgencias del año anterior.

El Programa específico de atención a los TCA se caracteriza por ser transversal y se incluye en la cartera de servicios de la red asistencial, asegurando la atención específica desde la atención ambulatoria, que se encuentra distribuida en el territorio, hasta la hospitalización parcial y total, contribuyendo a la continuidad de cuidados y el sostenimiento terapéutico, según precisen los pacientes con estas patologías.

La actividad asistencial del Programa, especialmente en este período, se vio incrementada tanto por el aumento de la incidencia de estos trastornos, especialmente entre jóvenes adolescentes, como por el aumento de la prevalencia, con el empeoramiento o recaídas de casos ya atendidos en la red.

A principios de año se plantearon medidas contingentes para dar respuesta a las necesidades derivadas del primer confinamiento.

El agravamiento de los casos atendidos generó un incremento de la demanda de atención en los Hospitales de Día y en algunos casos el ingreso en la unidad de agudos.

La creación de una Unidad de día específica para TCA de 20 plazas, supone un refuerzo del Programa específico que ya se ofrece en los Hospitales de día, tanto de adolescentes como de adultos.

La reubicación y ampliación de espacios terapéuticos así como de profesionales, nos ha permitido ampliar e intensificar la atención necesaria desde la hospitalización parcial que, en lo que va de año, ya ha atendido el doble de pacientes del total que se trataron durante el año anterior.

El objetivo es favorecer la transición entre niveles asistenciales, asegurando la atención precoz y especializada de estos trastornos, los cuales requieren un abordaje interdisciplinar y profundo dirigido al malestar, silenciado e invisible, de estos adolescentes expresado a través del cuerpo.

El nuevo recurso consiste en una Unidad de Día de atención monográfica a TCA para pacientes de 12 a 25 años de edad. Se atienden casos moderados-graves que proceden en su mayoría del Programa ambulatorio que se desarrolla en los Centros de Salud Mental. Así mismo, algunos pacientes hospitalizados son candidatos para asegurar la continuidad de cuidados al finalizar su estancia en la Unidad de Agudos. Desde un modelo integrador, el formato y Programa terapéutico es similar al que ya viene desarrollándose en los Hospitales de Día. Atiende de lunes a viernes, en horario de 9 a 17 h. Los pacientes asisten de forma parcial, según cada caso, para asegurar el vínculo con sus proyectos académicos o formativos y permitir su asistencia.

El equipo interdisciplinario asegura el abordaje en distintos registros de la persona, intervenciones que se desprenden desde la comprensión profunda de los conflictos existentes en estos trastornos, con problemáticas a nivel del self. La propuesta de actividades terapéuticas son mayormente grupales, combinado con la psicoterapia individual intensiva, así como el abordaje grupal y familiar.

Los talleres y grupos tienen por objetivo abordar de forma indirecta aquellos aspectos subyacentes y nucleares de la enfermedad. Incorporamos el proceso creativo y expresivo como elementos claves para facilitar la emergencia y canalización del malestar y de los aspectos intrapsíquicos latentes en estos trastornos, favoreciendo la creación de espacios transicionales.

A la vez y en un plano más sintomático, los espacios del comedor terapéutico, donde se realizan tres comidas al día (desayuno, almuerzo, merienda), contribuyen a mejorar el síntoma manifiesto, normalizando su patrón de ingesta alimentaria y favoreciendo la conexión entre el comer y el malestar interno y con el propio cuerpo.

En este contexto, la situación de crisis que pueden experimentar algunos pacientes, es el escenario oportuno para trabajar la conciencia de enfermedad y la autorreflexión, así como descubrir lo que se esconde detrás del trastorno alimentario, detrás de su control omnipotente respecto a la comida y al cuerpo, aspectos centrales en su psiquismo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Jeammet Ph. Psicopatología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria durante la adolescencia. Confrontationes Psychiatricues. 1989.
- (2) Brusset B. Psychopathologie de l' anorexie mentale (Psychismes) (2ème ed.) Paris: Dunod; 2008.
- (3) Joyce McDougall. Teatros de la mente. Madrid: Tecnipublicaciones; 1987.
- (4) Starr Kelton-Locke, Ph D. Eating disorders, impaired mentalization, and attachment: Implications for child and adolescent family treatment. Journal of Infant,child, and adolescent psychotherapy. 2016; 15:4
- (5) Baravalle G., et al. Anorexia: Teoría y técnica psicoanalítica. Barcelona: Paidós; 1996.
- (6) Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11351/1798>



# CONFLICTOS DE LA PARENTALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

*Daniel Cruz, Francisco Palacio-Espasa*

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia puede ser un periodo crítico para la aparición de conflictos de la parentalidad (CP), lo que puede llevar a complicaciones del propio proceso adolescente. Los CP pueden aparecer de forma específica en esta etapa, al despertar en los padres conflictos no resueltos de su propia adolescencia. Los CP pueden dar lugar a consultas para ellos mismos por parte de alguno de los progenitores, en la medida en que tienen conciencia de su propia implicación emocional en los conflictos; sin embargo lo más frecuente es encontrar estas problemáticas en las consultas que se realizan como consecuencia de las dificultades por las que atraviesa el adolescente. En este caso, el riesgo a tener presente es la exacerbación de las dificultades psicopatológicas del adolescente que los CP pueden provocar. Una resolución inadecuada de estos conflictos puede ser una carga no solo en la etapa adolescente, sino también en la propia organización psíquica del futuro adulto (1). Asimismo, la problemática depresiva ligada a los CP durante la etapa adolescente es especialmente relevante para comprender muchas de las conductas de grave riesgo en esta edad, que es una de las preocupaciones principales en esta edad por la alta tasa de mortalidad y por su gravedad potencial.

## LOS CONFLICTOS DE LA PARENTALIDAD

### *Parentalidad y duelo del desarrollo*

Devenir padres comporta una serie de cambios psíquicos internos derivados del «duelo del desarrollo» que se enfrenta (2). Este duelo conlleva dos tareas principales:

- a) Renunciar al lugar del niño que se fue.
- b) Identificarse con los propios padres.

La primera de las tareas está relacionada con la proyección del narcisismo infantil sobre los hijos que ya describió Freud al hablar de «His Majesty the Baby»:

«La enfermedad, la muerte, la renuncia al placer y la limitación de la propia voluntad han de desaparecer para él, y las leyes de la naturaleza, así como las de la sociedad, deberán detenerse ante su persona. Habrá de ser de nuevo el centro y el nódulo de la creación: *His Majesty the Baby*... El amor parental, tan conmovedor y tan infantil en el fondo, no es más que una resurrección del narcisismo de los padres» (3).

Deseos y necesidades infantiles van a ser depositados en los hijos que heredan la perfección y los ideales a los que los padres renunciaron. En la normalidad, este mecanismo psíquico contribuye al desarrollo sano de los hijos al fomentar la empatía en las interacciones, pero comporta un riesgo depresivo en aquellos padres en los que renunciar al lugar del niño que se fue les lleva a enfrentar las difíciles vivencias de pérdida y abandono que experimentaron en su infancia. Vivencias que ya debieron enfrentarse de alguna forma anteriormente, y de forma particular durante la propia adolescencia por la labor psíquica de separación de la infancia y de los padres característica de esta etapa.

Así pues, los CP van a depender de la medida en que hayan podido elaborarse los diferentes duelos de la infancia. Estos duelos pueden ser de dos tipos:

- a) Duelo por objetos efectivamente perdidos en la realidad (por ejemplo, el fallecimiento de un progenitor).
- b) Duelo por objetos fantasmáticos (por ejemplo, la dificultad para renunciar a la imagen idealizada de un progenitor).

### *Las identificaciones parentales*

Los procesos de la parentalidad implican una labor de identificación con los propios padres. De hecho, la parentalidad es un proceso que ya está presente en la infancia en la medida en que los niños desarrollan la capacidad de ser «cuidadores» de los otros al identificarse con este aspecto de sus padres (4). En la edad adulta, este proceso reactiva conflictos no resueltos en la relación con ellos; cuanto más se vivió de forma conflictiva la relación, mayor es el riesgo de que los reproches y reivindicaciones se vuelvan contra el propio sujeto y dificulten el acceso a las funciones parentales. Estas identificaciones se relacionan con la resolución de la conflictiva edípica, y por tanto son estructurantes del funcionamiento psíquico. Los ideales van a jugar un papel fundamental en este proceso. Cuanto más exigentes sean los ideales parentales existentes, más comprometido será el acceso a la parentalidad y mayores los reproches vueltos contra sí mismos.

## *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*

Los duelos del desarrollo y la construcción de identificaciones permiten el acceso a la parentalidad como una fase del desarrollo del ser humano. Los conflictos pasados no resueltos en las relaciones parento-filiales van a ser experimentados de nuevo en una reedición «corregida y aumentada», dando lugar a una problemática específica. Pueden abrir posibilidades de crecimiento al revivir estos conflictos en una situación más favorable para su elaboración. Pero cuanto más intensos los sentimientos de pérdida, más difícil será que estos CP sean reconocidos y admitidos, y mayor el riesgo de comprometer inconscientemente a los hijos en procesos de identificación fantasmática.

Los CP se componen de:

- a) La identificación proyectiva que los padres realizan sobre los hijos.
- b) La identificación complementaria con imagos parentales que los padres realizan.

Por ejemplo, los padres pueden proyectar sobre el hijo la imagen del sí-mismo niño que se sintió querido, e identificarse de forma complementaria con la imagen de padres amorosos.

Según el tipo de conflictos e identificaciones existentes, se configurarán diferentes escenarios narcisistas de la parentalidad. Junto a la parentalidad normal, se han descrito tres tipos de CP, que pueden constituir en torno al 20 % de la población (1):

### *Parentalidad y duelo del desarrollo*

#### La parentalidad normal

Estamos aquí en presencia de un funcionamiento saludable que favorece el desarrollo de los hijos. Las identificaciones proyectivas están al servicio de la empatía y destacan rasgos del hijo investidos libidinalmente (por ejemplo, destacar el parecido de algún aspecto del hijo con cualidades positivas de un familiar directo).

#### Conflictos de la parentalidad neuróticos

Aparecen cuando el hijo es utilizado de manera inconsciente en el proceso de negación de aspectos de los duelos infantiles. Las identificaciones pueden ser menos flexibles que en la normalidad, forzando inconscientemente al hijo a identificarse con la imagen proyectada. La identificación complementaria recaerá sobre imágenes parentales con cierto grado de idealización. Estos ideales con mayor nivel de exigencia pueden reforzar un sentimiento de omnipotencia en el niño que afecte a la organización

edípica de la personalidad (por ejemplo, ser el objeto idealizado de uno de los padres, que de esta forma contrarrestan una imagen dolorosa de la propia infancia). La interacción no está ya únicamente al servicio de entender al otro y adaptarse a sus necesidades, sino que pueden inducirse en el otro los CP proyectados. Estas identificaciones recaen en todo caso sobre rasgos de personalidad, sin comprometer la imagen global del niño ni su desarrollo. Una intervención psicoterapéutica breve puede ayudar a desbloquear la situación.

### Conflictos de la parentalidad masoquistas

En estos conflictos los duelos son más problemáticos y la culpa es más intensa que en los CP neuróticos. El temor a la pérdida del objeto de amor empieza aquí a prevalecer sobre el temor a la pérdida del amor del objeto, por lo que este temor va a ser vivido como catastrófico y no permite el acceso a sentimientos de tristeza más moderados, con identificaciones más flexibles; en su lugar, el temor al alejamiento es vivido como traición y los movimientos de acercamiento como un atrapamiento. Las circunstancias externas, como son separaciones, enfermedades o mudanzas, pueden así resultar fácilmente traumatógenas (5).

Pueden darse de dos modalidades:

- a) Los propios padres de los padres tenían tendencias depresivas que los llevaban a quejarse del hijo, como si fuesen «víctimas» de este, que por tanto tendrá la vivencia de sí mismo como «difícil».
- b) Los padres vivieron a sus propios padres como «indignos» por conductas de rechazo, abandono o vejación, por lo que se mantiene una conducta activa hacia ellos de reproche y reivindicación.

En ambas modalidades, se proyecta sobre el hijo la imagen del niño difícil o reivindicativo y se identifican de forma complementaria con la imagen del padre «víctima» o «indigno», sometiéndose así a los hijos en relaciones de tipo sadomasoquista. Se favorece la presencia de síntomas de tipo conductual y la alteración de la autoestima del hijo por la imagen de «malo». Esta transmisión transgeneracional de los sentimientos de culpa y dependencia tendría un impacto mayor en la organización de la personalidad que en los CP neuróticos.

### Conflictos de la parentalidad narcisita-disociados

Los CP de este tipo son mucho más graves aún. Los duelos del desarrollo remiten a pérdidas vividas como catastróficas. El narcisismo parental no será ya antidepresivo, al servicio de salvaguardar imágenes idealizadas que protejan al niño, sino que será un narcisismo antiparanoide y destructivo, con una vivencia del hijo como peligroso y una identificación complementaria con imágenes parentales rechazantes y

hostiles. Otra modalidad de este tipo de CP es la de una fusión idealizada con el hijo en cuadros que recuerdan la «folie a deux», donde la proyección en el exterior de lo amenazante puede llevar, por ejemplo, a vivir reclusos en el domicilio, y donde el hijo queda expuesto igualmente a ansiedades muy persecutorias. La culpabilidad será muy difícil de tolerar y la problemática negada por la fuerte carga implicada, lo que lleva a los padres a presentarse como modélicos e irreprochables. En estos casos los fantasmas de naturaleza catastrófica por la pérdida irreparable del objeto obligan a recurrir a la escisión y la negación para negar la pérdida del objeto. Los afectos y conflictos son negados y evacuados, por lo que la vida psíquica sufre una simplificación mutilante y destructiva. Esta ansiedad catastrófica puede también derivar en odio hacia el objeto, al que se acusa de maldad por contraposición a la bondad del sujeto, agravando aún más la situación. Las identificaciones con el hijo serán negativas, rígidas y deformantes. La frustración es vivida de forma paranoide y la falta de experiencias gratificantes en la vida cotidiana que ello comporta marcará el tipo de relación establecida. En consecuencia, las interacciones padres-hijos van a ser muy problemáticas y puede afectar al mismo apego, y por tanto al desarrollo (5).

### *Bases de la técnica en los conflictos de la parentalidad*

La problemática depresiva presente en los CP hace que la culpa ocupe un lugar central en el trabajo con los padres. Cuando es muy intensa provoca movimientos defensivos que impiden el reconocimiento de otros afectos implicados y queda así inhibida la capacidad para elaborar los duelos en juego. Conviene pues ser muy cautelosos en no fomentar los sentimientos de culpa en la medida en que bloquean los propios procesos de parentalidad.

En la práctica clínica, los CP se expresan en un tipo de pre-transferencia con el profesional asistencial, al proyectar sobre la relación terapéutica el tipo de funcionamiento mental predominante. Pueden distinguirse dos tipos de pre-transferencia (2):

- a) Pre-transferencia positiva. Cuanto más cercano sea el funcionamiento mental a un registro neurótico, el predominio libidinal de los investimentos llevará a una actitud receptiva hacia las intervenciones del profesional, valorando la comprensión aportada.
- b) Pre-transferencia negativa. Cuanto más remiten los CP a imágenes parentales hostiles y ambivalentes, más teñirán las proyecciones sobre el terapeuta, vivido como amenazante. El profesional deberá extremar la precaución para no despertar sentimientos de culpa intolerables y para no contra actuar estas proyecciones que pueden resultar muy incómodas.

La importancia de los factores socioculturales en Salud Mental hace necesario tenerlos presentes también en los CP. Nuestra sociedad ofrece oportunidades impensables tiempo atrás, pero por otra parte ofrece unos vínculos afectivos más frágiles y/o inestables. Es la cultura de vivir el presente, del consumismo, de la prisa y la inmediatez, del imperativo de la satisfacción inmediata y la «felicidad» individual, de las exigencias desorbitadas de rendimiento individual, de la implantación masiva del mundo digital. La velocidad y la «eficacia» desplazan a los tiempos más pausados que permiten aprovechar la experiencia del pasado y dar sentido a la situación actual, dejando en precario así el vínculo con los otros. Todo ello en un contexto en el que el mayor nivel de incertidumbre exacerba la oposición entre deseo de libertad y necesidad de seguridad (6). Esto supone, para los más frágiles que la paradoja entre necesidades narcisistas y deseos objetales se incremente y pueda llegar a ser paralizante (7). Por otra parte, esta presión por la inmediatez de las satisfacciones y la imagen idealizada del ser joven, ha llevado a definir nuestra sociedad como adolescente. El aumento de las separaciones y la aparición de familias compuestas (8) es otro elemento que, si bien puede ser saludable, también entraña un riesgo de que el adulto quede absorbido en sus propios conflictos y deje de ejercer adecuadamente el papel de referente para el adolescente. Algunos adultos dimiten de sus funciones parentales, ocupando un lugar más propio de colega que de progenitor. Para el adolescente, que sus padres ocupen el lugar de imagen especular de sí mismo lo deja privado de un tercero con el que triangular la conflictiva edípica, reactivada especialmente en este periodo de la vida. Esto puede llevarlo a un desbordamiento de la excitación, al aumento de la expresión conductual de la sintomatología y finalmente a reencontrar esta función de tercero en otras instancias, como en ocasiones sucede con las fuerzas de orden público y con la justicia misma (9).

Esta tendencia predominante de la sociedad actual hacia el individualismo hace que nos enfrentemos a menudo con patologías narcisistas más que con patologías neuróticas, con los sentimientos de insuficiencia más que con los avatares del deseo, con los conflictos con los ideales y la pérdida más que con los conflictos con lo prohibido. En este choque entre la vida pública y privada, la parentalidad pasa a ocupar también un lugar de realización personal (1).

Los CP pueden aportar asimismo comprensión al fenómeno actual de los «singles», donde la idea del hijo como el pequeño tirano que se fue puede contribuir en algunos casos a inhibir el compromiso con la parentalidad.

*Cuando el duelo del desarrollo deviene crítico*

La adolescencia es, junto al nacimiento, una de las etapas de mayor riesgo para los CP. Los CP podían haberse mantenido en latencia durante el desarrollo del niño y ser activados ahora por las características propias de la adolescencia. Los conflictos de la crisis adolescente, con el impacto del choque generacional y la aparición de la sexualidad genital, suponen una crisis también para la parentalidad. Los padres se ven enfrentados a intensos sentimientos de pérdida y a revivir los conflictos no resueltos en su propia etapa adolescente. La creciente autonomía del hijo despierta estos temores de pérdida, pero también pueden resignificarse los conflictos de tipo edípico. Puede darse en ocasiones un desbordamiento mutuo entre las ansiedades del adolescente y las de los padres. Los padres, al proyectar sus propios conflictos no resueltos sobre los hijos pueden inducir esta problemática en ellos. El adolescente sigue necesitando unos padres que mantengan los límites imprescindibles y que actúen como referentes, por lo que estos CP pueden acabar arrastrándolos a una espiral de excitación mutua.

Por ejemplo, un padre puede vivir los movimientos hacia la independencia del hijo como una amenaza al sentir que no se somete a su autoridad como a su vez él hizo de forma sumisa con su propio padre; de esta forma reencuentra en el hijo al propio padre temido. Para el adolescente esto puede suponer exacerbar sus sentimientos de culpa ligados al conflicto edípico. Puede verse desbordado por esta situación, de forma que su funcionamiento mental puede no contener el conflicto y este pase a ser actuado de forma conductual, a pesar de que a nivel de su estructura de personalidad en principio no tendría por qué haber llegado a este nivel de conflicto.

Una viñeta clínica sirve de ilustración a esta problemática:

Un hombre de 52 años, con un buen nivel intelectual y un funcionamiento mental neurótico, acudió a pedir consulta para sí mismo a raíz de las dificultades de relación con su hijo adolescente con el que prácticamente no tiene contacto después de que el chico decidiese dejar de practicar un deporte que era una tradición familiar. El padre, que se había separado de la madre del adolescente poco tiempo antes, se da cuenta de que su postura es desproporcionada pero no puede evitar reaccionar así, se siente dolido como si la decisión del hijo fuese algo impensable para él. Al trabajar el tema con él aparece una historia familiar en la que el padre de él fue una persona que perdió una posición social y económica alta por las crisis empresariales de esa época. Impresionado por estas circunstancias se sintió impulsado a darle un soporte personal incondicional, de forma que nunca tomó una decisión que pudiese contrariarlo que es justamente lo que el hijo ha hecho, viviéndolo como una pérdida irreparable de su posición paterna. Esta situación pudo trabajarse en psicoterapia y un tiempo después la relación con el hijo volvió a la normalidad.

## *Parentalidad y crisis evolutiva adolescente*

Una de las tareas evolutivas de la adolescencia es la construcción de la identidad. Según hayan transcurrido las etapas previas, las ansiedades de pérdida ligadas a dejar atrás la infancia pueden ser muy intensas, pudiendo dar lugar por reacción a afirmaciones identitarias excesivas. La adolescencia, considerada como uno de los organizadores psíquicos de la personalidad, pone en juego lo vivido anteriormente a fin de reconducir los conflictos no resueltos anteriormente y poder enfrentar los cambios que llevan a la vida adulta. El impulso a asumir la creciente autonomía conlleva un riesgo depresivo. Cuando hay una fragilidad narcisista importante, los problemas de identidad pasan a un primer plano; aquí podemos encontrar que las «ruidosas» manifestaciones conductuales del adolescente pueden estar enmascarando carencias profundas. También hay un riesgo depresivo asociado a la culpabilidad edípica por ocupar simbólicamente el puesto del progenitor. Cuanto más grave sea este conflicto, mayor será el riesgo de que el ataque contra el progenitor, realizado desde unos ideales excesivos y persecutorios, pueda volverse en un ataque a la propia identidad; el adolescente podría estar identificándose así con lo rechazante. Esta culpabilidad persecutoria puede llegar a comportar un riesgo suicida.

## *Adolescencia y riesgo suicida*

Los estudios epidemiológicos señalan desde hace tiempo que la causa más frecuente de muerte en la adolescencia es el suicidio, determinado tanto por actos voluntarios como por conductas temerarias e imprudentes (10,11,12). Cuando los duelos del desarrollo de esta edad pueden derivar a problemáticas depresivas y narcisistas pueden aparecer tendencias destructivas. En los conflictos neuróticos es menos frecuente su aparición al predominar más la inhibición y la conservación de los objetos investidos, pero si la problemática adolescente se transforma en depresiva, al vivir la independencia como una actitud de abandono hacia los padres de los que se estaría deshaciendo para ocupar su lugar, entonces también podemos encontrar conductas suicidas en estas estructuras.

## LA TÉCNICA EN LOS CONFLICTOS DE LA PARENTALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

La técnica de los CP se enmarca en un modelo de la Salud Mental que trabaja la subjetividad a través de la relación que se establece entre el profesional y los consultantes, y el sentido que se da a las manifestaciones que aparecen. No se trata tanto de instruir en cómo paliar unos supuestos déficits educativos sino de construir juntos una respuesta más adaptativa a

los conflictos vividos en el ejercicio de la parentalidad. La psicopatología supone una rigidez del funcionamiento mental donde un modo de funcionamiento se ha vuelto el único posible. Nuestra intervención procurará ayudar, tanto a los padres como al adolescente, a poder moverse entre diferentes registros. Es fundamental mantener la escucha, el respeto, la confianza y los límites estructurantes imprescindibles cuando sea necesario. También en los CP podemos decir que las anamnesis requieren tiempo y que el tratamiento implica un proceso.

Trabajar con los padres tiene un efecto de reanimación de su funcionamiento mental a partir de la comprensión de las situaciones vividas y de la posibilidad de entrever otras posibilidades de relación. A veces se han quedado bloqueados en una imagen dañada del hijo que impediría el acceso a una visión global más compensada. Además del relato en sí, son particularmente significativas las interacciones que presenciamos durante las sesiones, así como la imagen externa que muestra el adolescente, todo ello como una forma de dramatización del conflicto que nos ayuda tanto a entender lo que sucede como nos abre puertas a la intervención. Las acciones terapéuticas se potencian mediante la comprensión de cómo son vividas las interacciones entre los diferentes miembros de la familia.

El trabajo con los padres puede ayudar a descargar parte del peso que los CP pueden inducir en el adolescente. Ayudamos a los padres a resolver su propia conflictiva infantil sin implicar ya tanto al adolescente en su intento de resolución. Conviene igualmente ofrecer un espacio individual a éste dada la estructura psíquica ya diferenciada existente a esta edad (1). Cuando las patologías son severas es preferible ver al inicio por separado a padres y adolescente, para evitar que los padres vivan nuestras intervenciones como una desautorización ante las frecuentes interacciones agresivas mutuas. Al trabajar a solas con los padres es más factible que tomen conciencia de la existencia de un CP ligado a su propia historia personal y que no se sientan desvalorizados. De esta forma hay más posibilidades de retomar luego un contacto más conciliador en las entrevistas con padres y adolescente. Un terapeuta puede hacerse cargo de todo el proceso o pueden intervenir varios terapeutas en los diferentes espacios terapéuticos si se considera oportuno.

La siguiente viñeta clínica ilustra alguna de estas dinámicas:

Una madre pide visita angustiada durante las vacaciones de verano porque refiere que la situación con su hija de 14 años es insostenible. Pregunta por un sitio para internarla, desesperada porque le ha perdido el respeto y está «perdiéndose». En la primera visita, a pesar del clima emocional tenso, no nos parecen que las conductas adolescentes sean de un riesgo tan alto. A la madre y a su pareja actual no les gusta que la hija alterne con chicos de origen latino, que son compañeros de instituto, ni que cuelgue en redes

sociales fotos donde aparece maquillada, que escuche música latina o que quiera quedar con ellos fuera del instituto. Para evitar que se relacione con sus amistades, desde hace semanas no tiene móvil y cada día debe ir con la pareja de la madre a acompañarlo al trabajo quedándose en el coche durante toda la jornada laboral. En sesión, al pedirle a la chica que exprese su propia versión de lo que sucede, la madre la interrumpe constantemente con comentarios negativos y reproches morales hasta llegar a un punto donde la chica rompe a llorar y a gritar que la odia y que preferiría morirse, lo que la madre interpreta como confirmación de lo mal que está la hija y de cómo la ataca a ella. La situación puede reconducirse y tras hablar con la chica a solas esta puede vincularse a las sesiones, al revés que en tratamientos anteriores donde sintió que le reprochaban sus conductas al igual que hacia la madre. La madre también puede hablar de forma más calmada y explicar su propia historia familiar. La separación del padre de la paciente se produjo ya en los primeros meses de vida, por problemas con el alcohol por parte de él que le llevaban a conductas inadecuadas en el cuidado del bebé, vividas por ella como situaciones de gran peligro, al igual que le parecen muy peligrosas las conductas actuales de la hija. Al preguntarle por su familia de origen explica que «no he tenido madre». Sus padres se separaron cuando ella contaba 5 años de edad, fue la madre quien marchó de casa y el padre les prohibió bajo amenazas contactar con ella. A pesar de que tanto el padre como la madre rehicieron sus vidas, no volvió a ver a su madre hasta que tuvo 20 años de edad. Puede ver que esto tiene que ver con su temor a perder la relación con la hija, a la que siempre quiso proteger de todo lo que le parecía peligroso, de ahí sus temores ante lo que son conductas normales de la adolescencia. Se pudo establecer una alianza terapéutica y trabajar este CP crítico, la relación con la hija se desentensó y pudo centrarse el abordaje en las vicisitudes inherentes a la crisis adolescente.

En el trabajo con los padres es importante no fomentar la culpabilidad, que suele estar muy presente por la naturaleza del conflicto depresivo ligada a los CP. Por ello es mejor subrayar los aspectos anaclíticos de la conflictiva, como la pérdida, separación o privación, más que los referidos a aspectos edípicos (1).

Cuanto mayor sea el nivel de gravedad de los CP, mayor será el número de sesiones necesarias y más cautelosa nuestra intervención, evitando juzgarles, trabajando la alianza terapéutica y ayudando a diferenciarse antes de poder hacer intervenciones más directas. La pretransferencia negativa es un claro indicador de que debemos proceder así. Los funcionamientos disociados y proyectivos llevan a que las defensas se dirijan sobre la realidad externa, pudiendo llegar a atacar al objeto, por lo que es necesario entonces prestar atención a las condiciones externas reales existentes. Trabajo social ofrecer soporte en estas situaciones. La separación temporal puede en estos casos ayudar a esta diferenciación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Nanzer N. et al. Manual de Psicoterapia centrada en la Parentalidad. Barcelona: Octaedro; 2017.
- (2) Manzano J, Palacio-Espasa F, Zikha N. Los escenarios narcisistas de la parentalidad. Clínica de la consulta terapéutica. Bilbao: Altxa; 2002.
- (3) Freud S. Introducción al narcisismo. Obras Completas, Tomo VI. Madrid: Biblioteca Nueva; 1972.
- (4) Palacio-Espasa F. Los niveles del conflicto depresivo. Articulaciones entre la parte psicótica y neurótica de la personalidad. Madrid: Sepypna; 2002.
- (5) Apter G, Palacio-Espasa F. ¿Parentalidad culpable o hiperculpable? ¡Esa es la cuestión! Rev Psicopatol. salud ment. 2014; 24:67-73
- (6) Bauman, Z. Els reptes de l'educació en la modernitat líquida. Barcelona: Arcàdia; 2007.
- (7) Jeammet P. La violencia en la adolescencia: una respuesta ante la amenaza de la identidad. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2002; 33/34:59-91
- (8) Castells M. La era de la información. Vol. III: El poder de la identidad. México: S. XXI; 2000.
- (9) Recalcati M. El complejo de Telémaco. Padres e hijos tras el ocaso del progenitor. Barcelona: Anagrama; 2014.
- (10) JEAMMET P., BIROT E. Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte. Paris: PUF; 1994.
- (11) Davidson F. El Suicidio en el Niño y en el Adolescente. I Aproximación epidemiológica. En: Lebovici S, Diatkine R. y Soulé M. Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Vol. VII. Madrid: Biblioteca Nueva; 1995.
- (12) Ladame F., Perret-Catipovic M. Tentativa de suicidio en la adolescencia. Paris: Elsevier; 2001.



## NUEVOS RECURSOS



# EQUIPO CLÍNICO DE INTERVENCIÓN A DOMICILIO (ECID): UNA PROPUESTA COMUNITARIA PARA ADOLESCENTES DE ALTO RIESGO

*Mark Dangerfield*

## INTRODUCCIÓN

Pablo tiene 15 años y lleva casi dos años sin salir de casa, donde pasa la mayor parte del tiempo encerrado en su habitación jugando a videojuegos. Inició un cuadro de fobia social hace dos años que le llevó a recluirse en su casa, interrumpiendo toda actividad académica y social. Presenta un cuadro compatible con un EMAR –Estado Mental de Alto Riesgo–, con una vivencia muy persecutoria de la vida fuera de su domicilio y una importante fragilidad a nivel de recursos emocionales y relacionales. En el momento del inicio del cuadro de fobia social fue derivado al centro de salud mental infanto-juvenil de referencia, sin establecer una buena vinculación que permitiera iniciar el tratamiento propuesto. Desde allí fue derivado a distintos servicios de la red de salud mental, pero tampoco se consiguió que se vinculara a ningún proceso terapéutico ni aceptara ver más profesionales, quedando encerrado en su domicilio sin contacto con el mundo exterior más allá de su familia más cercana.

Nos encontramos con un caso de un menor que presenta alto riesgo psicopatológico y que está en alto riesgo de exclusión social, un cuadro clínico que tiene muy mal pronóstico considerando las dificultades para poder acceder a las distintas propuestas terapéuticas que se le pueden ofrecer desde la red asistencial. Las condiciones de repliegue a domicilio en las que vive Pablo implican un riesgo de agravamiento y cronicidad del cuadro, debido al severo estado de aislamiento en el que se encuentra, así como la dinámica relacional disfuncional en la que vive atrapada desde hace años su familia.

Al darnos un tiempo para conocer y entender la situación de Pablo desde una perspectiva del desarrollo y dimensional (1, 2, 3 y 4), vemos que su historia y sucesos vitales ayudan a comprender su situación, así como el cuadro clínico que presenta en la actualidad. Los primeros años de la vida de Pablo están marcados por experiencias relacionales adversas –ERA– (5) que impactaron severamente en su desarrollo y en la dinámica relacional familiar. Este contexto relacional tuvo un importante impacto en la frágil organización de la identidad de este chico, afectando de forma considerable su capacidad de modular su vida emocional y sus capacidades de mentalización (6). La comprensión de sus dificultades desde

esta perspectiva evolutiva nos permitió plantear una intervención que se adaptara a las particularidades y necesidades específicas del menor y la familia, adaptándonos a sus dificultades de vinculación y a las dificultades en el proceso madurativo emocional y relacional, así como con una organización conjunta entre los profesionales, el menor y la familia del plan terapéutico, una de las características del proyecto ECID.

Iniciamos el trabajo con Pablo desde el ECID, un proyecto asistencial que se basa en llevar la mirada terapéutica a la vida cotidiana de los jóvenes y sus familias, a la cotidianidad de las relaciones familiares. Una de las principales aportaciones del ECID es que, en lugar de seguir pidiendo al adolescente que sea él quien se adapte a las propuestas de tratamiento que le hacen los distintos servicios de salud mental que le han atendido hasta la fecha, somos nosotros los que nos adaptamos a sus limitadas y dañadas capacidades de vinculación. Este es un aspecto central del modelo asistencial que organiza la intervención del ECID: en lugar de seguirnos preguntando qué debemos conseguir cambiar en la mente del menor para que disminuya su sufrimiento, lo que nos planteamos es qué debemos cambiar los profesionales en nuestra propia mente, en nuestro equipo, en nuestra institución y en la red asistencial, para poder llegar a establecer una relación con este perfil de jóvenes que no espera nada bueno de una relación con otro ser humano, y mucho menos de una relación con un profesional de la salud mental.

Entendemos que esta desconfianza de los jóvenes es adaptativa, puesto que su historia relacional suele estar cargada de experiencias adversas que no le permiten esperar algo distinto de los demás. Además, su experiencia con la red asistencial suele tender a confirmar esta desconfianza y necesidad de mantener una distancia de seguridad para sobrevivir.

Para facilitar el establecimiento de una relación con estos menores y sus familias, en el ECID tomamos un papel muy activo que, entre otras cosas, implica que nos desplazamos a su domicilio e iniciamos un proceso terapéutico con el foco puesto en la relación establecida entre el menor y el profesional que asume el papel de *keyworker* o profesional principal. Es importante recalcar que, a pesar de que el aspecto central de nuestro trabajo es la relación del *keyworker* con el menor, la intervención del ECID es siempre de equipo, aunque con un planteamiento distinto de la organización de los equipos ordinarios de la red de salud mental, puesto que al menor solo le pedimos que se relacione con un profesional. De todas formas, como veremos más adelante, los distintos profesionales del ECID intervienen en cada caso, aunque desde el apoyo al profesional que establece la relación con el menor.

Desde el ECID proponemos un cambio en el planteamiento del modelo asistencial, con la intención de facilitar una base segura centrada en el desarrollo de la confianza epistémica (7). El objetivo es ofrecer una relación en la que el joven pueda visitar el proceso de desarrollo psico-evolutivo que conduce al sentido de agencia sobre la propia vida y de confianza que, a su

vez, facilita la mentalización (8, 9 y 10). El objetivo general de esta intervención es proporcionar un modelo diferente de relación tanto para el adolescente como para los sistemas que lo rodean, con el objetivo de conseguir una generalización de esta experiencia emocional diferente en el contexto del entorno relacional del joven: familia, amigos, escuela, etc. Esta generalización es el objetivo final de nuestra intervención, puesto que la experiencia clínica nos muestra que es la condición que determina el efecto terapéutico de la intervención del ECID, así como de cualquier intervención psicoterapéutica.

Con Pablo iniciamos una exploración conjunta de su situación actual y de todo aquello que había contribuido desde la realidad externa y desde su mundo interno a que se sintiese incapaz de enfrentar la vida, estando encerrado en su domicilio desde hacía más de dos años. Tanto este trabajo inicial de exploración y formulación del caso, como el posterior proceso terapéutico, se vio facilitada por diversas aportaciones del proyecto ECID y la forma de organizar la asistencia desde el mismo, trabajando de forma intensiva y a domicilio tanto con el menor como con la familia. Una vez establecida una cierta relación con el menor, una de las herramientas que facilitan la exploración del joven con dificultades de mentalización y que a la vez contribuye al establecimiento de una cierta relación de confianza epistémica, son las cartas AIM. AIM son las siglas de AMBIT Adolescent Integrative Measure, que es un cuestionario que se presenta en la lúdica forma de una baraja de cartas, y que ha sido adaptado por Dickon Bevington y Peter Fuggle de la Hampstead Child Adaptation Measure (H-CAM), que es una entrevista de evaluación escrita originalmente por Peter Fonagy y Mary Target. Las cartas AIM son una evaluación multinivel y multidimensional, que intenta recopilar una imagen global del nivel de funcionamiento de un joven. Las áreas que mide son: función de la vida diaria, factores socioeconómicos, relaciones familiares, relaciones sociales, estado mental, respuesta de los jóvenes a su situación y la complejidad de las dificultades. En el ECID hemos traducido, editado y publicado las cartas en versión española, algo que nos resulta de mucha utilidad con los menores atendidos.

En este artículo se presentará una síntesis de algunos aspectos teóricos y técnicos que organizan nuestro marco de trabajo y que ayudan a definir este nuevo modelo asistencial, basado en las aportaciones del modelo AMBIT –Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment– del Anna Freud National Centre for Children and Families de Londres (11,12 y 13).

## EL PROYECTO ECID

El ECID nace inicialmente para atender a jóvenes absentistas de servicios asistenciales y absentistas del sistema educativo, aunque en la actualidad se ha iniciado un nuevo proyecto con el mismo modelo asistencial para trabajar con población de menor gravedad psicopatológica.

Las familias de estos jóvenes presentan casi siempre dinámicas relacionales disfuncionales. Además, nos encontramos frecuentemente con progenitores que presentan trastornos mentales, a menudo sin estar recibiendo ningún tratamiento desde servicios de salud mental. Estas dificultades en los progenitores y en las dinámicas familiares tienen relación con las dificultades que presentan los menores, por lo que desde el ECID se interviene en todos los casos con los menores y con las familias de forma intensiva.

La mayor parte de estos jóvenes terminan excluidos de la asistencia al no poder adaptarse a lo que los servicios de salud mental existentes pueden o quieren ofrecer, algo que aumenta el riesgo de deterioro y cronicidad a nivel psicopatológico, social y académico-laboral, así como un alto riesgo de consumo de tóxicos, marginación y conductas delictivas. El ECID es un proyecto con un claro enfoque comunitario, ya que implica llevar el trabajo terapéutico a los domicilios de los adolescentes y sus familias.

El ECID está basado en el modelo AMBIT, citado anteriormente, que se ha desarrollado para influenciar equipos que trabajan con jóvenes que presentan dificultades múltiples y complejas. AMBIT es un modelo basado en la teoría y técnica de la terapia basada en la mentalización (MBT), un modelo de intervención terapéutica que ha demostrado su validez empírica (14, 15 y 16). Una definición sencilla del concepto de mentalización, que suelo utilizar con los pacientes, dice así: la mentalización es la capacidad de vernos a nosotros mismos desde fuera y a los otros desde dentro. Esta definición sintetiza los dos aspectos principales de la mentalización: la capacidad de introspección, es decir, de poder acercarnos a dar sentido a las emociones que sentimos en relación con lo que estemos viviendo, así como la capacidad de poder pensar sobre lo que nos está pasando, y también la capacidad de poder ponernos en el lugar del otro y acercarnos con curiosidad e interés a lo que puede estar sintiendo y pensando la otra persona, es decir, la capacidad empática.

El adolescente con déficits importantes de mentalización que no se siente entendido, puede sentir el mundo en contra de él, algo que ataca y destruye su sentido de *sí mismo* que, además, está en proceso de formación. Esto destruye lo que él es y desata ansiedades de fragmentación, lo que conforma una realidad insoportable que le empuja a la actuación auto o heterodestructiva, o a un repliegue del mundo que es vivido como muy amenazante e inseguro.

AMBIT es un modelo pensado para trabajar con personas que consideran poco accesibles los servicios asistenciales de la red de salud y en particular de la red de salud mental. La propuesta de AMBIT es invitarnos a pensar qué es lo que este perfil de jóvenes puede considerar que *les sirve de ayuda*, en lugar de seguir intentando vincular al joven a un servicio de ayuda determinado. AMBIT amplía el campo de intervención habitual, al proporcionar técnicas y herramientas concretas para estimular la mentalización más allá del trabajo terapéutico con los menores y sus familias: en el trabajo con los jóvenes y sus familias, el trabajo con los equipos, el

trabajo con la red asistencial y el proceso de aprendizaje sobre nuestro trabajo. La propuesta de AMBIT es poder mejorar la mentalización en cada una de estas áreas, con el fin de mejorar las posibilidades de éxito en la intervención con estos menores de riesgo.

AMBIT busca estimular una curiosidad real del profesional y del resto del equipo que le apoya, invitándonos a pensar y explorar de qué manera tanto nosotros los profesionales como otras personas significativas del entorno del menor podemos resultar de ayuda para los jóvenes. En este sentido, un aspecto crítico en este modelo es tratar de ser muy sensible para poder apreciar el valor de ciertas relaciones de ayuda preexistentes. Esto implica renunciar a una posición de *solucionadores de problemas* de los profesionales que trabajan en cada caso, para pasar a considerar la posición alternativa de unirnos a un sistema de ayuda ya existente alrededor del menor –familia, amigos, adultos significativos del entorno del menor, otros profesionales, etc.–, pero del que el menor no se puede beneficiar por estar viviendo atrapado en una posición de hipervigilancia o desconfianza epistémica, que describiremos más adelante. Para estos jóvenes, aceptar acudir a un centro de salud mental y poder tolerar una cierta necesidad de ayuda, son requisitos que resultan insoportables.

En el centro de nuestra propuesta está la teoría y técnica de la mentalización (14, 15, 16 y 17), un modelo de intervención terapéutica que nos invita a dar sentido a nuestra propia conducta y a la de los demás –compañeros del equipo, otros profesionales y equipos de la red asistencial, menores y familias a las que atendemos, etc.– en base a estados mentales intencionales subyacentes a la conducta manifiesta observable. La idea es tratar de dar sentido a lo que nosotros estamos sintiendo y pensando en relación con lo que estamos viviendo, así como poder dar sentido a lo que debe ser estar en la piel de la otra persona con la que estamos interactuando. Podernos imaginar lo que debe estar sintiendo y pensando la otra persona, aunque siempre a nivel de hipótesis que deberán ser contrastadas, puesto que, si tenemos certezas sobre lo que piensa o siente otra persona, muy probablemente hemos perdido nuestra capacidad de mentalizar y estamos imponiendo nuestras ideas sobre el otro.

El primer ECID inició su actividad asistencial a finales de 2017 en Badalona, como equipo que forma parte de los servicios asistenciales públicos de la Fundación Vidal y Barraquer, la institución que respalda su creación y el plan de desarrollo de este nuevo modelo asistencial. El ECID de Badalona es una realidad gracias al apoyo de la red pública de salud de Cataluña, el CatSalud, que lo aprueba como proyecto piloto de la cartera de servicios de salud mental de la ciudad de Badalona (Barcelona). Nuestra idea inicial fue la puesta en marcha del equipo, iniciando la actividad asistencial en diciembre de 2017, junto con una evaluación minuciosa los resultados de la intervención en la población atendida, para poder demostrar la validez y efectividad del modelo.

Para ello, la Fundación Vidal y Barraquer trabajó con la Fundación Avedis Donabedian, que diseñó un estudio de evaluación del proyecto ECID. En este estudio se definieron una serie de indicadores para obtener datos objetivos y consistentes sobre la efectividad del ECID, planteando un estudio observacional y descriptivo de carácter retrospectivo, resultados que se publicarán próximamente.

A finales de 2018 el ECID obtuvo el valioso apoyo de la Fundación Nous Cims para abrir un segundo equipo en la población de Santa Coloma de Gramenet. Este segundo ECID inició su actividad asistencial en enero de 2019, entrando a formar parte de la cartera de servicios de salud mental de la red pública en dicha población. El apoyo de la Fundación Nous Cims supuso un paso decisivo para el proyecto ECID, puesto que permitió doblar profesionales y doblar el número de menores y familias atendidos, además de que implicaba poder trabajar en dos ciudades distintas. La Fundación Nous Cims es un aliado decisivo del proyecto, de su proceso de evaluación y del plan de desarrollo del ECID para facilitar el objetivo citado de llegar a un mayor número de menores y familias en otras poblaciones. En el momento de escribir este artículo estamos trabajando con la Fundación Nous Cims para abrir, junto con una institución asistencial de gran prestigio en Barcelona, un tercer equipo ECID en la ciudad de Barcelona, que probablemente se inaugurará a principios de 2021.

#### COMPRESIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA DESDE UNA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO Y DIMENSIONAL

El ser humano es un ser relacional y desde el momento del nacimiento necesitamos de la presencia constante, continuada y disponible de seres humanos que asuman nuestra crianza. El desarrollo del cerebro está dirigido por los genes, pero esculpido por las experiencias, especialmente las que tienen lugar durante los períodos sensibles y críticos de los primeros años de vida (18).

Todos llegamos a este mundo con un potencial biológico y genético para aprender un idioma, pero el idioma que aprendemos y que se constituye como lengua materna, dependerá de la lengua que hablen las personas de nuestro entorno relacional más cercano y que asuman nuestra crianza. De la misma manera, todos llegamos a este mundo con un potencial biológico y genético para sentir emociones y establecer relaciones, así como para aprender y desarrollar estilos de organización relacional para la gestión de nuestra vida emocional y relacional.

La experiencia clínica nos muestra que el estilo de organización relacional que iremos desarrollando a lo largo de nuestro proceso de maduración psicológica y emocional, dependerá del estilo relacional predominante en nuestro entorno relacional más cercano. También existe evidencia

sobre las consecuencias de los estilos de vínculo con las figuras parentales sobre el proceso de desarrollo de los hijos (19, 20, 21 y 22), así como la amplia evidencia existente sobre las consecuencias psicopatológicas de las experiencias relacionales adversas (23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45 y 5) y la transmisión del trauma transgeneracional (5).

En términos muy generales e independientemente de las manifestaciones a nivel clínico-fenomenológico, podemos entender las experiencias relacionales adversas sufridas durante la infancia como experiencias traumáticas –entendido como trauma relacional, que se debe diferenciar de los sucesos traumáticos aislados– que han causado importantes daños en la organización de la esfera emocional, afectando la capacidad de modular las emociones, la capacidad de dar sentido a la propia experiencia emocional y la capacidad de mentalización (39, 46 y 47).

En el ECID nos encontramos con menores que han vivido muy aislados emocionalmente en situaciones de intenso sufrimiento, algo que configura un mundo interno lleno de dolor sin palabras. Esto tiene implicaciones importantes a nivel asistencial, puesto que son adolescentes que muy a menudo no piden ayuda, sino que lo adaptativo para ellos es incluso rechazar activamente las propuestas de ayuda, al vivir profundamente desconfiados y desesperanzados frente a lo que las relaciones humanas pueden ofrecer.

En el ECID atendemos tanto a menores replegados a domicilio, apartados del mundo de las relaciones interpersonales, los estudios y la vida fuera de casa, como a menores que no están encerrados en casa pero que son igualmente población de alto riesgo: jóvenes que expresan su malestar y dificultades de gestión de su vida emocional y relacional a través de lo que se conoce como *patología externalizante*, es decir, el amplio campo de los trastornos de conducta. Por lo tanto, el perfil de población atendida en el ECID es de menores que presentan una amplia gama de cuadros psicopatológicos, tales como fobias sociales graves, trastornos afectivos graves, estados mentales de alto riesgo –EMAR–, trastornos de personalidad emergentes, trastornos psicóticos o trastornos de conducta, siendo todos ellos absentistas de servicios asistenciales y absentistas del sistema educativo.

A pesar de la amplia gama de trastornos con los que son compatibles los cuadros clínicos de los menores atendidos, si los observamos desde una perspectiva evolutiva, vemos que la práctica totalidad ha sufrido experiencias relacionales adversas en su infancia (5), un hecho muy frecuente en adolescentes que presentan dificultades de salud mental, tal como nos muestra la muy extensa evidencia empírica ya citada sobre el tema.

Cabe mencionar también que existe evidencia de que los acontecimientos adversos en la infancia son insuficientemente explorados en el ámbito de la salud mental, algo que interfiere en la posibilidad del establecimiento de una relación con efectos verdaderamente terapéuti-

cos, puesto que el menor no se sentirá adecuadamente entendido, con el riesgo incluso de que la intervención pueda llegar a ser iatrogénica si se excluye del plan terapéutico esta exhaustiva exploración de la las experiencias relacionales adversas tanto en el menor como en sus progenitores (5). Sabemos que las historias de abuso no se tienen en cuenta o muchas veces ni siquiera se exploran (5, 39, 48 y 49). En el año 2016, la revista *Nature* publica un trabajo que afirma que las experiencias adversas en la infancia relacionadas con el trauma relacional son el principal factor de riesgo prevenible de los trastornos mentales y del abuso de sustancias (18).

Bessel van der Kolk (43), describe cómo la investigación ha demostrado consistentemente que el maltrato infantil altera los sistemas cerebrales dedicados a la evaluación del riesgo y la seguridad, lo que resulta en dificultades duraderas que regulan la homeostasis biológica y las respuestas emocionales a lo largo de la vida. Este autor comenta que a pesar de los numerosos estudios y de la sólida evidencia recogida en los últimos 30 años, que recogen los efectos devastadores a nivel de salud mental y física, el papel del trauma, refiriéndose más concretamente al trauma relacional, se sigue teniendo poco en cuenta tanto en nuestras clasificaciones diagnósticas como en nuestros programas terapéuticos.

A nivel terminológico, considero que es más pertinente utilizar el concepto de *experiencias relacionales adversas en la infancia* –ERA– (5) como traducción ampliada de las *adverse childhood experiences* –ACE–, cuya traducción literal sería experiencias adversas en la infancia. Considero que añadir el término *relacionales* enfatiza la importancia y hace más explícito el nivel en el que se dan estas experiencias adversas en la infancia: la relación. Además, si pensamos en lo que dificulta el acceso de estos menores a las intervenciones terapéuticas, vemos que se trata también de sus dificultades para poder sentir confianza en las relaciones con los profesionales asistenciales. Por este motivo, hacer más explícita la dimensión relacional en el proceso asistencial es uno de los objetivos fundamentales del ECID, desde distintos ámbitos:

- La comprensión desde una perspectiva relacional de las dificultades y fortalezas de los menores y las familias atendidas.
- La comprensión de la relación entre los menores, las familias y los profesionales que intervienen. Esto incluye la comprensión del impacto sobre los profesionales y los distintos equipos que intervienen de las dificultades relacionales y emocionales de la población atendida.
- La comprensión del cuadro clínico actual del menor desde una perspectiva del desarrollo, que incluya una exploración adecuada de las experiencias relacionales adversas sufridas a lo largo del proceso evolutivo.

- La exploración de la presencia de experiencias relacionales adversas en el proceso evolutivo de los progenitores, así como de la transmisión transgeneracional del trauma relacional y su relación con el cuadro clínico actual del menor.
- La comprensión de las dificultades relacionales entre diferentes servicios de la red asistencial, que son muy frecuentes cuando todos estamos tratando de ayudar a menores y familias de alto riesgo.

Los adolescentes que han crecido en entornos relacionales donde han predominado las experiencias relacionales adversas (ERA) de forma continuada y severa, viven dominados por intensas ansiedades no mentalizadas y por el predominio de los vacíos emocionales en su vida psíquica. Un muy intenso sufrimiento sin palabras que predomina en su mundo interno. Necesitan ayuda de forma desesperada, pero es frecuente ver que el contacto con sus necesidades emocionales es algo muy amenazador, por cómo desestabiliza su frágil sistema de supervivencia.

El menor no puede confiar en la benevolencia de las relaciones humanas, porque no ha tenido experiencias suficientemente buenas (50) que les permitan esperar algo bueno del otro. Poder confiar en que sus necesidades emocionales serán atendidas en una relación humana es algo que no forma parte de su experiencia vital. Tolerar la dependencia y la necesidad de afecto es algo vivido a menudo como catastrófico, por la falta de confianza en una relación suficientemente disponible y fiable, siendo muy frecuente observar en jóvenes que acumulan experiencias relacionales adversas, el hecho que viven el contacto con otro ser humano como algo que implica el miedo a una repetición traumática de la vivencia de negligencia emocional en las relaciones o de las experiencias de maltrato. Una vivencia de no existir para los demás o de una profunda desconfianza en las relaciones humanas que le ha acompañado casi siempre y que, a su vez, le hace vivir mucha rabia hacia el mundo, algo que comprensiblemente también le causa terror.

Para un menor que no haya conocido otra opción en esta vida, el mundo no es fiable y se convierte en un lugar inhóspito. Un lugar en el que sobrevive organizando una coraza que lo sostenga, pero que esconde una enorme fragilidad y déficits a nivel emocional. Su experiencia emocional no ha sido reconocida y contenida, sino desatendida o incluso despreciada, por lo que la respuesta adaptativa del menor es mantenerse en una posición de desconfianza o hipervigilancia epistémica, manteniendo una distancia de seguridad que le proteja de la expectativa de una reedición de las experiencias relacionales adversas en nuevas relaciones. Unas experiencias relacionales adversas que han dañado la organización y el desarrollo de sus procesos de pensamiento, su capacidad para modular las emociones y sus capacidades de mentalización. Todo esto tiene una función anti-integradora de su mente, algo que sabemos que es un factor de alto riesgo para los trastornos mentales graves (51).

Los progenitores de los menores atendidos por el ECID sufrieron también, en la mayoría de los casos, experiencias relacionales adversas en su propia infancia, que han tenido un impacto en la organización de su vida emocional y relacional, así como en su capacidad de mentalización. Los déficits en la capacidad de mentalización de los padres inhiben su capacidad de proporcionar una experiencia de mutualidad y curiosidad reflexiva sobre la experiencia interna de las relaciones de sus hijos. La incapacidad de los padres para regular sus propios estados afectivos crea un entorno relacional impredecible e inconsistente para que crezcan sus hijos. El ciclo de transmisión transgeneracional del trauma relacional se hace evidente y se facilita en este contexto.

Ensink y colaboradores (52), encontraron que lo que explica el impacto transgeneracional del trauma relacional es más la ausencia de mentalización sobre el trauma relacional, que una ausencia de mentalización en general (52).

Hay evidencia empírica sobre la naturaleza multigeneracional y fijada del trauma en la infancia y la psicopatología, identificando conexiones entre las propias experiencias infantiles de los padres y los estilos relacionales y de cuidados que éstos despliegan y que, a su vez, afectan el bienestar de sus hijos (53).

Además, se encontró que la función reflexiva de las madres sobre traumas pasados predice la desorganización del apego infantil (54) en una muestra en la que todas las madres tenían antecedentes de abuso y negligencia.

En relación con el estilo de apego desorganizado, hay un estudio que encontró que el porcentaje en población no clínica es relativamente bajo, alrededor del 15 % (55), mientras que los porcentajes de apego desorganizado en menores que han sufrido experiencias relacionales adversas son muy altos, entre el 77 y el 90 % (56, 57, 58 y 59).

Los menores y familias que han sufrido con mayor severidad experiencias relacionales adversas tienen mayores dificultades para aceptar la ayuda propuesta por los servicios asistenciales, precisamente porque para poder confiar en la ayuda que se puede recibir de otro ser humano, se deben haber tenido unas mínimas experiencias que permitan confiar en esa posibilidad. De lo contrario, lo adaptativo es desconfiar y mantener una actitud distancia de seguridad de dichas propuestas de ayuda. Además, necesitar es insoportable, puesto que evoca las ansiedades catastróficas de la expectativa de una nueva exposición a una relación donde las necesidades emocionales no son atendidas, sino ignoradas o incluso provocan una respuesta hostil del entorno.

Un concepto fundamental desarrollado Fonagy es la confianza epistémica (7) —de la palabra griega *episteme*: conocimiento o las raíces del conocimiento—, que se refiere al tipo específico de confianza requerida para permitir una disponibilidad a aprender del otro, en concreto, el aprendizaje de competencias sociales. La confianza epistémica es un tipo de confianza particular en la que predomina un sentimiento de que la información y el conocimiento humanos comunicados por otros seres humanos son fiables. Esto implica que podemos confiar en aquello que nos es comunicado por el otro, que lo mantendremos en nuestra mente como algo bueno y que podremos recurrir a ello en nuestra vida cotidiana. A la vez, determina una actitud de disponibilidad hacia la ayuda ofrecida por las relaciones benignas y benévolas de nuestro entorno, así como una disponibilidad hacia el aprendizaje de los demás. Esta teoría deriva del trabajo experimental de Gergely y Csibra (60) sobre la construcción social del yo subjetivo.

Si pensamos en el perfil de adolescentes que han sufrido experiencias relacionales adversas, podemos entender que en su historia relacional las experiencias adversas los han llevado a un cierre de esta vía de aprendizaje, quedando dañada su capacidad de aprender a través de la experiencia emocional con otros, mostrándose más inflexibles y rígidos ante el cambio, y viviendo atrapados en actitudes de hipervigilancia o desconfianza epistémica. En estas situaciones, los menores pierden la capacidad para moverse con flexibilidad entre una postura de necesaria vigilancia epistémica que permita diferenciar entre personas fiables y con buenas intenciones de las que puedan ser relaciones de riesgo, y la capacidad de establecer relaciones de confianza epistémica se debilita. Las consecuencias pueden ser la ausencia de una apertura adecuada al aprendizaje social, una credulidad excesiva y una confianza inapropiada en relaciones poco fiables. El funcionamiento relacional del menor queda comprometido por su dificultad de saber cuándo y en quién confiar (61 y 62).

Este es un obstáculo fundamental al que nos enfrentamos en el trabajo desde el ECID, ya que configura un escenario inicial de la relación donde el joven muy a menudo no pide ayuda, sino que más bien la puede rechazar activamente. Además, en los casos de jóvenes con patología externalizante, encontramos con frecuencia una preferencia por relaciones de riesgo en el entorno del menor, algo que podemos entender tanto desde las consecuencias de estas dificultades en el manejo de la confianza epistémica, como por las dinámicas de identificación con otros jóvenes que presentan características y experiencias vitales similares.

En este sentido, el objetivo de trabajo en el ECID es el establecimiento de relaciones de confianza epistémica, aunque no sólo con el menor, sino con todos los agentes implicados en el trabajo: entre los miembros del

equipo, entre los profesionales del ECID y los profesionales de otros servicios o equipos de la red asistencial, y finalmente entre los profesionales del ECID y los menores y las familias atendidos.

## FUNCIONAMIENTO DEL ECID

Siguiendo el modelo AMBIT, describiré el funcionamiento del ECID mediante un breve recorrido a través de los cuatro apartados principales que conforman lo que se conoce como la rueda AMBIT.

### *Trabajar con el menor y su familia*

Los profesionales del ECID nos organizaremos como *trabajadores de campo* para proporcionar ayuda accesible, asequible y rápida para los jóvenes en situaciones de crisis, siendo un modelo de intervención terapéutica altamente flexible, ya que el trabajo con el joven se podrá llevar a cabo en el domicilio, en la calle o en cualquier otro lugar que este sienta como seguro. Será un abordaje terapéutico que se llevará a los jóvenes estén donde estén, ya que la experiencia clínica nos muestra que este perfil de jóvenes tiene muchas dificultades para ir hacia la persona o el servicio que les puede ofrecer ayuda, por lo que es el profesional quien debe ir hacia ellos.

La primera visita y el proceso de exploración siempre es llevado a cabo por dos profesionales, que se desplazan al domicilio de la familia. Uno de los profesionales será el que trabajará con el menor, y el otro quedará de referente para el trabajo familiar. Las entrevistas familiares las suelen realizar los dos profesionales juntos, aunque en algunos casos es necesario que el profesional que trabaja con el menor quede al margen de estas sesiones con la familia, por lo que un tercer profesional entra en el caso para la intervención familiar.

La intervención del ECID tiene una duración de entre año y medio y dos años. La frecuencia de visitas con el adolescente es de una sesión por semana y con la familia es más variable, aunque suele ser alrededor de dos o tres visitas mensuales. Además, los profesionales son fácilmente accesibles por teléfono, ya que disponemos de teléfonos móviles de trabajo donde los menores y las familias nos pueden localizar.

El proceso se inicia siempre con una fase de exploración y formulación del caso. A diferencia de las intervenciones habituales en salud mental, esta fase puede alargarse en el tiempo, e ir mucho más allá de las tres o cuatro visitas de exploración iniciales. Esto se debe a que no hay una demanda de ayuda por parte de los adolescentes, e incluso con frecuencia un rechazo activo de la misma, por lo que dedicamos las visitas que sean

necesarias para conseguir el establecimiento de una mínima relación de confianza. Obviamente, estas visitas también aportan mucha información, sobre todo cuando se llevan a cabo en el domicilio, que es siempre una muy buena manera de poder hacerse a la idea de aspectos de la vida familiar y las dinámicas relacionales que muchas veces son invisibles a las exploraciones psicopatológicas ambulatorias u hospitalarias.

Un aspecto importante que organiza la actitud del profesional del ECID hacia el menor y la familia, es el alejarse de la posición de *profesional experto*. Está contraindicado adoptar una posición donde el profesional *sabe demasiado* sobre lo que le puede estar pasando al menor. También está contraindicada una posición neutral o distante, puesto que solo confirmará al adolescente su vivencia persecutoria de la relación. Para el joven que ha sufrido un predominio de experiencias relacionales adversas en su infancia, no es seguro acercarse a la mente de otra persona, al no haber tenido una experiencia de apego predecible y consistente. Por todo ello debemos adoptar una mirada que tenga en cuenta y se centre en los trastornos del proceso del desarrollo psíquico del menor.

Los profesionales debemos asumir una posición en la que hagamos explícita nuestra propia necesidad de ayuda. Ante la dificultad del menor para asumir la necesidad, el profesional la hará suya, diciéndole explícitamente que somos nosotros quienes necesitamos de su ayuda, para que nos ayuden a entender su situación: cómo viven, cómo se sienten, qué piensan, qué les gusta hacer, qué música les gusta escuchar, cómo es la vida en su familia, etc.

Esta actitud del profesional implica ofrecernos como un modelo que hace explícitos nuestros propios procesos de pensamiento implícito. De esta manera, ofrecemos un modelo de alguien que no es perfecto, de alguien que es consciente del hecho de que existen límites para nuestro conocimiento y se muestra seguro a la hora de reconocerlo: «Tengo curiosidad porque sé que no sé». También ofrecemos un modelo de interés sobre los estados mentales propios y ajenos, reflexionando sobre cómo podríamos sentirnos o qué pensamos sobre una determinada situación y preguntándonos en voz alta cómo podría sentirse y pensar la otra persona, aunque enfatizando siempre nuestra necesidad de comprobar con el joven si lo que nos vamos preguntando tiene sentido para él o no.

Quiero destacar la importancia del primer contacto con el adolescente y lo decisivo que es para el resto del proceso. El papel activo del profesional implica ir a buscar al adolescente donde sea que se encuentre, es decir, en un lugar donde se sienta seguro. Esta aportación de AMBIT implica un cambio significativo en el modelo asistencial desde la salud mental para adolescentes, ya que en lugar de pedirle al joven que se adapte a lo que podemos –o queremos– ofrecer en nuestros servicios de salud mental, debemos pensar en cómo debemos adaptarnos los profesionales a sus limitadas y dañadas capacidades de vinculación.

Deberemos validar su rechazo o desconfianza inicial, sobre todo si nos presentamos en su domicilio sin que el joven haya hecho ninguna petición de ayuda ni haya mostrado su acuerdo a nuestra visita. Con frecuencia, esto implica varias semanas de ir a su casa en las que nuestra única finalidad será validar el malestar del joven por nuestra presencia, una experiencia donde nuestro único objetivo es que se pueda sentir adecuadamente reconocido por nosotros en lo que está sintiendo y en lo que nosotros también estamos contribuyendo a provocar. Es uno de los pocos recursos para favorecer el establecimiento de una cierta relación de confianza, a través de esta experiencia donde se pueda ir sintiendo entendido y donde mostremos de forma explícita nuestra curiosidad por su vida, así como también nuestros propios límites en nuestro conocimiento, que justifican esta necesidad explícita de su ayuda para entender.

Volviendo al caso mencionado en la introducción, en la primera visita que hacemos al domicilio de Pablo nos impacta su aspecto físico demacrado y frágil, así como la vulnerabilidad y sufrimiento que transmite. A pesar de la gravedad del cuadro que presenta, no está siendo atendido por ningún servicio de salud mental desde hace muchos meses, puesto que el chico se niega a asistir. Tampoco quiere salir de casa para ver a nadie, por lo que queda excluido de la posibilidad de asistencia psicológica y psiquiátrica, a no ser que se indique un ingreso en la unidad de agudos de referencia, algo que pienso que solo está indicado para casos de riesgo vital por una tentativa o ideación autolítica severa o conducta autodestructiva de riesgo, ante una descompensación psicótica que desborda las capacidades de contención en el entorno familiar o ante un cuadro anoréxico grave.

Pablo solo está interesado en los videojuegos y se muestra muy sorprendido y desconfiado por mi presencia en su habitación. Yo me presento y le comunico mi interés en poderle conocer, aunque haciendo hipótesis sobre lo que imagino que debe suponer para él que un psicólogo se presente en su casa y entre en su habitación. De lo primero que me habla es de su interés por los videojuegos, así que iniciamos un período de tiempo en el que yo voy a su domicilio a jugar a videojuegos con él. Como mis habilidades dejan bastante que desear, me ofrece una modalidad del juego sin enemigos, ayudándome a aprender a deambular por el mundo virtual del juego con más posibilidades de sobrevivir. A pesar de ello, mi personaje virtual sigue siendo eliminado puesto que, a pesar de que no haya enemigos, mis habilidades siguen siendo insuficientes para moverme sin riesgo por los distintos parajes que van apareciendo. Pablo se divierte mucho por mis serias limitaciones en este mundo virtual, pero se muestra paciente para enseñarme. De esta manera vamos estableciendo una relación, donde Pablo está sintiendo mi interés y curiosidad por su mundo, algo que facilita que se vaya abriendo la puerta de la confianza epistémica. En una ocasión me pregunta: «Mark, ¿tú de verdad eres psicólogo?». Le digo que sí, pero le pregunté qué es lo que le hace preguntarme esto. Me dice que

soy un psicólogo muy raro, porque él había ido a algunos un tiempo atrás, pero nunca había tenido uno en su habitación jugando a videojuegos con él, sino que le hacían hablar de cosas que él no quería. A partir de este momento pudimos empezar a plantearnos un plan para seguir un camino juntos, donde ambos nos mostramos de acuerdo que quizás valía la pena poder empezar a explorar juntos el mundo exterior del que Pablo se había retirado, aunque dándonos tiempo para entender lo que se le hacía difícil y le daba miedo.

Los aspectos técnicos descritos no son tanto un conjunto de técnicas que deben seguirse rígidamente, sino sobre todo una forma de describir una *manera de estar* con el adolescente. El papel del profesional no es tanto la capacidad de leer siempre con precisión los estados internos o externos del adolescente, sino más bien una forma de abordar las relaciones que reflejan la expectativa de que los pensamientos y sentimientos se iluminarán, enriquecerán y modificarán aprendiendo sobre los estados mentales de los demás (63). Al mismo tiempo, hacemos explícita nuestra curiosidad, la conciencia del impacto de la emoción, la conciencia de que la mente del paciente es opaca y estamos modelando la capacidad de tomar diferentes perspectivas sobre una misma realidad. Sobre todo, nuestra intención es promover una atmósfera de confianza epistémica que restablezca la capacidad de agencia y esperanza del joven.

En otro artículo (46), sintetice los cuatro principios que sostienen la actitud del profesional para favorecer la vinculación y estimular la mentalización del menor, siguiendo los principios técnicos del modelo MBT (64). Son los siguientes: la curiosidad hecha explícita, interrumpir los momentos en los que el paciente no mentaliza, mantener el equilibrio entre las diferentes dimensiones de la mentalización y destacar los momentos en los que el paciente mentaliza.

Para una explicación más detallada de cada principio recomiendo la lectura del artículo citado, pero vale la pena recordar que la curiosidad del profesional no es una idea muy novedosa, pero sí muy útil, porque no hay nada peor para un adolescente que pretender que sabemos lo que es estar en su piel. Es la vía directa para que el joven nos diga que no nos quiere ver más. Debemos mostrar la humildad necesaria de no saber qué es realmente estar en el lugar del otro, aunque sí podemos hacer un trabajo de imaginación. Es importante poder decir a los chicos que no sabemos leer el pensamiento y que los necesitamos mucho a ellos para que nos ayuden a nosotros a entenderlos. Hay que hacer explícita nuestra curiosidad, haciendo explícita nuestra posición del no saber. Diciendo, por ejemplo: «estoy un poco confundido, ¿me puedes ayudar a entender lo que pasa?». «No sé qué es estar en tu piel, pero tengo imaginación y la puedo utilizar para hacer algunas hipótesis»; «no sé si te servirá lo que te diré, pero ...»; «En el trabajo que haremos juntos te ofreceré ideas, hipótesis y te preguntaré qué te parece, si crees que encaja con algo de lo que te pasa o si no». Nunca

se dirá nada a un joven sin pedir la confirmación de si cree que lo que les hemos dicho es pertinente para él en ese momento o no. Si no entendemos algo de lo que nos dice, o vemos que está perdido en un discurso donde no está mentalizando, podemos decir algo del tipo: «mira, es que aquí me he perdido... no sé si porque estoy un poco espeso hoy, pero antes has dicho algo que sí me ha ayudado a entender... », poniendo en nosotros la dificultad de seguir el discurso, algo que resultará menos persecutorio y que facilitará el acompañarles a recuperar la capacidad de mentalización perdida.

Los adolescentes atendidos por el ECID se muestran siempre muy desconfiados y a menudo perseguidos, aún más por el hecho de tener que ver a un profesional de salud mental, por lo que hacer explícita nuestra curiosidad e interés sincero en ellos es muy importante. También está bien hacerles saber que no sabemos leer el pensamiento, ya que tratar de leer el pensamiento o imponer ideas sobre lo que pensamos de los demás es precisamente lo contrario de una buena mentalización. Les diremos que no tenemos respuestas, pero sí mucha curiosidad por encontrarlas juntos.

La tarea principal del profesional del ECID es tratar de ofrecer una relación donde los adolescentes puedan tener la experiencia de alguien que está genuinamente interesado en ellos, alguien que tiene su mente en mente, que les hace sentir que ellos importan como seres humanos, mostrando como los profesionales tratamos responder de forma contingente en un amplio abanico de situaciones diferentes.

Para muchos de estos jóvenes, acercarnos a pensar sobre aspectos centrales de su historia pasada y presente es insoportable, así como el contacto con las emociones y con la necesidad es catastrófico, debido a tener un mundo interno poblado de experiencias internalizadas de relaciones abandonadas, negligentes y/o maltratadores, que los lleva a esperar lo mismo de la relación terapéutica. Pablo me dijo que con otros psicólogos pasaba que le hacían hablar de cosas que no quería. Por este motivo, lo que nos planteamos como objetivo principal es la necesidad de darnos tiempo para intentar desarrollar el pensamiento en áreas que sean más tolerables. Esto se puede conseguir más fácilmente si los acompañamos desde el nivel más primitivo: desde el nivel sensorial a partir del cual comenzar a construir juntos el pensamiento, es decir, desde la mentalización de la nueva experiencia emocional compartida con nosotros. Es más importante estimular la mentalización sobre el nivel sensorial de lo que estamos compartiendo –que se ponga en marcha el proceso de mentalización– que el contenido concreto del discurso (46).

Es importante enfatizar el hecho que debemos identificar y valorar la ayuda que puede recibir el menor más allá de la que podemos ofrecer nosotros. En lugar de ver la solución a la situación del menor como viniendo sólo de nuestra intervención, debemos apreciar el valor de las relaciones de ayuda con otras personas del entorno relacional del menor y del entorno profesional. Puede haber personas que, desde la perspectiva del menor,

sean más accesibles para él y puedan jugar un papel decisivo en el proceso terapéutico: personas con las que ya tenga una relación previa o en quienes ya puedan confiar, aunque sea de una forma limitada.

Debemos preguntarnos y explorar quién hay en el entorno del menor que sea mínimamente fiable para él. Esto implica manejar el riesgo que pueden implicar algunas de las relaciones que el menor elija, ya que probablemente algunas no sean las más recomendables. Pero puede ser que haya otras que, desde la perspectiva del menor, sean más accesibles y verdaderamente puedan ser de ayuda en el proceso terapéutico. En este sentido, tenemos que poder valorar si hay alguien en el entorno relacional del menor que él considere que puede proporcionarle ayuda y que sienta como mínimamente fiable, y trabajar para reforzar esta relación e incluirla en el trabajo que pongamos en marcha desde el ECID, aunque, como hemos comentado, siempre valorando y manejando el riesgo que esta relación pueda implicar.

El principal objetivo del proyecto ECID es tratar de facilitar la vinculación de los adolescentes atendidos con los profesionales que asuman el papel de *keyworker* o profesional principal en cada caso. A partir de este momento el objetivo es poder comprender en profundidad la situación actual del menor y su familia, para co-construir con ellos un plan de intervención terapéutica, así como para tratar de facilitar un cambio de actitud del menor frente a la vida, que entendemos que se conseguirá principalmente si se consigue un cierto cambio de actitud del joven en relación con *la ayuda*, y si este cambio de actitud se puede generalizar fuera del ámbito de la relación entre el menor y el profesional del ECID.

El principal objetivo de la intervención desde el ECID es el de establecer una relación de confianza epistémica con el menor. Fonagy y Allison (7) describen cómo, en la relación terapéutica, esta confianza se basa en o se estimula por el conocimiento que tiene el joven sobre el hecho de que el profesional ha conectado con él de una manera marcada por la autenticidad y la empatía, entendiendo fundamentalmente su sufrimiento. Esta conexión empática, que podemos entender como el hecho de que el menor se ha sentido adecuadamente mentalizado, es lo que le permite sentir que puede confiar en lo que el profesional ofrecerá en términos de conocimiento. Es lo que permitirá al adolescente aprender sobre sí mismo a través de la mente de alguien en quien confía.

Para conseguir el establecimiento de este tipo de relación, desde el ECID pensamos que es muy importante evitar colocar al menor en la posición del *necesitado de ayuda*, puesto que precisamente decirle que necesita la ayuda de un equipo o servicio de salud mental es uno de los aspectos que interfiere en el hecho de que la pueda aceptar.

Trabajar con jóvenes que han estado expuestos al estrés tóxico de las experiencias relacionales adversas es una tarea difícil y compleja, especialmente por lo que significa tener que recibir y atender sus intensas ansiedades no mentalizadas y su dañada esfera emocional: un sufrimiento

muy intenso y sin palabras que predomina en su vida psíquica. Necesitan ayuda desesperadamente, pero es común ver cómo el contacto con sus necesidades emocionales es muy amenazante, ya que desestabiliza su frágil sistema de supervivencia, por lo que rechazar la ayuda profesional es una respuesta adaptativa comprensible a un entorno negligente y abusivo.

Desde el ECID proponemos una actitud terapéutica más activa para establecer una confianza básica en la relación con los jóvenes que presentan déficits tan tempranos en la experiencia relacional, jóvenes a quienes les falta la experiencia de haber sido tenidos en mente de manera predecible y consistente.

### *Trabajar con el equipo*

En el ECID el trabajo asistencial se hace en el domicilio del menor o en la calle, por lo que el profesional asume una posición más vulnerable al dejar la contención que ofrece la institución y su consulta. A pesar de ello, en principio, los profesionales tenemos mejores recursos internos para hacer frente a estas nuevas situaciones relacionales, mientras que, para los jóvenes en las situaciones de riesgo psicopatológico y precariedad a nivel de recursos para gestionar su vida emocional y relacional, pedirles que acepten encontrarse con un adulto desconocido, profesional de la salud mental, en un centro de salud mental u hospital, es mucho más complicado, e incluso es muchas veces lo que imposibilita la intervención.

En este sentido, es imprescindible que el profesional tenga el apoyo y la contención de un equipo de forma regular, con el fin de que esto le permita estar en las mejores condiciones personales para poder llevar a cabo la difícil y exigente tarea del trabajo con este perfil de jóvenes y familias. El aislamiento del profesional es demasiado habitual en la mayor parte de los centros de salud mental y servicios diversos en hospitales, debido tanto a la presión asistencial impuesta, como a la poca importancia que se da a la que debería ser la principal función de cualquier equipo de salud mental en relación a la tarea del trabajo en equipo: el ofrecer apoyo y contención de forma protocolizada a las ansiedades vividas por todo profesional de la salud mental de forma cotidiana en su trabajo clínico.

Desde AMBIT se enfatiza la necesidad de aceptar las ansiedades sentidas por los profesionales en nuestro trabajo cotidiano. No debemos sentirnos avergonzados de sentir ansiedad, miedo o sentirnos confundidos en relación con nuestro trabajo, sino que deberíamos sentirnos avergonzados si no sentimos estas emociones desagradables, puesto que será indicativo de que nos estamos disociando para poder soportar nuestro trabajo, o que no estamos suficientemente disponibles para recibir la comunicación del intenso malestar del menor y su familia. Las dificultades para poder estar disponible para recibir y procesar el sufrimiento de las personas atendidas

tienen que ver con mucha frecuencia con el aislamiento en el que viven los profesionales en su trabajo asistencial, a pesar de trabajar en equipos.

El intenso malestar y sufrimiento de los menores no se nos comunica solo con palabras, sino que en las visitas domiciliarias recibimos impactos por diversas vías sensoriales: lo que vemos, oímos, olemos y sentimos, que nos impacta y nos hace sentir emociones intensas.

Estos niveles de activación emocional más elevados interferirán en nuestra capacidad de mentalizar, con el riesgo de que nos lleven a diversas vías para tener la sensación de recuperar el control ante las ansiedades vividas: empezamos a tener certezas sobre los menores y las familias, tendemos a simplificar las explicaciones de lo que sucede con etiquetas diagnósticas que nos tranquilizan porque nos dan una falsa sensación de control sobre la situación, sintiéndonos en posesión de una verdad sobre las personas que atendemos, hacemos reflexiones teóricas sobre lo que suponemos que estamos entendiendo, llevamos a cabo acciones concretas como si fueran una solución rápida a un problema mucho más complejo y multidimensional, etc. Por este motivo es esencial que este apoyo y contención que permita la recuperación de la capacidad de mentalizar se pueda dar en el trabajo en equipo.

Sabemos que la capacidad de mentalización es relacional, y que se gesta y desarrolla en el contexto de las relaciones con las personas que asumen las funciones parentales (6, 65, 66, 67, 68 y 69). También que es muy frágil, y que todos perdemos nuestra capacidad de mentalizar en situaciones de emoción intensa. Así mismo, para recuperar la capacidad de mentalizar ante un impacto que nos ha desbordado, todos necesitamos también de una relación que nos ayude a modular la experiencia emocional y a recuperar una adecuada capacidad de mentalización sobre la situación vivida.

Por este motivo, partir de la base que todos los profesionales perdemos nuestra capacidad de mentalizar y que necesitaremos de la ayuda del equipo para recuperarla, es una premisa básica en el ECID. Este es uno de los aspectos novedosos del ECID y un objetivo prioritario del trabajo en un equipo ECID: poder conseguir que el equipo cumpla su función principal de contención de las ansiedades de los compañeros.

Para facilitar estas tareas, AMBIT plantea un cambio de paradigma en el trabajo en equipo: de un equipo multidisciplinar alrededor de un adolescente y su familia, a un equipo multidisciplinar alrededor del profesional que tiene la relación privilegiada con el menor: el *keyworker*. De esta manera evitamos pedir al joven que tenga que relacionarse con distintos profesionales a la vez. Para un joven con dificultades de vinculación con los servicios asistenciales, pedirle que establezca una relación con un solo profesional ya es mucho, así que pedirle que se relacione con tres o cuatro profesionales distintos dentro de un mismo equipo es excesivo y puede contribuir al fracaso de la intervención. En el ECID cualquier profesional

puede ser referente del caso: psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros o educadores sociales. El resto de los compañeros se organizan como equipo alrededor del *keyworker* con dos funciones: la principal, de ofrecer contención al impacto emocional vivido por el compañero en su trabajo asistencial directo con el joven o la familia, y la secundaria, de ofrecer apoyo al *keyworker* desde la especialidad concreta de los distintos profesionales del equipo. El *keyworker* deberá tener flexibilidad para vehicular las distintas aportaciones de los compañeros en función de las necesidades del caso. De esta manera, el joven recibirá la ayuda de un equipo multidisciplinar, pero desde la única relación con su profesional referente. Como es obvio, este modelo implica poder asumir una posición mucho más humilde, saliendo de la posición de profesional experto y asumiendo de forma explícita ante el joven nuestra necesidad de ayuda por parte del resto de compañeros del equipo, ayuda que en ocasiones puede ser pedida delante del menor, iniciando una conversación con un compañero que nos ayuda a recuperar nuestra capacidad de mentalizar. De esta forma modelamos también el valor del hecho de poder tolerar la necesidad de ayuda del otro, algo fundamental para estos menores que viven encerrados en la desconfianza epistémica. Modelamos una posición que implica poder tolerar una seguridad en la incertidumbre o en el no saber, seguridad que deriva del hecho de confiar en el otro como apoyo para nuestra capacidad de mentalizar.

Por todo lo expuesto, vemos que el modelo AMBIT no es un modelo de intervención psicoterapéutica individual, sino que es un modelo para influenciar el trabajo de todo un equipo. Se lleva a cabo en el contexto de un equipo, en el cual las relaciones que los profesionales establecen entre sí tienen la finalidad de apoyar la capacidad de mentalización de cada uno de ellos.

En los equipos de salud mental es frecuente que este tipo de relaciones de apoyo se den de forma no reglada, cuando un profesional va a buscar a un compañero con el que tiene una mejor relación y comparte las dificultades con las que esté lidiando en un momento determinado. No es habitual encontrarnos con equipos donde esté protocolizado un sistema de ayuda en las reuniones de equipo, sean sesiones clínicas, supervisiones o reuniones diarias de casos, para atender el impacto emocional vivido por los profesionales, y esto es lo que se intenta hacer en el ECID.

Una buena forma de evaluar si se cumple esta función de forma adecuada es preguntarnos si nos ha pasado alguna vez que hemos salido de una reunión de equipo sintiéndonos peor de cómo habíamos entrado. Creo que es una situación en la que todos nos hemos encontrado, pero que ilustra el hecho que nuestro malestar respecto a una situación que estemos viviendo con algún caso no ha sido adecuadamente atendido y contenido.

Lo habitual en una reunión de equipo es que los profesionales nos pongamos en modo *resolución de problemas*, desde nuestras mejores intenciones para ayudar al compañero, con la intención de ayudarle a ver

aquellos aspectos que no ha tenido en cuenta del funcionamiento del paciente, de la psicopatología, de lo que ha sucedido en la relación, de algún recurso técnico de intervención que podría haber utilizado, etc. Todas estas propuestas pueden ser muy útiles y pertinentes, pero pueden seguir dejando al profesional sintiéndose solo y desatendido en su malestar respecto al caso. Los compañeros del equipo se han colocado en la posición de imaginar que el caso lo llevan ellos y pensar qué hubieran hecho o dicho al paciente, algo que es más fácil puesto que su capacidad de mentalizar no se ha visto interferida por el impacto directo de las ansiedades del paciente, sino que observan este impacto en el compañero que lo ha atendido y nos está pidiendo ayuda. Pero, en este modo de *resolución de problemas*, seguimos desatendiendo lo que debería ser nuestro principal foco de atención en el equipo: el impacto emocional que está viviendo el profesional que presenta el caso, un impacto que estará interfiriendo en su capacidad de mentalizar y, en consecuencia, en su capacidad de poder pensar más adecuadamente sobre el caso.

Por todo ello, siguiendo una técnica de AMBIT denominada *pensar juntos*, en el ECID el foco es puesto inicialmente en el impacto emocional del profesional, dejando para un segundo momento al menor, la familia o la situación que sea la fuente de malestar. La idea es que el equipo pueda mentalizar al compañero o compañera, siguiendo una serie de pasos de esta técnica, que debe ser entrenada para poder ser efectiva<sup>1</sup>.

El objetivo del *pensar juntos* es ofrecer una experiencia donde los compañeros de equipo, siguiendo una serie de pasos, tratan de imaginar lo que sería para ellos estar en la piel del profesional que ha presentado la situación compleja que le genera ansiedad, pasando a tener una conversación entre ellos y delante del compañero que ha presentado el caso, que se mantiene en silencio. La idea es que el profesional que ha presentado pueda sentirse adecuadamente mentalizado, y que esta experiencia sirva para ayudarle a modular el impacto emocional, algo que a su vez favorecerá una recuperación de su capacidad de mentalizar sobre la situación concreta que le preocupa. La experiencia nos muestra como, con frecuencia, esta técnica favorece que el mismo profesional pueda tomar una perspectiva distinta sobre el caso y él mismo encontrar una manera de proceder o de intervenir que sirva, como consecuencia de haberse contenido las ansiedades que interferían en que pudiera llegar él mismo a una salida más adecuada para el caso en cuestión. De todas formas, en un segundo momento todo el equipo puede pensar sobre los posibles modos de proceder, aunque siempre después de haber mentalizado al compañero.

---

<sup>1</sup> Esta técnica se puede consultar en detalle en nuestra página web del ECID en los manuales AMBIT del Anna Freud National Centre for Children and Families: <https://manuals.annafreud.org/ambit-ecid/>

Debemos ser conscientes del riesgo que implica que un profesional trabaje solo y que el aislamiento de un profesional en cualquier profesión asistencial es un importante motivo de desgaste y sufrimiento, algo que incide directamente en su trabajo y en la calidad de la asistencia ofrecida. El objetivo de esta forma de organizar el trabajo en equipo es conseguir un *equipo bien conectado*, donde tengamos en cuenta que el éxito de las intervenciones depende de que el equipo funcione cuidando las relaciones y la capacidad de mentalizar de los compañeros, de manera que todos mantengamos un equilibrio entre la muy necesaria relación con cada uno de los menores y familias atendidos, y la igualmente necesaria relación con los compañeros del equipo que nos apoyan en dicha tarea. Es un proceso complejo que no es fácil de implementar en un equipo a no ser que haya una base suficientemente buena en las relaciones. Si hay conflictos serios o rivalidades no resueltas, estas situaciones se deberían abordar antes de intentar incorporar un *pensar juntos* y trabajar hacia un *equipo bien conectado*. Una formación en el modelo AMBIT es la mejor forma de empezar a trabajar en esta dirección.

### *Trabajar con la red*

Uno de los principales problemas en los casos de menores de alto riesgo es que a mayor gravedad del caso más servicios intervenimos. Intervenimos múltiples servicios, cada uno desde nuestras mejores intenciones, pero con frecuencia de forma poco coordinada. En este perfil de población es habitual encontrarnos con casos en los que intervienen profesionales del centro de salud mental, de los servicios sociales, de los servicios de protección a la infancia, de los equipos de asesoramiento psicopedagógico, del instituto, de un hospital de día, una unidad de agudos, etc. El joven y su familia son tratados por profesionales de diferentes servicios, que trabajamos con objetivos no coincidentes, utilizando diversos modelos de tratamiento o intervención.

Para el adolescente con dificultades de vinculación, sostener una relación intensa ya es muy difícil, y en lugar de tener en cuenta este punto para organizar la asistencia le pedimos que se relacione con múltiples profesionales de múltiples servicios, y que integre y haga buen uso de la múltiple información recibida desde tantas fuentes diversas. Si nos imaginamos lo que nos podría decir un adolescente en esta situación, sería algo así como: «Yo, un adolescente fragmentado, con mi familia fragmentada, ¿he de poder integrar lo que todos vosotros no habéis conseguido integrar en muchos años?». Es lo que en AMBIT se conoce como el efecto *torre de Babel*, donde el menor y la familia están expuestos a múltiples profesionales que hablan múltiples idiomas para tratar de dar sentido a una realidad confusa y fragmentada.

Esta es la contribución de la red asistencial a fomentar la reedición de una experiencia negligente para el menor, donde se le sigue colocando y se le sigue pidiendo que funcione a unos niveles para los que no está preparado. Esta situación puede aumentar la desesperación del menor y su familia, con un aumento del riesgo de las actuaciones, algo que a su vez aumenta las ansiedades en los profesionales. Estas ansiedades acaban siendo a menudo actuadas, acusándonos mutuamente tanto implícita como incluso explícitamente de no hacer lo que pensamos que el otro debería hacer, o de hacerlo mal. Todo ello tiene un efecto abrumador para el joven y la familia, algo que da lugar a una experiencia que despierta aversión y desconfianza hacia todos los servicios, y a la mencionada reedición de una experiencia de negligencia en la relación asistencial. Los servicios acabamos siendo testigos de un deterioro, aumento del riesgo y cronificación del joven.

Por este motivo desde el ECID, siguiendo el modelo AMBIT, nos proponemos mentalizar la red: mentalizar a los otros equipos y servicios. Para ello, nos proponemos que, antes de nada, debemos reestructurar nuestras expectativas sobre el trabajo en red, anticipando las diferencias, los malentendidos y conflictos inevitables con otros servicios, en lugar de verlo como una indicación de que las personas que forman parte de esta red alrededor del joven y su familia lo están haciendo o entendiendo mal. AMBIT adopta una posición que anticipa activamente la probabilidad de conflicto y contradicción entre servicios y/o profesionales, promoviendo la opinión explícita de que esto es comprensible como un aspecto de nuestras mejores intenciones y nuestros mejores esfuerzos para proporcionar los mejores servicios al usuario que se atiende (13).

AMBIT propone una herramienta para abordar la desintegración de la red, que denomina la tabla de desintegración. Es una herramienta práctica destinada a estimular la mentalización de la red. Nos ayuda a pensar qué partes del sistema pueden estar ayudando o dificultando la integración, y dónde podemos aportar una influencia útil hacia la integración. En primer lugar, la tabla invita al profesional a trazar un mapa de la red alrededor de la persona joven y a *mentalizarla*, incluyendo en el proceso a todas las personas significativas del entorno del menor, tanto los profesionales como los que no lo son. Posteriormente, nos invita a plantearnos tres preguntas sobre cada persona de la red, invitándonos a imaginarnos lo que respondería la persona en cuestión. En algunos caos tenemos la información directa de la persona para poder responder a cada pregunta, pero en otras ocasiones no la tenemos, aunque esto mismo ya nos servirá para darnos cuenta de que debemos mantener bien activa y explícita nuestra curiosidad para conseguir entender a cada una de las personas implicadas. Las tres preguntas que nos plantea la tabla son:

1. *¿Cuál es el problema?* ¿Por qué está pasando? Poder entender la perspectiva de cada miembro de la red profesional y familiar respecto a lo que se considera como el problema central del menor. Esta pregunta pone de manifiesto la frecuente desintegración en torno a las explicaciones o teorías activas y que impactan la actitud de las distintas personas alrededor del menor.
2. *¿Qué hacer?* ¿Qué podría ayudar con este problema? Estas preguntas ayudan a entender las distintas intervenciones que se consideran necesarias o pertinentes entre los distintos profesionales y personas significativas del entorno del menor. Hacen evidente la desintegración en torno a las prácticas que se ponen en marcha.
3. *¿Quién hace qué?* ¿Quién debería estar ayudando con este problema o la posible solución? Preguntas que nos ayudan a identificar la desintegración en el sistema más amplio alrededor del menor y la comprensión de las responsabilidades que este conlleva.

Una vez hemos conseguido mentalizar la compleja red alrededor del adolescente, es importante poder identificar aquellas *conversaciones clave* que deberían darse entre las diferentes partes dentro de una red de asistencia para neutralizar los procesos desintegrativos más perjudiciales: los *agujeros en la red*. El profesional del ECID reflexiona sobre las relaciones que se deberán trabajar entre las personas que presentan mayores niveles de desintegración, con el objetivo de trabajar en la dirección de *facilitar dichas conversaciones de manera que se maximice la probabilidad de comprender mejor los roles y responsabilidades, de deshacer los malentendidos y de disminuir los conflictos que acaban perjudicando al menor*<sup>2</sup>.

### *El proceso de aprender sobre nuestro trabajo*

En los equipos la capacidad de mentalizar está en riesgo cuando no se cuestiona el valor de lo que hacemos. AMBIT pretende dar apoyo a los equipos para aprender sobre su práctica de una manera más explícita sobre sus experiencias de trabajo. Este proceso de hacer más explícitos nuestros procesos implícitos de trabajo, donde nos preguntamos cómo hacemos las cosas, por qué las hacemos de esta manera y qué impacto tiene esto sobre las personas atendidas. También debemos preguntarnos y evaluar sobre el valor que tiene aquello que hacemos sobre los menores y las familias, el grado de efectividad y qué es lo que determina esta efectividad. La capacidad de mentalizar depende precisamente de la posibilidad de mantener

---

<sup>2</sup> Para más detalles sobre este proceso se puede consultar la web del ECID en los manuales AMBIT: <https://manuals.annafreud.org/ambit-ecid/>.

bien activa nuestra curiosidad para seguir aprendiendo de las experiencias y para desarrollar mejores maneras de abordar las diversas situaciones con las que nos enfrentamos cotidianamente, por lo que mantener esta evaluación explícita de forma continuada de nuestras experiencias de trabajo, es lo que desde AMBIT se considera que puede llevar a una mejora genuina del trabajo del equipo.

Para consolidar este proceso de aprendizaje sobre nuestro trabajo, nos invita a preguntarnos cómo recordamos e implementamos aquello que vamos aprendiendo. AMBIT nos propone manualizar, es decir, poder integrar en el trabajo de equipo la redacción continuada de un manual *online* donde recoger todo aquello que se va formulando y pensando en relación con lo que hacemos. Este proceso de construcción continuada y abierta del manual del equipo es un valioso vehículo para apoyar el aprendizaje en el mismo y, gradualmente, la versión local del manual de un equipo acaba representando el pensamiento colectivo del equipo.

Para ello es importante encontrar un equilibrio entre el respeto por la evidencia de la investigación en nuestro campo y el respeto por la práctica y la experiencia local de los miembros del equipo. Es un equilibrio en ocasiones difícil de mantener, puesto que nos debatimos entre el riesgo de dar demasiado énfasis a *la evidencia* que en ocasiones nos hace perder de vista la realidad clínica que tenemos delante, y el riesgo de creer demasiado en la propia experiencia que nos puede hacer perder de vista el riesgo de ciertas prácticas o iniciativas asistenciales.

El manual AMBIT en su versión inglesa es una buena muestra de este proceso de aprendizaje, que se ha enriquecido con las aportaciones de múltiples equipos que trabajamos siguiendo este modelo. En el ECID estamos construyendo paulatinamente el manual en versión española, con la finalidad de apoyar lo que vamos aprendiendo y afianzar esta propuesta de intervención para adolescentes de alto riesgo, tratando de acompañar el objetivo de seguir recuperando nuestra capacidad de mentalización en tantos momentos futuros en los que estamos seguros de que la volveremos a perder.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Lingardi V., McWilliams N. (Eds.) *Psychodynamic Diagnostic Manual, 2º Edition: PDM-2 (English Edition)*. New York: The Guilford Press; 2017.
- (2) Tizón J. *Apuntes para una psicopatología basada en la relación. Vol. I: Psicopatología general*. Barcelona: Herder; 2018.
- (3) Tizón J. *Apuntes para una psicopatología basada en la relación. Vol. II: Relaciones dramatizadas, atemorizadas y racionalizadoras*. Barcelona: Herder; 2108.
- (4) Tizón J. *Apuntes para una psicopatología basada en la relación. Vol. III: relaciones emocionalizadas, intrusivas, actuadoras y «operativas»*. Barcelona: Herder; 2019.

- (5) Dangerfield M. Estudio de las consecuencias psicopatológicas de las adversidades relacionales en la infancia y de la transmisión del trauma transgeneracional. Tesis Doctoral. Universidad Ramón Llull; 2020.
- (6) Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press; 2002.
- (7) Fonagy P., Allison E. The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy* 2014; 51: 372-380.
- (8) Malberg N.T. Mentalization Based Group Interventions With Chronically Ill Adolescents: An Example of Assimilative Psychodynamic Integration? *Journal of Psychotherapy Integration* 2013; 23 (1): 5-13.
- (9) Malberg N.T. A Caged Life: A Girl's Discovery of Freedom Through the Co-Creation of Her Life's Narrative. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy* 2013; 12: 59-71.
- (10) Malberg N.T. Psychodynamic Psychotherapy and Emotion. In: Greenberg L.S., Malberg N.T., Tompkins M.A. Working With Emotion in Psychodynamic, Cognitive Behavior, and Emotion-Focused Psychotherapy. Washington, DC: American Psychological Association; 2019.
- (11) Bevington D., Fuggle P., Fonagy P., Target M., Asen E. Innovations in Practice: Adolescent Mentalization –Based Integrative Therapy (AMBIT)– a new integrated approach to working with the most hard to reach adolescents with severe complex mental health needs. *Child and Adolescent Mental Health* 2012; 18(1): 46-51.
- (12) Bevington D., Fuggle P., Fonagy P. Applying attachment theory to effective practice with hard-to-reach youth: the AMBIT approach. *Attachment & Human Development*. 2015. Doi: 10.1080/14616734.2015.1006385.
- (13) Bevington D., Fuggle P., Cracknell L., Fonagy P. Adaptive Mentalization-Based Integrative Treatment: A Guide for Teams to Develop Systems of Care. Oxford University Press; 2017.
- (14) Bateman A., Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry* 2008; 165: 631-638.
- (15) Bateman A., Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient Mentalization-Based Treatment versus Structured Clinical Management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 2009; 166(12): 1355-1364.
- (16) Rossouw, T. I. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51 (12), 1304-1313.
- (17) Midgley N., Ensink K., Lindqvist K., Malberg N.T., Muller N. Mentalization-Based Treatment for Children: A Time-Limited Approach. Washington, DC: American Psychological Association; 2017.
- (18) Teicher M.H., Samson J.A., Anderson C.M., Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature*, 2016; 17: 652-666. Doi:10.1038/nrn.2016.111.
- (19) Fearon R.P., Bakermans-Kranenburg M.J., Van IJzendoorn M.H., Lapsley A.M., Roisman G.I. The significance of insecure attachment and disorganization in the

development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Development* 2010; 81(2): 435-456.

- (20) Grossmann, K. E., Grossman, K. & Waters, E. (2005). *Attachment from infancy into adulthood: The major longitudinal studies*. New York, NY: Guilford Press.
- (21) Slade A. Imagining fear: Attachment, threat and psychic experience. *Psychoanalytic dialogues* 2014; 24(3): 253-266.  
Doi:10.1080/10481885.2014.911608
- (22) Steel H., Steel M., Fonagy P. Associations among attachment classifications of mothers, fathers and their infants. *Child Development* 1996; 67: 541-555.
- (23) Goff D., Brotman A., Kindlon D., Waites M., Amico E. Self-reports of childhood abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry Research* 1991; 37: 73-80.
- (24) Mullen P., Martin J., Anderson J., Roamns S., Herbison, G. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry* 1993; 163: 721-732.
- (25) Turner R., Lloyd D. Lifetime traumas and mental health: The significance of cumulative adversity. *Journal of Health and Social Behavior* 1995; 36(4): 360-376.
- (26) Van der Kolk B.A., Pelcovitz D., Roth S., Mandel F., McFarlane A., Herman J.L. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153(7): 83-93. Doi:10.1176/ajp.153.7.83.
- (27) Verhulst F., Van der Ende J. Factors associated with child mental health service use in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 901-909. Doi:10.1097/00004583-199707000-00011.
- (28) Read J., Fraser A. Abuse histories of psychiatric inpatients: to ask or not to ask? *Psychiatric Services* 1998; 49(3): 355-359.
- (29) Bradley R.H., Corwyn R.F. Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology* 2002; 53: 371-399.
- (30) Banyard V.L., Williams L.M., Siegel J.A. The impact of complex trauma and depression on parenting: An exploration of mediating risk and protective factors. *Child Maltreatment* 2003; 8: 333-349. Doi:10.1177/1077559503257106.
- (31) Courtois C.A. Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2004; 41(4): 412-425. Doi:10.1037/0033-3204.41.4.412
- (32) Janssen I., Krabbendam L., Bak M., Hanssen M., Vollebergh W., de Graaf R., Van Os J. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 109: 38-45.
- (33) Read J., Van Os J., Morrison A.P., Ross C.A. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005; 112: 330-350.
- (34) Bendall S., Jackson H.J., Hulbert C., McGorry P.D. Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of evidence. *Schizophrenia Bulletin* 2008; 34(3): 568-579.
- (35) Cohen L.R., Hien D.A., Batchelder S. The impact of cumulative maternal trauma and diagnosis on parenting behavior. *Child Maltreatment* 2008; 13(1): 27-38. Doi:10.1177/1077559507310045.

- (36) Shevlin M., Houston J., Dorahy M., Adamson G. Cumulative Traumas and Psychosis: an Analysis of the National Comorbidity Survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin* 2008; 34(1): 193-199.
- (37) Sorensen H., Mortensen E., Schifman J., Reinisch J., Maeda J., Mednick S.A. Early developmental milestones and risk of schizophrenia: a 45-year follow-up of Copenhagen Perinatal Cohort. *Schizophrenia Research*, 2010;118(1-3): 41-47.
- (38) Dangerfield M. Negligencia y violencia sobre el adolescente: abordaje desde un Hospital de Día. *Temas de Psicoanálisis* 4, Junio 2012.  
Disponible en: [www.temasdepsicoanalisis.org](http://www.temasdepsicoanalisis.org)
- (39) Dangerfield M. «Sense un lloc a la teva ment, sense un lloc al món». Aspectes tècnics del treball amb adolescents desatesos. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. 2016;vol. XXXIII, 2: 99-129.
- (40) Varese F., Feikje S., Drukker M., Ritsaert L., Tineke L., Viechtbauer W., Read J., Van Os J., Bentall R.P. Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin* 2012; 38(4): 661-671.
- (41) Cloitre M., Garvert D.W., Brewin C.R., Bryant R.A., Maercker A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology* 2013;4,1. Doi:10.3402/ejpt.v4i0.20706.
- (42) Artigue J., Tizón J. Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. *Atención Primaria* 2014; 46(7): 336-356.
- (43) Van der Kolk B. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York: Penguin Books; 2015.
- (44) Artigue J., Tizón J., Salamero M. Reliability and Validity of the List of Mental Health Items (LISMEN). *Schizophrenia Research* 2016; 176: 423-430.
- (45) Cook A., Spinazzola J., Ford J., Lanktree C., Blaustein M., Cloitre M., Mallah K. Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals* 2017;35(5):390-398. Doi:10.3928/00485713-20050501-05.
- (46) Dangerfield M. Aportaciones del tratamiento basado en la mentalización (MBT-A) para adolescentes que han sufrido adversidades en la infancia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente* 2017; 63: 29-47.
- (47) Dangerfield M. Working with At-Risk Mental States in Adolescence. (In press) 2019.
- (48) Cavanagh M.R., Read J., New B. Sexual abuse inquiry and response: a New Zealand training programme. *New Zealand Journal of Psychology* 2004; 33(3): 137-144.
- (49) Read J., Harper D., Tucker I., Kennedy A. Do adult mental health services identify child abuse and neglect? A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing* 2017. doi:10.1111/inm.12369.
- (50) Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena; a study of the first not-me possession. *International Journal of Psychoanalysis*, 34(2): 89-97.
- (51) Quijada, Y., Tizón, J. L., Artigue, J. y Parra, B. (2010). At-risk mental state (ARMS) detection in a community service center for early attention to psychosis in Barcelona. *Early Intervention in Psychiatry*, 4(3), 257-262.

- (52) Ensink, K., Berthelot, N., Bernazzani, O., Normandin, N. & Fonagy, P. (2014). Attachment and reflective function specific to trauma in pregnant women with histories of abuse and neglect. *Frontiers in Psychology*, 5, 1-12.
- (53) Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D. (2016). Attachment disorganization from infancy to adulthood: Neurobiological correlates, parenting contexts and pathways to disorder. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 667-695). New York: NY: Guilford Press.
- (54) Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P. & Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: the role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36 (2), 200-212.
- (55) Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Developmental Psychopathology*, 11 (2), 225-250. Doi:10.1017/S0954579499002035.
- (56) Barnett, D., Ganiban, J. & Cicchetti, D. (1999). Maltreatment, negative expressivity, and the development of Type D attachments from 12 to 24 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64 (3), 97-118. doi.org/10.1111/1540-5834.00035.
- (57) Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25 (4), 525-531. doi.org/10.1037/0012-1649.25.4.525.
- (58) Cicchetti, D., Rogosch, F. A. & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Developmental Psychopathology*, 18 (3), 623-49.
- (59) Van IJzendoorn, M. (1995). Adult Attachment Representations, Parental Responsiveness, and Infant Attachment: A Meta-Analysis on the Predictive Validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117 (3), 387-403.
- (60) Gergely, G. & Csibra, G. (2005) The social construction of the cultural mind: Imitative learning as a mechanism of human pedagogy. *Interaction Studies*, 6 (3), 463-481.
- (61) Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E. & Campbell, C. (2019). Mentalizing, Epistemic Trust and the Phenomenology of Psychotherapy. *Psychopathology* 2019; 52: 94-103. Doi: 10.1159/000501526.
- (62) Fisher, S., Guralnik, T., Fonagy, P. & Zilcha-Mano, S. (2020). Let's face it: video conferencing psychotherapy requires the extensive use of ostensive cues. *Counselling Psychology Quarterly*. DOI: 10.1080/09515070.2020.1777535.
- (63) Bateman, A. & Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- (64) Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders. A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- (65) Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment: Some findings and some directions for future research. In P. Marris, J. Stevenson-Hinde & C. Parkes (Eds.), *Attachment Across the Life Cycle* (pp. 127-159). New York: Routledge.

- (66) Fonagy, P. (2004). Psychotherapy meets neuroscience: A more focused future for psychotherapy research. *Psychiatric Bulletin*, 28, (10), 357-359.
- (67) Allen, J. G. (2013). *Restoring Mentalizing in Attachment Relationships: Treating Trauma With Plain Old Therapy*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- (68) Allen, J. G., Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- (69) Bleiberg, E., Rossouw, T. & Fonagy, P. (2012). Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder, in Eds. Bateman & Fonagy, *Handbook of mentalizing in mental health practice*. 463-510. American Psychiatric publishing, Washington DC.

# DECISIONES COMPARTIDAS EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL: VISIÓN DE CONJUNTO Y ESTUDIO CUALITATIVO PILOTO

*Francisco José Eiroa Orosa, Cecilia Rebeca Sánchez Moscona*

## INTRODUCCIÓN

La formulación y el abordaje del sufrimiento psíquico en la infancia y la adolescencia ha sido y sigue siendo objeto de debate. En todo caso, no cabe duda de que la aparición del malestar, la reacción a este del entorno (familiar, escolar...) y la interacción con los servicios de salud modifican el escenario en el que se da el paso hacia la vida adulta. En las últimas décadas, se han movilizado recursos hacia el desarrollo de estrategias de detección precoz de trastornos considerados «severos», como el autismo o la psicosis infantil, y de retrasos específicos del desarrollo. Sin embargo, y a pesar de cierto revuelo en ámbitos académicos por los debates de la legitimidad de algunos diagnósticos como el TDAH (1) y la evidencia del estigma que las personas diagnosticadas soportan a diferentes niveles (pares, familiares, docentes, autoestigma; 2), el impacto que la aparición del propio diagnóstico tiene en el desarrollo ha pasado más desapercibido. Como en otros ámbitos de la salud, una buena parte de los recursos en salud mental infanto-juvenil se destinan al refinamiento de los métodos de detección, con la certeza de que una intervención temprana puede prevenir males posteriores. Sin embargo, es realmente difícil encontrar reflexiones sobre los posibles efectos iatrogénicos de las propias intervenciones en el contexto de la salud mental infanto-juvenil, si bien es cierto que este debate comienza a darse en cuanto a la prevención (3) y en el contexto de la atención de personas adultas (4,5).

En el último medio siglo los sistemas sanitarios y en especial la parte dedicada a salud mental, han experimentado una serie de cambios que han escenificado con más o menos éxito una transición de un modelo basado en la enfermedad a uno centrado en las preferencias de las personas usuarias, promoviendo su recuperación (6). La aparición de documentos como la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad genera un nuevo paradigma jurídico que debería facilitar la sustitución de las aproximaciones paternalistas por otras más cooperativas. En lo que respecta a la indicación de tratamientos, aparecen términos como «concordancia» o «acuerdo terapéutico» que comienzan a sustituir a los clásicos «cumplimiento» o «adherencia». Así, el acuerdo debería convertirse en el objetivo de un proceso de negociación y co-responsabilidad

en la decisión de elección de un programa de tratamiento. Este proceso de co-construcción comienza a ser conocido como toma de decisiones compartidas (7) y se da en paralelo a la extensión de modelos colaborativos como la recuperación (8) o el diálogo abierto (9). Estos nuevos paradigmas contemplan procesos de decisiones compartidas (PDCs) como premisa necesaria para la atención, independientemente de características como la gravedad. Cabe diferenciar los PDCs del documento de voluntades anticipadas (DVA), que es un derecho reglado de todas las personas usuarias de servicios de salud. El DVA tiene mayor implementación en condiciones crónicas, aunque su presencia en salud mental comienza a ser destacada. En todo caso, al ser requisito para su creación la mayoría de edad de la persona, la relevancia en el contexto infantojuvenil es reducida.

A pesar de que existe una gran cantidad de literatura y acuerdo de la pertinencia de los PDCs en el contexto de la atención a personas adultas, su implementación es muy escasa debido a barreras actitudinales (prejuicios sobre el coste de implementar el proceso que no se corresponden con la evidencia) pero también prácticas y organizacionales, ya que no existen incentivos de suficiente peso para que las personas profesionales se arriesguen a cambiar sus modos de actuar (10). En el contexto de la salud mental infanto-juvenil, la implementación de los PDCs es, si cabe, más incipiente y en los lugares en que se ha intentado, los obstáculos son similares (11). A pesar de ello, recientemente se ha propuesto un procedimiento por etapas específico para la atención en salud mental infanto-juvenil (12): asociación profesional-paciente, información sobre opciones, pros y contras de estas, deliberación sobre las opciones, relación con los valores y las preferencias de la persona paciente y, finalmente, toma de decisiones consensuadas.

Esto se da en un contexto donde cada vez más se evidencia que muchas personas usuarias de servicios de salud mental infanto-juvenil (al igual que en el contexto de personas adultas) sienten desempoderamiento respecto a su proceso de recuperación. Los foros de activistas, que, si bien no pueden ser considerados «representativos» del colectivo en su conjunto, evidencian la opinión de un sector creciente de personas usuarias, transmiten una clara insatisfacción con el rol pasivo muchas veces impuesto en la relación asistencial. Esta percepción coincide con la preocupación por vincular a menores en riesgo a los servicios y conseguir que no abandonen el tratamiento, sobre todo en el paso de servicios dirigidos a población infantojuvenil a adulta.

El respeto a las preferencias en servicios de salud se relaciona con diversos beneficios, como un incremento de la satisfacción, del compromiso con el tratamiento y de resultados favorables (13). Hay también un incremento de la comunicación con las personas profesionales, lo que genera una mejor alianza terapéutica (14). Por otra parte, la literatura de decisiones compartidas en trastornos somáticos demuestran que las personas jóvenes quieren estar involucradas en las decisiones sobre sus tratamientos

(15) y que son capaces de implicarse en estas decisiones (16). Esta implicación puede tener varios beneficios, no solo terapéuticos, sino en su autoestima y la transición hacia la vida adulta.

#### CONSIDERACIONES PRÁCTICAS

La infancia y la adolescencia son etapas de cambio, definición y clarificación de la identidad, por lo que un diagnóstico puede suponer una ruptura en el proceso de desarrollo. Así, el proceso de recuperación también deberá adaptarse a este dinamismo y no suponer simplemente un retorno al estado previo al diagnóstico (17). En esta misma línea, las decisiones compartidas suponen un enfoque innovador que busca transformar la experiencia de las personas usuarias de los servicios de salud mental. Se pretende pasar de una situación de pasividad a una donde las intervenciones estén acordadas de manera colaborativa entre personas usuarias y profesionales, de manera que compartan mutuamente su conocimiento (18).

Cabe destacar que la aplicación de intervenciones centradas en la autonomía desde una perspectiva empoderadora en poblaciones jóvenes puede suponer desafíos específicos. Debe tenerse en cuenta que la relación de las personas usuarias con sus familiares implica dependencias que pueden chocar con un proceso de fomento de autonomía como es un PDC. También debe tomarse en consideración que las relaciones con los pares influyen en gran medida en el desarrollo de la identidad a través de procesos de pertenencia en los que también están implicados elementos de poder y dependencia.

La realización de decisiones compartidas en el ámbito infanto-juvenil puede tomar muchas formas. No obstante, el proceso debe incluir algunos aspectos básicos. Por un lado, se debe incluir a la persona, las personas que se hacen cargo de sus cuidados y a otras personas (como profesionales de la educación o de servicios sociales) implicadas en el proceso de toma de decisiones con el profesional de la salud. También se debe facilitar el intercambio bidireccional de información, de manera que la persona menor y su entorno aporten información sobre los problemas que les llevan a consultar, sus preferencias, valores y objetivos, y por parte de los profesionales sobre las opciones de tratamiento. Por último, es crucial que se determine el curso de acción de manera colaborativa, mediante un proceso de discusión, compromiso y acuerdo (19).

Actualmente, existen varias guías de apoyo de las decisiones compartidas, incluyendo la planificación anticipada de decisiones. Ejemplos de esto son la Guía de planificación anticipada de decisiones en salud mental elaborada por la Junta de Andalucía (20) o el documento del Comité de Bioética de Cataluña (21), pero muy pocas contemplan las particularidades de las decisiones compartidas con personas usuarias adolescentes. Por

ello, en el Reino Unido se han llevado a cabo algunos proyectos para explorar la implementación de las decisiones compartidas en servicios de salud mental de la infancia y la adolescencia, así como el rol de las personas profesionales de salud en este proceso y los modos de aplicar este modelo con adolescentes y sus familias, demostrando su gran utilidad (12, 22).

## ESTUDIO PILOTO

Con el objetivo de conocer la opinión, las prácticas actuales de las personas usuarias y profesionales y los posibles obstáculos respecto a la incorporación de prácticas colaborativas en la atención en salud mental infanto-juvenil, se planteó un proyecto de naturaleza exploratoria a través de grupos focales.

## MÉTODO

En 2019, se procedió a realizar un primer grupo focal con el equipo de un centro de salud mental infanto-juvenil de la ciudad de Barcelona. Previamente a su inicio, se obtuvo autorización del comité ético local y se explicó al equipo participante el objetivo del grupo focal obteniendo su consentimiento para grabar la sesión. Participaron un psiquiatra y cuatro psicólogas. La sesión fue dinamizada por dos investigadores de la Universidad de Barcelona y el Grupo de Investigación en Primera Persona de la Federación Veus.

El análisis expuesto a continuación, se ha hecho a partir de la transcripción de la grabación de la sesión y las notas tomadas *in-situ*. El análisis ha consistido en identificar los temas de debate principales y agruparlos en categorías y sub-categorías, que se exponen a continuación.

## RESULTADOS

Se identificaron cinco categorías principales: requisitos, beneficios, límites, dilemas y procedimiento. A continuación, procederemos a explorar cada una de ellas.

### *Requisitos*

La parte inicial de la discusión se centró en debatir sobre los requisitos que las personas participantes consideran como indispensables para la implementación de las decisiones compartidas en el ámbito infanto-juvenil.

Esta categoría se divide a su vez en las subcategorías de rol profesional, trabajo con población infantil y adolescente, trabajo con padres y madres y cambios legislativos.

### Rol profesional

El equipo habló sobre la importancia de la *colaboración interprofesional* como parte de las funciones de la práctica en salud mental; señalaron la necesidad de promover el trabajo en red, ayudando a conectar a las personas usuarias a otros servicios. También se destacaron como puntos esenciales la construcción de una *buena relación terapéutica* y la necesidad de tener claros los *propios límites* para poder fomentar el empoderamiento; «el terapeuta también debe tener claro cuáles son los límites, hasta dónde puedes llegar y dónde estás entrando en el terreno de empeorar la situación.»

### Trabajo con población infantil y adolescente

Las personas participantes también identificaron aspectos a mejorar del trabajo con sus pacientes. Por un lado, hay quienes consideraron que se debe invertir más tiempo para mejorar la *escucha activa*, ya que se suele escuchar más las voluntades y deseos de la familia que las de la persona usuaria, sobre todo cuando son de más corta edad. «(Debemos) contar con lo que ellos opinan, hablar todos, si es viable con los padres, con todos los profesionales»; «falta escucharles de distinta manera [...], tendríamos que tener más tiempo para escucharles, a su ritmo.» También se debatió sobre aspectos relacionados con el *consentimiento informado* y se destacó la necesidad de informar a las personas usuarias de manera adaptada a su capacidad y respetar sus decisiones. «Si no se quiere tomar la medicación, está en su derecho [...] y tú tienes que informarle, e informarle de lo que puede pasar y respetarle».

### Trabajo con padres y madres

Otro requisito identificado tiene que ver con la necesidad de hacer un trabajo también con las y los padres y madres de las personas usuarias. Se destacó su papel indispensable en el *fomento de la autonomía* de la persona menor y la necesidad de contar con su *consentimiento*; «hay que trabajar con los padres, es el objetivo terapéutico.» Aun así, también se señaló cómo la relación con y entre ellas y ellos es un factor muy influyente en todo el proceso y puede suponer un obstáculo en ocasiones: «En un momento dado tienes un adolescente de 15 años, padres separados y uno no consiente. Tú como terapeuta puedes evaluar, pero no tratar porque necesitas consentimiento de los dos padres».

### Cambios y clarificación de la legislación

Las personas participantes coincidieron en la necesidad no solo de cambiar las leyes en relación con las personas usuarias menores, sino de

clarificar las ya existentes («hasta nosotros tenemos dudas»). La mayoría expresan que desconocen qué acciones pueden llevar a cabo con adolescentes sin el consentimiento de sus padres y madres y cuáles son los límites de edad que permiten estas acciones. Expresan que conocen el término de «menores maduros/as», por ejemplo, y sin embargo desconocen las leyes que les amparan al intervenir.

### *Beneficios*

Otra de las grandes categorías extraídas del análisis es los beneficios potenciales de la implementación de las decisiones compartidas con población infantil y adolescente. Las y los participantes expresaron como tales un mayor cumplimiento terapéutico y una mayor autenticidad y autonomía.

#### Mayor cumplimiento terapéutico

Todas las personas participantes coincidieron en que las decisiones compartidas fomentarían la implicación de las personas usuarias en su proceso terapéutico, aumentando la adherencia al tratamiento. «Yo creo que todo lo que sea poder contar con su opinión, poder tenerlo en cuenta... Todo eso favorece que se impliquen en el proceso terapéutico.»

#### Mayor autenticidad y autonomía

También coincidieron en que aumentaría la transparencia, disminuyendo la agenda oculta de las personas profesionales, y fomentaría la autonomía de las personas usuarias. En relación con la autonomía, se habló de cómo es una capacidad que está siempre presente, y que su expresión depende de cuánto la permitan las personas adultas: «Muchas veces la sobreprotección o el querer ayudarlo invalidándolo hace que cuando llegue a los 18 años sienta que no es capaz o que no puede tomar decisiones porque no se le ha permitido, no porque no tenga la capacidad». Asimismo, también se destacó cómo el no hacer puede ser una manera de intervención que ayude a resituar la responsabilidad en la otra persona.

### *Límites*

Las personas participantes también identificaron diversos factores relacionados con el sistema que podrían suponer obstáculos en la implementación de las decisiones compartidas en el ámbito infanto-juvenil: paternalismo y cuestiones burocráticas.

## Paternalismo

Todas las personas participantes coincidieron en que hay mucho más paternalismo en el ámbito infantil que en el de personas adultas. Hay quienes consideraron que esto es debido a que el hecho de adoptar una actitud paternalista es la opción menos arriesgada en relación con la legalidad, es decir, con los límites y los derechos. «Es como si el sistema te estuviese tirando a ser más paternalistas porque si no te arriesgas». En esta misma línea, las personas profesionales de salud mental en el área infantil o juvenil tienen que tomar más medidas que en las de personas adultas para suplir la falta de medios y la saturación de los servicios.

## Temas burocráticos

En el ámbito burocrático, las personas participantes identificaron la necesidad de diagnosticar y de satisfacer las demandas de otros servicios como posibles límites. En relación con el diagnóstico, surgió cierto conflicto, ya que las personas participantes consideran que en ocasiones deben adjudicar un diagnóstico, pese a no considerarlo terapéutico, para facilitar el acceso a determinados recursos. Aun así, expresaron también el peso que puede suponer tener ese diagnóstico, y cómo suele mantenerse durante años. En esta misma línea, se destacó la necesidad de hacer de puente entre otros servicios, como el colegio o servicios sociales, y las personas usuarias. «Hay muchas intervenciones que quizás tú las podrías hacer algo diferentes y estás limitado por alguna cosa que te piden desde otros servicios»; «el trabajo pasa por hacer un poco de puente entre ambos y transformarlo que los otros te piden de manera que el paciente lo pueda entender».

## Dilemas

A parte de los límites y los beneficios, también se identificaron aspectos dilemáticos de la práctica profesional en el ámbito infantojuvenil, que habría que tener en cuenta en la implementación de las decisiones compartidas. Estos dilemas giran en torno a la dificultad del manejo de la información y a la necesidad de valorar caso a caso.

## Manejo de la información

Muy relacionado con el paternalismo, se discutió sobre la complejidad del manejo de la información. Algunas personas participantes señalaron la necesidad de ir con cuidado a la hora de compartir determinada información, adaptándola a la capacidad de comprensión de cada persona usuaria. Se planteó cómo el hecho de elegir limitar la información puede confundirse con ser más paternalista, sin que realmente sea así; «Hay niños que en según qué edad tampoco pueden manejar según qué información. Hay

que tener mucho cuidado en eso y ver que no lo estás haciendo desde el paternalismo, sino que realmente estás haciendo un manejo adecuado.»

#### Valoración del caso a caso

El total de participantes coincidieron en que la aplicación de las decisiones compartidas es más plausible en el contexto de intervención con población adolescente que con infantil. No obstante, transmitieron la dificultad de implementar un límite de edad que determine cuándo sí se podrían llevar a cabo y cuándo no. Se destacó también cómo dos personas usuarias coetáneas pueden diferir mucho en madurez, lo cual dificulta aún más el planteamiento de dicho límite: «Hay niños con los que puedo hablar clarísimamente sobre lo que les pasa y hay niños que tú ves que quieren que decida su madre». Asimismo, hay quienes consideraron que los casos más graves pueden hallarse en un nivel evolutivo mucho menor al de su edad cronológica. Por todo esto, las personas participantes acabaron concluyendo que sería necesaria la valoración individual de cada caso.

#### *Procedimiento*

En respuesta a los pasos a seguir para implementar este procedimiento, hubo consenso entre el total de participantes; es necesario que se realice una prueba piloto, y ofrecer actividades de formación y sensibilización.

#### Prueba piloto

Como primer paso, se habló de la realización de una prueba piloto que permita evaluar la satisfacción y la efectividad del programa de decisiones compartidas: «Lo suyo sería hacer una prueba piloto en algún sitio y hacer un comparativo y demostrar que es algo positivo de alguna forma».

#### Beneficio para el profesional

A parte de basarse en lo beneficiosa que puede resultar esta práctica para las personas usuarias y sus familiares, se destacó la necesidad de buscar el beneficio que puede suponer para la persona profesional, de manera que no se convierta únicamente en una imposición; «que tú veas qué te aporta y en qué beneficia al paciente. Buscar algo que creas que es realmente útil y que te es válido a ti.»

#### Formación y sensibilización a profesionales

Por último, se destacó como punto clave la realización de actividades formativas gratuitas y programas de sensibilización dirigidos a profesionales de salud mental; «Que te despierte el interés a través de la formación, con una parte teórica y quizás práctica.»

## CONCLUSIONES

Las decisiones compartidas han demostrado tener múltiples beneficios en servicios de salud de personas adultas. No obstante, su implementación en el contexto infantojuvenil apenas ha sido explorado. A nivel internacional, disponemos de estudios pioneros que avalan la efectividad de estas prácticas en población infantil y juvenil. Sin embargo, el panorama español se encuentra muy lejos de esta realidad, habiendo una gran escasez de evidencia al respecto. Con el objetivo de llenar dicho vacío, se ha llevado a cabo el presente análisis, dando un primer paso en esta dirección.

Al explorar el punto de vista de un equipo de profesionales de salud mental infanto-juvenil de Barcelona, se han podido identificar de primera mano temas cruciales de cara a la potencial implementación de esta práctica en este contexto. Por un lado, el análisis ha permitido conocer algunos requisitos necesarios para que los PDC se puedan llevar a cabo de manera exitosa, incluyendo aspectos del rol y funciones de las personas profesionales de salud mental, como la colaboración interprofesional o conocer los propios límites; del trabajo con las personas menores, como la escucha activa o el consentimiento informado; y del trabajo con padres y madres, de manera que se fomente la autonomía de las personas menores. También se ha señalado la necesidad de que cambien y se clarifiquen las leyes pertinentes, para que no haya dudas sobre qué tipo de intervenciones se pueden realizar con las personas usuarias. En relación con los beneficios potenciales de estas prácticas, se ha destacado un aumento del cumplimiento terapéutico, de la autenticidad de la intervención y de la autonomía del menor. Por otro lado, se han identificado ciertos límites u obstáculos para la implementación, que las personas participantes relacionan con el sistema: el paternalismo y aspectos burocráticos, como la necesidad de diagnosticar y de cumplir con las demandas de otros servicios. Respecto a cuestiones dilemáticas, se destacó la necesidad de adaptar la información proporcionada a la capacidad de comprensión de la persona menor y la valoración individual de cada caso, dado que se considera muy difícil establecer criterios estables que permita decidir cuándo aplicar los PDC. Por último, en relación con los pasos a seguir para implementar esta práctica, las personas participantes coincidieron en la necesidad de realizar una prueba piloto que demuestre la evaluación de su efectividad y de buscar el beneficio y ofrecer formaciones y actividades de sensibilización para las personas profesionales.

Pese a verse limitado por el tamaño de la muestra, este estudio es un primer acercamiento a la puesta en marcha de los procesos de decisiones compartidas en el ámbito infantojuvenil. Permite identificar cuestiones importantes sobre los beneficios, los límites, las posibles disyuntivas y la implementación de dichos procesos. En un futuro próximo, sería interesante continuar estudiando las decisiones compartidas en la infancia y la

adolescencia, mediante la realización de más grupos focales y de análisis más exhaustivos para fomentar una atención basada en los derechos de las personas menores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Pérez-Álvarez M. Más Aristóteles y menos Concerta®: Las cuatro causas del TDAH. Barcelona: Ned Ediciones; 2018.
- (2) Mukolo A, Heflinger CA, Wallston KA. The Stigma of Childhood Mental Disorders: A Conceptual Framework. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. febrero de 2010; 49 (2): 92-103.
- (3) Caretti Giangaspro E, Guridi Garitaonandia O, Rivas Cambroner E. Prevención en la infancia: no toda intervención hoy es más salud para mañana. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2019; 39 (135): 241-59.
- (4) Ortiz Lobo A, Ibáñez Rojo V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Rev Esp Salud Publica*. 2011; 85 (6): 513-23.
- (5) Ortiz Lobo A. El trabajo con la demanda hacia la patología o la indicación de no-tratamiento. *Norte salud Ment*. 2014; XII (49): 23-8.
- (6) Eiroa-Orosa FJ, Rowe M. Taking the Concept of Citizenship in Mental Health across Countries. Reflections on Transferring Principles and Practice to Different Sociocultural Contexts. *Front Psychol*. 21 de junio de 2017; 8.
- (7) Slade M. Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry*. junio de 2017; 16 (2): 146-53.
- (8) Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*. 1993; 16 (4): 11-23.
- (9) Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Sutela M, Keränen J. Treating psychosis by means of open dialogue. En: Friedman S, editor. *The Reflecting Team in Action: Collaborative Practice in Family Therapy*. New York: Guilford Press; 1995.
- (10) Coulter A. Shared decision making: everyone wants it, so why isn't it happening? *World Psychiatry*. junio de 2017; 16 (2): 117-8.
- (11) Hayes D, Edbrooke-Childs J, Town R, Wolpert M, Midgley N. Barriers and facilitators to shared decision making in child and youth mental health: clinician perspectives using the Theoretical Domains Framework. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 18 de mayo de 2019; 28 (5): 655-66.
- (12) Langer DA, Jensen-Doss A. Shared Decision-Making in Youth Mental Health Care: Using the Evidence to Plan Treatments Collaboratively. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 3 de septiembre de 2018; 47 (5): 821-31.
- (13) Lindhiem O, Bennett CB, Trentacosta CJ, McLear C. Client preferences affect treatment satisfaction, completion, and clinical outcome: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. agosto de 2014; 34 (6): 506-17.
- (14) Iacoviello BM, McCarthy KS, Barrett MS, Rynn M, Gallop R, Barber JP. Treatment preferences affect the therapeutic alliance: Implications for randomized controlled trials. *J Consult Clin Psychol*. 2007; 75 (1): 194-8.

- (15) Moore L, Kirk S. A literature review of children's and young people's participation in decisions relating to health care. *J Clin Nurs*. 2010; 19 (15-16): 2215-25.
- (16) Alderson P, Sutcliffe K, Curtis K. Children as partners with adults in their medical care. *Arch Dis Child*. 2006; 91 (4): 300-3.
- (17) Ballesteros-Urpí A, Pardo-Hernández H, Ferrero-Gregori A, Torralbas-Ortega J, Puntí-Vidal J, Tàpies Olivet P, et al. Validation of the Spanish and Catalan versions of the Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents (HoNOSCA). *Psychiatry Res*. 2018; 261 (June 2017): 554-9.
- (18) Coulter A, Edwards A, Elwyn G, Thomson R. Implementing shared decision making in the UK. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2011; 105 (4): 300-4.
- (19) Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes, at least two to tango). *Soc Sci Med*. 1997; 44 (5): 681-92.
- (20) Sues A, Tamayo Velázquez MI, Bono del Trigo Á. Planificación anticipada de decisiones en salud mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental [Internet]. Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2015. Disponible en: <https://www.easp.es/project/planificacion-anticipada-de-decisiones-en-salud-mental-guia-de-apoyo-para-profesionales-y-personas-usuarias-de-los-servicios-de-salud-mental/>
- (21) Andrés Mora H, Busquets Font JM, Cuesta Serramià M, Mondon Vehils S, Porxas Roig MÀ, Ramos Pozón S, et al. El respecte a la voluntat de la persona amb trastorn mental i/o addicció: document de voluntats anticipades i planificació de decisions anticipades [Internet]. Barcelona: Comitè de Bioètica de Catalunya; 2017. Disponible en: [https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/\\_Sistema\\_de\\_salut/CBC/recursos/novetats/arxius/respecte\\_voluntat\\_persona.pdf](https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/novetats/arxius/respecte_voluntat_persona.pdf)
- (22) Abrines-Jaume N, Midgley N, Hopkins K, Hoffman J, Martin K, Law D, et al. A qualitative analysis of implementing shared decision making in Child and Adolescent Mental Health Services in the United Kingdom: Stages and facilitators. *Clin Child Psychol Psychiatry*. enero de 2016; 21 (1): 19-31.



# ACOMPAÑAMIENTO A LA SALUD MENTAL DE JÓVENES Y FAMILIARES: UNA MIRADA COMUNITARIA

## Experiencias en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil

*Carles Bonete*

El paso a la vida adulta es un proceso complejo. Ser adolescente y joven en la actualidad significa convivir, directa o indirectamente, con un entorno que se muestra exigente y que tiene unas altas expectativas de «éxito»: ser buen estudiante, tener un grupo de amigos, tener claro el futuro, trabajar, independizarse, tener pareja, formar una familia. Como si de un camino ya trazado se tratara, ir recorriendo una senda de logros que definirán en qué grado la persona joven tiene «éxito» en su paso a la vida adulta.

Son muchos los jóvenes que siguen estos pasos, pero ¿a qué precio? El malestar psicológico y emocional está a la orden del día: períodos de ansiedad, angustia y elevada preocupación en una etapa donde adolescentes y jóvenes van descubriendo quiénes son y qué papel juegan en su propia vida.

Todo esto repercute en su salud mental, sin reducirla a la existencia o no de un diagnóstico, sino entendida como el día a día, la calidad de las relaciones sociales y familiares, sentirse acompañado y escuchado, saber gestionar las propias emociones, explorar libremente las oportunidades de futuro, equivocarse y levantarse.

Cuando no se disponen de estos elementos o estos se ven afectados por cualquier motivo, podemos hablar de que existe un problema de salud mental, que puede llegar a ser incapacitante y que requiere de una atención diferente y especializada.

Precisamente en el año 2016 la Federació Salut Mental Catalunya (FSMC<sup>1</sup>) en colaboración con las entidades federadas y los servicios de atención que estas gestionan, detectaron y analizaron las dificultades que había en ese momento para vincular a las personas jóvenes con problemas de salud mental a los servicios de atención directa del ámbito comunitario.

La principal conclusión a la que se llegó entonces fue que las personas jóvenes no encontraban sentido a la lógica asistencial de los servicios de

---

<sup>1</sup> La federación aglutina a más de 70 entidades de familiares y personas con problemas de salud mental. Entre sus tareas se incluye el trabajar por la inclusión social de este colectivo.

la red, pensados principalmente para adultos, sin tener en cuenta que para asistir a un centro/recurso hace falta un proceso de aceptación y adaptación a una diferente realidad hasta la entonces vivida.

Por otra parte, hubo gran consenso entre las entidades al expresar que el paso de la atención (si la hay) de la salud mental infanto-juvenil a la salud mental de adultos muchas veces carecía del acompañamiento necesario a la persona joven y a la familia, generando situaciones de desvinculación con la red sanitaria y con el proceso de recuperación, teniendo consecuencias tales como el aislamiento social, el abandono de los estudios y un mayor deterioro de la salud mental, entre otros.

Como resultado de ese proceso participativo, se elaboró y publicó el documento «Guia: com promocionar la participació dels joves als clubs socials? Orientacions per encetar un programa específic» (1) (Guía: ¿cómo promocionar la participación de los jóvenes en el club social? Orientaciones para iniciar un programa específico). En este documento se recogieron propuestas y acciones para que los clubs sociales (servicios especializados en salud mental comunitaria) pudieran trabajar, de forma eficiente y específica, con el colectivo de jóvenes.

Desde una perspectiva teórica y de aplicación práctica, se recoge en el documento la conclusión de que el colectivo de jóvenes que conviven con problemas de salud mental presenta unas necesidades propias de su etapa vital y otras comunes con la población adulta (orientación, habilidades relacionales, socialización, formación, inclusión laboral, etc.) pero requiere de una atención diferente, especializada, adaptada y personalizada.

En ese mismo año, en colaboración con la Fundación Pere Tarrés, se presenta el informe sobre la situación en la atención a la infancia y adolescencia con problemas de salud mental, así como los retos y recomendaciones futuras. El estudio contó con 40 profesionales del ámbito de la salud mental, así como de la infancia y adolescencia, y las principales conclusiones a las que se llegó fueron (2):

- Es necesario desarrollar políticas y estrategias orientadas a la prevención en salud mental, y eso implica una coordinación del sistema sanitario, escolar y socio-comunitario.
- Se debe favorecer la formación y capacitación de los profesionales en el ámbito infantil y juvenil.
- Desarrollar políticas que garanticen la igualdad de acceso a los servicios especializados en todo el territorio.
- Resaltar el papel de la familia y establecer estrategias e intervenciones preventivas, enfocadas en el acompañamiento, la orientación y la formación.

A raíz de todo este trabajo e investigación, el año 2017 la FSMC y diversas entidades de los territorios de Barcelona y Lleida se decidieron a

impulsar 3 experiencias piloto del proyecto XarXaJoves (RedJóvenes) a modo de respuesta a la necesidad de un servicio especializado en personas jóvenes que abordara de una forma individual y personalizada la salud mental desde una perspectiva comunitaria y social.

### *Poniendo a prueba la teoría: XarXaJoves*

XarXaJoves (XXJ) es un servicio de acompañamiento integral dirigido a jóvenes de entre 16 y 25 años con problemas de salud mental y se desarrolla en los territorios de Barcelona ciudad, Barcelonés norte (San Adrián del Besós, Badalona, Santa Coloma de Gramenet) y Lérida.

El objetivo principal del XXJ es el de poder diseñar y ejecutar un plan de trabajo individual y personal que dé respuesta a las necesidades de la persona joven. Quiere ser transversal, un «traje a medida» para cada persona vinculada al servicio, donde se tienen en cuenta no solo sus necesidades sino también sus capacidades, dificultades, motivaciones, familia, entorno cercano y comunidad con la que convive.

Para poder dar respuesta a este objetivo, el XXJ contempla su intervención desde 3 líneas de trabajo:

- Intervención individual con la persona joven, consistente en acompañar en el diseño, ejecución y mantenimiento del plan de trabajo individual. En este punto también entra la intervención con la familia.
- Intervención grupal, con actividades de carácter comunitario e inclusivo, dónde los jóvenes planifican las diversas sesiones y se busca promover las relaciones sociales sanas y constructivas.
- Intervención comunitaria, estableciendo colaboraciones con las entidades de cada territorio que intervienen con jóvenes para trabajar de forma conjunta en los soportes y estrategias específicas que estos necesitan y generar así una red de apoyo profesional y comunitario.

El perfil de los jóvenes con los que se trabaja es complejo, ya que conviven aspectos propios de la adolescencia y la juventud con aspectos propios de un problema de salud mental.

De forma general, el perfil de personas atendidas se corresponde con jóvenes que presentan trastornos de conducta, con una convivencia que se ubica en el domicilio familiar y donde normalmente se observa una situación compleja y delicada; jóvenes que sufren malestar emocional (estrés, ansiedad, mala gestión de las emociones, etc.) normalmente reflejado en los estudios y la familia, y que de forma general se encuentran en una situación de aislamiento social, muy desvinculados de su entorno. Algunos son jóvenes con diagnósticos realizados en su infancia que en el momento

presente no se corresponden con la sintomatología o comportamiento actual; normalmente dejan de asistir y se desvinculan de los servicios de salud a partir de la mayoría de edad. Y de forma minoritaria, también hay jóvenes más autónomos y con un nivel de ocupación medio-alto, cuya demanda principal es la de adquirir o mejorar sus habilidades sociales y trabajar su vinculación al entorno comunitario.

El grado de participación, la constancia y la frecuencia de las intervenciones se acuerdan con los jóvenes, así como su asistencia, que es de carácter voluntario.

La finalidad del equipo profesional es el acompañamiento durante su proceso de vinculación, recuperación y de conexión con el entorno y con sus objetivos presentes y futuros, de cualquier ámbito (educación, laboral, sanitario, ocio y tiempo libre, relacional y social), trabajando habilidades y capacidades para no solo alcanzar dichos objetivos sino sostenerlos a lo largo del tiempo.

XXJ se diseñó de tal manera que los jóvenes pudieran vivir una experiencia y un proceso individual, personalizado y con un alto nivel de seguimiento y acompañamiento, orientado a dar una respuesta específica a sus necesidades y situaciones personales. Para ello, el proyecto cuenta con una profesional responsable (30 h semanales) y un auxiliar técnico (6 h semanales), y con una atención máxima de 15 jóvenes de forma simultánea.

La persona responsable del proyecto en el territorio realiza la intervención individual con los jóvenes vinculados a través del asesoramiento y orientación, la construcción de un plan de trabajo individual, así como su seguimiento y acompañamiento a lo largo del proceso. Entre sus funciones se encuentra la coordinación con la administración local, la red sanitaria, tanto general como específica, así como con las entidades, servicios y recursos presentes en la comunidad de aquellos ámbitos que también se relacionan con los jóvenes: educación, ocio, formación e inserción laboral, justicia. Esto incluye no solo la coordinación con estos ámbitos sino también la participación en espacios y grupos de trabajo derivados de los mismos, orientados a trabajar para fortalecer la atención a los jóvenes dentro del territorio.

La figura del auxiliar técnico, con una dedicación menor al proyecto, centra su dedicación a dar soporte en la ejecución, gestión y seguimiento de las actividades grupales. Se destaca en este rol la atención directa con los jóvenes en exclusiva.

Las tres experiencias XXJ rinden cuenta a la coordinadora técnica, responsable del diseño, coordinación y gestión del proyecto. Su función principal es la de dar soporte a las profesionales de territorio, consensuar y homologar aspectos técnicos, así como coordinar la estrategia del trabajo en red y la relación con el entorno.

El perfil profesional de las personas que intervienen directamente en el territorio es diverso. Hasta el momento se ha contado con trabajadores

y educadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales y pedagogos. Desde las distintas ciencias se han aportado elementos al proyecto que han aportado un valor determinante como es el del trabajo multidisciplinar. Aun así, tal y como se ha expresado anteriormente, de forma general hay una escasa formación específica para abordar la salud mental infanto-juvenil, sobre todo en profesionales ubicados en el ámbito comunitario.

Atendiendo a esto, y con el compromiso de ofrecer una atención efectiva, desde el proyecto se contempla la formación continua de los profesionales con el objetivo de que estos dispongan de los conocimientos adecuados y actualizados para llevar a cabo su cometido. Dentro de este proceso de formación se incluye el espacio de supervisión, presente desde el inicio del proyecto, donde el equipo técnico se reúne con profesionales de larga trayectoria en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil y donde se exponen y trabajan casos, metodologías y situaciones derivadas de la práctica profesional.

### *Y la familia, ¿qué?*

Una vez repasado el proyecto surge la pregunta: ¿en qué punto quedan las familias en un servicio orientado, de una forma tan individual y personalizada, a los jóvenes? La intervención con las familias desde el XarXaJoves se desarrolla tanto a nivel individual como grupal. Por una parte, la intervención individual con los familiares de los jóvenes vinculados se basa en acciones de apoyo y seguimiento. El objetivo principal es que la familia tenga un espacio donde poder expresar sus miedos, dudas, dificultades del día a día, así como conocer y recibir herramientas para acompañar a sus hijos e hijas durante su proceso de recuperación. Este espacio queda enfocado a ayudar al familiar a pensar qué le está pasando a su hijo y cómo ellos y ellas pueden acompañar este proceso de crecimiento hacia la autonomía a través de ganar vínculos de confianza, promover las habilidades personales y la resolución de problemas, entre otros.

Por otra parte, la intervención grupal queda estructurada en grupos de apoyo familiar. En este punto se pueden diferenciar los grupos psico-educativos, dirigidos por un profesional, que se corresponden con programas orientados a la capacitación de la familia; y los grupos de ayuda mutua, referidos a grupos de familiares que participan en dinámicas grupales, donde pueden compartir con otras familias sus experiencias particulares, que a la vez tienen elementos comunes con el resto, y de esta forma compartir también las respuestas, las herramientas y las estrategias que permiten gestionarlas.

Estas tres experiencias fueron evaluadas de forma exhaustiva por una empresa de evaluación externa, para determinar la efectividad del proyecto planteado, así como el acierto de sus líneas de trabajo y metodología.

Para realizar este proceso, se contó con profesionales de la red comunitaria, educativa y sanitaria, familiares de las personas jóvenes vinculadas y los propios jóvenes participantes. Las principales conclusiones que se recogieron señalan que la auto percepción de los jóvenes había mejorado en relación con su bienestar, con la construcción de un proyecto personal de futuro, la capacidad de auto cura, el desarrollo de su empoderamiento, en las relaciones con el grupo de iguales y la convivencia en el domicilio familiar. Con una valoración alta del XarXaJoves, las conclusiones del grupo de familiares coinciden con los jóvenes al destacar la percepción de la mejoría de las relaciones en el hogar y la convivencia con sus hijos e hijas. También resaltaron la mejoría de su autonomía personal y la capacidad de comunicación. Por su parte, las familias expresaron sentirse más tranquilas y mejor emocionalmente durante y tras su paso por el proyecto. El motivo principal es el de disponer de un espacio en el que compartir sus preocupaciones, dudas, experiencias y, a su vez, poder recibir información y orientación sobre salud mental, recursos y servicios.

### *El foco en la familia: materiales psico educativos*

Hasta ahora las experiencias que se han presentado han focalizado principalmente sus intervenciones en el colectivo de jóvenes. Aun atendiendo a los familiares y haciéndolos partícipes de los proyectos, el objetivo final ha sido ofrecer una mejor respuesta a las necesidades de los jóvenes con problemas de salud mental.

Con la voluntad de dar respuestas concretas y directamente orientadas a las familias, el año 2019 la FSMC puso en marcha un proyecto<sup>2</sup> para la mejora de la atención en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil a través de la formación y capacitación de sus familiares, educadores y demás profesionales que los acompañan.

El objetivo principal de la iniciativa es disponer de un material de ayuda para abordar situaciones complejas, difíciles y cotidianas que suceden con los jóvenes, sin basarse en criterios diagnósticos. La elaboración de estos materiales se ha desarrollado mediante diversos espacios de participación con el objetivo de identificar las necesidades presentes y sus posibles respuestas. Para ello, se ha contado con la colaboración de grupos de familiares, personas jóvenes con experiencia propia y profesionales de diversos ámbitos. Como resultado, se han publicado 4 guías temáticas que recogen los siguientes temas: el conocimiento de la red de salud mental, las autolesiones, el aislamiento y las situaciones de tensión y conflicto.

---

<sup>2</sup> Con la colaboración de la Fundación Probitas y DKV.

Para dar una respuesta completa al objetivo de la iniciativa, se desarrollan en la actualidad dos grupos piloto de formación y capacitación a familiares y profesionales. Estos grupos toman como referencia estas guías, y todo el proceso será evaluado para observar su eficacia tanto teórica como práctica, y de esta manera poder replicar esta iniciativa.

## LA FAMILIA COMO SUJETO

Las definiciones que podemos encontrar del concepto familia son extensas, y ya hace tiempo que se habla de otras estructuras a parte de la familia nuclear y tradicional: extensa, monoparental, homoparental, reconstituida; son solo algunos ejemplos de diferentes modelos que tienen en común una característica para con sus hijos/as o familiares a cargo: el rol de cuidadores. Es el primer espacio de socialización, y por tanto una de las instituciones que más incidencia tiene sobre el desarrollo de los jóvenes. La atención y el acompañamiento a las familias influye positivamente en el proceso de recuperación del joven, así como en su bienestar y la participación en la toma de decisiones.

A su vez, la OMS estableció en su *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020* (3) que los determinantes de salud mental y los problemas de salud mental incluyen los factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales. De esta manera, se entiende que el trabajo y la intervención con la familia y su situación social es parte inseparable de la atención individual de la persona joven, ya que potenciar sus fortalezas se considera un punto clave en la intervención y una parte importante del proceso de recuperación; aun así, entendiendo al joven y a la familia como un conjunto, es necesario no olvidar que ambas partes pueden tener necesidades particulares que también merecen ser atendidas de una forma diferenciada.

A la hora de intervenir con las familias, desde la FSMC se tiene en cuenta cuál es el entorno del joven y dentro de ese entorno, quién o quiénes ejercen el principal rol de cuidadores, ya sean padres y/o madres, hermanos/as, abuelos/as, tíos/as, incluso personas que, sin estar directamente emparentadas, asumen esa función.

Resulta importante proporcionar las herramientas necesarias a las familias, y sobre todo a estas figuras de cuidadores, para que puedan ser sujetos activos y agentes de salud. Se debe garantizar su acceso a la información y la formación, promoviendo así su empoderamiento a través de un soporte continuo y un trabajo colaborativo con los jóvenes y profesionales.

De esta manera lo transmite el *Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones 2017-2019* (4) donde se recomienda la creación de espacios de orientación, información y asesoramiento, así como promover grupos psico-educativos y de ayuda mutua con el objetivo

de que las familias tomen las riendas de los acontecimientos de sus propias vidas.

Asimismo, en los estudios de estrategias que fomentan la participación familiar, hay una serie de hipótesis recogidas en el documento de «Estrategias de intervención en el ámbito familiar: Guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos (DIBA, nov. 2011)» (5) que nos hacen reflexionar sobre ciertos aspectos para tener en cuenta en la intervención familiar con las personas jóvenes:

- Si los padres tienen información sobre el desarrollo infantil y juvenil estarán más capacitados para entender las conductas de sus hijos/as, sintiéndose más cerca de ellos/as, así como para detectar conductas de riesgo.
- Si los padres potencian en sus hijos/as la habilidad para resolver problemas, asumir responsabilidades, afrontar el estrés y auto afirmarse, estarán más capacitados para afrontar situaciones de riesgo.
- Si los padres ponen en práctica estilos comunicativos que posibiliten la relación abierta y sincera con sus hijos, será más fácil que las personas jóvenes recurran a sus padres cuando se vean en una situación problemática, reduciendo el conflicto familiar.

De forma resumida podemos decir que la intervención familiar se basa en ayudar a la familia a «ver las necesidades de sus hijos e hijas a través de sus ojos», es decir, poder entender «el mundo» tal y como lo entienden ellos y ellas, para de esta manera poder acompañar mejor el proceso de identificación y ejecución de sus necesidades personales (6). Una persona joven «no existe sola en el mundo», sino que tiene un entorno social y familiar que la acompaña. En muchas ocasiones este entorno puede ser favorecedor, pero en otros puede o no potenciar la capacidad de crecimiento de la persona joven que está en pleno desarrollo.

Por este motivo es importante implicar, en la medida de lo posible, a las familias; escucharlas, observar sus fortalezas y debilidades y, sobre todo, atender sus necesidades, explícitas o implícitas, ya que identificarlas y abordarlas les ayudará en su salud mental y a ser un mejor punto de apoyo para sus hijos e hijas.

Durante los años de experiencia de la entidad y a través de los proyectos desarrollados en el ámbito comunitario de la salud mental infanto-juvenil que han contado con la participación de familiares, se han destacado un conjunto de necesidades que, lejos de tener diferentes grados de importancia, se correlacionan las unas con las otras y todas ellas forman parte de un mismo proceso.

En primer lugar, los familiares necesitan «escuchar y ser escuchados», no necesariamente en ese mismo orden. Una de las principales demandas que realizan las familias, sin tener en cuenta la edad de la persona afectada,

es precisamente la de optimizar su relación con el personal sanitario: participar de una forma más activa en el proceso de recuperación de su familiar, una atención más directa y personalizada hacia los miembros de la familia y, en definitiva, saber más, estar mejor preparados y más acompañados durante todo el proceso (7).

Se debe tener en cuenta que hacer referencia a un problema grave de salud mental en la infancia, adolescencia o juventud es hablar en ocasiones de primeras veces, cambios e incertidumbres. Es una noticia que impacta en la persona afectada y en todo su entorno, generando una nueva situación que implica un proceso de aceptación y adaptación. Es frecuente que aparezcan sentimientos de tristeza y de pérdida (8). Aunque la aparición de un problema de salud mental no ocurre de la noche a la mañana, existe un periodo de tiempo en el que los familiares ya perciben que «algo no va bien» y que «ocurre algo extraño» con sus hijos e hijas, que muchas veces pueden confundir con características propias de la transición de la infancia a la adolescencia y de ésta a la juventud. No obstante, en el momento en el que se «certifica», ya sea a través de un diagnóstico o a través de hechos como la ruptura del joven con su entorno (estudios, aficiones, grupo de iguales, etc.) se llega a un punto de incertidumbre y desinformación que acentúa la angustia familiar a la vez que se inicia un proceso de cambio de vida. En esos momentos, que haya un profesional de referencia que recoja y acompañe a las familias es algo crucial; que sepan que «hay alguien detrás que los puede ayudar» (9), que van a recibir una atención cercana y directa que les permita ver que su situación no es única y que hay posibilidades y oportunidades para ellos y su familiar. Por ello, una de las acciones que pueden apoyar más a las familias es ofrecer una información clara y específica que los oriente en el nuevo escenario en el que se encuentran, dónde los roles y las funciones serán cambiantes y seguramente requerirán de apoyo y soporte para sostener todo este nuevo proceso. De forma resumida, que las familias se sientan escuchadas, informadas y acompañadas profesionalmente les permitirá convivir de una mejor manera con el problema de salud mental de sus hijos e hijas.

Relacionado con este punto se encuentra otra de las necesidades relevantes de las familias con jóvenes que conviven con problemas de salud mental, en este caso se trata de la capacitación. A lo largo del texto han surgido los conceptos «información», «formación», «empoderamiento», que hacen referencia a la adquisición de conocimiento y herramientas que permitan a las familias hacerse cargo de los acontecimientos de sus vidas. «La información es mucho, mucho. Porque tú no sabes por dónde vas» (10). Expresiones como esta definen el impacto que supone informarse, formarse y capacitarse; como se ha referido anteriormente, aquellas familias que realizan esta aproximación al problema de salud mental y a la situación de sus hijos se sienten más tranquilas, mejor emocionalmente

y a su vez gestionan con mayor efectividad el nuevo contexto en el que conviven y los diversos acontecimientos que puedan ir sucediendo. Desde el ámbito profesional se pueden llevar a cabo intervenciones u orientar a las familias para iniciar este proceso de capacitación. De esta manera se puede facilitar el entendimiento y la normalización de sus experiencias, a mantener una mirada capacitante de sí mismas y de su familiar afectado, así como conocer los recursos a los que tienen acceso, en el momento presente o en un futuro, en la comunidad. El proceso de crecer desde la desinformación a la capacitación para las familias es un paso importante y muy relevante para ser un punto de apoyo más eficaz y preparado; a su vez, les permite cuidar de su bienestar y de su propia salud mental, aprendiendo a convivir con nuevas sensaciones y emociones y pasar de la incertidumbre a la comprensión.

### *¿Hasta cuándo?*

Un problema de salud mental implica un nuevo proceso para la persona afectada y su familia; se aparece una realidad distinta a la vivida, con otras reglas, roles y funciones que requieren de espacio y tiempo para poder entender e integrar y así convivir de la mejor manera posible con ello. No se trata de actuaciones aisladas ni que una vez realizadas tengan un efecto permanente. Como todo proceso, habrá altos y bajos, monotonía y aún más cambios; nos referimos a procesos de vida. Por esta razón resulta importante el seguimiento y acompañamiento a las personas hacia la comunidad, en este caso concreto a las familias. En ningún caso se plantea una intervención constante ni una atención permanente, ya que seguramente eso conllevaría a situaciones no deseadas como la limitación de las propias capacidades de la familia o establecer relaciones de dependencia. Lo que sí que se plantea es que es una función de los profesionales de la salud mental orientar a las personas para que se resitúen y «vuelvan a ocupar su espacio» en la comunidad.

Cada equipo profesional puede articular desde su lugar una red de colaboraciones con profesionales y servicios dentro y fuera de la salud mental que acompañen a las familias frente a los nuevos procesos de vida. Aunque las intervenciones concretas finalicen, existe una red de soporte y se orienta a jóvenes y a familiares hacia la comunidad, para que no solo recuperen su sitio, sino que ganen presencia en otros espacios que van desde los servicios comunitarios hasta el asociacionismo. Acompañar y ayudar a sostener deberían ser elementos claves y siempre presentes en la práctica profesional.

## CONCLUSIONES

- Los jóvenes que conviven con problemas de salud mental requieren una atención diferente, individualizada y adaptativa a su situación personal y al contexto que lo rodea.
- Los determinantes de la salud mental incluyen todos los ámbitos que rodean a familias, jóvenes y en general, a las personas. Trabajar sus situaciones personales y sociales, como conjunto y de forma individual, debe ser uno de los pilares de la intervención comunitaria.
- Escuchar a las familias, hacerlas partícipes y brindarles una atención directa y clara puede ayudarlas a ser un refuerzo positivo para la persona joven.
- Ofrecer información y orientar hacia la formación son elementos claves para que las familias se capaciten y empoderen. Trabajar estos aspectos les permite cuidar de su bienestar y su salud mental, a la vez que aprenden a gestionar mejor las situaciones del día a día.
- El seguimiento y el acompañamiento resultan piezas claves en la intervención con jóvenes y familiares. Debe existir una red de soporte más allá de las intervenciones concretas que actúe en la medida que sea necesario.
- Hay que facilitar a las personas el poder recuperar sus espacios en la comunidad y aumentar su presencia en aquellos otros que les permitan seguir cuidando su bienestar y salud mental.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Aixec S.C.C.L.; Salut Mental Catalunya; SPC Fundació Serveis Socials. Guia: Com promocionar la participació dels joves als clubs socials? Orientacions per encetar un programa específic. Barcelona. Federació Salut Mental Catalunya; 2019.
- (2) SMC: Salut Mental Catalunya [Internet]. Barcelona: SMC / Fundació Pere Tarrés; c2016 [citado 19 mar 2021]. Atenció a la salut mental infantil i adolescent a Catalunya. [61 pantallas]. Disponible en: [https://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2016/06/Informe-Salut-Mental-Infantil-i-Juvenil\\_FINAL.pdf](https://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2016/06/Informe-Salut-Mental-Infantil-i-Juvenil_FINAL.pdf)
- (3) WHO: World Health Organization [Internet]. Ginebra: WHO; c2013 [citado 19 mar 2021]. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. [54 pantallas]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf;jsessionid=2AA3C425B22B351FD4D2AA42E148FF48?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=2AA3C425B22B351FD4D2AA42E148FF48?sequence=1)
- (4) Confederación Salud Mental España [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; c2014 [citado 19 mar 2021]. Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. [92 pantallas]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Plaintegralatencipersonestrastormentaladdiccions.pdf>

- (5) Al-Halabi, S; Fernández, JR; Fernández, G; Secades, R. Estrategias de intervención en el ámbito familiar: guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos. 1ra ed. Barcelona: Diputació de Barcelona; 2011.
- (6) Bonete, C; Martí, M; Méndez, V; Segrelles, M. Model d'intervenció XarXaJoves. Barcelona: Federació Salut Mental Catalunya; 2019.
- (7) González, A; Cano-Prous, A; Canga, A. Experiencias de la familia que convive con la enfermedad mental grave: un estudio cualitativo en Navarra. Anales Sis San Navarra. 2016; Volúmen 39(2).
- (8) González, A; Cano-Prous, A; Canga, A. Experiencias de la familia que convive con la enfermedad mental grave: un estudio cualitativo en Navarra. Anales Sis San Navarra. 2016; Volúmen 39(2).
- (9) SMC: Salut Mental Catalunya [Internet]. Barcelona: SMC / DEP Institut; c2019 [citado 19 mar 2021]. Avaluació de la prova pilot del XarXaJoves. [70 pantallas]. Disponible en: <http://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2019/12/avaluacio-xarxajoves.pdf>
- (10) SMC: Salut Mental Catalunya [Internet]. Barcelona: SMC / DEP Institut; c2019 [citado 19 mar 2021]. Avaluació de la prova pilot del XarXaJoves. [70 pantallas]. Disponible en: <http://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2019/12/avaluacio-xarxajoves.pdf>

# GRUPOS TERAPÉUTICOS DE ADOLESCENTES EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS

*Batirtze Artaraz Ozerinjauregui, Igone Areizaga Irujo,  
Izaskun Etxebarria Izaguirre, Myrian García Ruiz,  
Thais Aldasoro Carcedo, Manuel Hernanz Ruiz,  
Fernando González Serrano*

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa vital en la que el grupo, especialmente el de iguales, adquiere una importancia fundamental en la consolidación de la identidad (1, 2).

Reconociendo la importancia de este hecho, en nuestra labor clínica en el contexto de la Sanidad Pública, la intervención terapéutica grupal es una alternativa valiosa. No solo en términos de eficiencia y rentabilidad, al ser un recurso para atender a un mayor número de pacientes en un contexto de alta presión asistencial, sino también por ser una modalidad que tiene ventajas propias frente al encuadre individual.

Este trabajo nace de nuestra práctica asistencial con grupos terapéuticos de adolescentes en Centros de Salud Mental comunitarios de Infancia y Adolescencia de la Red de Salud Mental de Bizkaia, dentro del Sistema Vasco de Salud-Osakidetza. Queremos transmitir nuestras reflexiones sobre algunos aspectos propios de esta opción terapéutica y plantear las dificultades técnicas con las que nos hemos encontrado.

### *El valor del grupo en la organización del individuo*

Anzieu (3), quien remonta el origen y concepto del «grupo» al S. XVII, nos señala cómo hasta ese siglo no existía tal denominación. El concepto de grupo estaba limitado a significar a «la pluralidad de seres o cosas que forman un conjunto». Es interesante observar cómo el ser humano ha tardado siglos en utilizar la palabra grupo en el sentido que hoy lo utilizamos. Y ello a pesar de que la agrupación de los seres humanos ha sido desde el principio de los tiempos necesaria y clave para el desarrollo de la humanidad, ya que sin ella no se hubieran podido desarrollar tareas tan imprescindibles para la supervivencia como la búsqueda de alimento o la defensa frente a los diversos peligros.

Anzieu (3) estudia las dificultades que han favorecido este retraso en la ind denominación. Nos señala cómo el grupo rompe e impide la relación

dual. Con ello quiere resaltar que la evolución humana, en última instancia, lleva consigo implícita la renuncia a la relación simbiótica o dual con la propia madre. Solo a partir de esta renuncia – «no soy yo el único objeto de su atención»– se reconoce la existencia de otros que son vividos como amenazantes de esa relación privilegiada: «hay otros con los que he de compartir su atención, que antes era exclusiva para mí». El grupo va a despertar importantes ansiedades primitivas originadas por la pérdida de esa relación exclusiva. Estos fenómenos regresivos hacen que sea el grupo, como tal, el que pasa a ocupar para los integrantes ese papel simbólico de «madre simbiótica» que protege y reconforta. Al mismo tiempo, se convertirá en un «potenciador» de sentimientos y actitudes que están presentes en cada uno de sus componentes. Además, la pertenencia al grupo supone un esfuerzo al tener que aceptar acuerdos, leyes, un líder, un bien superior al individual, etc.

Todas estas «incomodidades» y malestares que genera la pertenencia a un grupo, han de ser superadas para poder, como parte del proceso evolutivo, realizar proyectos imposibles de ejecutar individualmente y cuando el adolescente lo logra, supone un enriquecimiento a nivel identitario (4).

En la adolescencia, como apoyo del trabajo de consolidación de la identidad y de la aceptación de los otros como sujetos partícipes en el desarrollo de uno mismo, el grupo va a tener una importancia vital. Tras haber pasado, en la edad de la latencia, por la experiencia del grupo en el que el niño/a se reúne con sus iguales en busca de una identidad o un reaseguramiento de esta, ahora deberá de enfrentarse a los retos de la autonomía e identidad propia. Vivirá la paradoja que supone la necesidad de verse, sentirse y enfrentarse solo a la sociedad y, simultáneamente, la necesidad de estar incluido, apoyado y referenciado en ella (2, 5, 6).

El individuo va a tener en la adolescencia una oportunidad de reorganización psíquica a través de la diferenciación y abandono de su posición infantil, mediante la relación con los adultos y el contacto con sus iguales (7,8). La relación con el adulto sienta los cimientos en la estructuración de su personalidad, y ahí han sido determinantes las primeras experiencias vividas en su desarrollo. El contacto con sus iguales va a ser el contrapunto que delimitará sus elecciones definitivas. Pensamos que los dos ejes, experiencias tempranas con los objetos parentales y experiencias con los iguales, van a acotar un camino saludable en el desarrollo del individuo. Las experiencias con los iguales supondrán un reto que se apoya inevitablemente en la organización psíquica temprana (9).

## ASPECTOS TEÓRICOS

Situamos nuestra línea de trabajo desde una concepción psicodinámica a través de la cual entendemos lo que ocurre en el grupo (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16). Consideramos que la existencia del conflicto intrapsíquico es

el motor del funcionamiento mental y va a ser el origen de la sintomatología que presenta el sujeto. Este conflicto intrapsíquico puede aparecer en la experiencia grupal (13, 14, 17). Por ejemplo, es posible que el adolescente desplace hacia los demás miembros los conflictos que no ha podido resolver con sus propios padres o grupo familiar. Especialmente los conflictos de dependencia infantil (5, 6).

En el grupo, el paciente va a tener diferentes modelos identificatorios. Por un lado, el que tiene con sus iguales, le va a permitir compartir y modificar ideales, así como tolerar el conflicto entre el deseo de ser único y distinto, y a la vez querer ser como los demás en apariencia, ideas... Además, podrá obtener también imágenes identificatorias con el psicoterapeuta o psicoterapeutas (5, 6, 18).

Así mismo consideramos de especial importancia la existencia de los fenómenos transferenciales (19, 20). La transferencia se extiende, no solo hacia el terapeuta o terapeutas, sino también a todos los miembros del grupo, hacia el grupo y hacia el mundo exterior. De los distintos tipos de transferencia de los que suelen ser objeto los terapeutas las más frecuentes suelen ser las parentales.

La actividad interpretativa es siempre un tema controvertido en la terapia grupal con adolescentes. Por un lado, es necesaria, para hacer referencia a conductas, estilos de relación o formas de expresarse, con el objetivo de que el adolescente tome contacto con el origen intrapsíquico y el posible sentido. Por otro lado, pensamos que no es necesaria una gran participación interpretativa estricta por parte del/los terapeutas, siendo predominantes otro tipo de intervenciones que busquen apoyar las capacidades reflexivas y verbales de los adolescentes. En otras palabras, en el grupo se intenta crear un espacio compartido de pensamiento y de fantasías.

#### LA INDICACIÓN DE TRATAMIENTO GRUPAL

La indicación del tratamiento grupal se les ofrece a los adolescentes que pensamos que podrán llegar a ser capaces de trabajar desde la aceptación de la triangularidad. Conscientes de lo «relativo» de esta afirmación, lo que queremos señalar es que han podido resolver sus conflictos o deseos simbióticos de una manera suficiente como para aceptar al otro y sus diferencias (3, 5, 18).

En nuestro trabajo asistencial, cuando nos encontramos con adolescentes en los que no existe una organización psíquica suficientemente madura para hacer frente a estos retos, nos planteamos la indicación de una psicoterapia individual que le posibilite una cierta maduración psíquica. Pero en algunos de estos casos puede haber una imposibilidad práctica, presente sobre todo en los contextos públicos por la limitación de recursos y nos vemos obligados a adaptar y ampliar las indicaciones (5, 20, 21).

Tenemos especial cuidado en no incluir a más de uno o dos adolescentes con rasgos marcados de personalidad narcisista o funcionamiento borderline grave, y que tienen riesgo de desorganizarse o boicotear el grupo. También estamos atentos a ciertas contraindicaciones como son las patologías muy graves con riesgo de estigmatización como psicosis, TEA o discapacidad intelectual.

#### ASPECTOS PREVIOS A LA FORMACIÓN DEL GRUPO

Más allá de las cuestiones propias del encuadre de las que hablaremos más adelante, queremos plantear una serie de aspectos que van a determinar el desarrollo del grupo. Nos parece interesante plantearlos aquí porque van a existir antes de que se forme el grupo. Será nuestra posición ante ellos la que determine el tipo de grupo y por ello su funcionamiento.

#### *Grupos abiertos o cerrados*

En un grupo abierto los integrantes pueden variar de sesión en sesión. En un grupo semiabierto existen periodos abiertos en los cuáles pueden variar los integrantes en cuanto a entradas y salidas y otros periodos cerrados en los cuales no se permiten entradas ni se facilitan salidas. En cambio, en un grupo cerrado, se intenta que la conformación del grupo se mantenga estable desde la formación hasta la finalización de la tarea (19, 20).

En nuestra experiencia, los grupos semiabiertos se adaptan mejor a las características del contexto asistencial público (gran número de adolescentes a los que debemos atender, demandas a veces poco concretas, influencia de los tiempos escolares...) y es la modalidad que mantenemos en nuestros centros. Generalmente tratamos que haya periodos en el año tanto para el alta como para la entrada agrupada de nuevos participantes (p. e., vacaciones de Navidad o de verano).

Además, a través de los grupos semiabiertos se permite poder trabajar temáticas vinculadas al duelo. Se trabajarán aspectos propios del mismo, y las nuevas incorporaciones no lo serán para sustituir a nadie, sino para continuar en el proceso de trabajo y de descubrimiento acordado inicialmente. Nos parece especialmente importante que los adolescentes vean cómo el proceso iniciado tiene un recorrido y un final. Los pacientes hablan de cómo se encontraban al principio y, a menudo, viéndose en espejo, cómo ha sido la evolución de otros miembros, cómo han resuelto algunos conflictos y cómo se han ido al alta. La dinámica salud-enfermedad o normalidad-patología se vivencia desde la posibilidad de cambio y como un logro asumible.

### *Con o sin limitación temporal*

Va muy unido al punto anterior e influidos mutuamente (19). Hay partidarios de ambas opciones. Los grupos sin tiempo final marcado pueden dar pie a realizar un trabajo que se adapta mejor a los ritmos evolutivos y las dificultades psíquicas del adolescente. Por otro lado, el grupo con limitación temporal urge al sujeto a asumir el criterio de realidad y a aceptar el final, haya o no mejoras.

Desde nuestra experiencia la duración no se fija de entrada, entendiéndose que esto permite un trabajo más profundo relacionado con la consolidación de la identidad y el insight y la comprensión de las dificultades y conflictos. Sin embargo, sobre todo en relación a las características ya citadas de un servicio público, lo habitual es que suelen durar uno o dos cursos escolares.

### *Composición del grupo*

Un tema frecuente de debate gira en torno a la conveniencia o no de conformar grupos homogéneos o heterogéneos especialmente en función de las características clínicas, psicopatológicas y de funcionamiento psíquico de los componentes (5, 6, 19).

Compartimos los argumentos de que los grupos heterogéneos, en los que exista una complementariedad en su constitución, aportan una mayor diversidad de modelos identificatorios y permiten, de este modo, a los participantes vivir opciones diversas de afrontamiento de las dificultades y de posibilidades de elaboración y resolución.

La heterogeneidad debe acompañarse de un cierto equilibrio en dichas diferencias, lo que nos lleva de nuevo al tema de las indicaciones. Clásicamente se suele proponer, y nosotros también tratamos de mantenerlo, que lo ideal es que haya un equilibrio entre funcionamientos inhibidos y desinhibidos-actuadores.

Ya hemos señalado anteriormente la importancia de evaluar bien las contraindicaciones que se plantean de entrada con algunas patologías. Aunque consideramos que no son absolutas, si hay que ser estricto ante ciertas señales del funcionamiento psíquico de algunos adolescentes.

La evaluación de la relación terapéutica en el encuadre de las entrevistas de evaluación individual previas (al menos 3-4 con el adolescente) suelen servir para ello. Evidentemente evaluamos también las capacidades de la familia para adecuarse al encuadre propuesto, en aspectos como la asistencia de adolescente y la contención de su potencial actuador.

Por último, como excepción a esta preferencia por la heterogeneidad pensamos que, en la cuestión de la edad de los miembros del grupo, es importante que haya cierta homogeneidad. Esto ayudara a dar coherencia

en el proceso de logro de la ilusión e identidad grupal. Consideramos, no obstante, que no es la edad cronológica en sí, sino lo que denominamos «edad social» la que nos ayuda en la agrupación de los miembros: que estén atravesando momentos vitales similares, sobre todo desde el punto de vista de su autonomía. Como referencia solemos hacer la selección de candidatos distribuyéndolos en dos franjas: adolescencia temprana, 14 a 16 años, y tardía, 16 a 18 años. Unido a esto nos parece importante que haya un equilibrio en cuanto a la distribución por género de los participantes.

### *La coterapia*

Optamos por desarrollar nuestra tarea a través de la coterapia. Esto no consiste simplemente en ser dos terapeutas, sino que ambos ocupen una posición activa, aunque complementaria en el trabajo terapéutico (22).

El encontrar esta complementariedad puede ser complicado. Debe existir una buena coordinación entre terapeutas, para ello resaltamos la importancia de mantener un espacio de análisis y diálogo previo y posterior a cada sesión de grupo. Decobert *et al.* (23) subrayan el placer de sentirse recíprocamente apoyado en las fases difíciles y de poder elaborar juntos posteriormente una reflexión clínica y teórica.

Por tanto, la coterapia tiene ventajas tanto para los pacientes como para los mismos terapeutas, ampliando las posibilidades de transferencia del grupo y por tanto en su capacidad terapéutica. Según Ruiz García-Diego *et al.* (24) la coterapia tiene un gran potencial terapéutico y de cuidado para todos los participantes del grupo.

### EL ENCUADRE

Entendemos el encuadre como el conjunto de las condiciones formales donde se va a desarrollar el proceso terapéutico (5, 11, 13, 19, 25). Desde nuestro punto de vista, hay que señalar la existencia de un encuadre interno y de otro externo.

#### *Encuadre interno*

El encuadre interno recoge todos los aspectos incluidos dentro de la concepción teórica del terapeuta y la experiencia que tenga, tanto desde un lugar de participante como de coordinador-terapeuta. Quedarían aquí incluidas todas las vivencias contratransferenciales, especialmente presentes con los adolescentes.

Este conjunto de reglas teóricas permitirá manejar mejor las situaciones grupales, y en caso necesario, hacer adaptaciones coherentes de la técnica que pasarán a formar parte del propio proceso terapéutico. Serán fundamentales para manejar las ausencias, los pasos al acto de los pacientes y de sus familias.

### *Encuadre externo*

Recoge la relación de aspectos que deberán permanecer invariables para que el proceso grupal funcione como marco que facilite la comprensión.

Dentro del encuadre externo, clásicamente se incluyen:

- *Espacio.*—Un tamaño de sala ajustado al número de asistentes, la insonorización y la disposición de las sillas colocadas en círculo.
- *Número de participantes.*—Variable, pero el más aceptado es de ocho personas. En nuestra experiencia, un grupo en torno a los ocho pacientes puede ser suficiente para que haya un sentimiento de grupo a pesar de que en alguna ocasión se dé alguna ausencia, además se posibilita que cada uno de ellos tenga su tiempo de escucha y de participación. Cuando el grupo es demasiado numeroso, el riesgo es que se puedan diluir la comunicación verbal y /o las emociones.
- *Duración y frecuencia de las sesiones.*—La duración de la sesión es variable de unos terapeutas a otros: de una a tres horas. En nuestra experiencia la frecuencia semanal y de una hora de duración ha resultado suficiente. Una frecuencia excesiva puede llevar a que aumenten las ausencias o a dependencias y cuando la duración del grupo es muy larga, hay riesgo de que se creen resistencias, ya de inhibición o de excitación.
- *Confidencialidad.*—Es importante definir un grupo de terapia como un lugar privado y confidencial y que las cuestiones que se planteen en el espacio grupal queden en el mismo. Consideramos como excepciones aquellas situaciones que supongan un riesgo de auto o heteroagresividad relevante para un miembro del grupo o una persona ajena al mismo. Cuando se dan tales circunstancias se buscaría la participación del grupo en la contención de dicha situación y consideraríamos también buscar la colaboración de la familia de cara a posibles medidas terapéuticas externas al grupo, como por ejemplo prescripción de medicación o atención hospitalaria.

Es importante señalar y recordar la abstinencia de contactos fuera de las sesiones porque se considera que estos contactos interfieren

el trabajo grupal. Esta es una norma especialmente difícil de cumplir para los adolescentes, ya que están, al mismo tiempo, con un impulso a satisfacer la avidez relacional propia de este momento evolutivo (a menudo apoyada en la facilidad del contacto por redes sociales) y a enfrentarse a lo que impone el mundo adulto.

- *Espacio propio y atención a los padres.*—Es importante establecer el grupo como un espacio propio del adolescente. Esto significa que debe mantenerse como un lugar ajeno a las necesidades que puedan surgir en los padres durante el proceso.

En el momento del encuadre, aclaramos a los padres que no habrá entrevistas (incluidas las frecuentes llamadas telefónicas) con ellos más allá de las acordadas previamente y siempre con conocimiento previo del paciente.

Siempre consideramos la conveniencia de mantener el contacto, a veces en forma de entrevistas familiares sistematizadas, con los padres o tutores de los adolescentes. Es especialmente importante en los momentos previos a la entrada en el grupo, pero también en el periodo inicial. En algunos casos es necesario prolongarlo, sobre todo si aparecen dificultades o pasos al acto del adolescente (26). Pensamos que debe ser otro terapeuta, ajeno al grupo (habitualmente el que ha hecho la derivación) el que se haga cargo de ello, al igual que los contactos, en muchos casos, necesarios con referentes formativos-escolares, comunitarios o judiciales. Evidentemente exige un esfuerzo y un tiempo para coordinación de todas estas tareas.

## FASES DEL GRUPO

Diferentes autores describen la dinámica del trabajo grupal, distinguiendo tres fases en el mismo (5, 6, 18).

En el periodo inicial, que describen como la fase de dependencia, el grupo se ve invadido de ansiedades fóbico-persecutorias y de vacío, existiendo un intento de control omnipotente del terapeuta idealizado, en el que se pone en prueba los límites del grupo. En nuestra experiencia en esta fase lo que mayor importancia adquiere, es que el adolescente sienta que el grupo pueda contener dichas ansiedades. Por tanto, uno de los principales riesgos de esta fase es que haya pacientes cuyas ansiedades persecutorias no les permiten llegar a involucrarse en este proceso y abandonen de forma temprana el grupo.

Un segundo periodo, denominado fase simbiótica, vendría dada por la dificultad en soportar la intensa ambivalencia ante un terapeuta que no aporta lo esperado, y por la búsqueda de objetos ideales sustitutivos. Se desplaza la idealización del terapeuta al grupo (al que sienten como capaz

de resolver sus propias dificultades) que es el germen de la «ilusión grupal». Lo persecutorio se coloca en un chivo expiatorio, que a veces está encarnado en padres, profesores, compañeros, etc. o bien en el propio terapeuta o algún miembro del grupo al que excluyen del mismo (de ahí los comentarios críticos o despectivos hacia ellos).

En esta fase es donde hay un mayor riesgo de presentar rupturas de encuadre y, probablemente, también un mayor riesgo de actuar la contra-transferencia por parte del terapeuta.

Finalmente se produciría el paso a la fase de individuación, en la cual, a través de la unidad grupal establecida, el grupo se convierte en un lugar de restitución narcisista. Partiendo de la «ilusión grupal», junto con el apoyo contenedor del terapeuta, que mantiene las condiciones del encuadre, se ha logrado superar ausencias, silencios, la incertidumbre en general, y ha conducido a un incremento del desarrollo de las capacidades de mentalización y simbolización como funciones fundamentales para el desarrollo de la persona.

Tal y como señalaban Ahumada y Etchegoyen (27), la secuencia de las fases no viene perfilada por un límite determinado y, aunque quizás sean más fácilmente secuenciables en los grupos cerrados, en los grupos semiabiertos comprobamos cómo cada uno de los individuos que se incorporan al mismo van pasando por ellas en la medida de sus posibilidades.

### *Finalización del proceso*

En el caso de nuestro grupo, el fin del proceso conlleva la finalización del proceso individual de cada paciente en el grupo. La matriz grupal que sigue manteniéndose a través de los pacientes que continúan en el mismo, se enriquece con la salida y llegada de sus componentes.

El hecho de que nuestros pacientes sean adolescentes atendidos en un Centro de Salud Mental público que limita la edad de atención a los 18 años, o de que en ocasiones están a punto de iniciar otros recorridos vitales como por ejemplo el inicio de estudios superiores o formaciones específicas que les llevan a otros lugares de residencia, condiciona también el momento de su finalización en el grupo desde una realidad externa al mismo. Además de estas limitaciones externas, hay que recordar en el proceso final, como señala Foulkes (12, 14), que cada miembro solo puede ser valorado considerando el punto de referencia de su funcionamiento preterapeútico, su personalidad y su actitud ante la realidad.

De esta forma, tendremos que aceptar que no todos los pacientes van a finalizar su proceso en el grupo de la misma forma, sino cada uno condicionado por sus propias circunstancias y recursos.

La fase final de tratamiento conlleva un contacto inminente con la pérdida de la situación grupoterapéutica. Esto implica, por un lado, la pérdida

del grupo como continente, la pérdida de una experiencia relacional positiva sobre todo en aquellos adolescentes vacíos de ésta, así como la pérdida de cambios posteriores deseados y la separación respecto del terapeuta y de los otros miembros. Emerge así la sensación de totalidad grupal, y simultáneamente la de identidad individual. Es un tiempo de tristeza, pero también de satisfacción narcisista teniendo en cuenta los aspectos positivos de terminar con éxito un proyecto vital que ha durado un tiempo (28).

En ocasiones, suele ser el propio paciente quien comienza a plantear su fin en el grupo, y la escucha de su proceso personal, junto con la vivencia u opinión que también tienen sus compañeros del mismo, permite valorar en parte la adecuación de la partida planteada, así como ir realizando el proceso de duelo ante la pérdida. En otras, la propuesta parte del terapeuta que se la plantea para ir completándola juntos, haciendo surgir toda la iniciativa que se pueda del adolescente. Esta situación se valorará para permitir discriminar si el planteamiento de alta es una huida hacia adelante a modo de acting (que habría que interpretar en el mismo grupo) o si realmente se está produciendo un movimiento legítimo del paciente hacia la separación-individuación del grupo.

El final del proceso no está exento de la aparición de conductas resistentes en sentido contrario al mismo, en todos los componentes del grupo incluido el terapeuta. En cualquier caso, tal y como reflejan Ahumada y Etchegoyen (27), la separación requiere una discriminación entre lo que se ha logrado y lo que no, pero el terapeuta debe tener claro que el fin del grupo no es necesariamente el fin de las posibilidades de evolución personal sobre todo en el adolescente que ya de por sí se encuentra inmerso en un movimiento de su desarrollo evolutivo que le brinda una oportunidad de reorganización psíquica inigualable.

En nuestra opinión, consideramos importante en este proceso de despedida de los adolescentes, incorporar y explicitar con ellos algunos criterios evolutivos de mejoría. Los más habituales son: el alivio sintomático, subjetivo y/o referido por el entorno familiar o escolar; la capacidad de experimentar el mundo emocional y pulsional, aceptándolo como un enriquecimiento personal, conteniendo la impulsividad y las conductas de paso al acto; una mayor diferenciación (distanciamiento) respecto a los adultos, unido a cierta flexibilidad y tolerancia a la, aun necesaria, dependencia de ellos; y por último y, quizás el criterio más relevante, una ampliación de su vida relacional con iguales.

#### ALGUNOS PROBLEMAS FRECUENTES

Los grupos en general, y los de adolescentes en particular, siempre nos plantean problemas y cuestionamientos a nuestra tarea. Por ello, es

necesario tener en cuenta tanto el encuadre interno y el externo mencionados anteriormente y la importancia de la coterapia y los espacios para la reflexión grupal.

Aunque no podemos recoger toda la casuística al respecto, sí queremos señalar alguna de las situaciones más frecuentes:

- *Los silencios.*—Estos pueden suponer manifestaciones paranoides, dificultades cognitivas, de lenguaje o mentalización, de experimentar y exponer sus emociones... Cuando se comienza un grupo, los temores pueden ser tan invasivos que los adolescentes pueden requerir una intervención activa por parte de los terapeutas que ayude a aliviar las vivencias de tipo paranoide que les bloquean. Una vez que el grupo tenga un recorrido (en el caso de los grupos abiertos en el tiempo, el grupo siempre tiene un recorrido), el silencio puede ser la manifestación de un avance en la capacidad reflexiva. Pero, incluso en estos casos, los silencios prolongados en los componentes del grupo generan una mayor dificultad para comunicar sus experiencias.

En nuestra experiencia deben ser objeto de atención por los terapeutas para facilitar que se recupere ese nivel de comunicación.

- *Las actuaciones.*—El *acting-out* es siempre visto como una expresión de angustia que no encuentra una vía de expresión saludable. Pone en evidencia la resistencia al proceso terapéutico a través de faltas al encuadre, como llegar tarde al grupo, salidas antes de la finalización del tiempo de grupo y las ausencias. Consideramos que las ausencias en la adolescencia tienen su especificidad y es importante reconocerla, no únicamente como falta de adecuación, sino como conducta comunicacional al servicio del crecimiento identitario, que va a requerir la colaboración de la familia si ocurren de forma reiterada.

La tarea de los terapeutas consistirá en dar sentido a esa angustia y facilitar la expresión de esa tensión por vías más sublimadas, en vez de por vías sintomatológicas.

- *La participación desajustada.*—Bien por falta o por exceso. Un ejemplo podría ser el del adolescente verborreico, que no deja espacio para que los demás planteen sus problemáticas o visiones. Otro, el del adolescente inhibido, que no expresa más allá del «a mí también o a mí tampoco». En nuestra experiencia, suele ser necesaria una intervención más directiva de los terapeutas para promover la participación de todos los miembros, planteándoles preguntas directamente.

## CONCLUSIÓN

Las primeras etapas de desarrollo psíquico, junto con la experiencia grupal propia de la adolescencia, van a favorecer una organización psíquica estable, que ayude al individuo a enfrentarse a los retos de la autonomía e identidad necesarios para alcanzar un funcionamiento adulto suficientemente satisfactorio.

En nuestro trabajo con adolescentes, vemos que cuando esta organización previa falla, puede ser necesaria una intervención terapéutica que facilite el avance en conflictos no resueltos.

Considerando el valor organizador del grupo, entendemos que el tratamiento grupal ayudará al adolescente a hacer frente a las dificultades que no ha sido capaz de poder afrontar en su desarrollo previo. Ayudará a fomentar el desarrollo de un modelo que le permitirá confrontar sus propias percepciones, regular el control de sus impulsos y establecer una identidad que integre aspectos parciales o conflictos de su personalidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Schiavinato J. L'adolescent et le groupe. *Analys Groupe Psychodr.* Toulouse: Érès; 2002.
- (2) Coleman JC, Hendry LB. *Psicología de la adolescencia.* Madrid: Ediciones Morata ; 2003.
- (3) Anzieu D. *La dinámica de los grupos pequeños.* Buenos Aires: Ed. Kapeluz; 1971.
- (4) Hernanz Ruiz M, González-Serrano F. La adolescencia en una sociedad en crisis: crisis en la crisis. *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc* 2017; 64: 29-40.
- (5) Torras de Beà E. *Psicoterapia de grupo: para niños, adolescentes y familia.* Barcelona: Octaedro; 2014.
- (6) Chapelier JB. Les spécificités des groupes thérapeutiques à l'adolescence. *Rev Psychoth Psychanal Groupe* 1999; 31: 5-7.
- (7) Feduchi LM. El adolescente y la violencia. *Reflexiones clínicas. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc* 1995; 19-20: 47-58.
- (8) Fandiño Pascual R, Bacelar Pereira K. *Psicoterapia con adolescentes en conflicto. cartografía y navegación.* Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc 2016; 62: 89-91.
- (9) González-Serrano F. Intimidación y tolerancia a la soledad en la adolescencia. *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc* 2017; 65: 95-103.
- (10) Glasserman RM, Sirlin ME. *Psicoterapia de grupo en niños.* Buenos Aires: Nueva Visión; 1984.
- (11) Paulosky E. *Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes.* Buenos Aires: Ed. Fundamentos; 1986.
- (12) Kadis AL, Krasner JD, Winick Ch, Foulkes SH. *Manual de psicoterapia de grupo.* Mexico DF: Ed. Todocoleccion; 1974.

- (13) Diaz Portillo I. Bases de la terapia de grupo. Mexico DF: Ed. Pax; 2000.
- (14) Foulkes SH. Groupanalytic Psychotherapy. Method and principles. Londres: Maresfield Library; 1936.
- (15) Valiente Gomez DL. Psicoterapia psicoanalítica de grupo. Madrid: Fundamentos; 1987.
- (16) Vamberg R, Lombardo M. Psicoterapia de grupo y psicodrama: teoría y técnica. Barcelona: Octaedro; 2015.
- (17) Pérez Crim E. Implicaciones del enfoque terapéutico grupal en una consulta pública. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc 2015; 59: 15-24.
- (18) Chapelier JB. Actualité des psychothérapies de groupe à l'adolescence. Adolescence 2016; 34 (1): 9-16.
- (19) Guillen P, Loren JA. Del diván al círculo. Madrid: Tecnopublicaciones SA; 1985.
- (20) Manzano M, Palacio-Espasa F. Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía. Barcelona: Paidós; 1993.
- (21) Groch JE, De la Iglesia L, Villanueva C. Actualización en psicoterapia de grupo de orientación psicodinámica con niños y adolescentes en los servicios de salud mental de la Comunidad de Madrid. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc 2000; 29: 33-40.
- (22) Cruz D, Berni R. Trabajo en coterapia con adolescentes en situación de crisis. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc 2002; 33-34: 49-57.
- (23) Decobert S, Soulé M. La notion de couple thérapeutique:(a propos de l'expérience d'un couple de thérapeutes dans un groupe de couples). Rev Franç Psychanal 1972; 36 (1): 83-110.
- (24) Ruiz García-Diego M, Palacios Araus L. La coterapia, el contigo en el grupo. Norte Salud Mental 2019; 16 (60): 13-20.
- (25) Portuondo JA. Psicoterapia de grupo y psicodrama. Madrid: Biblioteca Nueva; 1985.
- (26) Laita de Roda P. Técnicas terapéuticas basadas en la teoría de la mentalización en grupos de adolescentes y sus familias en el contexto de hospital de día. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc 2016; 61: 35-42.
- (27) Ahumada J, Etchegoyen R. Terapia grupal de tiempo limitado: continencia y técnica. Rev Psicoanal 1977; 34 (01): 161-180.
- (28) Torras E. Grupos de adolescentes. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc 2002; 33-34: 135-147.



# GRUPOS BASADOS EN LA MENTALIZACIÓN PARA ADOLESCENTES: UN LABORATORIO RELACIONAL

*Norka T. Malberg*

«Cuando hablo con mis amigos sobre cosas difíciles, puedo entender las cosas... pero cuando trato de hacer lo mismo con mi mamá... ella sola... tiene una forma de volverme loco tan rápido, simplemente no entiendo, es tan molesto...».

(JORDI, 16)

## INTRODUCCIÓN

El término ‘mentalización’ se refiere al proceso por el cual nos damos sentido unos a otros y a nosotros mismos, implícita y explícitamente, en términos de estados subjetivos y procesos mentales (1). En un lenguaje menos técnico, podríamos referirnos a esto como la capacidad de vernos a nosotros mismos desde afuera y de imaginarnos al otro desde adentro.

La adolescencia es un período de desarrollo de transición entre la infancia y la edad adulta, que se caracteriza por más cambios biológicos, psicológicos y sociales que cualquier otra etapa de la vida, excepto la infancia. Las distinciones entre lo normal y lo patológico a veces son menos claras durante este período de desarrollo (2). El cambio es la característica definitiva de la adolescencia, por lo tanto, las oportunidades para tener un impacto positivo en un «sistema» que ya está en estado de cambio se maximizan (3). Los cambios en la personalidad y las manifestaciones conductuales que los acompañan durante la adolescencia tienen un impacto en las respuestas emocionales y conductuales de los demás. La respuesta de los demás a su vez influye las formas en que los adolescentes resuelven los principales conflictos y demandas evolutivas de esta etapa; por ejemplo, el balance entre la autonomía y la dependencia, la sexualidad, la identidad, etc.

Fonagy y colegas (4) describen el proceso mediante el cual el adolescente enfrentado a la tarea de desarrollo de la separación y la individualización elige retirarse de las interacciones sociales, evadiendo así una tendencia a la hipermentalización durante este periodo. Paradójicamente, esta tendencia tiende a reforzar muchas veces un sentimiento de soledad y aislamiento, una fuente de confusión y dolor a nivel psíquico que fomenta y privilegia la acción sobre la curiosidad sobre los estados mentales del otro.

A menudo, estos sentimientos informan manifestaciones conductuales que provocan reacciones de rechazo o castigo en personas que anteriormente se consideraban fuentes de apoyo para el joven. Como consecuencia, el adolescente se encuentra con un mundo relacional interno mucho más complicado, confuso y abrumador. Cuando surgen factores estresantes ambientales adicionales como el divorcio de los padres, la violencia escolar y del vecindario, o la pérdida de una persona importante en su vida, la capacidad de mentalización se ve comprometida aún más. Desde esta perspectiva, la activación del sistema de apego del joven en el contexto de un entorno psicoterapéutico seguro y predecible tiene como objetivo facilitar la reactivación de la capacidad de autoobservación y reflexión sobre los estados mentales y los efectos difíciles que los acompañan. Sin embargo, es importante para el profesional de salud mental el recordar que cuando nos encontramos con jóvenes en estado de mentalización baja o extremadamente concreta, nuestra postura mentalizadora es potencialmente amenazante para ellos y que es importante crear una formulación clínica que nos ayude a hacer contacto de una forma congruente con el estado de funcionamiento del joven en ese momento.

El término 'mentalización' se superpone, pero tiene un significado algo diferente, a conceptos tales como teoría de la mente, empatía, capacidad reflexiva o atención plena (para una revisión de estos conceptos, ver Choi-Kain y Gunderson (5)). La mentalización es una habilidad que se desarrolla en el contexto de una relación de apego, una que promueve un sentido de confianza y seguridad. El desarrollo de un «self central» se produce en el contexto de dicha relación, la cual se caracteriza por lo que los investigadores del desarrollo han denominado: reflejo marcado, es decir, la capacidad de los padres de reflejar verbalmente y no verbalmente, representar, devolver una versión metabolizada de lo que el bebé parece estar comunicando sobre su experiencia emocional. De esta forma, según el bebé experimente los intentos del cuidador de imaginar lo que está experimentando, emerge un sentido de sí mismo como un ser intencional, uno con sus propios pensamientos y sentimientos. La capacidad de función reflexiva de un padre, su capacidad para observar e imaginar la experiencia interna de los bebés como algo separado, intencional y dentro del contexto evolutivo determina a largo plazo la capacidad de dicho niño para poder funcionar y negociar a su manera en el mundo de las relaciones (6).

La teoría de la mentalización tiene como eje central la experiencia relacional y sus intervenciones están respaldadas por los hallazgos de la investigación del apego (1). Sin embargo, su aplicación clínica se basa en una integración de principios psicodinámicos, socio cognitivos y evolutivos. El concepto de mentalización es un concepto evolutivo ya que se relaciona con un logro fundamental en el desarrollo de las capacidades socio cognitivas del individuo. La mentalización es fundamental para la capacidad del individuo de funcionar eficazmente en el mundo relacional.

El tratamiento basado en mentalización (MBT) se diseñó originalmente como una modalidad individual que trabaja con pacientes organizados de forma límite; sin embargo, el uso paralelo de una modalidad grupal es una parte clave del modelo de tratamiento (7, 8). En los últimos diez años (9,10), esta modalidad ha surgido como una forma viable y efectiva de trabajar con adolescentes difíciles de contactar. En este capítulo, ilustramos la aplicación de la teoría de la mentalización con grupos de adolescentes, específicamente ofrecemos una descripción de los principios y técnicas que guían el trabajo psicoterapéutico en sí.

Allen describe el MBT como un tratamiento diseñado para promover un espíritu de curiosidad y para mejorar las habilidades de mentalización, al aumentar la atención y proporcionar práctica (1). La intervención grupal busca invitar al pensamiento, pero también modela nuevas formas de manejar los factores estresantes comunes en la vida de los adolescentes. Así también, se adapta particularmente bien en el trabajo con jóvenes que han experimentado adversidad ambiental temprana. En ese contexto, el objetivo es el de proporcionar habilidades para desarrollar el ego y reforzar la capacidad del joven para pensar sobre la naturaleza de su estructura defensiva y cómo impacta el funcionamiento relacional. La idea central es que al proporcionar la capacidad de interpretar el comportamiento humano desde una postura intencional (es decir, pensar en las creencias y los deseos del otro como algo separado del propio y como una fuente de comportamiento motivador), el tratamiento grupal basado en la mentalización permite al adolescente relacionarse socialmente con éxito desde una postura colaborativa y cooperativa.

### ¿POR QUÉ UN GRUPO PARA ADOLESCENTES?

La formación de relaciones significativas con pares es una de las tareas evolutivas centrales de la adolescencia. Las relaciones entre pares aumentan notablemente en intensidad durante la adolescencia y, en algunos casos, pueden convertirse en relaciones de apego. Como resultado, las intervenciones grupales durante este período evolutivo pueden parecer menos amenazantes y tienen el potencial de permitir que el joven revise las experiencias interpersonales y ambientales que han conformado su patrón de apego conductual actual en el contexto de un entorno de pares seguro y contenido. El siguiente ejemplo clínico nos sirve como punto de partida para explorar la aplicación de los principios de la técnica MBT a grupos con adolescentes bajo estrés psico-social. En la siguiente viñeta presenciamos la influencia en el funcionamiento de la capacidad de mentalización de la enfermedad física crónica, en este caso concreto por una patología renal. Visto desde la perspectiva evolutiva, el desarrollo de la personalidad en el momento del diagnóstico médico, así como el nivel de

apoyo ofrecido por las redes sociales alrededor del joven como familia, colegio y grupo de pares, define en muchas formas la capacidad de recuperar la mentalización en este contexto en el que una enfermedad amenaza la sobrevivencia del joven.

*Durante una sesión grupal un viernes, Amir, un niño de 13 años de Pakistán, comenzó a hablar durante el ejercicio de apertura en el cual los participantes comparten algo bueno y algo malo que les ha sucedido en la semana. Conocido en el grupo por sus «bromas tontas», las chicas le advirtieron a Amir que se tomara en serio el tema. Amir sonrió y compartió que todo en su vida estaba bastante bien, había aprobado su examen la semana pasada y había logrado jugar fútbol en el colegio, pero agregó que sus hermanas volverían a su casa de Pakistán en dos semanas y eso sería realmente difícil. Comentó que no había podido viajar desde que se enfermó hace 5 años. Uribe, una chica de 17 años bastante seria, le dijo que era un bebé llorón, Lana, de 18 años, y la mayor del grupo le dijo a Uribe que estaba siendo mala. El siguiente dialogo ilustra la evolución de una sesión de grupo en el contexto de una unidad de hemodiálisis en un hospital pediátrico para adolescentes que sufren de daño renal severo. Nótese que el nivel de estrés interpersonal en el grupo en este instante es bastante alto y por ende puede conducir potencialmente a patrones de interacción no mentalizantes.*

*Terapeuta (Trp)*

LANA.—Uribe, siempre piensas que eres mejor que nosotros... estás siendo mala con Amir, es fácil para ti, te enfermaste hace un año...

URIBE.—Solo estoy tratando de decir que necesita estar agradecido por lo que tiene...

TRP.—(mirando a Amir) Me pregunto cómo se siente Amir en este momento... ¿qué piensa de esta conversación...? ¿No lo sé realmente, pero su rostro me dice que tal vez no se siente cómodo...? ¿Qué piensan los demás?

URIBE.—Solo estoy tratando de decir...

LANA.—Detente antes de ser más cruel niña...

TRP.—¿Qué piensan los demás que está sucediendo entre Uribe y Lana?

AMIR.—Creo que ambas quieren tener la razón, ¡pero nadie me pregunta a mí!

JAY.—(riéndose) Entonces, pues como siempre... madres, enfermeras y hermanas... de todos modos, ¡hablan y hablan... siempre tienen la razón! ¡A nosotros los chicos nadie nos hace caso en este lugar!

TRP.—Mmm... realmente vamos rápido aquí, chicos, ¿creen que podríamos reducir la velocidad por un minuto y pensar en lo que la historia de Amir parece estar haciéndonos sentir a todos, ¿podemos llamarlos... sentimientos grandes? (El grupo ríe, el terapeuta lo nota en voz alta y pregunta qué piensan y sienten las personas en este momento).

AMIR.—Creo que estar enfermo es diferente para cada uno de nosotros...

LANA.—Odio no poder nadar, me encanta nadar...

- HELEN.—Nunca he podido ir en bicicleta... *(Otros miembros comparten, Uribe permanece callada y se ve bastante infeliz).*
- TRP.—Si yo fuera Amir, me sentiría realmente excluido del viaje, ser excluido es difícil. Parece que otros pueden saber cómo se siente eso, ¿estoy en lo cierto?
- HELEN.—Sí... y si estabas acostumbrada a hacer cosas y de pronto no puedes es duro *(Uribe sonríe y parece de acuerdo).*
- TRP.—La sonrisa de Uribe me dice que podría estar de acuerdo contigo Helen...
- URIBE.—Sí, y lo siento Amir, creo que quejarse es malo porque Dios podría castigarte...
- TRP.—Eso es algo que te enseñaron a creer y es parte de quién eres, es difícil cuando las formas de tratar las cosas difíciles de los demás son diferentes a las de uno.
- AMIR.—Creo que estoy enojado con mis hermanas, celoso, como dice mi madre... creo que Uribe tiene algo de razón, pero lo dice de forma un poco dura... cada uno tiene su estilo...
- TRP.—¿Qué piensan los demás? ¿Les sorprende lo que Amir acaba de compartir con nosotros?
- LANA.—Creo que no deberíamos estar enfermos, somos jóvenes, las personas mayores son las que deberían estar enfermas *(otros miembros del grupo están de acuerdo, la conversación se transforma en un momento de reflexión colectiva sobre la ira por estar enfermo y cómo hace reaccionar al estrés diario).*

En este contexto, es extremadamente importante que el líder del grupo preste atención a sus reacciones emocionales y a sus momentos de no mentalización, no solo en privado sino también invitando a otros miembros del grupo a reflexionar con ella sobre ellos. Al hacer esto, el líder del grupo promueve tanto una postura «inquisitiva» como de auto observación. Además, el líder del grupo fomenta un equilibrio entre cuánto trabajan los miembros del grupo para explorar sus propios estados mentales y cuánto exploran los de los demás. Esto último es particularmente difícil cuando se trabaja con adolescentes. Sin embargo, con los adolescentes con enfermedades crónicas descubrimos a menudo que han desarrollado una capacidad especial para estar demasiado en sintonía con las necesidades y deseos de los demás (híper-mentalización), especialmente con el personal médico. Por lo tanto, el desafío es ayudarlos a mantener un equilibrio entre prestar atención y tener curiosidad acerca de sí mismos, a la vez que tienen en cuenta a los demás. Uno de los principales desafíos fue cómo «normalizar» nuestras discusiones y explorar temas apropiados para la edad fuera del contexto de la enfermedad, con el propósito de activar la capacidad de pensar simultáneamente sobre sus pensamientos y sentimientos y los de las personas que los rodean, especialmente sus pares en la unidad.

Nuestra capacidad de mentalizar se ve afectada por los factores estresantes de la vida cotidiana. Por ejemplo, tan solo piense en la última vez que se sentó en el tráfico pensando en llegar tarde a una reunión. Por otro lado, nuestra capacidad de recuperar nuestra mentalización cuando experimentamos sentimientos fuertes también se basa en nuestra historia relacional y su impacto acumulativo en nuestro sentido de identidad, de sentirnos dueños de nuestras emociones y de pensar en nosotros mismos como agentes de cambio en nosotros y en los demás. La experiencia de la psicoterapia individual en sí misma es a menudo una invitación a la activación de viejos patrones de relación y, a raíz de esto, a veces resulta un desafío para los jóvenes. En contraste, la intervención MBTG-A busca proporcionar una experiencia evolutiva reparadora, posiblemente nueva, en el contexto de las relaciones con los pares, ofreciendo al joven «formas de ser» alternativas mientras respetamos su funcionamiento actual. De esta manera, el grupo sirve como contenedor y regulador tanto para el joven como para los facilitadores del grupo en el contexto de una realidad interna y externa.

Cuando se pierde la mentalización, es útil descubrir qué sucedió a través de un proceso de describir y nombrar cómo surge en el «aquí y ahora» en las sesiones grupales para invitar al grupo a pensar juntos sobre la identificación de formas alternativas de comprender y responder a otros. También es útil para los facilitadores del grupo durante el proceso de evaluación el definir los estilos individuales prevalentes de mentalización en el grupo. Las siguientes son descripciones de diferentes formas en que la no mentalización se manifiesta en el contexto de las interacciones en el grupo.

*Mentalización concreta.* Las personas que manifiestan este estilo de no mentalización tienden a dejar que sus sentimientos gobiernen su forma de pensar y actuar. Ejemplo: «Siento que mi madre no fue justa el otro día, así que voy a hacer algo para que ella pueda sentir lo mismo que me hizo sentir y así ya habrá justicia». Hay una tendencia a no reconocer cómo las acciones de uno pueden afectar a los demás y siempre culpar al otro o una situación externa que estaba fuera de control. Ejemplo: «Mi padre necesita entender que es un tipo difícil y que yo soy solo un chico, así que no puedo evitarlo cuando pierdo los estribos con él». La dificultad para reflexionar sobre los propios pensamientos y sentimientos de una manera genuina también es un hito de esta no mentalización, por ejemplo: «Soy una persona muy distante, esto es lo que soy y no puedo evitarlo, lo siento». En general, existe una tendencia a ser muy negativo, a la falta de flexibilidad y a permitirse considerar otras formas de afrontamiento posibles.

*La pseudomentalización* es otra forma no mentalizante de hacer frente al estrés relacional. Por lo general, uno encuentra este tipo de mentalización en jóvenes con buena capacidad cognitiva o, a veces, en jóvenes con tendencias antisociales. Un ejemplo: «Creo que te sientes muy excluido de

este grupo. Solía sentirme así, pero ahora entiendo, hablar de sentimientos es importante, te hace más sensible». Aunque este comentario puede parecer mentalizador y reflexivo, en realidad, cuando se mira de cerca, el joven se ha mantenido en una perspectiva de «yo», sin tener curiosidad acerca de por qué el otro miembro tiene tanta dificultad para compartir y reflexionar sus pensamientos y sentimientos. Las personas que usan mucha pseudo-mentalización pueden monopolizar un grupo además de ser intrusivas e inexactas en su evaluación de los estados mentales de otros miembros. Tratar de que profundicen y se vuelvan más mentalizadores es una tarea que debe manejarse de manera oportuna y sensible.

*Mal uso de la mentalización.* Esta es una estrategia defensiva utilizada en el grupo de adolescentes con bastante frecuencia para «tomar ventaja» cuando se trata de situaciones estresantes en el grupo. Hay un elemento de manipulación y humillación en esta estrategia. Por ejemplo, durante una sesión, María se siente acorralada por los intentos de Joan de comprender por qué está tan triste por su novio. María le dice a Joan que al no tener ella novio es fácil para ella pensar todo tipo de cosas que está haciendo mal, ¿por qué no puede conseguir un novio si tanto sabe? María agrega, que ella piensa que Joan le tiene envidia y finge que le importa. Este tipo de no mentalización puede salirse de control en el grupo de adolescentes con bastante facilidad, por lo tanto, es muy importante ponerle atención e invitar al grupo a observar y reflexionar sobre la dinámica y ofrecer formas alternativas de mentalización para comunicarse y reflexionar sobre el problema desde una perspectiva bidireccional.

*Dificultades de mentalización parcial.* Las fluctuaciones del estado de ánimo y las tendencias regresivas son características del grupo de adolescentes. A veces, debido a ello, jóvenes que en el pasado han demostrado una capacidad real de mentalización pueden caer en lapsos o pérdida general de mentalización. Cuando se trabaja con jóvenes en hospitales, por ejemplo, o con jóvenes que discuten una dificultad específica que todos comparten, es importante discutir abiertamente con el grupo lo que los ha reunido y reconocer lo difícil que es estar mentalizando cuando ciertos temas relacionados con su dificultad común emerge. Esto facilitará la identificación de fallas de mentalización y le dará al grupo licencia para reconocer y reflexionar sobre el impacto que ciertos temas tienen en su capacidad de mentalización. Además, permitirá que el grupo piense en conjunto y comparta formas en las que diferentes personas puedan lidiar con el estrés y explorar nuevas posibilidades.

Una vez que los dos terapeutas establecen un perfil de los estilos predominantes en un grupo, así como de las preocupaciones que motivan a los jóvenes a asistir, se determina la estructura y el enfoque del grupo en un proceso de colaboración con los miembros del grupo.

EL ROL DE LOS TERAPEUTAS DEL GRUPO:  
¿QUÉ QUEREMOS DECIR CON UNA POSTURA MENTALIZADORA?

El facilitador de un grupo de mentalización tiene como objetivo principal promover una atmósfera de respeto donde nadie realmente «sabe», pero en el que todos están invitados a «adivinar» y «preguntarse» sobre lo que otros sienten y piensan en el contexto de discusiones a menudo difíciles. La introducción de varias formas de manejar las propias respuestas afectivas a través del uso de una postura reflexiva e inquisitiva se puede hacer de manera lúdica durante las primeras sesiones cuando surgen las primeras interacciones no-mentalizadoras.

La postura mentalizadora del terapeuta es uno de los componentes técnicos más importantes del enfoque MBT. Un aspecto central de la postura mentalizadora es una actitud de no saber, sin embargo, esto no debe confundirse con la postura psicoanalítica grupal más tradicional de pasividad, que a menudo contrasta con otras modalidades grupales. Los terapeutas del grupo de mentalización intentan mantener una postura bastante activa e inquisitiva caracterizada por la curiosidad sobre sus propios pensamientos y sentimientos como pareja terapéutica, así como la de los miembros del grupo. Una contribución central del enfoque de Karterud y Bateman (11) que hemos incorporado, es la función de «autoridad de gestión» en la que los objetivos del grupo se especifican y se acuerdan claramente y los terapeutas dirigen al grupo a adherirse a lo socialmente acordado. Los terapeutas desafían de forma curiosa y basada en la realidad observable a los miembros del grupo cada vez que intentan sabotearlo mediante agresión o devaluación. Esto tiene que equilibrarse con una postura inquisitiva y, a menudo, requiere la capacidad explícita de mentalizar la afectividad, lo que significa poder pensar en el contexto de emociones fuertes y estresantes. Tener dos terapeutas es extremadamente útil en este contexto en términos de identificar momentos de «ruptura» no mentalizantes y ejercer la autoridad de uno sin asumir el papel de experto o aplicar poder coercitivo cuando se siente bajo ataque.

Un aspecto importante de los terapeutas es el de modelar nuevos comportamientos interpersonales en el contexto de sus interacciones durante el grupo de formas explícitas. Cuando se sienten atrapados en medio de una discusión grupal dominada por modos no mentalizantes de interacción los terapeutas pueden ayudarse mutuamente de las siguientes maneras:

- *Reconociendo el estancamiento.* Por ejemplo: «(Un terapeuta al otro): Puedo ver que estamos un poco atrapados aquí, y que hay puntos de vista muy diferentes sobre esto. ¿Te parece? (Otro terapeuta): Si, es posible que no todos estemos de acuerdo, pero ¿tal vez podamos pensar en cómo es que vemos esto de manera tan diferente?».

- *Reforzando la postura inquisitiva de cada uno.* «Jane parece estar realmente tratando de expresar sus sentimientos en palabras en este momento, ¿alguien puede imaginar por qué le está siendo tan difícil?»
- *Repasando juntos la secuencia que condujo al «callejón sin salida».* «Me di cuenta de que cuando comenzamos a hablar sobre el enojo de Joan, Jimmy volteo la cabeza y Joan empezó a bajar la mirada... parecía que la comunicación se interrumpió en ese momento ¿entendí bien?»

Los terapeutas realizan las siguientes tareas durante el grupo:

- *Contener la ansiedad en la consulta comentando en voz alta lo que él / ella piensa que está sucediendo en la mente de las personas.* «Me pregunto qué está pasando hoy en la sala. Supongo que la gente se siente un poco tímida sobre nuestro tema. ¿Alguna otra idea?»
- *Reflexionar mentalmente sobre sus propios pensamientos y sentimientos con respecto a lo que está sucediendo en el grupo.* «(Un terapeuta al otro) No sé tú, pero yo me siento un poco desconectado hoy, es como si me costara entendernos como grupo, como si algo se interpusiera en el camino de las personas hablando entre sí, me pregunto si alguien podría ayudarme a entender que está pasando.»
- *Modelar estrategias que promueven la mentalización como clarificar y verificar.* «¿Estás diciendo que te hice sentir avergonzado y algo enojado cuando te pregunté sobre tu nota en el examen al principio de la sesión?»
- *Introducir el concepto de mentalización de una manera juguetona y evolutivamente sensible.* En algunos grupos, el uso de viñetas ficticias o role playing se puede utilizar como una forma de introducir conceptos y permitir a los miembros del grupo un cierto nivel de distancia emocional. Sin embargo, estas técnicas solo deberían intentarse una vez que se haya alcanzado cierto nivel de cohesión grupal.
- *Ayudar a los miembros a identificar mecanismos de adaptación desadaptativos de manera sensible y oportuna.* «¿Han notado cómo algunas personas huyen de sentimientos difíciles de diferentes maneras? Por ejemplo, tiendo a cambiar de tema cuando me siento incómodo. ¿Alguien más ha notado lo que hacen cuando se sienten incómodos?»
- *Detener el comportamiento no mentalizador y resaltar lo que está sucediendo al proporcionar formas alternativas de lidiar con el estrés relacional en la sala.* «Joe, me di cuenta de que te quedaste callado después de que Justine hizo el comentario sobre tu amigo Stephen, he observado que esto ha sucedido antes y me pregunto si habrá alguna forma de pensar sobre ello con el apoyo del grupo.»

- *Ayudar al grupo a vincular sesiones anteriores y actuales, teniendo en cuenta y reconociendo las ausencias de los miembros del grupo.* «No es fácil recordar completamente nuestra conversación de hace dos semanas, ya que algunas de las personas involucradas en ella no están aquí hoy y eso cambia las cosas... pero recuerdo que todos parecemos sentir que...».

A continuación, exploramos tres áreas desde las cuales el modelo MBTG-A interviene desde una perspectiva dimensional de la personalidad. De esta manera, este modelo busca ser transdiagnóstico en naturaleza, así como flexible y genérico y abierto a su adaptación a las necesidades de contexto específicos.

### 1. *Comportamiento y Habilidad Interpersonal*

El MBTG-A enfatiza el intercambio de pensamientos y emociones en el contexto de situaciones sociales estresantes cotidianas. Los intercambios en el grupo permiten considerar la comprensión cultural y los valores individuales relevantes (tradiciones étnicas, creencias espirituales) y son respetuosos y atentos al significado personal de la experiencia. Un MBTG-A no sigue un conjunto de ejercicios pre-empaquetados. Más bien, está destinado a ser un laboratorio relacional, un patio de juego de ideas y un intercambio de experiencias guiado por objetivos básicos en las mentes de los co-terapeutas. Sin embargo, una estructura básica está definida y guiada por las necesidades específicas del grupo y el entorno donde se lleva a cabo. Este enfoque coincide con la descripción de Stricker de la integración de la psicoterapia como un enfoque ideográfico en lugar de nomotético (12).

Los temas durante las primeras etapas del grupo están diseñados por instrumentos de investigación llevados a cabo durante la admisión al grupo y literatura clínica con respecto a la población en cuestión. Por ejemplo, al analizar los resultados del grupo con adolescentes con déficit renal en el Inventario de Personalidad Adolescente de Millon (13), observamos que todos los participantes mostraban altos niveles de preocupación con respecto a la tolerancia social y la estima personal. Como resultado, los ejercicios durante este periodo del grupo estuvieron centrados en el desarrollo de nuevas formas de manejar el estrés en las relaciones desde una perspectiva socio cognitiva. Se discutió y practicó el concepto de toma de perspectiva y estrategias que mejoran la capacidad del joven para «ponerse en el lugar del otro». Se incorporaron pequeñas unidades psico-educativas (más características de los enfoques de la Terapia Cognitiva Conductual) en la estructura de las sesiones grupales para introducir el desarrollo de habilidades básicas de mentalización. Técnicas como «Parar y rebobinar» y «Comprobación» características del enfoque basado en la mentalización

(14) también se introdujeron en el contexto de situaciones de estrés relacional en el «aquí y ahora» del grupo.

Al pensar en habilidades específicas y practicarlas en el ambiente de contención y seguridad del grupo, promovemos una postura mentalizadora no solo en los participantes de los grupos sino también en otros sistemas a su alrededor (profesores, padres y otros). La consideración de variables sistémicas es extremadamente importante en términos de una generalización de las habilidades adquiridas durante la intervención. Después de todo, de qué sirve activar las capacidades de mentalización del paciente si el entorno que lo rodea no refuerza sus nuevos estilos relacionales. Como señalaron Grehan y Freeman (15), a veces las condiciones ambientales están más allá de la capacidad del paciente para hacer frente e inhibir las ganancias efectivas del tratamiento.

## 2. *Cognición, Percepción y Afecto*

El objetivo principal del MBTG-A es crear una comunidad donde el enfoque en la mentalización y lo que inhibe su funcionamiento para cada individuo se vuelve explícito, es un proceso consciente y hablado. En otras palabras, una «nueva experiencia de desarrollo» conducente a nuevas formas de pensar sobre los sentimientos y responder en las relaciones para el joven. Con esto en mente, se aplicó un enfoque evolutivo en el que un modelo de mentalización de andamiaje se refleja en los temas abordados en el grupo. Los terapeutas tienen en cuenta tres niveles: atención al control, regulación de la emoción y mentalización explícita (16, 17).

Las etapas iniciales del grupo se enfocan en resaltar las comunicaciones no verbales e indicar cambios en el afecto del grupo, siempre manteniendo una postura de «no saber» en el aquí y ahora. Las intervenciones son características de un enfoque de atención al control. A medida que se desarrolla la alianza terapéutica de los grupos y surgen momentos de «ruptura», el terapeuta se centra más en señalar lo que Safran y Muran han llamado «Rupturas de Alianza» desde una perspectiva de integración psicoterapéutica (18).

A medida que avanzamos hacia la fase media del grupo, las intervenciones del terapeuta se centran más en el desarrollo de la regulación de la emoción. Por ejemplo, cuando se produce una confrontación entre dos o más miembros, el terapeuta detiene al grupo y «recluta» a otros miembros para intentar comprender los pensamientos y sentimientos detrás de la ruptura. Juntos, el grupo examina cómo las experiencias, creencias y sentimientos impactan nuestra capacidad de relacionarnos. A través de experiencias repetidas como esta, el MBTG-A proporciona una experiencia reparadora relacional dentro de la cual el joven puede explorar sentimientos conflictivos, tomar conciencia de las motivaciones detrás de la conducta no mentalizadora y sus consecuencias.

### 3. *Conflicto psicodinámico, yo y representación de objetos*

Aunque el MBT-G es de naturaleza psicodinámica, no hay un uso explícito de la interpretación de los procesos inconscientes o de trabajar directamente en la transferencia. Sin embargo, existe un reconocimiento de los procesos inconscientes que se realiza de forma informal y cotidiana, así como un fuerte énfasis en la fuerza de los patrones relacionales que aprendemos a medida que crecemos. El grupo busca, de hecho, traducir el lenguaje psicodinámico en conceptos lúdicos y concretos que sirven como una forma común de ayudarse mutuamente a pensar sobre estados mentales difíciles y opacos y sus consecuencias conductuales. Por ejemplo: «A veces hacemos algo y no sabemos por qué, tal vez hay dos lados de nuestro cerebro, los pensamientos en el frente y los que están ocultos en la parte posterior de nuestra cabeza... ¿qué les parece esta propuesta?» El uso de hablar y dibujar nuestros sueños, por ejemplo, parece dar vida al concepto del inconsciente, pero también es una forma maravillosa de explorar los miedos y los sentimientos que provocan ansiedad en el desplazamiento, lejos de los sentimientos y realidades atemorizantes que amenazan al funcionamiento frágil del yo adolescente.

Desde una perspectiva basada en la mentalización, el terapeuta grupal sirve como facilitador y modelo de mentalización. Como resultado, existe un enfoque horizontal en el que la/los terapeutas(s) comparten sus propias experiencias y reflexionan sobre sus propias rupturas durante el grupo. Desde una lente de integración de psicoterapia, el terapeuta con enfoque en la mentalización promueve un clima emocional de diversión e curiosidad sobre las mentes de los demás al adoptar una postura de interacción (19). En muchos sentidos, la intervención basada en la mentalización promueve lo que Wachtel (20) llama un modo característico interpersonal, es decir, un enfoque que conoce las contribuciones conjuntas del grupo y el terapeuta (s). La interacción en el «aquí y ahora» es importante sin descontar la influencia del pasado. Desde esta perspectiva, estas intervenciones crean experiencias emocionales correctivas para el grupo.

### CONCLUSIÓN

Un terapeuta que trabaja desde una perspectiva basada en la mentalización busca entrar en la relación terapéutica de una manera abierta, flexible y genuinamente inquisitiva en un intento de «conocer al paciente donde se encuentra» evolutivamente. Esto es particularmente relevante cuando se trabaja con adolescentes, típicamente considerados como una población resistente a la ayuda psicoterapéutica.

La propuesta de trabajo grupal de MBT con adolescentes se basa en la importancia que el mundo de los pares tiene en esta etapa evolutiva.

Sentirse mutuamente comprendido, visto y conectado con los demás es una necesidad humana fundamental. Realizado de manera consciente, responsable y genuinamente comprometida, un grupo basado en la mentalización con adolescentes puede ser un poderoso puerto de entrada al mundo interior de los jóvenes y constituir un laboratorio relacional en el contexto de un entorno seguro y confiable donde las representaciones internas de uno mismo y otro puede ser revisadas, revisitadas y reescritas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Allen J.G., Fonagy P. *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. London: John Wiley & Sons; 2006: 7-15.
- (2) Cichetti D., Rogosh F.A. A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70 (1).
- (3) Cichetti D., Toth S.L. *Rochester Symposium on developmental psychopathology. V. 7, Adolescence: Opportunities and Challenges*. Rochester: University of Rochester Press; 1996.
- (4) Fonagy P., Gergely G., Jurist E., Target, M. *Affect Regulation, Mentalization and the development of self*. New York: Other Press; 2002.
- (5) Choi-Kain L.W., Gunderson J.G. *Mentalization: ontogeny, assessment and application in the treatment of borderline personality disorder*. Am J Psychiatry Washington: Psychiatric Publishing; 2008.
- (6) Ensink K., Normadin L., Plamondon A., Berthelot N., Fonagy, P. Intergenerational pathways from reflective functioning to infant attachment through parenting. *Canadian Journal of Behavioral Science/Revue Canadienne des sciences du comportement*, 2016; 48, 9.
- (7) Bateman A., Fonagy P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
- (8) Schultz-Venrath U. *Lehrbuch Mentalisieren*, Stuttgart: Klett-Cotta; 2013.
- (9) Malberg NT; Fonagy P., Mayes L. Contemporary Psychoanalysis in a Pediatric Hemodialysis Unit: Development of a Mentalization-Based Group Intervention for Adolescent patients with End-Stage Renal Disease. *The Annual of Psychoanalysis*, 2009; XXXVI-XXXVII: 2008-2009, Mental Health Resources, Catskill, New York.
- (10) Rossouw T. Self-harm in young people: Is MBT the answer? In: Midgley N., Vrouva I. (Eds.) *Minding the Child: Mentalization-Based Interventions with Children, Young People and their Families*. London: Routledge; 2012.
- (11) Karterud S., Bateman A. Group therapy techniques. In Bateman, A., Fonagy P. (2012) *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2011.
- (12) Stricker G. *Psychotherapy integration*. Washington: American Psychological Association; 2010.
- (13) Millon T., Green C. Meagher R. *Millon adolescent personality inventory*. Minneapolis: Interpretive Scoring Systems; 1984.

- (14) Bateman A., Fonagy P. Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. Washington: American Psychiatric Publishing; 2012.
- (15) Grehan P. M., Freeman A. Neither child nor adult: Applying integrative therapy to adolescents. *Journal of Psychotherapy Integration* 2009;19:269-290.
- (16) Malberg NT. Mentalization Based Group Treatment for Adolescents. New Haven: Unpublished manual; 2010.
- (17) Malberg NT. Creating Security by Exploring the Personal Meaning of Chronic Illness in Adolescent Patients. In: O'Reilly-Landry Maureen (Ed) *A Psychodynamic understanding of Modern Medicine: Placing the person at the center of care*. Radcliffe Medical Press; 2012.
- (18) Safran J.D., Muran J.C. The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996;64: 447-458.
- (19) Gold J. Key concepts in psychotherapy integration. New York: Plenum; 1996.
- (20) Wachtel P.L. *Psychoanalysis & behavior therapy: Toward an integration*. New York: Basic Books; 1977.

## ¿QUÉ HACEMOS CON LOS PADRES?

*Fernando Dualde Beltrán*

La importancia de los padres en la consulta de niños y adolescentes es obvia por diversos motivos: sea por la inevitable dependencia de estos respecto de aquellos en las distintas áreas de su vida; sea porque los padres son un elemento esencial a la hora de garantizar la continuidad del tratamiento –también en su función como coterapeutas y como mantenedores del cambio una vez integrado el trabajo del tratamiento–; sea, en último término, porque los padres tengan una participación en las manifestaciones sintomáticas de los hijos –en su aparición, su perpetuación, su resolución...–, lo cierto es que el papel de los padres en la consulta de niños y adolescentes es siempre relevante. Aunque este extremo es bien sabido por quienes nos dedicamos a ello, la forma en que se articula la presencia de los padres en el contexto general del tratamiento está menos estructurada. De hecho, en función de la realidad asistencial de cada profesional, determinada tanto por el enfoque teórico como por las condiciones materiales que determinan en última instancia el encuadre del encuentro, el valor asignado al concurso de los padres diferirá de unos a otros.

En ese contexto es donde surge la cuestión de «¿Qué hacemos con los padres?», pregunta que remite a diferentes aspectos entre los cuales vamos a tratar de abordar tres de ellos. La necesidad de definir el lugar que otorgamos a los padres en el planteamiento general del tratamiento; la descripción de las líneas teóricas generales que guían el tratamiento, con las técnicas empleadas; y la queja derivada de la impotencia vivida ante las dificultades halladas en la evolución del paciente.

Existen diversos motivos que justifican la necesidad de integrar a los padres en el tratamiento de los hijos. En primer lugar, porque son los responsables de garantizar una continuidad en el mismo, bien sea facilitando su asistencia a las sesiones de psicoterapia –con la confianza en su función terapéutica y la persistencia en el mismo a pesar de las dificultades–, bien sea con la administración de la medicación. A esta función de acompañamiento y de control se añade una segunda labor de comprensión y contención de los conflictos y las emociones en juego, en la medida en que por su condición de adultos se les presupone la capacidad para identificar, discriminar y nombrar los diferentes estados emocionales del hijo, facilitándole una función continente para los mismos así como el desarrollo de una capacidad propia que el hijo adquiere progresivamente: la función alfa (1) o, más modernamente, la capacidad de mentalización (2).

Desde un determinado punto de vista teórico, la comprensión de las dinámicas familiares, grupales y, en general, de las que se derivan cuando interactúan entre sí dos o más personas, nos permiten entender el síntoma –y, de forma más amplia, la patología– como el resultado de determinados modos repetitivos de interacción<sup>1</sup>, en la medida en que dicha interacción evoca determinadas angustias no solo propias, sino también en relación a la pareja y al hijo, estableciéndose dinámicas específicas que se derivan de dicho interjuego, con una conflictividad específica en el caso del adolescente y sus padres ya descrita en otros lugares (3, 4). De conformidad con ello, la intervención se encaminaría a la interrupción de tales dinámicas relacionales disfuncionales y, como consecuencia de ello, se vería reforzada la función de los padres como facilitadores / posibilitadores del desarrollo psíquico del hijo, en la medida en que durante este periodo de la vida el ser humano se encuentra en una situación de cambio permanente que requiere esfuerzos adaptativos continuados. Cambios que no son lineales ni constantes en cuanto a su intensidad, que provienen tanto del exterior como del interior del individuo y cuya asimilación determina una parte de las capacidades adaptativas puestas en juego en los cambios que le suceden. Empleando la terminología de Anna Freud (5), se trataría de posibilitar el tránsito del niño a través de las diferentes líneas de desarrollo que confluyen en la estructuración de la personalidad adulta.

A efectos de este texto –sin olvidar que en este volumen se incluyen aportaciones interesantes desde otros planteamientos psicodinámicos– interesa destacar el trabajo de Novick y Novick (6, 7) quienes intentan dar respuesta a la tercera de las cuestiones suscitadas, el lamento derivado de la impotencia vivida ante las dificultades halladas en la evolución del tratamiento del paciente en edad infantil y adolescente. A partir de la idea de Benedeck (8) acerca de que la parentalidad es una fase del desarrollo adulto normal compuesta por subfases que se ven afectadas por las interacciones dinámicas con los hijos, estos autores contemplan la parentalidad como una línea de desarrollo propiamente dicha dirigida a alcanzar la capacidad de crear, cuidar, proteger, educar, amar, respetar y obtener placer en algo o alguien más allá de uno mismo sin implicar, necesariamente, dar a luz y criar hijos.

Plantean, por tanto, que el tratamiento debe abordar un doble objetivo: la restitución del niño en la trayectoria del desarrollo progresivo, que se ha visto interrumpida como consecuencia de la conflictividad en la dinámica relacional y que se expresa a través de la aparición de los síntomas.

---

<sup>1</sup> Baste señalar los estudios ya clásicos sobre la teoría de la comunicación, así como los trabajos más recientes de las corrientes interaccionistas que intentan conceptualizar el acceso a la intersubjetividad.

Y la restitución de la relación parento-filial como una fuente de enriquecimiento permanente para todos ellos, en la medida en que dicha dinámica relacional conflictiva y los síntomas acompañantes les confrontan con su función de cuidadores —en sentido winnicottiano—, perdiendo la necesaria gratificación narcisista que comporta dicha labor para dar paso a la aparición de sentimientos de culpa, fracaso, rabia... que perpetúan el desencuentro con el hijo, con la posibilidad de una ruptura de la relación, al menos en términos afectivos.

Dicho trabajo requiere el establecimiento de una alianza terapéutica con los padres que implica un trabajo parental continuado desde las primeras visitas, que preceden durante algún tiempo el trabajo con el hijo, y que continúa a lo largo de todo el tratamiento de este. Para cada una de las fases del tratamiento, describen una serie de angustias y de defensas frente a las mismas que conllevan la realización de diversas tareas cuya consecución promueve la sintonía afectiva con el hijo, determina el paso a la siguiente fase del tratamiento parental al tiempo que influye recíprocamente en el decurso del tratamiento del hijo, tal y como ilustra la tabla 1 reproducida del artículo dedicado específicamente al trabajo concurrente con padres de adolescentes (9, 10).

Al respecto, reseñar un aspecto importante que no está recogido en la tabla: la adquisición de la autorregulación, «piedra angular del desarrollo en la infancia temprana y [que] atraviesa todos los dominios del comportamiento». Cuestión actualmente en boga a través del concepto de disregulación emocional (11), considerada como un «hito de la psicopatología» (12), Novick y Novick caracterizan la autorregulación en términos de dos sistemas de funcionamiento que denominan «abierto» y «cerrado». El primero se ajusta a la realidad interna y externa, está en constante expansión y cambio, y se caracteriza por el placer, la competencia y la creatividad a la hora de autorregularse y de resolver problemas y conflictos, mientras que el segundo evita y niega la realidad, es inmutable, circular y repetitivo, y se caracteriza por un modo de funcionamiento sadomasoquista, omnipotente y estático. Todas las personas tenemos acceso a ambos sistemas de autorregulación en cualquier momento del desarrollo a lo largo de toda la vida, y es precisamente el movimiento parental desde el sistema de autorregulación «cerrado» hacia el «abierto» el criterio global que indica la existencia de un cambio en las relaciones.

Por último, y no por ello menos importante, destacar la importancia del amor parental primario, entendido éste como el afecto que cabe suponer a todo progenitor en relación con su hijo. El considerar la existencia de dicho amor parental primario, aunque solo sea a modo de potencial, proporciona al terapeuta un anclaje imprescindible al que aferrarse a la hora de vencer las resistencias parentales en el trabajo concurrente y protege frente a las distintas modalidades de «externalizaciones» que los progenitores puedan hacer sobre la figura del analista.

La puesta en práctica de la técnica implica que sea un mismo terapeuta quien aborde la conflictividad de la relación hijo adolescente-padres desde los dos elementos de la ecuación, durante todo el tiempo que dura el tratamiento del adolescente, a diferencia de lo que suele ser habitual cuando se trabaja con pacientes en estas edades. Quizá sea este factor el más paradójico de la intervención, pues a pesar de que se trabaja con los dos elementos del conflicto por separado y de que hay, como no puede ser de otro modo, historias comunes que cada uno de ellos relata desde su perspectiva, el foco de trabajo es diferente en cada caso: es como si se tratara de «dos pacientes» diferentes.

En realidad no es más que eso, una paradoja, en la medida en que el esfuerzo del trabajo con el hijo adolescente es facilitar su tránsito hacia la vida adulta, en esa suerte de segundo proceso de individuación que otros han descrito (13, 14), mientras que en el caso de los padres la labor terapéutica se focaliza en apelar a su competencia para facilitar el tránsito del hijo a través de esa etapa de la vida, de modo que el doble objetivo del tratamiento se trabaja simultáneamente. De hecho, mientras que a los padres les preocupa una serie de aspectos determinados, el hijo, por lo general, tiene diferentes prioridades, de modo que las áreas de solapamiento son menores. Incluso en las situaciones donde la actitud de los padres puede resultar tan «invasiva» que ocupa buena parte del espacio mental de la vida del adolescente, el contenido de lo que dice el hijo guarda más relación con su propio desarrollo que con el de los padres. Así, aunque en ocasiones ayudamos a que los padres «descifren» y comprendan el funcionamiento del hijo y conecten con sus propias emociones ante los movimientos que éste hace, no revelamos el contenido de las sesiones con el hijo, como si fuera un paciente que «nada tuviera que ver con ellos padres». Otra forma de pensar la intervención sería recurriendo al símil de la supervisión, donde el «supervisando» –los padres– hablan de un tercero que no está presente para que el «supervisor» –el terapeuta– les ayude a pensarlo. En cualquier caso, se trata de sentar las bases de lo que será la futura relación entre adultos que, no obstante, estarán siempre en diferentes niveles, como queda establecido por la diferencia generacional.

A lo largo de los diferentes momentos del tratamiento es inevitable una cierta «instrucción», cuando no una orientación específica acerca del funcionamiento esperable del hijo en función de la etapa de desarrollo en la que se encuentra. Al respecto, es importante abordar el empleo del castigo –una variante de control sobre el hijo, un funcionamiento en sistema cerrado–, en ocasiones de una forma directiva, dada la frecuencia con la que se recurre al mismo en sus distintas formas, en ocasiones notablemente camufladas. Podemos pensar el castigo en términos de desplazamiento del conflicto, de modo que queda «aislado» de los protagonistas: en lugar de poder hablar las causas del malestar –lo que sería una relación en sistema abierto– los padres desplazan su emoción –angustia, ira, frustración,

pena...– hacia una acción punitiva. De este modo, aunque esté aplicado de forma «adecuada» –con contingencia, inmediatez, proporcionalidad, etc.– el hijo se las tiene que ver con un ente abstracto frente al que puede optar por someterse o rebelarse, pero, en cualquier caso, ve obliterada la posibilidad de conectar con las emociones suscitadas por el conflicto original tanto sobre sí mismo como sobre sus progenitores.

Íntimamente ligada a dicha cuestión está otro de los aspectos transversales a lo largo del tratamiento: la pena en sus diferentes variantes y el destino que se le da a la misma. En las fases iniciales del tratamiento, conectar con la pena es uno de los movimientos que permite la sintonía afectiva con el hijo, que ha quedado rota por el conflicto y que ha dado paso a la hostilidad. El cambio de dicha pena por una «preocupación útil», es decir, por un interés genuino en que las cosas vayan bien, dejando a un lado el lamento masoquista que busca la imposible tarea de reescribir el pasado, marcará la entrada en una fase de tratamiento más intensa. En las fases intermedias, pero sobre todo en las de prefinalización y finalización, el abordaje de la pena se hace en términos del duelo suscitado por la pérdida del hijo ideal e idealizado, así como en relación con la figura del terapeuta sentido como un apoyo del que se teme prescindir.

En cuanto a la cuestión del acceso al amor parental primario, de modo similar a como sucede con el castigo, las referencias continuadas hacia la actitud agresiva de uno o de ambos padres en la relación con los hijos cumple, en ocasiones, la función de una cortina de humo que desvía el foco de atención del trabajo terapéutico hacia la contención de dicho comportamiento e impide conectar con dicho amor. Poder relacionar la violencia hacia el hijo con las angustias subyacentes y con el consiguiente recurso al control como mecanismo de defensa –en una de las variantes de funcionamiento en sistema cerrado– contribuye a desatascar situaciones aparentemente enrocadas en las que parecería no haber solución.

A las resistencias ya señaladas por los Novick valdría la pena añadir una más que proviene del hijo y que es consecuencia del planteamiento inicial del trabajo. En la medida que primeros encuentros tienen lugar con los padres y, una vez hecho un trabajo preliminar de varias semanas –o meses–, se pasa a entrevistar y trabajar con el hijo, se suscita, en ocasiones, un cierto recelo por su parte a la hora de compartir el espacio y la figura del terapeuta con aquel adulto que ya ha establecido una alianza –terapéutica– con los padres. De forma en ocasiones sutil, en ocasiones más burda, pero de manera bastante sistemática, se suceden preguntas respecto al contenido de lo trabajado con los padres, es decir, una puesta a prueba de la promesa de confidencialidad que se plantea desde las primeras entrevistas. Es importante tomar conciencia de dicha resistencia y abordarla de forma no solo explícita, sino también mediante la abstención de comentarios al respecto, a pesar del apremio que el paciente adolescente puede mostrar en ocasiones. Es entonces cuando cobra sentido la interesante distinción que

se establece entre privacidad –que se reserva para los pensamientos y los sentimientos– y secreto –la no revelación voluntaria de un conocimiento, que suele tener que ver con las acciones y que, por tanto, implican a terceros, puesta al servicio del control del otro–.

La valoración de este cambio de técnica, evolucionando desde lo que sería una variante de «split-treatment<sup>2</sup>» (15) hacia el modelo de intervención propuesto por los Novick, merece algún comentario personal adicional. Frente a la exigencia que representa para el terapeuta hacer una escisión interna de las partes –en oposición a la escisión de las partes en conflicto que conlleva el «split-treatment»– la capacidad de comprensión e integración del conflicto que se obtiene parece resultar mayor, lo que facilita los procesos de cambio y favorece su consolidación. Además, permite insertar las sesiones conjuntas adolescente-progenitores de un modo más coherente. Disponer de información proveniente de las partes en conflicto aporta una «prueba de realidad» complementaria que, en ocasiones, resulta difícil de conseguir en los casos en que otro terapeuta trabaja conjuntamente, a no ser que se disponga de un buen canal de comunicación entre ambos. De igual modo, permite ver cómo los aspectos trabajados con padres, por un lado, e hijo, por otro, circulan entre ellos o, por el contrario, les lleva a mantenerse en la situación de estancamiento que motivó la necesidad de tratamiento. Por último, de acuerdo con Novick (16), «manejar todas las riendas del tratamiento, permite controlar mejor el proceso. Incluso cuando también se administra medicación, porque es un elemento más que puede manejarse a favor del proceso terapéutico».

A modo de conclusión, el trabajo concurrente con padres e hijos adolescentes representa un modelo de intervención consolidado que, condensando elementos significativos de diversas teorías psicodinámicas, posibilita la progresión del tratamiento al favorecer la evolución simultánea de padres e hijo en sus respectivas líneas de desarrollo parental e individual.

---

<sup>2</sup> *Split* es el término anglosajón para escisión y, este es, significativamente, uno de los riesgos de dicha división del trabajo, no solo por parte del profesional, sino también por parte del conjunto padres-hijo, con las fantasías asociadas en las cuales los aspectos buenos y malos quedan separados en los distintos psicoterapeutas, con la complejidad aún mayor de la fantasía madre/padre si la «pareja terapéutica» la conforman profesionales de distinto sexo.

TRABAJO DINÁMICO PARENTAL CONCURRENTE A TRAVÉS DE LAS FASES DEL TRATAMIENTO DEL ADOLESCENTE  
*Reproducido de Novick y Novick (9, 10)*

	<b>Evaluación</b>	<b>Inicio</b>	<b>Intermedia</b>	<b>Prefinalización</b>	<b>Finalización</b>
<i>Tareas de la alianza para los padres</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Comprometerse con las transformaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Permitir que el hijo esté con otra persona.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Permitir la separación psicológica, la individuación, la autonomía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Disfrutar y validar el progreso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Permitir que el niño elabore el duelo.</li> <li>-Internalizar la relación con el analista.</li> </ul>
<i>Afectos/angustias parentales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Culpa, impotencia.</li> <li>-Fracaso/mortificación.</li> <li>-Odio al hijo.</li> <li>-Temor a la hostilidad y/o sentirse expuesto.</li> <li>-Temor a la exclusión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pérdida del hijo.</li> <li>-Pérdida del amor del hijo.</li> <li>-Culpa por la ausencia de una relación amorosa auténtica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Abandono.</li> <li>-Soledad.</li> <li>-Pérdida de amor del hijo.</li> <li>-Temor a que el hijo comprometa la personalidad del progenitor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Temor al abandono.</li> <li>-Sentimiento de no ser necesario.</li> <li>-Temor transferencial a ser rechazado por el analista.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Temor a la tristeza, al amor y a la pérdida.</li> <li>-Temor a revelar conflictos centrales.</li> </ul>
<i>Resistencias/defensas parentales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Externalización y culpabilización al niño o a otros factores.</li> <li>-Presión para un alivio inmediato.</li> <li>-Abdicación del rol parental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-No implicación/ sobreimplicación.</li> <li>-Varios tipos de externalización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hostilidad reactiva.</li> <li>-Retirada del hijo.</li> <li>-Protección mediante las defensas de carácter y el supervivió.</li> <li>-Protección de un matrimonio disfuncional.</li> <li>-Resistencia a la recuperación y la revisión potencial del pasado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reactivación de patrones antiguos.</li> <li>-Finalización preventiva, prematura, pasiva o activa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evitación.</li> <li>-Abandono prematuro o retirada.</li> </ul>

TRABAJO DINÁMICO PARENTAL CONCURRENTE A TRAVÉS DE LAS FASES DEL TRATAMIENTO DEL ADOLESCENTE (*continuación*)

	<b>Evaluación</b>	<b>Inicio</b>	<b>Intermedia</b>	<b>Prefinalización</b>	<b>Finalización</b>
<i>Técnicas, intervenciones y objetivos de la terapia</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfaticar la importancia continua de los padres.</li> <li>-Introducir el doble objetivo del tratamiento.</li> <li>-Acceder al amor parental primario.</li> <li>-Clarificar el contrato terapéutico.</li> <li>-Diferenciar privacidad de secreto profesional.</li> <li>-Resistir a las prisas.</li> <li>-Articular el modelo de aprendizaje del desarrollo de la capacidad (músculo emocional).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ayudar a que los padres vean al adolescente como único.</li> <li>-Proporcionar psicoeducación en relación con el desarrollo adolescente.</li> <li>-Vincular el pasado parental con el presente.</li> <li>-Interpretar las relaciones sadomasoquistas.</li> <li>-Generar alternativas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Consolidar las capacidades parentales.</li> <li>-Interpretar los antecedentes de equiparar la pérdida o la muerte con la separación.</li> <li>-Reforzar la idea de que el crecimiento no es una pérdida.</li> <li>-Sostener la prueba de realidad que lleva a la re-paración.</li> <li>-Abordar la hostilidad parental como resistencia al cambio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Interpretar la repetición.</li> <li>-No racionalizar que una mala despedida es el desarrollo normal.</li> <li>-Abordar la necesidad de aprender a cómo separarse.</li> <li>-Sostener la transformación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reconocer la unión estrecha entre los padres y el terapeuta.</li> <li>-Trabajar hasta el final.</li> </ul>
<i>Componentes de la fase de la parentalidad</i>	-Integración y apropiación del rol parental.	-Seguridad en su primacía de su lugar como padres a pesar de la separación física.	-Continuidad de la relación parento-filial en el contexto de la separación psicológica.	-Capacidad de transformar la relación parento-filial a lo largo del desarrollo.	-Conservación del amor y de la conexión a pesar de separación física y psicológica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Bion WR. Aprendiendo de la experiencia. México: Paidós; 1987: 131.
- (2) Fonagy P, Steele M, Steele H, Moran GS, Higgitt AC. The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Ment Health J.* 1991; 12 (3): 201-18.
- (3) Blos P. La transición adolescente. Buenos Aires: Amorrortu; 1981: 409.
- (4) Blos P. Los comienzos de la adolescencia. 2.ª. Buenos Aires: Amorrortu; 2011: 240.
- (5) Freud A. Normalidad y patología en la niñez. Evaluación del desarrollo. 1.ª edición. Buenos Aires: Paidós; 1973: 188.
- (6) Novick KK, Novick J. Working with parents makes therapy work [Internet]. Jason Aronson; 2005. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc4&NEWS=N&AN=2005-15901-029>
- (7) Novick KK, Novick J. Trabajo con padres y terapia con hijos. Un modelo integrador. 1ª. Barcelona: Herder; 2011: 139.
- (8) Benedek T. Parenthood as a developmental phase: A Contribution to the Libido Theory. *J Am Psychoanal Assoc.* 1959 ;7 (3): 389-417.
- (9) Novick KK, Novick J. Concurrent work with parents of adolescent patients. *Psychoanal Study Child.* 2013; 67: 103-36.
- (10) Novick KK, Novick J, Dualde Beltrán F (traducción). Trabajo concurrente con padres de pacientes adolescentes. *Rev Psicopatología Salud Ment Niño Adolesc.* 2019; (33): 93-116.
- (11) D'Agostino A, Covanti S, Monti MR, Starcevic V. Reconsidering Emotion Dysregulation. *Psychiatr Q.* 2017; 88 (4): 807-25.
- (12) Beauchaine TP, Gatzke-kopp L, Mead HK. Polyvagal Theory and developmental psychopathology : Emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence. *Biol Psychol.* 2007; 74: 174-84.
- (13) Blos P. The second individuation process of adolescence. *Psychoanal Study Child.* 1967; 22 (April): 162-86.
- (14) Blos P. El segundo proceso de individuación de la adolescencia. *Rev Psicoanálisis.* 2018; 33 (84): 685-710.
- (15) Dualde Beltrán F. Psicofarmacología psicodinámica: Reflexiones teórico y clínicas. *Rev Psicopatol. Salud Ment.* 2014; (23): 39-50.
- (16) Novick KK. Comunicación personal. Madrid; 2019.



# PROGRAMAS COMUNITARIOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN JUVENIL

*Rocío Casañas, Laia Mas-Expósito, Mercè Teixidó, Patricia Escalona,  
Àurea Moreno, Mireia Merino, Jenifer Martín, Sónia Bernad,  
Eva Ezcurra y Lluís Lalucat*

## RESUMEN

La salud mental de la población juvenil constituye una especial preocupación de los organismos internacionales, como se recoge en informes y recomendaciones en que se destaca la importancia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en los jóvenes.

La Internacional Association for Youth Mental Health (IAYMH) promovió una Declaración Internacional sobre Salud Mental Juvenil donde se recogen los objetivos básicos que los y las jóvenes y sus familias deberían esperar de los servicios de salud mental, incluyendo entre sus actividades la alfabetización en salud mental, la formación de los profesionales de los distintos ámbitos, así como la facilitación del acceso al apoyo especializado.

La finalidad de este manuscrito es realizar una revisión de las recomendaciones efectuadas por diferentes organismos internacionales, analizar aquellos programas que se están llevando a cabo a nivel internacional y describir tres programas locales que intentan dar respuesta a dichos objetivos: el programa de alfabetización en salud mental *Espaijove.net*, el programa de capacitación en Primeros Auxilios en Salud Mental Juvenil y el servicio comunitario de apoyo psicológico «Konsulta'm».

### *Importancia de la promoción de la salud mental en la población juvenil*

Durante la adolescencia y la juventud se producen en la persona muchos e importantes cambios, tanto físicos, como emocionales y sociales. Son, por ello también, etapas de especial vulnerabilidad para el desarrollo de problemas de salud mental. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se constata que la mitad de los trastornos mentales empiezan antes de los 14 años de edad, aunque la mayoría de ellos no se detectan ni reciben la atención que necesitan (1). Según estudios epidemiológicos,

el 50 % de las personas adultas que padecen un trastorno mental, experimentaron su inicio durante la adolescencia y la edad juvenil (2); además, el 75 % de dichos trastornos mentales en el adulto, se iniciaron antes de los 25 años de edad (3,4). Cabe señalar que los trastornos de salud mental tienen una prevalencia estimada del 13.4 % en población infanto-juvenil, siendo los trastornos más frecuentes en esta etapa la depresión y la ansiedad, con una prevalencia del 2.5 % y del 6.5 %, respectivamente (5).

Si en esta etapa de la vida no se dispone de una asistencia adecuada, aumentan las posibilidades de una peor respuesta al tratamiento, y de presentar mayores dificultades en el control de síntomas y en el funcionamiento general (6). Además, un periodo de trastorno mental sin recibir atención adecuada se asocia a niveles de más baja calidad de vida (7) y a costes de tratamiento más elevados (8), lo que conlleva mayor dependencia tanto del sistema de salud como de las ayudas sociales.

La consideración de los datos epidemiológicos referidos, así como las consecuencias negativas de la postergación de una atención adecuada ha llevado a diferentes organizaciones internacionales, como la OMS y la Unión Europea (UE), a poner de manifiesto la importancia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en la población juvenil.

La OMS ha prestado siempre una gran atención a los temas de salud mental como se refleja en numerosas publicaciones. En el año 2004 editó los informes «Promoción de la salud mental. Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica» (9) y «Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas» (10) que han sido un referente teórico y práctico en la elaboración e implementación de programas para mejorar la salud mental de los diferentes grupos de población.

En 2012 la Asamblea Mundial de la OMS (11) adoptó una resolución para la elaboración de un plan de acción integral que se ocupara activamente, no solo de las necesidades de identificación precoz y de la adecuada asistencia a las personas con trastornos mentales, sino que también valorara las condiciones de vulnerabilidad y los riesgos de padecer un trastorno mental. Este informe resaltaba seis puntos clave: 1) el valor de la salud mental y el bienestar emocional; 2) los determinantes de la salud mental y el bienestar emocional; 3) los riesgos de la salud mental durante el curso de la vida; 4) la promoción y la protección de la salud mental; 5) la vulnerabilidad de las personas con trastorno mental y 6) la vulnerabilidad frente a los trastornos mentales.

Según dicho informe, si se considera la salud mental desde una perspectiva integral, en la que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, tanto de origen individual como familiar y social, podemos prever cuáles de estos ejercen una función protectora (factores de protección) para el desarrollo y mantenimiento de la salud mental, y cuáles pueden constituir un riesgo para ésta (factores de riesgo). Si se conocen aquellos

factores que favorecen el mantenimiento de una buena salud mental y aquellos que la ponen en riesgo, podemos planificar y desarrollar intervenciones para promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales.

En la Asamblea Mundial de la OMS, celebrada en 2013, se aprobó el «Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020» (12), siendo uno de sus objetivos principales la implementación de estrategias para la promoción y prevención de la salud mental.

El Día Mundial de la Salud Mental 2018 lo dedicó la OMS a «Los Jóvenes y la Salud Mental en un Mundo en Transformación» señalando la importancia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales para promover una vida satisfactoria.

La Comisión Europea, y la Región Europea de la OMS, han elaborado propuestas y estrategias de mejora de la salud mental en adolescentes y jóvenes (13,14). En el año 2000 se publicó el informe «Mental health promotion of adolescents and young people» (13) con un enfoque orientado no solo a considerar la salud mental desde la identificación y la prevención de los trastornos mentales, sino también desde la promoción de un desarrollo psicosocial positivo de la juventud. En el año 2008 se formuló el Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar Mental (15) que ha marcado las directrices para el diseño de políticas, estrategias y planes enfocados a la promoción de la salud mental de la población. La segunda de las prioridades recogidas consiste en promover «la salud mental entre los y las jóvenes y en la educación». Reconoce que los fundamentos de una buena salud mental para toda la vida se desarrolla en los primeros años de vida del ser humano y recomienda que se creen patrones de intervención temprana en el sistema educativo y se fomente la formación en salud mental entre los profesionales de la salud y la educación.

En el marco del Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar: resultados y actuación futura (16), el Consejo de la Unión Europea reconoce la importancia de los centros educativos como un entorno en el cual actuar para la salud y el bienestar mental, e insta a los estados miembros a incluir la prevención de los trastornos mentales y el fomento de la salud y el bienestar mental en sus estrategias o planes de acción. Reconoce también que para llevarlas a cabo se requiere la cooperación de muchos actores, como los diferentes profesionales de los centros educativos y de los servicios sanitarios y sociales (17).

En 2013 la International Association for Youth Mental Health (IAYMH) promulgó la Declaración Internacional de Salud Mental (18) con el lema «Una visión, unos principios y un plan de acción compartidos para la prestación de servicios de salud mental para jóvenes de doce a veinticinco años». En ella propuso un cambio de paradigma en la intervención en salud mental de los y las jóvenes. Los objetivos de esta declaración reflejan los estándares mínimos que los jóvenes y sus familias deberán hallar en los servicios de salud mental en un plazo de 10 años, incluyendo la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, la lucha contra el estigma

y la discriminación, para asegurar que ningún/a joven esté desamparado o socialmente excluido por experimentar una salud mental frágil.

Con objeto de traducir estos aspectos teóricos en acciones prácticas, se establecieron una serie de objetivos medibles referidos a las cinco áreas de acción: 1) Convertir la reducción de la mortalidad evitable en un objetivo de salud pública; 2) Alfabetización en salud mental; 3) Reconocimiento. Formación de profesionales; 4) Acceso a ayuda especializada y 5) Participación de los y las jóvenes y de las familias en el desarrollo de los servicios.

TABLA 1  
*Objetivos de la Declaración Internacional sobre salud mental juvenil  
en un plazo de 10 años*

<ol style="list-style-type: none"><li>1. Los índices de suicidio entre jóvenes de 12-25 años se habrán reducido al menos en un 50 % durante los próximos diez años. Este objetivo mínimo significa que no aceptamos que la muerte de ningún joven por suicidio es inevitable.</li><li>2. Todos los jóvenes serán educados de modo que puedan preservar su salud mental, serán capaces de reconocer los signos de los trastornos de la salud mental y sabrán cómo acceder a soporte de salud mental si lo necesitan.</li><li>3. La formación en salud mental juvenil será un componente estándar del plan de estudios de todos los programas de formación sobre asistencia social y sanitaria juvenil.</li><li>4. Todos los servicios de atención primaria utilizarán protocolos de intervención y evaluación de la salud mental.</li><li>5. Todos los jóvenes y sus familias o cuidadores tendrán acceso a los servicios de evaluación e intervención de salud mental especializada en ubicaciones adaptadas para atender a jóvenes.</li><li>6. La evaluación e intervención especializadas serán accesibles de forma inmediata a todos los jóvenes que las necesiten con urgencia.</li><li>7. Todos los jóvenes de 12-25 años que necesiten intervención especializada recibirán atención continuada durante las etapas de la adolescencia y la primera edad adulta. Las transiciones de un servicio a otro se realizarán siempre mediante una transferencia formal y presencial de la asistencia, a la que asistirá el joven, su familia/cuidadores y todos los servicios involucrados en su atención.</li><li>8. Dos años después de haber accedido a los servicios especializados de soporte de salud mental, el 90 % de los jóvenes declararán tener una actividad social, ocupacional y educativa significativa.</li><li>9. Todos los servicios de salud mental juvenil especializados de nuevo desarrollo deberán demostrar la participación de jóvenes en el proceso de planificación y desarrollo de esos servicios.</li><li>10. Un mínimo del 80 % de los jóvenes declararán estar satisfechos con su experiencia de prestación de servicios de salud mental.</li><li>11. Un mínimo del 80 % de las familias notificarán que se les ha respetado e incluido como colaboradores en el proceso de asistencia.</li></ol>
---

NOTA: Traducción de la Declaración por la «Associació Centre Higiene Mental Les Corts» con autorización y revisión de la IAYMH.

En España, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publicó en 2011 el informe «Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013» (19), que incluye una línea estratégica de promoción de la salud mental de la población, la prevención de la enfermedad mental y la erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental. Uno de los objetivos de esta estrategia es formular, realizar y evaluar las intervenciones para promover la salud mental de la infancia y la adolescencia y señala la importancia de «la alfabetización» en salud mental (20). Este objetivo también se recoge en el II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (21).

A nivel local, la mayoría de comunidades autónomas poseen planes estratégicos de salud mental, donde se recoge el desarrollo de políticas de promoción de la salud mental en todos los grupos de edad, así como la detección precoz de los trastornos mentales.

*¿Cómo se están traduciendo los objetivos marcados por la IAYMH en acciones reales?*

Diferentes entidades de países como Australia, Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, Irlanda y Nueva Zelanda llevan casi dos décadas comprometidos en mejorar el bienestar emocional y la salud mental de los y las jóvenes, facilitando acceso a la información sobre salud mental y servicios de apoyo *online* así como herramientas y orientaciones para la búsqueda de ayuda profesional adecuada. En algunos países este compromiso se ha transformado en iniciativas nacionales de salud mental, como en el caso del programa Mindmatters de Australia.

En la tabla 2 se adjunta una lista de programas internacionales para dar respuesta a la preocupación por la salud mental de los y las jóvenes de acuerdo con las recomendaciones de los organismos internacionales.

TABLA 2  
*Lista de programas de promoción de la salud mental*

<b>Programas</b>	<b>País</b>	<b>Descripción</b>
<i>Beyond blue</i>	Australia	Organización que aborda los problemas asociados con la depresión, el suicidio, los trastornos de ansiedad y otros trastornos mentales relacionados.
<i>Headspace</i>	Australia	Organización que trabaja para proporcionar apoyo a los y las jóvenes de 12 a 25 años. Su enfoque principal es la salud mental y el bienestar emocional.
<i>Mindmatters</i>	Australia	Iniciativa nacional de salud mental para las escuelas de secundaria con el objetivo de promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales de los y las estudiantes.

<b>Programas</b>	<b>País</b>	<b>Descripción</b>
<i>Reach out</i>	Australia	Web que proporciona información sobre los problemas de salud mental que afectan a los y las jóvenes así como un servicio de apoyo <i>online</i> .
<i>Mental Health First Aid (MHFA)</i>	Australia, Inglaterra y Estados Unidos	Programa de capacitación de la población general con el objetivo de ofrecer primeros auxilios a una persona que está desarrollando un problema de salud mental.
<i>Headstrong</i>	Canadá	Iniciativa anti-estigma basada en la evidencia creada por la Comisión de Salud Mental de Canadá.
<i>KidsHealth</i>	Canadá	Organización que ayuda a las familias, niños y adolescentes a responsabilizarse de su salud mental.
<i>Mindyourmind</i>	Canadá	Organización que trabaja para asegurar el bienestar mental de los y las jóvenes canadienses entre 14 y 29 años.
<i>Teen mental health</i>	Canadá	Entidad que tiene como objetivo mejorar la salud mental de los y las jóvenes mediante la transferencia de conocimiento científico.
<i>Jigsaw</i>	Irlanda	Organización que ofrece un modelo de atención accesible i amigable para los jóvenes ( <i>youth-friendly</i> ), integral y que permita la participación de los y las jóvenes de Irlanda.
<i>Youngminds</i>	Inglaterra	Organización comprometida con mejorar el bienestar emocional y la salud mental de niños/as y jóvenes del Reino Unido.

NOTA: Información adaptada del artículo de Casañas *et al.* (22) incluido en el informe SESPAS 2020.

### *Experiencias locales de programas de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales en la población juvenil*

A continuación se expone tres experiencias locales alineadas con tres objetivos de la declaración de la IAYMH: 1) la alfabetización en salud mental juvenil; 2) el reconocimiento y la formación de los profesionales; y 3) la información, la orientación y el acceso a la ayuda especializada. Dos de estos programas vienen siendo desarrollados por iniciativa de la Asociación Centre d’Higiene Mental Les Corts (Barcelona), y el tercero por el Departamento de Salud del Ayuntamiento de Barcelona a través de los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de la ciudad. En la tabla 3 se describen los aspectos más relevantes de cada uno de los programas.

Tabla 3  
Programas de promoción de la salud mental a nivel local

Programa	Ámbito	Población destinataria	Finalidad
<i>EspaiJove.net</i>	Educativo Salud	Jóvenes entre 12 y 18 años.	Mejorar la alfabetización en salud mental de la población juvenil.
<i>Primeros Auxilios en Salud Mental Juvenil (PASM-JUVE)</i>	Educativo Salud Social Comunitario	Jóvenes entre 16 y 25 años, familiares y profesionales en contacto con jóvenes.	Promover la capacitación de la comunidad en la oferta de primeros auxilios en salud mental para jóvenes.
<i>Konsulta'm</i>	Comunitario Salud	Jóvenes entre 12 y 22 años, familiares y profesionales en contacto con jóvenes.	Detectar y atender de forma precoz y preventiva el sufrimiento psicológico y los problemas de salud mental.

#### Programa *EspaiJove.net*

El programa «Espaijove.net: un espacio para la salud mental» desarrollado por la «Asociación Centre d’Higiene Mental Les Corts» se lleva a cabo desde el año 2008 en la ciudad de Barcelona. La población diana son los y las jóvenes entre 12 y 18 años escolarizados y tiene como objetivos: 1) Mejorar los conocimientos en salud mental; 2) Conocer y promover conductas saludables para la salud mental; 3) Conocer y disminuir las conductas de riesgo para la salud mental; 4) Facilitar la detección temprana de los trastornos mentales; 5) Orientar sobre los recursos disponibles para la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos y para su valoración y tratamiento; 6) Disminuir el estigma asociado a los trastornos mentales y 7) Favorecer la inclusión social de quienes los padecen (23).

El programa integra una intervención plurimodal que combina actividades presenciales de sensibilización, alfabetización y reducción del estigma en los centros educativos, la utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación como la web [www.espaijove.net](http://www.espaijove.net), la consulta *online* y las redes sociales de Twitter (@EspaiJoveNet) y Facebook ([espaijove.net](http://espaijove.net)), así como una consulta abierta presencial en los centros educativos al finalizar los talleres formativos.

Las actividades orientadas a los y las jóvenes se realizan de forma presencial o telemática en los centros educativos, habitualmente coincidiendo con las tutorías del grupo clase, y tienen una duración aproximada de una hora. El programa dispone de 7 talleres, adaptados a las diferentes edades y necesidades:

1. Gestión de las emociones;
2. Habilidades Sociales: conductas prosociales y conductas antisociales. Acoso y ciberacoso;
3. Conductas saludables y de riesgo para la salud mental;
4. Ansiedad, depresión y autolesiones;
5. Trastornos de la conducta alimentaria ;
6. Abuso de sustancias y trastornos psicóticos;
7. Salud mental en primera persona.

Todos los talleres son llevados a cabo por profesionales especializados en salud mental, que se desplazan a los diferentes centros para realizar las actividades formativas. El programa ofrece 27 fichas informativas para los y las jóvenes, y pone dos manuales de salud mental a disposición de los profesionales del ámbito sanitario y del ámbito educativo, social y comunitario. Los materiales educativos están disponibles en la página web del programa en los idiomas catalán y castellano, y se pueden descargar de manera gratuita ([www.espaijove.net](http://www.espaijove.net), acceso profesional).

Durante los siete cursos escolares comprendidos entre los años 2012 y 2019, el programa Espaijove.net se ha dirigido a 24.118 alumnos/as de 20 centros educativos de Barcelona, y se han realizado un total de 969 horas de actividades presenciales en los mismos. La evaluación de la satisfacción del EspaiJove.net entre los asistentes a los talleres muestra que el programa ha sido considerado interesante y útil, que ha resuelto dudas sobre los temas tratados y que se recomienda la participación en los mismos. De la evaluación cualitativa del programa destacan que se les haya ofrecido un espacio donde tratar sobre temas de salud mental, aunque sugieren más talleres en los que se presenten experiencias en primera persona (22).

### *Programa de Primeros Auxilios en Salud Mental Juvenil (PASM-JUVE)*

El programa de Primeros Auxilios en Salud Mental Juvenil (PASM-JUVE) se lleva a cabo desde el año 2017 en la ciudad de Barcelona y está inspirado en los modelos de Mental Health First Aid (MHFA)(24), Youth MHFA(25) y Teen MHFA(26) desarrollados en Australia con el objetivo de incrementar en la población general y juvenil la alfabetización en salud mental (Mental Health Literacy) (27, 28, 29), así como la capacidad para ofrecer primeros auxilios en salud mental.

La finalidad del programa es instruir en conocimientos y formar en técnicas de primeros auxilios en salud mental dirigidos a jóvenes que presentan sufrimiento psicológico o un problema de salud mental. La formación se ofrece a jóvenes de entre 16 y 25 años, familiares y profesionales para que sean capaces de brindar atención y apoyo a los jóvenes que lo requieran. Desarrolla estrategias y recursos para la detección, la aproxi-

mación, la escucha, el soporte emocional y la orientación para acceder a ayuda.

Los objetivos específicos del PASM-JOVE incluyen:

1. Reconocer el malestar emocional o el sufrimiento psicológico de un/a joven en sus diferentes ámbitos: emocional, relacional, cognitivo y educativo.
2. Formular un plan de acción en 5 fases (Plan DAESO), que incluye la detección del sufrimiento psicológico, el acercamiento a un/a joven, la escucha, el soporte emocional, y la orientación a recursos de ayuda.
3. Detectar el malestar emocional o el sufrimiento psicológico en un/ una joven.
4. Aprender habilidades para aproximarse a un/a joven con malestar emocional o sufrimiento psicológico.
5. Desarrollar capacidades de escucha activa y empática para facilitar que el/la joven pueda expresar sus sentimientos y su estado emocional.
6. Ofrecer soporte emocional a un/a joven que sufre para desarrollar estrategias de autoayuda y acompañar el proceso de búsqueda de ayuda profesional.
7. Orientar sobre los recursos disponibles más adecuados a sus necesidades.

El programa se lleva a cabo mediante talleres formativos presenciales o en formato *online* dirigidos a población juvenil y adulta interesada en una formación en salud mental y su capacitación en primeros auxilios en salud mental. La duración de los talleres es de tres a seis unidades didácticas, con una participación de entre 10 a 20 asistentes, y con una dinámica interactiva y participativa. Se han elaborado tres programas para las distintas poblaciones destinatarias:

PASM-JUVE: Población juvenil

El programa consta de 3 unidades didácticas de 75 minutos cada una enfocadas a la alfabetización en salud mental y a la capacitación en primeros auxilios. El contenido temático de las sesiones, adaptado a la población diana, es el siguiente:

Sesión	Contenido temático
1	-¿Qué son los Primeros Auxilios en Salud Mental (PASM) en población juvenil? -Salud mental, vida emocional y mapa de las emociones. -Bienestar y malestar emocional.
2	-Sufrimiento emocional/psicológico/mental. La pirámide de la salud mental. -Detección del malestar emocional y del sufrimiento psicológico.

Sesión	Contenido temático
3	Plan de actuación DAESO: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección del malestar emocional/sufrimiento psicológico.</li> <li>• Acercamiento al y la joven.</li> <li>• Escucha activa y empática.</li> <li>• Apoyo emocional y psicológico.</li> <li>• Orientación para solicitar ayuda y recursos disponibles.</li> </ul>

**PASM-JUVE: Población Adulta**  
(Versión para profesionales/ Versión para familiares)

El programa consta de 3 o 6 unidades didácticas de 75 o 90 minutos cada una enfocadas a la alfabetización en salud mental y a la capacitación en primeros auxilios. El contenido temático de las sesiones, adaptado a cada población diana, es el siguiente:

Sesión	Contenido temático
1	–¿Qué son los Primeros Auxilios en Salud Mental (PASM) en población juvenil? –Salud mental, vida emocional y mapa de las emociones. –Bienestar y malestar emocional.
2	–Sufrimiento emocional/psicológico/mental. La pirámide de la salud mental. –Detección del malestar emocional y sufrimiento psicológico.
3	–Trastornos mentales en la adolescencia y juventud. –Crisis en salud mental.
4-6	Plan de actuación DAESO: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección del malestar emocional/sufrimiento psicológico.</li> <li>• Acercamiento al y la joven.</li> <li>• Escucha activa y empática.</li> <li>• Apoyo emocional y psicológico.</li> <li>• Orientación para solicitar ayuda y recursos disponibles.</li> </ul>

**KONSULTA'M**

El programa «Konsulta'm» es un servicio comunitario de información, orientación y apoyo psicológico dirigido a adolescentes y jóvenes de entre 12 y 22 años, sus familias y profesionales en contacto con jóvenes. Se orienta a detectar y atender de forma preventiva el padecimiento psicológico y los problemas de salud mental (30). Se trata de una intervención que se enmarca en el Pla de Salut Mental 2016-2022 del Ayuntamiento de Barcelona (31) y se lleva a cabo por los CSMIJ. Desde 2018 se ha ido desplegando en los diferentes distritos de la ciudad de Barcelona.

La finalidad del programa es:

- Acceder a los y las adolescentes y jóvenes con malestar psicológico antes de que constituya un problema de salud mental.
- Brindar una respuesta ágil a la vez que especializada.
- Dotar de herramientas al y la joven para afrontar su situación.
- Orientar hacia aquellos recursos de ayuda más apropiados.
- Apoyar a las personas del entorno del/de la joven.
- Acompañar a la red de salud mental de referencia o a otros servicios comunitarios, cuando se considere necesario.

El programa va dirigido a: 1) *Jóvenes* entre 12 y 22 años con malestar y/o sufrimiento psicológico, 2) *Familiares* de adolescentes y jóvenes que requieren una orientación y un apoyo especializado y 3) *Profesionales* que trabajan con adolescentes y jóvenes (monitores de comedor o de tiempo libre, educadores sociales, personal de equipamientos municipales) que precisan de un asesoramiento ante situaciones propias de su ejercicio profesional.

El acceso al programa es de forma presencial y sin necesidad de cita previa, en el lugar, día y horario establecido en cada uno de los distritos. Por ejemplo, el programa «Konsulta'm» de los distritos de Les Corts y de Sarrià-Sant Gervasi está ubicado en el «Espai Jove Casa Sagnier», donde se atiende todos los lunes de 15.30 a 19.30 h. También mantiene activo un teléfono y un e-mail de atención, de lunes a viernes, en horario de mañana y tarde, donde el/la joven o las personas de su entorno pueden formular preguntas y realizar consultas.

### *A modo de conclusión*

El desconocimiento de la importancia de la salud mental y el estigma asociado a los problemas mentales dificultan en gran medida que los y las jóvenes cuiden su salud mental y busquen ayuda cuando la requieren. Los y las jóvenes necesitan recibir información y formación pertinente sobre cuestiones de salud mental, disponer de un acceso fácil a espacios de consulta, así como de sentirse escuchados y acompañados en situaciones de necesidad.

Para ello es importante el trabajo conjunto y coordinado de las diferentes organizaciones (educativas, sociales, comunitarias, sanitarias y de especialistas en salud mental) que están en contacto con los y las jóvenes con la finalidad de ofrecerles la mejor atención posible para su salud mental.

Cabe destacar el reconocimiento de los organismos internacionales y de las administraciones acerca de la necesidad de desarrollar políticas de promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, pero se echan en falta iniciativas que transformen dichas políticas en programas y proyectos específicos que den respuesta a las necesidades de la población juvenil.

Se hace necesario el paso de las recomendaciones generales a formulaciones e intervenciones prácticas ajustadas a las necesidades de los jóvenes y adaptadas a sus contextos de vida. Todo ello, con la finalidad de optimizar los recursos disponibles y brindando una especial relevancia a la evaluación de los proyectos implementados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente. [Internet]. 2018. Disponible en: [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health)
- (2) Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, et al. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007; 20 (4): 359-64.
- (3) Jones PB. Adult mental health disorders and their age at onset. *Br J Psychiatry Suppl*. 2013; 54: s5-s10.
- (4) Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, et al. Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60 (2): 184-9.
- (5) Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, et al. Annual research review: a metaanalysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015; 56: 345-65.
- (6) Murru A, Carpinello B. Duration of untreated illness as a key to early intervention in schizophrenia: A review. *Neurosci Lett*. marzo de 2018; 669: 59-67.
- (7) Rebhi H, Damak R, Cherif W, Ellini S, Cheour M, Ellouze F. Impact de la durée de psychose non traitée sur la qualité de vie et les fonctions cognitives. *Encephale*. febrero de 2019; 45 (1): 22-6.
- (8) Groff M, Latimer E, Joobar R, Iyer SN, Schmitz N, Abadi S, et al. Economic Evaluation of Extended Early Intervention Service vs Regular Care Following 2 Years of Early Intervention: Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. *Schizophr Bull*. 2020 Sep 12: sbaa130.
- (9) Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Mental. Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004.
- (10) Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado. Ginebra: Organización Mundial de la salud, 2004.
- (11) World Health Organization. Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors. World Health Organization, 2012.
- (12) Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: Organización Mundial de la salud. 2013; 54.
- (13) European Commission. Mental Health Promotion of Adolescents and Young People. Brussels: Mental Health Europe, 2000.
- (14) European Commission. Commission of the European Communities: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels: European Commission, 2005.

- (15) European Commission. European Pact for Mental Health and Well-being. EU High-level conference together for mental health and wellbeing. Brussels: European Commission, 2008.
- (16) Comisión Europea. El Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar Mental: Resultados y actuación futura. Bruselas: Comisión Europea, 2011.
- (17) European Commission. Report from the workshop on the role of mental health and social emotional learning in promoting educational attainment and preventing early school leaving. Brussels: European Commission, 2012.
- (18) Coughlan H, Cannon M, Shiers D, Power P, Barry C, Bates T, et al. Towards a new paradigm of care: the International Declaration on Youth Mental Health. *Early Interv Psychiatry*. mayo de 2013;7(2):103-8.
- (19) Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2011.
- (20) Jorm AF, Wright A. Beliefs of Young People and Their Parents about the Effectiveness of Interventions for Mental Disorders. *Aust New Zeal J Psychiatry*. 26 de agosto de 2007; 41 (8): 656-66.
- (21) Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (II PENIA). Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2013.
- (22) Casañas R, Mas-Expósito L, Teixidó M, Lalucat-Jo L. Programas de alfabetización para la promoción de la salud mental en el ámbito escolar. Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit*. 2020; 34 (S1): 39-47.
- (23) Casañas R, Gil JJ, Castells G, Pujol À, Lalucat-Jo L. Evaluación de un programa de alfabetización en salud mental para adolescentes. *Psicopatología y salud Ment del niño y del Adolesc*. 2017; (30): 105-14.
- (24) Jorm AF, Blewitt KA, Griffiths KM, Kitchener BA, Parslow RA. Mental health first aid responses of the public: Results from an Australian national survey. *BMC Psychiatry*. 6 de febrero de 2005; 5.
- (25) Hadlaczky G, Hökby S, Mkrtchian A, Carli V, Wasserman D. Mental health first aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 2014; 26 (4): 467-75.
- (26) Hart LM, Mason RJ, Kelly CM, Cvetkovski S, Jorm AF. Teen Mental Health First Aid: A description of the program and an initial evaluation. *Int J Ment Health Syst*. 19 de enero de 2016; 10 (1).
- (27) Kelly CM, Mithen JM, Fischer JA, Kitchener BA, Jorm AF, Lowe A, et al. Youth mental health first aid: A description of the program and an initial evaluation. *Int J Ment Health Syst*. 27 de enero de 2011; 5.
- (28) Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid: An international programme for early intervention. *Early Interv Psychiatry*. 2008; 2 (1): 55-61.
- (29) Hart LM, Bond KS, Morgan AJ, Rossetto A, Cottrill FA, Kelly CM, et al. Teen Mental Health First Aid for years 7-9: A description of the program and an initial evaluation. *Int J Ment Health Syst*. 16 de noviembre de 2019; 13 (1).
- (30) Programa Konsulta'm [Internet]. Disponible en: <https://ajuntament.barcelona.cat/sanitat-salut/es/canal/konsultam>
- (31) Ajuntament de Barcelona. Pla de salut mental de Barcelona 2016-2022. Ajuntament Barcelona 2018;172.



# ADOLESCENCIA CONFINADA. REFLEXIONES ACERCA DE LA ASISTENCIA EN LA DISTANCIA

*Paula Laita de Roda, Paloma Ortiz Soto, Carla Paola Russo Ferrari,  
Sara Terán Sedano*

## INTRODUCCIÓN

La situación de emergencia sanitaria y socioeconómica global debida a la pandemia por covid-19 que está sacudiendo el mundo desde finales de 2019 está teniendo un profundo impacto en la vida de los adolescentes y de su entorno familiar, y en la forma en que atendemos a los jóvenes más vulnerables desde los recursos de salud mental. La pandemia es en sí misma un factor de estrés agudo y crónico, pues ha supuesto la irrupción brusca de multitud de preocupaciones (por la salud propia y la de los seres queridos, por la situación económica, por el futuro...) y pérdidas (muerte de familiares y amigos, aislamiento y pérdida de relaciones sociales y del entorno escolar). En función de los recursos elaborativos, para algunos jóvenes dicha situación estresante se ha constituido en una vivencia traumática.

Al mismo tiempo, las estrategias habituales de afrontamiento se han visto mermadas de forma significativa por la limitación de las actividades de ocio y de interacción social.

Las restricciones estrictas de las primeras fases de confinamiento en la primera ola de la pandemia han dejado paso a una segunda fase de limitaciones menos severas. Esto, si bien alivia parcialmente el estrés, supone igualmente una fuente de frustración y prohibición, que, sumado a la confrontación permanente con la vulnerabilidad y la muerte, coloca al adolescente en una situación de dificultad añadida a los desafíos del propio momento evolutivo (conflicto entre la dependencia y la independencia, tendencia grupal, actitud reivindicativa y transgresora, etc.) (1).

Esta situación de vulnerabilidad que afecta a todos los estratos de la sociedad se constituye por tanto en factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología, o el agravamiento de la preexistente. Esta previsión obliga a los sistemas sanitarios de todo el mundo a adaptarse y ofrecer apoyo y asistencia psiquiátrica y psicoterapéutica, a través de medios telemáticos que para la gran mayoría de los profesionales eran previamente desconocidos.

Los adolescentes que por vez primera requieren atención en salud mental pueden encontrar dificultades para comunicarse y confiar en un terapeuta virtual; los que previamente estaban en tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico han visto interrumpido su proceso de forma abrupta, o se han visto obligados a adaptarse al cambio a la modalidad de terapia *online*.

También los profesionales nos hemos debido enfrentar a esta adaptación, en la mayoría de los casos sin experiencia previa (2). Reflexionaremos en las siguientes líneas acerca de las ventajas e inconvenientes de esta modalidad de tratamiento, y se revisarán las modificaciones que el encuadre telemático exige, tanto al terapeuta como al paciente y su familia.

#### EFFECTOS PSICOPATOLÓGICOS DEL CONFINAMIENTO Y LA DISTANCIA SOCIAL EN LA ADOLESCENCIA

El confinamiento ha supuesto una experiencia en general adversa para los adolescentes, ya que implica en sí misma un movimiento contrario al que corresponde a la tarea de la adolescencia. El encierro puede llegar a ser insufrible, convirtiendo el aislamiento social, que en condiciones normales se consideraría un síntoma psiquiátrico, en una exigencia ineludible (2). Es fácil observar signos de sufrimiento psíquico como trastornos de sueño, tristeza y desesperanza, desconexión de los amigos, irritabilidad o apatía. Los adolescentes se ven confrontados con la inseguridad y el miedo a la enfermedad o la muerte de sus seres queridos, además del miedo a ser ellos mismos los potenciales responsables de dichas contingencias, sin poder contar con la disponibilidad habitual de apoyo por parte de su entorno escolar o sus amigos. En ocasiones, además, el aislamiento prolongado, que tiene un efecto directo en el neurodesarrollo, puede contribuir al desencadenamiento de un trastorno psiquiátrico, o al empeoramiento de uno preexistente, pues el mantenimiento de las rutinas escolares y el contacto directo con iguales aporta una estrategia de afrontamiento fundamental para muchos pacientes (3).

Aún es pronto para disponer de datos epidemiológicos concretos acerca de los efectos psicopatológicos en los adolescentes, tanto de la pandemia por coronavirus, como del confinamiento y las medidas de distanciamiento social que ha conllevado. Las primeras series de casos publicadas confirman la hipótesis de que esta situación es un factor de riesgo para la aparición de psicopatología (estrés postraumático, síntomas depresivos o de ansiedad, adicciones, etc.). Esta crisis global enfrenta al adolescente con la muerte de seres queridos (familiares propios o de amigos, profesores, vecinos), para muchos de ellos quizá por vez primera, en la mayoría de los casos sin poder despedirse o participar en los rituales de luto; hay que tener en cuenta el riesgo de duelos prolongados o diferidos, que pueden afectar también a los adultos de su entorno, incrementando aún más la vulnerabilidad de los menores de edad.

En muchos contextos, la asistencia escolar telemática ha supuesto una reducción drástica del número de horas lectivas, y en los entornos más desfavorecidos no se ha podido disponer a tiempo de medios técnicos y dispositivos suficientes para todos los alumnos, ampliando en muchos casos

la brecha en el rendimiento y nivel académico (3). La docencia se ha retomado a partir de la segunda ola, en muchos institutos y colegios de forma mixta (*online* y presencial), lo cual obliga a los adolescentes a gestionar la organización del tiempo y las tareas de forma mucho más compleja y autónoma, algo que no todos han podido lograr. Todo esto parece el caldo de cultivo ideal para que en el medio plazo tenga lugar un aumento de los casos de fracaso escolar, con lo que ello supone en términos de pérdida de oportunidades y desadaptación. Además, el obligado distanciamiento social, la prohibición del contacto físico, y el uso generalizado de las mascarillas dificultan la comunicación y la percepción del lenguaje no verbal, por lo que también se ve afectada la calidad de las relaciones interpersonales (2).

En una encuesta realizada entre 8079 adolescentes chinos de 12 a 18 años, Zhou *et al.* (4) describieron una alta prevalencia de síntomas de depresión (43 %), ansiedad (37 %) y depresión y ansiedad combinadas (31 %) durante el brote covid-19 en China. Otro estudio (5), que incluyó 746.217 estudiantes universitarios de China, mostró una prevalencia de un 45 % de síntomas relacionados con la salud mental, incluyendo reacciones de estrés agudo (34,9 %), depresión (21.1 %) y ansiedad (11 %), siendo el riesgo mayor en los casos en los que los jóvenes tenían algún amigo o familiar afectado por la infección. De forma significativa, encontraron que los síntomas de estrés agudo eran más frecuentes en aquellos que estuvieron más tiempo expuestos a los medios de comunicación, y los síntomas depresivos y de ansiedad, más prevalentes en casos con menor nivel de apoyo social, o con antecedentes de trastorno mental (5). Es igualmente previsible que, en asociación con esta sintomatología, las tasas de suicidio también puedan incrementarse en el medio plazo (6).

Como resultado del fallo elaborativo frente a la situación de estrés, es probable que los adolescentes con mayor tendencia a pasar al acto se involucren en comportamientos de riesgo, como el abuso de drogas y las relaciones sexuales de riesgo (7). Las transgresiones de las normas de distanciamiento que se han observado durante la segunda y tercera olas de la pandemia pudieran tener también en algunos jóvenes esta significación.

De igual forma, empieza a ser evidente el efecto de esta situación como factor de empeoramiento de trastornos preexistentes; los pacientes ya en tratamiento pueden ser más vulnerables a los efectos del miedo, el duelo, el aislamiento, los cambios de rutinas o la crisis educativa o socioeconómica, por no mencionar el efecto que para muchos ha tenido el ver interrumpida o alterada su atención psicológica y/o psiquiátrica (2,7). Sin embargo, también hay que reseñar que, durante estos primeros meses, muchos clínicos han observado que algunos niños y adolescentes que por su perfil tienen más dificultades para adaptarse a la escuela o al instituto, o con mayores dificultades relacionales (niños de perfil hiperactivo, adolescentes más vulnerables al acoso escolar, con síntomas fóbicos o con

comportamientos más disruptivos) han podido también «mejorar» clínicamente, ante el alivio del estrés por la reducción de la convivencia. A medio plazo, en general estas mejorías tienden a ser parciales y temporales, pues las estrategias de evitación a largo plazo no son beneficiosas, y la vuelta a la enseñanza presencial ha provocado, en casi todos los casos, el retorno a las dificultades previas (2).

Por otro lado, la importancia del entorno y la comunicación familiar se pone aún más de manifiesto en esta situación tan anómala. En algunos casos, la intensificación de la convivencia ha podido contribuir a mejorar la relación entre padres e hijos, o entre hermanos... muchos padres han dispuesto, quizá por vez primera, de la oportunidad de pasar tiempo con sus hijos, de compartir espacios de ocio y apoyo, favoreciendo la comprensión mutua y la expresión afectiva, en tiempos de incertidumbre y temor compartido (7). Pero, en otros muchos, el acortamiento de la distancia entre padres e hijos, obligados a compartir el espacio físico del hogar y a convivir intensivamente, ha podido motivar movimientos regresivos en algunos adolescentes, y dificultar la comunicación intrafamiliar, dado que, en situación de estrés agudo se ve afectada la capacidad reflexiva de padres e hijos y por tanto es más fácil que sucedan malentendidos y enfrentamientos (8). En este aspecto, como en otros, las malas condiciones económicas y de vivienda de las familias se convierten en un factor de riesgo añadido para una peor evolución.

Además, hay que tener en cuenta que el aislamiento y los elevados niveles de ansiedad y estrés en los adultos podrían contribuir a la aparición o agravamiento de situaciones de violencia y maltrato en el contexto familiar, incluido el abuso sexual, que se vuelven más difíciles de detectar. Se da la circunstancia de que los servicios públicos encargados de las tareas de protección de los menores más vulnerables están también desbordados, con la atención puesta en las necesidades y carencias debidas a la emergencia sanitaria (9).

#### PARTICULARIDADES DEL ABORDAJE TELEMÁTICO

Aunque es evidente que, en algunos casos, la atención telemática ha permitido el acceso a la Red de Salud Mental de familias que viven en zonas alejadas o de difícil acceso, y esto ha supuesto una gran ventaja, no debemos perder de vista que este medio casi nunca alcanzará el grado de contacto emocional y contención que puede aportar la terapia cara a cara, tanto para el paciente como para el terapeuta (10).

Aún hay pocos estudios que demuestren la eficacia de la teleasistencia en salud mental con adolescentes, aunque algunos autores describen resultados positivos para determinados tipos de intervención (11). En general, debemos ser conscientes de que la intervención telemática con adolescentes

y niños es más compleja y con mayores riesgos que la terapia cara a cara. No es recomendable precipitarse a iniciar una intervención terapéutica por teléfono o videoconferencia hasta que tengamos clara la indicación de dicho proceso, asegurándonos de que es viable trabajar en remoto con el paciente, empezando por la propia preparación y formación del terapeuta (9). La indicación o no de este formato debe realizarse tras evaluar cuidadosamente los beneficios y riesgos que puede conllevar, empezando por la aceptación del adolescente y la estrecha colaboración de la familia con el proceso, y su capacidad de contención. Asimismo, deben evaluarse aspectos prácticos como por ejemplo la adecuación de los medios tecnológicos y la red de internet en el domicilio del paciente, o la disponibilidad de un espacio donde se garantice la privacidad y confidencialidad de la sesión.

Cuando la relación terapéutica está establecida previamente, cara a cara, acceder a esta modalidad a distancia será en general más fácil, y en ocasiones, si la videollamada no es posible, basta con un contacto telefónico regular y frecuente, o incluso por vía del correo electrónico, que garantice la presencia y la constancia del terapeuta.

Sin embargo, en el caso de pacientes nuevos, y en el de los de alto riesgo, por ejemplo, con ideación suicida o tendencia a autolesionarse, el riesgo ha de ser valorado cuidadosamente. Es posible que esta evaluación sea más compleja, y requiera más tiempo, por vía telemática, o incluso puede resultar imposible en algunos casos, pues se hace más difícil captar los signos no verbales más sutiles, o el paciente puede sentirse cohibido o más desconfiado que en persona. Esto será aún más frecuente en los casos en los que se estén dando situaciones de riesgo en el contexto familiar. Para iniciar un abordaje a distancia con este tipo de pacientes, en cualquier caso, la colaboración de los padres ha de ser muy estrecha, su capacidad de contención, suficiente, y es fundamental establecer conjuntamente desde el inicio un plan de crisis en caso de requerirse una intervención urgente. Será también necesario coordinarse con las redes de apoyo sociocomunitario y escolar del adolescente y su familia, y derivar el caso a Servicios Sociales si detectamos situaciones de maltrato, de la misma forma que en la modalidad presencial (9, 12).

## EL ENCUADRE

En el contexto de la teleasistencia, el riesgo de que los límites de la relación terapéutica puedan excederse es mayor que cara a cara (flexibilización de horarios, mayor frecuencia de llamadas y comunicaciones telemáticas...). Establecer un encuadre claro y preciso es tan importante o más que en lo presencial, entendiendo que en el formato a distancia la función de espacio transicional que tiene la consulta se pierde, y el impacto de esta circunstancia será variable, tanto en el paciente como en el terapeuta.

En ocasiones el adolescente puede vivir la sesión como una invasión de su espacio personal, o como si estuviera él invadiendo el de su terapeuta; hay que hacer explícito este temor, explorarlo y validarlo. Para contribuir a mantener el sentido terapéutico de la relación, es bueno que las sesiones mantengan la misma frecuencia y duración, y planificarlas el mismo día de la semana y en horario fijo, como en el encuadre presencial (9, 12).

Es necesario elaborar un consentimiento informado y un contrato terapéutico específico, en el que los límites de la terapia queden lo más claramente establecidos tanto para el paciente como para los padres, clarificando las limitaciones de esta modalidad, los términos de la privacidad del paciente, el plan de crisis y la forma de contactar entre sesiones, en el caso de que la conexión se interrumpa o que suceda algún otro imprevisto. Es importante que el paciente tenga un espacio seguro y privado para la sesión, y también que sepa que su terapeuta se conecta desde un lugar donde su confidencialidad está protegida. En el consentimiento debe explicitarse además que las sesiones no serán grabadas por ninguna de las dos partes (9).

Algunos adolescentes pueden preferir mantener la cámara apagada, o pueden recurrir a apagarla en situaciones de sobrecarga emocional. Es necesario tener esto en cuenta y acordar en el encuadre inicial las condiciones de la videollamada, incluyendo las circunstancias en que pueda ser necesario pedir ayuda a los padres para intervenir y contener las posibles situaciones de riesgo. Es necesario explorar con el paciente el significado de este tipo de relación terapéutica, las expectativas, sus ventajas e inconvenientes, etc.

Es fundamental reconocer que el contexto de la terapia a distancia es distinto, y que esto necesariamente va a tener un impacto en terapeuta y paciente. Las técnicas que funcionan en lo presencial no van a resultar automáticamente igual de eficaces en lo *online*, y quizá sea necesario desarrollar y aprender nuevas técnicas y estrategias (9, 12, 17).

En ocasiones, podemos valorar que el paciente no es candidato al seguimiento telemático, por sus circunstancias, sus características personales o sus preferencias, o porque el riesgo que presenta es excesivo. Habrá que valorar entonces otras opciones, tales como la atención presencial en condiciones de seguridad, o la intervención *online* a través de sesiones conjuntas con los padres, o con los padres a solas, u ofrecer sesiones de apoyo que, en estos casos, pueden ser eficaces.

## LA POSICIÓN DEL TERAPEUTA

Para poder pensar en lo que están viviendo nuestros pacientes en estos meses, es ineludible pararnos antes a reflexionar sobre lo que nosotros hemos experimentado también. Como psicoterapeutas, debemos tener

presente nuestro propio nivel de ansiedad ante la situación, no solo por nuestras circunstancias personales sino porque nos enfrentamos a la incertidumbre por el bienestar de nuestros pacientes y sus familias, a la dificultad para acceder a ellos, a la inseguridad por la falta de práctica en lo telemático...

Cuando se trabaja en contexto de equipo multidisciplinar, la distancia física y el paso a la interacción por videoconferencia tampoco permite sostener de la misma manera la función mentalizadora de los terapeutas, ya que se pierde la comunicación más espontánea, constante y no verbal entre los miembros del equipo. Esto afecta directamente a la función de sostén y regulación mutua de la capacidad de mentalización de los terapeutas, a la gestión de las dificultades con los casos. En dispositivos como los hospitales de día, donde estos aspectos son parte esencial del proceso terapéutico, la sensación de aislamiento favorece la confusión y la inseguridad, así como dificulta el mantenimiento del equilibrio en la función mentalizadora de los terapeutas (8).

No todos los terapeutas están preparados o dispuestos a llevar a cabo esta forma de trabajar, y es particularmente necesario el disponer de un espacio de supervisión y revisión del curso de la terapia, especialmente en casos de alto riesgo.

El contexto de la terapia a distancia propicia de por sí en el terapeuta un estado de cierta hipervigilancia, al igual que en muchos pacientes, al ser un medio en que perdemos gran parte de las pistas y signos no verbales que facilitan la comunicación y la mentalización automática (8, 16). En la atípica situación de la pandemia por covid-19, el terapeuta y el paciente comparten la misma experiencia de estrés, y quizá de ansiedad, duelo y temor. De entre las estrategias comunes a las distintas psicoterapias, está especialmente indicada la validación empática y el uso del self, o de auto-revelaciones de pensamientos o emociones bien reguladas, que faciliten la expresión de vivencias y emociones compartidas (17). Esto puede favorecer la vinculación y la reciprocidad, dar lugar a procesos identificatorios positivos, aunque deberemos mantener el equilibrio en nuestra función mentalizadora, tomando conciencia de la fragilidad de la misma en situación de estrés agudo y estar muy atentos a los procesos transferenciales y contratransferenciales. Es importante tener en mente nuestra posición como terapeutas, entendida como se describe, entre otras, en la terapia basada en la mentalización (8), en la se persigue la autenticidad, la marcación ostensiva de la expresión no verbal, la curiosidad y el «no-saber pero tratar de entender» como medios para construir la relación terapéutica y favorecer la confianza epistémica que permite, en último término, que el paciente mejore en su propia función mentalizadora.

Es recomendable cuidar el entorno desde el que se realiza la videollamada, empezando por asegurarnos de que nuestro dispositivo esté cargado, con una conexión a internet estable, y de conocer bien la plataforma

que utilicemos: así evitaremos distracciones. La Asociación de Psicoterapeutas Infantojuveniles de Reino Unido (9) resalta en su guía de recomendaciones la importancia de reforzar la comunicación no verbal al máximo, y enfocar con la cámara, si es posible, no solo la cara sino también la parte superior del tronco para mejorar la percepción y comprensión. Igualmente es importante cuidar el fondo de la imagen y la iluminación, mirar a la cámara, y no a la cara del interlocutor en la pantalla, para establecer contacto visual, y hablar a un ritmo más lento y con lenguaje claro si la conexión es lenta.

Paciente y terapeuta están relacionándose, además del uno con el otro, con el dispositivo tecnológico, así que surgen nuevas capas de complejidad que hay que tener en cuenta. Además, en la mayoría de las plataformas, la sesión transcurrirá con la propia imagen en la esquina de la pantalla, por lo que es importante que ello no genere distracciones, y tener en cuenta que el paciente se encuentra en situación similar (9).

#### EL LUGAR DEL PACIENTE. ALGUNOS EJEMPLOS CLÍNICOS

Para los adolescentes, entender y respetar los límites de la sesión a distancia, que sucede a través del medio que la mayoría de ellos domina y utiliza habitualmente en sus relaciones sociales, puede ser más complejo que para los adultos. De hecho, en nuestra experiencia algunos pacientes pueden negarse a este tipo de abordaje, como sucedió por ejemplo con Jaime, de 16 años, en tratamiento por un trastorno obsesivo compulsivo grave que motivaba enormes dificultades de convivencia en casa, donde se sentía constreñido y constantemente invadido por su familia. Aunque disponía de un espacio privado para las sesiones, y realmente las necesitaba, comprobamos cómo vernos a través de la pantalla le provocaba mucha angustia y le dificultaba expresarse y entender, tolerando mal los leves retrasos en la transmisión de la voz o las interrupciones puntuales en la imagen. Propusimos entonces mantener citas presenciales, para lo que fue preciso emitir un permiso especial para salir de casa. Pensamos que, para Jaime, el acto simbólico de entregarle un salvoconducto, un acto excepcional en aquel momento del confinamiento representó, además del alivio de poder salir de casa, una prueba tangible del interés y la disponibilidad de su terapeuta, una respuesta a la intensa angustia de pérdida y abandono que le invadía y, como pudimos comprobar, un factor que contribuyó a reforzar su vínculo terapéutico, hasta el momento teñido de inseguridad y desconfianza. Así pudimos interpretarlo en el curso de las sesiones; pudimos dar sentido a su necesidad de ser cuidado y reconocido, mejorar su conciencia de enfermedad admitiendo esta necesidad, e identificar algunas estrategias que le permitían enfrentarse a sus pensamientos obsesivos y rebajar su ansiedad, flexibilizando su convicción previa de que no había opción de enfrentarse a su propio sufrimiento.

Otros adolescentes consideran, paradójicamente, que la interacción a distancia es insuficiente, poco genuina, y prefieren esperar a poder acudir a las sesiones presenciales. El acto de acudir a la consulta tiene un valor simbólico importante, el espacio transicional donde uno se siente seguro para el intercambio que supone la terapia y para algunos, lograr esa seguridad desde su propia habitación puede ser difícil y extraño. Si consideramos, a pesar de todo, que es fundamental mantener las sesiones para el paciente, podemos hablar de estas dificultades, reconocer las limitaciones del encuadre y validar la sensación de insuficiencia, quizá proponiendo algunas sesiones de apoyo o encuentros más breves que permitan, poco a poco, ir identificando las posibilidades de esta vía y mantener el vínculo, quizá explorando nuevas estrategias y técnicas terapéuticas.

En el contexto de la sesión, pueden darse momentos de desconexión, accidental o voluntaria, o cambios de postura por los que no podamos verlos claramente; los silencios cobran una magnitud distinta de la del espacio cara a cara, a veces como expresión de confusión, hostilidad, aburrimiento, ansiedad (9). La aparición de momentos de desregulación emocional puede resultar imposible de contener a través de la pantalla y requerir la intervención de los familiares que estén presentes en el domicilio, en particular si optan por desconectarse de la sesión, dejando al terapeuta con escasas opciones de respuesta (por ello es fundamental tener esta contingencia prevista en el plan de crisis).

En nuestra experiencia, algunos adolescentes, en particular los de perfil más fóbico o evitativo, o con mayor tendencia al retraimiento social, han podido adaptarse a la obligatoriedad del confinamiento con relativa facilidad, objetivándose en los primeros momentos una mejoría o estabilización de la sintomatología. Pensamos que esto se relaciona con la universalidad de la situación (ya no son los únicos adolescentes que no salen o no acuden a clase), con la desaparición de la presión para ir al instituto, y por tanto con el alivio del sentimiento de culpa por el incumplimiento del deber, o de minusvalía por no estar avanzando al nivel de los demás. Sin embargo, la prolongación en el tiempo de este aislamiento forzoso puede exacerbar el nivel de conflicto en casa, y es fácil que la dinámica familiar vuelva a cronificarse. Para los adolescentes de este perfil, el desconfinamiento supone un retroceso en la sintomatología ansiosa y evitativa, pues a la vuelta al mundo exterior hay que añadir el contexto de temor y precauciones de todo tipo, que actúan como reforzadores de sus propios miedos y pueden servir como excusa para refugiarse en el hogar. Esta situación está además invariablemente asociada al uso de internet y redes sociales, y los pacientes que tienden a aislarse en casa han encontrado la excusa perfecta para incrementar su uso y refugiarse así de las exigencias externas de autonomía. Esta herramienta ha sido esencial para mantener (o iniciar) las relaciones interpersonales, estar en contacto con familiares, mantenerse informado en tiempo real... ha permitido mantener las clases

y acceder a recursos de aprendizaje, intercambio y ocio casi ilimitados. Es, sin embargo, un arma de doble filo, pues también conlleva riesgos importantes: es posible que, en esta situación de excepcionalidad, el control sobre los horarios de uso de móvil y ordenador, y sobre los contenidos, por parte de los padres se haya flexibilizado, aumentando por tanto el tiempo de uso de recursos tecnológicos. También los adultos se han visto inmersos en este mismo uso excesivo, tanto por razones de trabajo como de ocio o interacción; podemos imaginar que en muchos casos esto haya podido llevar a una situación paradójica de aislamiento y falta de comunicación, supervisión y disponibilidad real entre los miembros de la familia, a pesar de la cercanía física obligada. Algunos estudios relacionan el uso excesivo de redes sociales con la aparición de síntomas de depresión, ansiedad y trastornos de sueño, mayor sedentarismo y abandono de otras actividades de ocio y deportivas, así como patrones de uso adictivo de redes y videojuegos que son cada vez más prevalentes y preocupantes (13).

En los adolescentes de perfil más externalizador, lo esperable es que las normas de confinamiento hayan podido favorecer mayor nivel de agitación, comportamientos de riesgo y alteraciones conductuales, en particular en el contexto familiar. Pero en nuestra práctica, en algunos de estos casos se ha observado una estabilización inicial del nivel de violencia, y una aparente mejoría a nivel afectivo.

Lassri (14) sostiene la hipótesis de que, dado que para los pacientes con inestabilidad de la personalidad uno de los más importantes desencadenantes de desbordamiento son las interacciones vinculares, es posible que el aislamiento forzoso conlleve un menor número de episodios de activación, al haber menos conflictos interpersonales en el día a día. Además, la misma autora sostiene que, quizá por primera vez, los pacientes pueden haberse sentido más comprendidos por el resto de las personas, menos solos, compartiendo con quienes los rodean la experiencia de angustia y dolor, de amenaza constante (que constituye su vivencia habitual), lo que favorecería la empatía mutua y los procesos de identificación, incluso con sus terapeutas. El reflejo que les devuelve la sociedad es más congruente y contingente, y ello puede favorecer su evolución (14), así como el hecho de que, por estar más habituadas a vivir en situaciones e interacciones estresantes, paradójicamente toleren mejor el estrés de la pandemia.

Un ejemplo de ello es el caso de Marta, una adolescente de 16 años con una infancia marcada por el trauma (abusos, abandono y negligencia). Estaba en tratamiento en el hospital de día tras requerir varios ingresos por autolesiones graves, intentos de suicidio y amenazas homicidas a sus hermanos y su madre, así como por abandonar los estudios y verse implicada en multitud de conflictos con sus iguales. El proceso grupal parecía desbordar su sistema de apego, y con frecuencia escuchar a sus compañeros desencadenaba crisis disociativas, por lo que estaba resultando muy complejo sostener el tratamiento. Cuando se ordenó el confinamiento, las

alarmas se activaron en el equipo, pues se despertó la fantasía de que la convivencia estrecha e ineludible de Marta con sus familiares iba a acabar en tragedia. Se decidió iniciar en la primera semana un intento de supervisión intensiva por teléfono y videollamadas que posiblemente tenían más bien la intención de calmar la angustia del equipo que un objetivo terapéutico claro. Sorprendentemente encontramos, además del rechazo de Marta a que la abrumáramos con tantas atenciones, cómo la convivencia familiar entró rápidamente en un equilibrio que no había tenido lugar desde hacía meses: la madre, obligada a permanecer en casa tras años trabajando muchas horas al día, se constituía de repente en figura de presencia constante, dedicando tiempo a cocinar con sus hijos, a hablar con ellos, a ver juntos películas y series, y compartir con Marta el miedo y la incertidumbre ante la pandemia. Marta se permitió manifestar su preocupación por la salud de su madre, identificar y admitir el miedo real a perderla y desactivar temporalmente el rencor y la ira, proyectada sobre sus hermanos y madre, por el desamparo sentido en su infancia. Su madre y hermanos parecían ser más capaces de empatizar con ella, se mostraban más cercanos, cambiando la mirada de hartazgo y miedo por otra más amorosa y relajada. Además, este aislamiento mantuvo a Marta alejada de los grupos marginales con los que solía salir, en interacciones que constantemente disparaban su inestabilidad, por lo que también a este nivel se objetivó una mejoría. Sin embargo, al iniciarse el desconfinamiento, la dinámica retornó a la gravedad inicial en cuestión de semanas, cuando cada miembro de la familia empezó a retomar sus rutinas: en seguida Marta volvió a hacer presente la experiencia de abandono y trauma, involucrándose en relaciones muy perjudiciales y volviendo a conductas violentas y de riesgo.

#### EL GRUPO POR VIDEOCONFERENCIA

De la experiencia clínica de las autoras del presente texto, la realización de psicoterapia grupal a través de una plataforma *online* con adolescentes ha exigido, al igual que el contexto individual, una serie de adaptaciones, alguna de las cuales no difieren de las ya mencionadas previamente en cuanto a la confidencialidad, el esclarecimiento del encuadre y de los límites de la terapia.

El grupo a distancia ha tenido numerosas ventajas en nuestra experiencia, llevada a cabo en el contexto de un hospital de día con 15 pacientes, convocados diariamente a un grupo de 90 minutos durante 3 meses. Ha permitido sostener la cohesión grupal, con un sentimiento de universalidad favorecido por las circunstancias. Además, la presencia diaria de compañeros y terapeutas ha servido para mantener la constancia y una cierta sensación de seguridad en la presencia del otro, de no sentirse tan solo, y continuar con la rutina del proceso terapéutico.

Esta circunstancia anómala ha proporcionado también algunos temas particulares que abordar en terapia. Por ejemplo, los pacientes, casi de forma unánime, manifestaban la sensación de que esta forma de tratamiento estaba «incompleta» y era «menos auténtica»; esta queja se convirtió en un buen argumento para discutir en grupo sus propias experiencias de relación con iguales a través de las redes sociales. Para los pacientes que previamente habían tenido conductas de evitación, la posibilidad de reflexionar sobre el deseo y la necesidad de relacionarse en persona, y el temor a los riesgos de hacerlo. La experiencia de sentirse mejor comprendidos por los adultos, y a la vez de preocuparse genuinamente por la salud y el bienestar de éstos y también más comprensivos con el nivel de angustia y desbordamiento de sus padres, ha servido para explicarse algunos de los malentendidos que con tanta frecuencia sucedían en casa. La incertidumbre con respecto al futuro, el miedo a estar solos, y la dificultad para enfrentarse al aburrimiento y la pereza han sido otros de los temas que ha inspirado el confinamiento.

Sin embargo, hemos observado también algunas dificultades y limitaciones que condicionan la eficacia, en nuestra opinión, de este tipo de abordaje con adolescentes. Al igual que la terapia individual, la valoración del riesgo es más difícil, y los episodios de descompensación o hiperactivación ante contenidos emocionalmente cargados son particularmente difíciles de contener, quizá más aún en el contexto grupal, donde las identificaciones y los fenómenos transferenciales son múltiples y cruzados y todo se torna más intenso. Puede ser necesario, por ello mantener el nivel de activación bajo, sobre todo al inicio, trabajar individualmente de forma paralela con los pacientes más inestables, o proponer técnicas terapéuticas diversas que incluyan por ejemplo el juego, herramientas audiovisuales y de expresión artística y terapia ocupacional, para reforzar la autorregulación. También puede ser necesario puntualizar expresamente, en el encuadre inicial con el grupo, qué estrategias se seguirán en caso de que, por ejemplo, algún paciente necesite salir de la sesión (incluido avisar por el chat o verbalmente, el aviso a los padres o una llamada por parte del terapeuta, después del grupo, para comprobar su estado).

El temor a la activación excesiva del grupo puede complicar el acceso a contenidos más profundos o dolorosos, por lo que el proceso terapéutico puede llegar a verse de alguna forma enlentecido o atrapado en un modo pseudo-reflexivo o pseudo-mentalizador (8).

## CONCLUSIONES

La adolescencia es una etapa evolutiva de gran exigencia, con multitud de tareas relacionadas con la autonomía, la individuación y la construcción de la identidad, y por tanto de particular vulnerabilidad en una situación

de crisis como la pandemia por covid-19, que podría provocar un aumento en la incidencia de trastornos psiquiátricos, o el empeoramiento de los casos preexistentes, si bien la gran mayoría de los adolescentes de la población general atravesarán esta situación de estrés sin secuelas perdurables. Los profesionales de la salud mental hemos tenido que adaptarnos de forma rápida y flexible a las necesidades de los pacientes, y gestionar la confusión y la incertidumbre ante el paso a la teleasistencia, con las complicaciones que conlleva esta forma de terapia, incluyendo el hecho de que es un contexto en el que la capacidad de mentalización, tanto del paciente como del terapeuta, se ve más fácilmente desbordada (8, 17). La teleasistencia ya ha mostrado ser eficaz en algunos contextos (17), y en algunas regiones de difícil acceso o con escasos recursos sanitarios sin duda va a suponer una ventaja para los pacientes y sus familias contar con esta herramienta. Podría resultar tentador intentar implementar estas técnicas como forma de resolver algunos déficits asistenciales, pero parece claro que será necesario seguir investigando sus beneficios y limitaciones a medio y largo plazo. El esfuerzo de adaptación que tanto los pacientes como las familias y terapeutas hemos hecho en estos meses para poder mantener la asistencia a través de medios telemáticos, y la buena respuesta que en muchos casos se ha podido observar, solo se entiende en el contexto de la necesidad impuesta por la crisis sanitaria. Cuando el contacto interpersonal vuelva a ser seguro, difícilmente una videollamada podrá reemplazar al tratamiento presencial, y mucho menos después de meses de aislamiento forzoso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Aberastury A, Knobel M. La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México: Paidós; 1970.
- (2) Guessouma SB, Lachal J, Radjack R, Carretiera E, Minassiana S, Benoit L, Moro MR. Adolescent psychiatric disorders during the covid-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Research*. Vol 291, Sept 2020, 113264.
- (3) Lee, J. Mental health effects of school closures during covid-19. *The Lancet. Child & Adolescent Health*. 2020 4 (6), 421.
- (4) Zhou SJ, Zhang LG, Wang L, Guo Z, Wang JQ, Chen JC, Liu M, Chen X, Chen JX. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of covid-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Jun; 29 (6): 749-758.
- (5) Ma Z, Zhao J, Li Y, Chen D, Wang T, Zhang Z, Chen Z, Yu Q, Jiang J, Fan F, Liu X. Mental health problems and correlates among 746.217 college students during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020 Nov 13; 29: e181.
- (6) Youngminds, Coronavirus: Impact on young people with mental health needs. Youngminds.org.uk. 2020, March. Disponible en: [https://youngminds.org.uk/media/3708/coronavirusreport\\_march2020.pdf](https://youngminds.org.uk/media/3708/coronavirusreport_march2020.pdf).

- (7) Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., Jiang, F. Mitigate the effects of home confinement on children during the covid-19 outbreak. *The Lancet*. 2020 395 (10228), 945-947.
- (8) Wurman TV, Lee T, Bateman A, Fonagy P, Nolte T. Clinical management of common presentations of patients diagnosed with BPD during the covid-19 pandemic: the contribution of the MBT framework. *Counselling Psychology Quarterly*. 2020.
- (9) The Association of Child Psychotherapists (ACP). Guidance on working remotely with children, young people and families. 2020.  
Disponibile en: [www.childpsychotherapy.org.uk](http://www.childpsychotherapy.org.uk)
- (10) Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, Cannon M, Correll CU, Byrne L, Carr S, Chen EY, Gorwood L, Johnson S, Kärkkäinen H, Krystal JH, Lee J, Lieberman J, López-Jaramillo C, Männikkö M, Phillips MR, Uchida H, Vieta E, Vita A, Arango C. How mental health care should change as a consequence of the covid-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*; 2020 7: 813-24 Published Online July 16, 2020.
- (11) Slone N.C., Reese R.J., McClellan M.J. Telepsychology outcome research with children and adolescents: A review of the literature. *Psychological Services*, 2012 9 (3): 272- 292.
- (12) Remote Delivery of Services: Guidance for the Psychological Professions in England during the covid-19 Pandemic. 2020 Psychological Professions Network England. Disponible en: <http://www.ppn.nhs.uk/>
- (13) Keles B, McCrae N, Grealish A. A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents, *International Journal of Adolescence and Youth*, 2020; 25, 1: 79-93.
- (14) Lassri D, Desatnik A. Losing and regaining reflective functioning in the times of covid-19: Clinical risks and opportunities from a mentalizing approach. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2020 12.
- (15) American Psychological Association. (2020). Psychological impact of covid-19. Disponible en: <https://www.apa.org/topics/covid-19/psychologicalimpact>
- (16) Inchausti F, Macbeth A, Hasson-Ohayon I, Dimaggio G. Psychological intervention and covid-19: What we know so far and what we can do. 2020 doi:10.31234/osf.io/8svfa
- (17) Irvine A., Drew, P., Bower, P., Brooks, H., Gellatly, J., Armitage, C.J., Bee, P. Are there interactional differences between telephone and face-to-face psychological therapy? A systematic review of comparative studies. *Journal of Affective Disorders*, 2020; 265: 120-131.

# LA MEDIDA SISTEMÁTICA DE RESULTADOS, UNA PROPUESTA CONCRETA PARA ACERCAR LA EVALUACIÓN A LA SALUD MENTAL

*Sergi de Diego*

Realmente, el artículo se debería titular, «colaborando en evaluar la complejidad del trabajo en salud mental» (SM) porque en este ámbito trabajamos con la complejidad. Lo que ocurre en la relación asistencial, entre terapeuta y paciente es una experiencia única e irrepetible. Un encuentro entre dos mentes distintas. Ambas singulares y complejas, al tiempo que sometidas a la subjetividad.

## EL CEREBRO Y LA MENTE EN RELACIÓN

Juan Manzano describió el cerebro como un órgano que nace «programado para reprogramarse». El funcionamiento de cada cerebro, resultado de una gigantesca combinación de algoritmos configurados por la epigenética a través de la acción de la experiencia vital (en el más amplio sentido del término) en interacción con nuestra herencia genética, cristaliza en una mente. Algo que integra, entre otros, aspectos intangibles como la conciencia, emociones, sentimientos, pensamientos y pensamientos sobre los pensamientos, emociones y sentimientos o conductas. Y todo ello lo hace de forma aún no comprensible para la ciencia actual.

Si una mente es compleja, una mente en relación, como lo están todas las mentes, añade aún más al tema que nos ocupa: la inevitable subjetividad inherente a cualquier intervención psicológica, y la dificultad que implica la valoración de la evolución del paciente que no está en unas condiciones de laboratorio, sino que vive y se relaciona, sometido a las vicisitudes de su itinerario vital.

## LA VALORACIÓN DE NUESTRA INTERVENCIÓN

A pesar de los aspectos descritos, y como no podría ser de otra forma, los profesionales valoramos la evolución de nuestros pacientes tanto de forma unilateral como también compartida con ellos. Necesitamos saber si les ayudamos a mejorar su calidad de vida y disminuir su sufrimiento. Existen una gran cantidad de cuestionarios de evaluación sobre diferentes

aspectos, como calidad de vida o síntomas, por ejemplo, pero nuestro reto específico cuando trabajamos con un paciente es podernos orientar sobre cuál será, en aquella persona concreta, la mejor intervención e ir modulando nuestra forma de hacer en función de los indicadores de que disponemos. Los pacientes nos describen su percepción de sí mismos (con diferentes grados de realismo y precisión) y los profesionales observamos, preguntamos, nos apoyamos en las apreciaciones de sus seres próximos con los que podemos colaborar, podemos administrar cuestionarios o tests proyectivos y, sobre todo, conforme avanza nuestra experiencia, vamos desarrollando una cierta pericia clínica que nos ayuda, reuniendo todos los indicadores expresados, a tener una impresión de la evolución de cada paciente. De todas formas, somos conscientes de la enorme dificultad de tener seguridades respecto a la eficacia de las intervenciones que realizamos.

#### LA ACREDITACIÓN DE EVIDENCIA EN TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

Hace tiempo que la llamada «medicina basada en pruebas» (MBP) ha ido adquiriendo una influencia progresivamente mayor en todas las especialidades médicas. Este hecho también se ha ido haciendo cada vez más patente en el ámbito de la salud mental, provocando controversias y confrontaciones por todos conocidas.

Desde la perspectiva de la MBP se trataría de escoger prácticas que hayan sido sometidas a una metodología experimental para demostrar su utilidad. Recordaremos, de manera simplificada que, si una psicoterapia «X» ha demostrado evidencia, debe estar descrita con precisión en todos los aspectos, población diana, indicaciones, metodología de trabajo y de evaluación, los resultados han de estar comparados con la evolución de una muestra idéntica de pacientes a los que no se les proporciona ese tratamiento (pueden estar aún en lista de espera para ser atendidos, o recibir el tratamiento ordinario). Y, además, si otra investigación repite los mismos pasos, los resultados de «X» tendrían que poder ratificarse. Las diferentes investigaciones con estos datos pueden agruparse y someterse a metanálisis para comprobar su consistencia.

Todo este complejo proceso ha de afrontar dilemas éticos de envergadura como sabemos. Los grupos de la experiencia terapéutica y de control se han de seleccionar aleatoriamente y si el investigador cree que su procedimiento terapéutico será mejor que el practicado hasta ahora, dejar a unos pacientes en el grupo control tiene implicaciones éticas nada desdeñables. Añadiremos a esto que la experiencia demuestra que encontramos diferencias entre la solidez teórica de una determinada metodología y la prueba de realidad que implica aplicarla a un paciente en particular y obtener el resultado esperado.

Como nos recuerda oportunamente Salamero en el magnífico prefacio de Psicoterapia psicoanalítica. Investigación, evaluación y práctica clínica (1), en 1996 el British Medical Journal publicó un artículo de David L. Sackett titulado Medicina basada en pruebas (evidence based medicine) en el que afirmaba «la medicina basada en pruebas no es un «recetario de cocina médico». Se necesita un abordaje de abajo arriba que integre las mejores pruebas externas con la pericia clínica individual y las preferencias del paciente; la atención al paciente no puede ser el resultado de abordajes serviles basados en recetarios».

Se trata pues de aunar el conocimiento de las mejores pruebas con la pericia clínica que personaliza su utilidad en cada caso. Para desgracia de nuestros pacientes, a menudo desorientados, algunos clínicos se adhieren a su escuela formativa (sea ella cual fuere) como «hooligans» con una mente encorsetada por axiomas que creen indiscutibles, en vez de como profesionales con un verdadero espíritu científico, resultando así unos «creyentes» de su escuela formativa. Y no han faltado ni faltan, profesionales de ninguna orientación con tales características. Quizás por ello, y en referencia al tema que nos ocupa en este artículo –la evaluación de nuestras intervenciones– considero necesario recordar la presión de algunos pocos profesionales sobre responsables de la sanidad pública, cuestionando el trabajo asistencial de clínicos de otras orientaciones diferentes a la suya, empujándoles a un pronunciamiento negativo atribuyéndose una posesión excluyente de la verdad.

#### LA CALIDAD DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Hay muchas investigaciones referidas a las cualidades que deben tener los buenos terapeutas y sobre la necesidad de conocer si ayudan a sus pacientes. Me parece pertinente reproducir aquí un fragmento del libro de Holmes y Slade (2): «Una reciente investigación se ha centrado en la adquisición de habilidades por parte de los terapeutas (3,4). Es conocida la gran diversidad de habilidades con las que cuentan los terapeutas y es ese factor, más que el tipo de terapia concreta practicada, el que determina los resultados de la terapia (5). Como sucede con la mayoría de los rasgos, las habilidades terapéuticas se distribuyen según una curva de campana. Unos pocos superterapeutas consiguen que casi todos sus clientes mejoren, otros se esfuerzan en lograr un impacto mientras se ven acusados por el abandono o el empeoramiento de la salud mental de su cliente y la mayoría nos hallamos en algún punto intermedio entre ambos extremos (4). Proporcionar feedback al terapeuta sobre el avance de su cliente mejora sus resultados especialmente en los casos de aquellos clientes que no consiguieron mejorar. La psicoterapia puede compararse a otras actividades que dependen de ciertas habilidades, como la música o el deporte. La clave

del éxito descansa en el profundo conocimiento específico del dominio en cuestión, adquirido gracias a la tríada de práctica intensiva, *feedback* y autocrítica no punitiva».

De las pocas cosas que sabemos a ciencia cierta y que obtiene el consenso de los estudiosos de cualquier orientación es que, de las investigaciones sobre lo que podríamos llamar «los principios activos de la psicoterapia» (utilizando una terminología más propia de la industria farmacéutica), solamente la calidad del vínculo terapéutico ha demostrado ser fundamental.

En coincidencia con muchos otros trabajos, resulta pertinente traer aquí las palabras de Geller reproducidas en el libro editado por Porges y Dana (6), cuando describe la forma de estar del terapeuta como el predictor más positivo para la alianza terapéutica. Menciona un modelo validado empíricamente en que «se comprobó que la experiencia de los clientes con la presencia<sup>1</sup> de sus terapeutas es lo más importante; aquellos que experimentaron a su terapeuta como presente tuvieron una alianza terapéutica positiva y un resultado exitoso de la sesión a través de tres modalidades de terapia (terapias cognitivas conductuales, centradas en las emociones y centradas en la persona (7). Partiendo de esta afirmación, si un profesional atiende a un paciente con una modalidad de psicoterapia que ha conseguido evidencia, pero establece una relación de mala calidad o insuficientemente buena con él, el resultado se resentirá.

Por otro lado, en la relación terapéutica, la mente del paciente produce, de forma continua, situaciones que obligan al terapeuta a improvisar, inventar, crear, responder» a esa contingencia sin la «receta» de su modalidad terapéutica, razón por la cual, muchos pensamos que la psicoterapia tiene, inevitablemente, un componente artesanal y creativo de itinerario imprevisible.

Sumemos finalmente a lo expresado una realidad que conocemos bien: la evolución de un paciente puede sufrir variaciones significativas muy importantes, tanto positiva como negativamente, como resultado de cambios en su entorno vital más cercano (la separación o la mejora de la relación entre los padres de un niño, la entrada en escena de un tutor particularmente sensible o, al revés, claramente tóxico, o episodios de acoso en los ámbitos escolar o laboral son solamente algunos de ellos) sin que en ello tenga nada que ver nuestra intervención profesional.

La complejidad es tal, que empuja a rechazar afirmaciones simplistas. Retomo aquí otro párrafo pertinente y significativo del libro de Holmes y Slade (8) antes mencionado en un apartado que titula Teoría del Caos:

---

<sup>1</sup> Para Geller, estar presente a nivel terapéutico implica estar enraizado en uno mismo, mientras que receptivamente toma en cuenta la expresión verbal y no verbal de la experiencia del cliente en el momento.

«Aunque hablando en términos generales, la evidencia estadística apoye claramente la eficacia del abordaje psicodinámico (5, 8), lo cierto es que no es posible garantizar su eficacia. Pero, aunque en la terapia haya puntos de inflexión, avances súbitos y grandes saltos hacia delante, lo cierto es que se trata de un camino lleno de contratiempos, tropiezos y recaídas y en el que, en ocasiones, el sujeto da un paso hacia delante y dos hacia atrás. Rara vez existe una relación clara entre una intervención (como, por ejemplo, la interpretación de un sueño, la asignación de una tarea cognitiva para llevar a cabo en casa, etcétera) y un resultado. Siempre hay que encontrar el adecuado equilibrio entre el conservadurismo energético y la sorpresa innovadora, un equilibrio que, por cierto, es inestable y cambia de continuo. Esta incertidumbre es la pesadilla de los investigadores de psicoterapia y más todavía de los administradores clínicos y los responsables de servicios».

Holmes y Slade comparan la naturaleza de la psicoterapia con el clima o la economía que consideran sistemas inherentemente caóticos. Afirman que, para entenderlos, se necesita hacer un salto comparable al de la mecánica newtoniana a otra más fluida, aceptando la complejidad y recuerdan, finalmente, la metáfora del aleteo del vuelo de la mariposa en Brasil que acaba desencadenando un tornado en Texas.

A pesar de ello, como he expresado antes, necesitamos encontrar herramientas que nos orienten y ofrezcan la oportunidad de soslayar los conflictos ideológicos derivados de la diversidad de orientaciones, escuelas y posiciones personales basadas en adhesiones inquebrantables a una orientación y descalificación de las otras.

Ante semejante reto, resulta difícil confiar en metodologías simples y depositar confianza en los estudios estadísticos. Quizás por ello, la formación de los profesionales que trabajamos desde una psicología basada en la relación no ha facilitado que nos acerquemos a las cifras y a la evaluación cuantitativa como a algo que nos pueda ayudar (en todo caso, tendemos a las investigaciones con metodologías cualitativas). Más bien se le supone, con el desdén ya mencionado, una tarea sin sentido. Por ello son pocos los profesionales de la SM con orientación psicoanalítica que han tratado de desarrollar formas de intervención más manualizadas y, por tanto, con posibilidades de ser evaluadas desde la metodología experimental en que basa su credibilidad la MBP.

Aún así, afortunadamente, ya no es una excepción la presencia de artículos e investigaciones sobre la eficacia de psicoterapias de inspiración u orientación psicodinámica. O. Kernberg y P. Fonagy entre otros, son conocidos representantes, a nivel internacional, de las propuestas de tratamiento basadas en una perspectiva psicoanalítica que han conseguido reconocimiento de la MBP.

Es pertinente recordar el meritorio trabajo de Shedler (5) en el que abordaba la comparación entre la psicoterapia de orientación psicodinámica y las otras formas de psicoterapia con una revisión importante de

investigaciones. El mismo P. Fonagy ha escrito diferentes artículos proponiendo aceptar los principios de la MBP, pero no de forma acrítica, sino aportando estudios, opiniones y reflexiones valiosas y estimulantes. En este sentido recupero unas palabras de Mitjavila (9) sobre las aportaciones de Fonagy con las que me siento identificado:

«Fonagy no teme que el contacto de la terapia psicodinámica con la investigación empírica pueda desvirtuar nuestra práctica, al contrario, apuesta por reforzar nuestro modelo terapéutico mediante la verificación de sus resultados. Reconoce la diferente idiosincrasia entre el investigador y el clínico, especialmente el psicodinámico, y que ambos se mueven en dos universos epistemológicos distintos. Sin embargo, Fonagy ha adoptado los principios de validación científica consensuados y dominantes, seguramente porque está convencido de que el futuro del psicoanálisis y de las psicoterapias derivadas, pasa por aceptar estos principios y, seguramente, porque está convencido de que el método científico ha demostrado ser un buen método para generar y validar conocimientos...»

#### EL COMPROMISO ÉTICO Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE

Evaluar la evolución del paciente es evaluar nuestro trabajo con su demanda: es el resultado de un compromiso ético con nuestra práctica profesional. Cada paciente tiene derecho a recibir la mejor de las ayudas posibles en el momento en que consulta y nosotros, como profesionales, debemos estar preparados para ofrecerla, o informarle de aquello que le podría beneficiar en su particular situación. Cuando prestamos nuestra asistencia desde un servicio que está subvencionado con fondos públicos, nuestra labor presenta entonces un plus de responsabilidad superior todavía. En relación con ello, la MBP, de la mano de la evolución del conductismo reduccionista al cognitivismo, ha desarrollado un esfuerzo innegable para tratar de buscar credibilidad en el ámbito científico y ha acabado ejerciendo una influencia progresivamente mayor hasta convertirse en hegemónica en los ámbitos universitarios y de los sistemas de salud mental, en los cuales el psicoanálisis había sido predominante durante la primera mitad larga del siglo pasado.

Desde la orientación psicodinámica se ha postulado la importancia de la relación como eje del trabajo terapéutico. La consciencia de la complejidad de ello ya mencionada ha facilitado que muchos psicoterapeutas adoptasen una postura de cierto desdén hacia la evaluación de los procesos de ayuda psicológica: ¿cómo se va a poder cuantificar con cifras una realidad tan poco mesurable? En cualquier caso, la suma de todo lo anteriormente expresado ha empujado a un buen número de profesionales e instituciones a buscar alguna forma de medir la evolución de nuestros pacientes.

## *¿Qué necesitamos saber?*

Queremos comprobar si lo que estamos haciendo para ayudarles funciona. O mejor aún, necesitamos:

- saber qué funciona, con qué clase de pacientes y en qué condiciones
- detectar a qué clase de pacientes no estamos ayudando en absoluto o no suficientemente
- conocer aquellas prácticas que están demostrando buenos resultados para estudiarlas en profundidad y aplicarlas
- incorporar a los pacientes a la evaluación de resultados y a la deliberación para la toma de decisiones

Todo ello es deseable y ambicioso al mismo tiempo y debería de resultar compatible con la consideración de que fuese cual fuese la metodología escogida, ésta sería solamente una parte de la evaluación de la evolución de los pacientes, porque una valoración clínica amplia sigue siendo un elemento fundamental como hemos dicho que señalaban los propios pioneros de la MBP.

Queda fuera de nuestro objetivo, en este trabajo, entrar en las causas del porqué una intervención resulta útil a determinado perfil de pacientes, aunque es innegable la importancia de desarrollar investigaciones para llegar a conocer tales extremos.

## CONSTITUCIÓN DE ARSISAM

Con estas premisas, y a la vista de la enorme dificultad del reto, propusimos a instituciones de orientación claramente comunitaria, constituir un grupo de trabajo para abordar los objetivos comentados. Las adhesiones comprometidas fueron inmediatas y, se fue estableciendo una forma de organización basada en la cooperación y la suma de sinergias en que cada institución colaborara desde sus posibilidades. Paulatinamente se fueron añadiendo, por propia iniciativa, más instituciones de salud mental integradas en el Servei Català de la Salut dependientes de la Conselleria de Salut, así como algunas de las que trabajan con los trastornos del desarrollo precoz (en Catalunya, los CDIAP o Centros de desarrollo y atención precoz, desgraciadamente no están integrados en la red de salud mental, ya que su subvención depende del Departament de Benestar Social i Família, pero desarrollan una labor fundamental de detección e intervención con los más pequeños).

A día de hoy, 15 instituciones<sup>2</sup> de Salud Mental catalanas integradas en el Servei Català de la Salut y de atención precoz a las que hemos de

---

<sup>2</sup> Associació(A) Centre d'Higiene Mental Nou Barris, AS Mental Horta Guinardó, Carrilet, Centre d'Higiene Mental de Les Corts, Fundació (F) El Maresme, F. Hospital Sant Pere

añadir la SEP (Societat Espanyola de psiconàlisi), que estuvo entre las entidades impulsoras, forman parte de ARSISAM (10), la asociación para la medida sistemática de resultados que constituimos para podernos organizar y disponer de medios (realizar estudios, solicitar becas y disponer de presupuestos para afrontar gastos ) para la consecución de nuestros objetivos.

Necesitábamos una metodología consistente y con determinadas condiciones:

- administración fácil
- creíble para los clínicos
- realista en costos de tiempo de administración, corrección y análisis de resultados
- económica (cuestionarios gratuitos, traducidos y validados)
- no vinculada a una formulación diagnóstica (que podría cuestionarse)
- alineada con las orientaciones y programas mayoritariamente aceptadas por la psiquiatría europea, española y catalana
- flexible para poderse aplicar
  - o a diferentes clases de dispositivos (atención precoz, primaria, secundaria, hospitalización, infanto-juvenil, adultos...)
  - o a cualquier grupo diagnóstico
  - o a pacientes de diferente origen cultural i lingüístico
  - o independientemente de la orientación (psicodinámica, cognitivo conductual, sistémica...) del profesional.

#### LA ROM. LA MEDIDA SISTEMÁTICA O RUTINARIA DE RESULTADOS

Haciendo una búsqueda, encontramos el trabajo desarrollado en el Anna Freud National Centre for Children and Families y liderado por Miranda Wolper (11), experta en evaluación, que se engloba en la metodología ROM (acrónimo en inglés de Routine, outcomes measurement), para la evaluación rutinaria o sistemática de resultados. ¡Y cumplía todas nuestras condiciones!

La ROM<sup>3</sup> (1) consiste en administrar 2 cuestionarios validados, traducidos a todas las lenguas y gratuitos. Un cuestionario lo contesta el paciente (o la familia si el niño es aún pequeño) y otro, simultáneamente, el profesional en la visita o visitas de diagnóstico. Este proceso se repite de

---

Claver, F. Nou Barris, F. Orienta, F. Puigvert, F. Síndrome de Down, F. Torras de Beà, F. Tres Turons, F. Vidal i Barraquer, Integra, Societat Espanyola de psicoanàlisi.

<sup>3</sup> La descripción detallada de la ROM, objetivos, instrumentos, procedimientos y datos están detallados en Castillo JA y Mercadal J. 2010 Parte II Capítulo 5.

forma sistemática periódicamente (por ejemplo, cada seis meses) y al alta, de forma que, por un lado, permite a paciente y profesional, analizar conjuntamente los resultados y compartir la toma de decisiones, reorientando el trabajo terapéutico, y por otro, se va creando un registro longitudinal de cada paciente durante su permanencia en el dispositivo que resulta enormemente valioso.

#### EXPERIENCIAS PILOTO E IMPLEMENTACIÓN

Hemos escogido cuestionarios de síntomas que permiten evitar el conflicto de la discusión sobre el diagnóstico antes comentado y que son los que sirvieron para desarrollar la ROM en Londres<sup>4</sup>. La experiencia piloto que hemos realizado en el Centre de Salut Mental infantil i Juvenil (CS-MIJ) de la Fundació Vidal i Barraquer en Santa Coloma de Gramenet nos confirmó que el tiempo de aplicación (paciente y clínico tardan entre 5 y 8 minutos simultáneamente en rellenar el cuestionario) lo hacía factible. Comprobamos que, si a los pacientes se les explica el motivo de esta administración, sus objetivos y las siguientes fases, colaboran de buen grado.

Sin embargo, también se nos hizo evidente que la implementación de la ROM sería imposible sin disponer de una aplicación informática que simplificase la entrada de las respuestas a los cuestionarios y, además, facilitase una presentación en pantalla amable y clara para paciente (y/o familia) y clínico. Dicha aplicación debería tener en cuenta todas las medidas necesarias para preservar la privacidad de los datos del paciente y proteger del acceso a ellos a las personas no responsables del caso.

Para afrontar las necesidades de software específico, la base asociativa del proyecto fue clave. ARSISAM decidió financiarlo con las aportaciones de sus asociados y en el período de un año, pudimos disponer de una aplicación flexible, amable a la vista, intuitiva y fácil de interpretar para el profesional, así como para la gran mayoría de los pacientes. Desde su creación, esta herramienta está en un proceso de mejora que deberá ser permanente.

En el futuro, nos permitirá disponer de una enorme base de datos que potencie la investigación, descubrir aquellos abordajes que resulten más exitosos para estudiarlos y difundirlos, detectar los que no confirman nuestras buenas opiniones y tomar contacto con la penosa realidad de los colectivos específicos de grupos diana que no hemos aprendido aún a tratar de forma eficaz. Todo ello nos obligará y ayudará a replantear nuestra asistencia.

---

<sup>4</sup> Los clínicos aplican las escalas HoNOS con sus adaptaciones para cada edad, mientras que para los pacientes utilizamos el SDQ en menores de 18 y el CORE-ON para adultos. El HoNOSI está en proceso de validación por miembros de ARSISAM.

Utilizar los cuestionarios para trabajar con el propio paciente no presenta problemas éticos y legales, pero si pretendemos investigar con ellos, estamos obligados a informarles de este hecho, antes de solicitarles el imprescindible consentimiento informado y del cual debe quedar registro.

Volviendo a la utilidad para el paciente concreto, es importante destacar que la ROM aporta un valor complementario al paradigma de las «prácticas basadas en la evidencia». Estas últimas trabajan con las que puedan haberse demostrado útiles empíricamente a través de la metodología comentada unos párrafos atrás, mientras que la ROM parte de la valoración singular de la evolución de cada pareja (paciente/terapeuta). Así, al partir de la realidad vivida, se convierte en una evaluación de «evidencias basadas en la práctica».

A nuestro juicio, la implementación de la evaluación sistemática de resultados es una forma sorprendentemente sencilla de abordar un tema de la complejidad que describimos. Abre una puerta a posibilitar un cambio en nuestra cultura asistencial, en que la evaluación se viva como una indispensable y valiosa compañera del juicio clínico que se debe utilizar, como todo en la vida, de forma crítica.

Consideramos que la ROM no es una evaluación objetiva, que no puede existir por la subjetividad ineludible y siempre subyacente al «opinar-responder» un cuestionario, ni tampoco la única forma de valorar la evolución. Pero sí es una útil herramienta para el trabajo asistencial, y ese es el principal objetivo que se persigue al utilizarla.

Ya hemos adelantado que la aplicación de la ROM aconseja explicar al paciente los objetivos de dicha práctica, el sentido de los cuestionarios que tanto él como nosotros cumplimentamos. Dicha experiencia en las primeras visitas cobrará sentido cuando se repitan los cuestionarios unos meses después y le ofrezcamos analizar y contrastar entre los dos los resultados de ellos.

Contar con la opinión y valoración del paciente es un valor añadido de gran calado. Éste contesta su cuestionario en una tableta o en su propio móvil y los resultados de sus respuestas y de las nuestras, que se realizan de forma simultánea, quedan inmediatamente registrados por el programa que hemos elaborado y desaparecen de la tableta o del móvil. Desde ese momento están disponibles para visualizarse en la pantalla de nuestro ordenador, que ofreceremos al paciente girándola para compartirla, prácticamente en tiempo real. En ella, a partir de la segunda administración a cada paciente, podemos escoger la forma de visualizar y trabajar con los datos obtenidos (en líneas de tendencia o en forma de histogramas). Observamos la mejora, la estabilización o empeoramiento de los síntomas agrupados por subescalas y también ítem por ítem, tenemos las respuestas concretas a cada pregunta de la anterior administración y la actual por parte del paciente y nuestras. Entonces podemos comparar su opinión sobre su evolución con la nuestra y de ese examen conjunto de nuestras coincidencias y

discrepancias y del análisis que de ello hagamos entre los dos, integrando los demás elementos clínicos, podemos acordar las propuestas terapéuticas que también conviene consensuar.

Este trabajo que suma nuestro juicio clínico, la impresión subjetiva del paciente expresada aquel día y la evaluación de que disponemos en pantalla constituye una forma enriquecedora de compartir la tarea conjunta. Por un lado, empodera al paciente como «agente» activo con voz y criterio en su propia evolución y aleja al profesional del lugar del saber casi omnipotente en que históricamente se le había ubicado, para ofrecer una perspectiva más humana, más igualitaria, a pesar de la diferente función y responsabilidad que cada uno tiene en el acto asistencial.

No cuesta imaginar el potencial activador y creativo del método descrito con niños, adolescentes, familias y adultos, si se utiliza con sentido, de forma compartida y no como un mero sistema de registro de evolución en manos del clínico. Sería un error hacer un uso «funcionario» del mismo, administrándolo de forma rutinaria sin investirlo de utilidad para el paciente y para nuestra relación con él.

#### RETOS, RIESGOS Y ALGUNAS CONCLUSIONES

A las ventajas expresadas hemos de contraponer algunos riesgos y consideraciones de carácter general. El trabajo de todos los especialistas en Salud Mental sufre de una presión asistencial enorme, que es aún mayor en la atención primaria. En este contexto, proponer a los profesionales que incorporen una «carga adicional» (la práctica de la ROM) a su ya excesivamente saturada praxis diaria, puede vivirse como una medida administrativa que no tiene en cuenta la realidad del clínico y llegar a convertirse en una tarea imposible para los responsables de los equipos.

La experiencia de la implementación de la ROM ha demostrado que se deben tener en cuenta diferentes elementos para posibilitar que se realice con la imprescindible complicidad del colectivo profesional. Se necesita un periodo de sensibilización tan largo como sea necesario. En la presentación del proyecto a los profesionales, se debe explicar que representa un cambio de cultura, y que este cambio no se podrá realizar si no se cuenta con los medios técnicos necesarios (el registro de respuestas y su procesamiento ha de estar informatizado) pero, sobre todo, si no se consigue que los usuarios (ellos mismos, los clínicos) lo vean como una herramienta valiosa y de clara ayuda para su tarea asistencial en el día a día. Para ello, se necesitan liderazgos convencidos, con conocimiento del método, de las ventajas que proporciona a los profesionales, pero también de las resistencias que puede despertar. Debe tener firmeza en la propuesta, pero también una notable flexibilidad en los plazos, monitorizando el grado de sintonía de los

compañeros con el proyecto y trabajando la sensibilización y las resistencias con paciencia y proximidad.

Una resistencia más íntima y no relativa a la presión asistencial se manifiesta pronto. Un registro que contiene la evolución de cada paciente de cada profesional puede despertar ansiedades persecutorias tanto conscientes como inconscientes. Puede ser vivido como una amenaza a la valoración de la calidad de ese profesional, una forma de clasificar los terapeutas en buenos o poco capaces y de tener consecuencias no solamente en la consideración de los responsables sobre ellos, sino hasta en las retribuciones económicas vinculadas con objetivos. Si realmente, los directivos utilizan los datos con estos criterios, el sistema se corrompería desde el inicio. Sabemos ya de las dificultades de profesionales más inseguros y/o desconfiados que tienden a puntuar mejor al paciente en la segunda evaluación por el temor al juicio de sus superiores. Por tanto, la implementación de un sistema de evaluación rutinaria de resultados por parte de los responsables de cada institución y de cada equipo, requiere una absoluta pulcritud para minimizar al máximo las inquietudes de los profesionales y facilitar la consecución de los objetivos reales de la evaluación: mejorar la calidad del trabajo asistencial del profesional con su paciente.

El aprendizaje no es difícil, pero se ha de dedicar a él el tiempo necesario. Es conveniente evitar la carga que significa estar pendiente de los aspectos técnicos de la ROM porque de lo que se trata es de utilizarlo para la mejora de la atención al paciente. Además, la facilidad de cada profesional para utilizar la informática es muy diversa. Para algunos es una herramienta atractiva, pero otros la viven como un artefacto incómodo y, si puede ser, evitable, de forma que conviene establecer ritmos de implementación diferentes.

El Anna Freud National Centre for Children and Families es también la sede del CORC (Childs Outcomes Research Consortium), entidad que agrupa decenas de instituciones, no solo del Reino Unido sino también de diferentes países, que utilizan la ROM y se reúnen para compartir sus experiencias. ARSISAM forma parte del CORC y la asistencia a sus reuniones permite compartir experiencias, dificultades y logros entre las diferentes instituciones.

Finalmente, querría describir uno de los retos a los que deberemos hacer frente para convertir la evaluación rutinaria de resultados en una herramienta más optimizada antes de formular algunas reflexiones a modo de síntesis. La administración de cuestionarios de síntomas es útil para una gran parte de la población, pero resulta evidente que no para algunos de los colectivos que atendemos. Para ellos precisamos de otros instrumentos de medida en vez de los síntomas porque, o bien la evolución natural de estos es muy lenta o bien, para algunas personas, resulta más importante mejorar en ciertos aspectos de la calidad de vida, a pesar de que los síntomas permanezcan sin mejora evidente. Por tanto, deberemos ir buscando

la forma de incorporar otros cuestionarios más específicos que reflejen más fielmente la evolución y la vivencia de mejora o empeoramiento de algunos perfiles de pacientes.

Lo explicado en este artículo es el resultado de un trabajo de muchos profesionales de diferentes instituciones en un clima de colaboración y motivación inusualmente cohesionador. Una clave es que el objetivo es compartido, además de que lo experimentamos como un reto estimulante. También fue determinante encontrar pronto una fuente de documentación que hacía posible tener una hoja de ruta en la que pudimos poner confianza de inmediato y vimos posible aplicarla.

Hemos necesitado organizarnos en comisiones. Unas de implementación por líneas (desarrollo e intervención precoz, centros de salud mental primaria infantil y de adolescentes, de adultos, hospitales de día para adolescentes) y otras de informática, epidemiología, investigación y publicaciones y difusión y comunicación. Es también el resultado de contar con las direcciones de las instituciones convencidas de que este era un proyecto en el que querían participar activamente.

A pesar de todo ello, es necesario destacar que la motivación de algunas personas en cada institución no ha sido suficiente para llegar a todos los clínicos de cada equipo por diferentes motivos. Entre ellos, que implementar cambios que implican novedades, despierta en las organizaciones sensibles, el temor al rechazo de sus profesionales a los que saben sometidos a la presión ya conocida, de forma que se frena el proceso de sensibilización y en consecuencia el de implementación. En mi opinión, se necesita la acomodación al ritmo que cada equipo pueda desarrollar. Antes he aludido a la flexibilidad. Esta es necesaria porque el hecho de que algunos profesionales o equipos se atrevan primero ayuda a los demás a seguirlos.

En conclusión, solamente una convicción profunda en la necesidad de evaluar, una gran claridad en la exposición de los objetivos y herramientas, una actitud de paciencia y de pedagogía para dar a conocer los instrumentos, y una escucha sincera y profunda de las resistencias que expresen o se manifiesten en los futuros usuarios de la ROM, puede ayudar superar las dificultades para implementarlo.

En el momento en que redacto este artículo, la epidemia del covid-19 se ha convertido en un obstáculo añadido con la obligación de asegurar la distancia y, sobre todo, la reconversión de visitas presenciales en telemáticas y ha obligado a desarrollar formas de aplicación desde el domicilio de los cuestionarios para facilitar que el esfuerzo realizado hasta ahora no produzca una regresión excesiva en la implementación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Castillo J.A y Mercadal J. Psicoterapia psicoanalítica. Investigación, evaluación y práctica clínica. Barcelona. Herder. Colección de Salud Mental dirigida por la Fundació Vidal i Barraquer, pp 11-16. 2020.
- (2) Holmes J y Slade A. El apego en la práctica terapéutica. Basauri. Desclée de Brouwer. Biblioteca de psicología. pp 231-232. 2019.
- (3) Miller, S.D, Hubble, M.A., Duncan, B.L., Supershrinks. 2007. Recuperado de [www.psychotherapynetworker.org](http://www.psychotherapynetworker.org)
- (4) Miller et al. The outcome of psyshoterapy: yesterday, today and tomorrow. *Psychotherapy*, 50, 88-97. 2013.
- (5) Shedler, J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American psychologist*, 65, 98-109.
- (6) Porges, W y Dana D. Aplicaciones clínicas de la teoría polivagal, El nacimiento de las teorías influenciadas por la teoría polivagal. Sitges, Barcelona, Editorial Eleftheria. p 155. 2019.
- (7) Geller, S. M., Greenberg, L. S., y Watson, J. C. Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a measure. *Journal of Psychotherapy Research*, 20(5), 599-610.
- (8) Fonagy, P. et al. Pragmatic randomizez controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment resistant depression: The Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry*, 14(3), 312-321.
- (9) Mitjavila, M. Investigación y aportaciones de Peter Fonagy: una revisión desde el 2002 al 2012. *Temas de psicoanálisis*. p 7. N 5. Enero 2013.
- (10) [arsisam.org](http://arsisam.org)
- (11) Wolper, M et al. Patient-reported outcomes in child and adolescent mental healty services (CAMHS): Use of idiographic and standardized measures. *Journal of Mental Health*, 21(2). 2012.

## CV AUTORES

JOSEBA ACHOTEGUI

*Psiquiatra. Psicoterapeuta.*

Profesor Titular de la Universidad de Barcelona.

Director del SAPPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados), Hospital Sant Pere Claver, Barcelona  
Director del Postgrado «Salud mental e intervenciones psicológicas en inmigrantes, minorías y excluidos sociales» de la Universidad de Barcelona en colaboración con la Universidad de Berkeley y la Universidad París V.

THAIS ALDASORO CARCEDO

*Psiquiatra.*

Servicio de Infancia y Adolescencia.  
Red de Salud Mental de Bizkaia.  
Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

IGONE AREIZAGA IRUJO

*Psicóloga Clínica.*

Servicio de Infancia y Adolescencia.  
Red de Salud Mental de Bizkaia.  
Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

BATIRITZE ARTARAZ OZERINJAUREGUI

*Psiquiatra.*

Servicio de Infancia y Adolescencia.  
Red de Salud Mental de Bizkaia.  
Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

JORDI BERNABEU FARRÚS

*Psicólogo.*

Divisió de Salut Mental. Fundació Althaia. Xarxa Assistencial Universitària del Bages.

Facultat de Pedagogia Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya.

SÓNIA BERNAD

*Enfermera.*

Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) de Les Corts y Sarrià -Sant Gervasi. Associació Centre-d'Higiene Mental Les Corts, Grup CHM Salut Mental, Barcelona.

CARLES BONETE BAYÓN

*Trabajador social.*

Responsable del área socio-comunitaria de la Federació Salut Mental Catalunya.

ALAIN BRACONNIER

*Psiquiatra y psicoanalista.*

Asociación APEP (Association Psychanalyse et Psychothérapies). París.

ROCÍO CASAÑAS

*Psicóloga.*

Departamento de Investigación. Associació Centre d'Higiene Mental Les Corts. Grup CHM Salut Mental, Barcelona.

MARTÍN CORREA-URQUIZA

*Antropólogo.*

Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social.  
Medical Anthropology Research Center. Universidad Rovili i Virgili, Tarragona.

DANIEL CRUZ

*Psicólogo clínico, psicoterapeuta.*

Responsable de Formación y Docencia de Salud Mental comunitaria, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

Profesor Asociado de la Universitat de Barcelona.

Ex Presidente de la Associació Catalana de Professionals de Salut Mental-AEN Catalunya.

Miembro de la junta directiva de SEPPNA.

MARK DANGERFIELD

*Doctor en Psicología, Psicólogo Clínico.*

Director del Instituto de Salud Mental Vidal y Barraquer (Universidad Ramón Llull). Coordinador e impulsor del Proyecto ECID (Equipo Clínico de Intervención a Domicilio) de la Fundación Vidal y Barraquer.

Lead AMBIT trainer en el Anna Freud National Centre for Children and Families de Londres.

SERGI DE DIEGO

*Psicólogo clínico, psicoterapeuta (FEAP) y psicoanalista (SEP-API).*

Ex-director de los Serveis de Salut Mental de la Fundació Vidal i Barraquer en S. Coloma de Gramenet y Badalona, Barcelona.

FERNANDO DUALDE BELTRÁN

*Psiquiatra, psicoterapeuta parental.*

Profesor asociado de la Universidad de Valencia.

Consulta de psiquiatría de niños y adolescentes.

FRANCISCO JOSÉ EIROA OROSA

*Psicólogo.*

Universidad de Barcelona; Sección de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico; Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Grupo de Investigación en Primera Persona, Federación Catalana de Entidades de Salud Mental en 1ª Persona, Veus.

PATRICIA ESCALONA

*Psicóloga clínica*

Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) de Les Corts y Sarrià-Sant Gervasi. Associació Centre d'Higiene Mental Les Corts, Grup CHM Salut Mental, Barcelona.

IZASKUN ETXEBARRIA IZAGUIRRE

*Psicóloga Clínica.*

Servicio de Infancia y Adolescencia. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

EVA EZCURRA

*Psicóloga.*

Fundació CHM Salut Mental. Grup CHM Salut Mental, Barcelona.

RICARDO FANDIÑO PASCUAL

*Psicólogo Clínico.*

Máster Universitario en Menores en Situación de Conflicto y Riesgo Social y en Educación Sexual.

Presidente de ASEIA (Asociación para a Saúde Emocional na Infancia e na Adolescencia).

ELENA FLORES MÁRQUEZ

*Psicóloga clínica.*

Unidad de adicciones del adolescente. Hospital Barcelona Sant Joan de Déu.

JAUME FUNES

*Psicólogo, educador.*

SABEL GABALDÓN FRAILE

*Psiquiatra. Doctor en Filosofía.*

Máster Europeo en Bioética

Coordinador de la Unidad de Identidad de Género de niños y adolescentes y coordinador del Comité de Ética Asistencial. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

ENRIQUE GALÁN SANTAMARÍA

*Psicoanalista.*

Analista didacta de SEPA/IAAP (Sociedad Española de Psicología Analítica/ International Association for Analytical Psychology y SIDPaJ (Sociedad Internacional para el Desarrollo del Psicoanálisis Junguiano).

MYRIAN GARCIA RUIZ

*Psiquiatra.*

Servicio de Infancia y Adolescencia. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

FERNANDO GONZÁLEZ SERRANO

*Psiquiatra.*

Servicio de Infancia y Adolescencia. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Presidente de SEPYPNA.

RUBÉN D. GUALTERO

*Sociólogo.*

Ex Redactor de la Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente.

MANUEL HERNANZ RUIZ

*Psicólogo Clínico.*

Servicio de Infancia y Adolescencia. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Responsable de publicaciones de SEPYPNA.

MARÍA JESUS IRASTORZA EGUSKIZA

*Psiquiatra.*

Programa de Tratamiento Intensivo de Adolescentes de la Red de Salud de Mental de Bizkaia-Osakidetza.

PAULA LAITA DE RODA

*Psiquiatra.*

Hospital de Día-CET Pradera de San Isidro, Unidad Salud Mental Infanto-juvenil, Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Doce de Octubre, Madrid. Miembro de la junta directiva de SEPYPNA.

ALBERTO LASA ZULUETA

*Psiquiatra, psicoanalista.*

Ex profesor titular de Psiquiatría de la UPV.Universidad del País Vasco. Profesor asociado de la Universidad de Deusto.

Ex director de Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes de Bizkaia. Ex presidente SEPYPNA.

JOSÉ LEAL

*Psicólogo clínico, psicoanalista.*

Consultor y Supervisor Clínico e Institucional en Salud Mental y otros Servicios Comunitarios. Miembro de la junta de gobierno de la AEN.

LLUÍS LALUCAT JO

*Psiquiatra.*

Fundació CHM Salut Mental. Grup  
CHM Salut Mental, Barcelona.

NORKA T. MALBERG

*Doctora en Psicologia, Psicòloga  
Clínica y Psicoanalista.*

Doctora en Psicologia por la Univer-  
sity College of London.

Child Study Center. Yale School of  
Medicine.

Anna Freud National Centre for  
Children and Families, London.

JENIFER MARTÍN

*Enfermera.*

Centro de Salud Mental Infantil y  
Juvenil (CSMIJ) de Les Corts y Sar-  
rià-Sant Gervasi. Associació Centre  
d'Higiene Mental Les Corts, Grup  
CHM Salut Mental, Barcelona.

ÀNGEL MARTÍNEZ HERNÁEZ

*Antropólogo.*

Departamento de Antropología, Fi-  
losofía y Trabajo Social.

Medical Anthropology Research  
Center. Universidad Rovili i Virgili,  
Tarragona.

MARÍA ANTONIA MARTORELL POVEDA

*Enfermera, antropóloga.*

Departamento de Enfermería  
Medical Anthropology Research  
Center. Universidad Rovili i Virgili,  
Tarragona.

LAIÀ MAS EXPÓSITO

*Psicòloga.*

Departamento de Investigación. As-  
sociació Centre d'Higiene Mental  
Les Corts. Grup CHM Salut Mental,  
Barcelona.

JOSEP MATALÍ COSTA

*Doctor en Psicologia, psicólogo  
clínico.*

Unidad de adicciones del adolescente.  
Hospital Barcelona Sant Joan de Déu.

MIREIA MERINO

*Enfermera.*

Centro de Salud Mental Infantil y  
Juvenil (CSMIJ) de Les Corts y Sar-  
rià-Sant Gervasi. Associació Centre  
d'Higiene Mental Les Corts, Grup  
CHM Salut Mental, Barcelona.

ENCARNA MOLLEJO

*Psiquiatra. Psicoterapeuta. Doctor  
en Medicina.*

Jefe de Sección de Salud Mental del  
Hospital Universitario del Sureste.  
Arganda del Rey, Madrid.  
Miembro de la junta directiva de  
SEPYRNA.

ÀUREA MORENO

*Psicòloga clínica.*

Centro de Salud Mental Infantil y  
Juvenil (CSMIJ) de Les Corts y Sar-  
rià-Sant Gervasi. Associació Centre  
d'Higiene Mental Les Corts, Grup  
CHM Salut Mental, Barcelona.

JOSEP MOYA OLLÉ

*Psiquiatra y psicoanalista.*

Equipo CIP AIS (Centre d'Intervenció  
psicològica, anàlisi i integració social)  
Consultor del SEAP (Servei Especiali-  
titzat d'Atenció a les Persones).

IVAN OLLÉ LLOPIS

*Psiquiatra.*

Màster en Neurociències, Universi-  
tat Illes Balears.  
Responsable clínic del Hospital de  
Dia de Adolescents de Granollers,  
Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

PALOMA ORTIZ SOTO

*Psiquiatra, psicoterapeuta.*

Práctica privada, ADI Psicoterapia, Madrid.

FRANCISCO PALACIO-ESPASA

*Psiquiatra, psicoanalista.*

Ex Catedrático y Jefe del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital Universitario de Ginebra, Suiza.

Ex Vicepresidente y miembro formador de la Sociedad Suiza de Psicoanálisis.

Socio de honor de SEPPYNA.

ISABEL PAMPARACUATRO MARTÍN

*Psicóloga clínica.*

Programa de Tratamiento Intensivo de Adolescentes de la Red de Salud de Mental de Bizkaia-Osakidetza.

CECILIA REBECA

*Psicóloga.*

Universidad de Barcelona; Sección de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico; Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología.

Grupo de Investigación en Primera Persona, Federación Catalana de Entidades de Salud Mental en 1ª Persona, Veus.

VANESSA RODRÍGUEZ POUSADA.

*Psicóloga y psicopedagoga.*

Profesora colaboradora de la UOC en el Máster de Psicopedagogía.

Miembro fundadora de ASEIA y Vicepresidenta de la Sociedade Galega de Sexoloxía.

BEGOÑA ROMÁN MAESTRE

*Doctora en Filosofía.*

Profesora en la Facultad de Filosofía de la Universitat de Barcelona.

Presidenta del Comité de Ética de Servicios Sociales de Cataluña, vocal del Comité de Bioética de Cataluña, del Comité por la integridad en la investigación de Cataluña y del Comité de ética asistencial del Hospital clínico de Barcelona. Miembro del grupo de investigación de la Generalitat de Cataluña «Aporía: Filosofía contemporánea, Ética y Política».

CARLA PAOLA RUSSO FERRARI

*Psicóloga Clínica.*

Hospital de Día-CET Pradera de San Isidro, Unidad Salud Mental Infanto-juvenil, Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Doce de Octubre, Madrid.

ITXASO SANTAMARIA SANZ

*Enfermera de Salud Mental.*

Programa de Tratamiento Intensivo de Adolescentes de la Red de Salud de Mental de Bizkaia-Osakidetza.

SARA TERÁN SEDANO

*Psiquiatra, psicoterapeuta.*

Centro de Salud Mental Rivas Vaciamadrid, Hospital Universitario del Sureste Arganda, Madrid.

MERCÈ TEIXIDÓ

*Psiquiatra.*

Área de Salud Mental de Les Corts y Sarrià-Sant Gervasi, Associació Centre d'Higiene Mental Les Corts. Grup CHM Salut Mental, Barcelona.

JORGE TIÓ

*Psicólogo clínico, psicoanalista  
(Sociedad Española de  
Psicoanálisis-International  
Psychoanalytical Association).*

Psicoterapeuta del Equipo de Atención al Menor de Sant Pere Claver-Fundació Sanitària, Barcelona.

Miembro de la junta directiva de la Associació Catalana de Professionals de Salut Mental-AEN Catalunya.

JORGE L. TIZÓN

*Psiquiatra y neurólogo, psicólogo y psicoanalista.*

Institut Universitari de Salut Mental, Universitat Ramon Llull, Barcelona.

GLÒRIA TRAFACH

*Psicóloga, psicoterapeuta.*

Coordinadora del Hospital de Día de Adolescentes de Girona. Institut d'Assistència Sanitària.

JOSÉ RAMÓN UBIETO

*Psicoanalista, psicólogo.*

Serveis Socials-Ajuntament de Barcelona.

Profesor de la Universitat Oberta de Catalunya.

Miembro de la Escuela de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.

DAVID VENTURA LLUCH

*Educador Social.*

Hospital de Día de Adolescentes del Garraf, Barcelona. Hospital Sant Joan de Déu.

Ex Miembro de la Junta de Gobierno del Col.legi d'Educadores i Educadors Socials de Catalunya (CEESC).

Ex Miembro del Comité Ejecutivo de la Asociación Internacional d'Educadores Sociales (AIEJI).

FRANCESC VILÀ

*Psicoanalista, psicólogo.*

Analista miembro de la Escuela de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.

Profesor del Máster Actuación Clínica en Psicoanálisis y Psicopatología, Universidad de Barcelona.







ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA  
ESTUDIOS / 64