

Psicoterapia de niños y adolescentes en la red sanitaria aragonesa. El contexto de los vínculos y los dispositivos de intervención.

Elizabeth Palacios y Patricia Sanz¹

Resumen

El presente artículo da cuenta del estado de la salud mental infanto-juvenil en Aragón y España. Plantea que, tras la pandemia, y previo a ella también, en el marco de la complejidad de la época, se han observado la aparición de nuevos modos de padecimiento psíquico en la niñez y la adolescencia que obligan a los profesionales y las autoridades que definen las políticas en salud mental a replantearse los modos de intervención en salud mental. En este nuevo escenario se registra un aluvión de niños inmersos en situaciones familiares y sociales complejas productoras de nuevas formas de sufrimiento. Se analiza la falta de programas específicos que oferten intervenciones psicoterapéuticas en los servicios asistenciales. Finalmente se da cuenta de las intervenciones psicoterapéuticas que oferta un servicio privado de atención clínica a niños, adolescentes y sus familias a través de la presentación de una viñeta clínica.

Palabras clave

Sufrimiento infantojuvenil, multideterminación, psicoterapias, medicalización.

Abstract

The present paper provides an overview of the state of child and adolescent mental health in Aragon and Spain. It suggests that, both before and after the pandemic, within the complexity of the times, new forms of psychological suffering have been observed in childhood and adolescence. This is a situation that needs professionals and policymakers in mental health to reconsider the methods of mental health intervention. In this new scenario, there is a great number of children facing complex family and social situations that give rise to novel forms of suffering. The lack of specific programs offering psychotherapeutic interventions in healthcare services is analyzed. Finally, the article discusses the psychotherapeutic interventions provided by a private clinical care service for children, adolescents, and their families, illustrated through a clinical vignette.

Key words

Child and adolescent suffering, multidetermination, psychotherapies, medicalization.

¹Correspondencia: Elizabeth Palacios y Patricia Sanz . C/Madre Vedruna 18 2º izda Zaragoza
email: elipalacios2609@gmail.com, patriciasanzvaler@gmail.com

Psicoterapia de niños y adolescentes en la red sanitaria aragonesa. El contexto de los vínculos y los dispositivos de intervención.

Elizabeth Palacios y Patricia Sanz

1. Introducción

Tras la pandemia, y previo a ella también, en el marco de la complejidad de la época, hemos visto emerger nuevos modos de padecimiento psíquico en la niñez y la adolescencia que obligan a los profesionales y las autoridades que definen las políticas en salud mental a replantearse los modos de intervención en salud mental. En este nuevo escenario observamos un aluvión de niños inmersos en situaciones familiares y sociales complejas productoras de nuevas formas de sufrimiento.

Las respuestas institucionales, que ya resultaban escasas hace años, muestran hoy no ser pertinentes para alojar estos nuevos problemas. A pesar de ello, en la mayoría de los casos, la tendencia es la de reproducir los modos de hacer instituidos históricamente, dando poco espacio a un nuevo hacer en donde puedan ser consideradas las nuevas circunstancias sociales, económicas y culturales (Galende, 1997) y los efectos que las mismas promueven en la subjetividad infantil con su caleidoscopio de malestares y sufrimientos.

Resulta indispensable favorecer transformaciones en los modos de abordar los problemas y en los diseños institucionales que den respuestas a las exigencias de la época. La medicalización de estos sufrimientos en la niñez y la adolescencia es un proceso que ha ido ganando espacio de manera exponencial a lo largo de estas últimas décadas. Los importantísimos cambios que se han ido dando en las instituciones propias de la modernidad como la familia, junto a las transformaciones socioeconómicas, y culturales en una sociedad altamente tecnologizada han permitido la aparición de niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad social y fragilidad psíquica, muchos de ellos medicalizados, definiendo estas novedades no médicas como médicas y catalogándolas desde este discurso como enfermedades o desórdenes codificables. Todo ello puede ser pensado como una estrategia biopolítica de época (Foucault, 1996). Un buen número de autores (Bleichmar, 2005; Janin, 2007; Roudinesco, 2005; Stolkiner, 2009), hace ya tiempo, nos prevenían acerca de que la psicología y la psiquiatría solas no podrían hacerse cargo de los problemas que las infancias y adolescencias requerirían abordar en nuestro siglo. Plantearon, lo que venimos observando, que su poder de intervención para la clínica se iría desdibujando si se la continuaba utilizando como explicación exclusiva de los sufrimientos y sobre todo si la lógica que se continuaba aplicando fuera la psiquiátrica con su discurso medicalizador.

Un buen grupo de profesionales, en la actualidad, estamos cada vez más, en la línea de

proponer, como cuestión obligada, la revisión de nuestras prácticas. La complejidad de la subjetividad contemporánea (Morin, 1999) y sus padeceres requiere de un trabajo de intercambio con otras áreas del saber. El diálogo interdisciplinario y el trabajar en las interfases con otras disciplinas es algo que sería necesario implementar desde una perspectiva transdisciplinaria.

Actuar sobre diversos aspectos del sufrimiento humano, atender a las poblaciones en riesgo, sensibilizar al conjunto de los profesionales sobre las desigualdades sociales, reconocer la dimensión colectiva de los problemas humanos, plantear intervenciones que se dirijan a los conjuntos sociales en sectores donde el malestar social es mayor, generando herramientas para aliviarlos, es una tarea que consideramos cada vez más indispensable en nuestro quehacer cotidiano (Palacios, 2021).

2. Intervenciones en salud mental en los dispositivos sanitarios especializados

Existen diferentes maneras de situarse frente a los hechos clínicos. El mismo niño bañado en diferentes aguas. El estudio de los hechos clínicos es diferente en cada agrupación de profesionales en función de los recursos con los que cuentan, el lazo social comunitario que hace que diversas teorías, ideologías y formas de hacer ganen espacio respecto de otras, así como en función de cómo piensan el sufrimiento humano. Todo ello condiciona la formación que se recibe y el tipo de experiencia profesional que se instrumenta. La importancia de que los equipos mantengan contacto con otros profesionales y con otros centros fomentando estudios transversales interinstitucionales es un punto crucial.

Las aproximaciones diagnósticas son fundamentales a la hora de definir la dirección de la intervención que debiera ser terapéutica (evitando la iatrogenia). Los modelos de comprensión del funcionamiento mental infantil de tipo estructural formulan hipótesis explicativas de los síntomas y trastornos a partir de la articulación de mecanismos conscientes e inconscientes, su persistencia repetitiva (en muchos casos limitante), que tienen origen y se mantiene por mecanismos de identificación e interiorización con personas significativas del entorno; la estructura familiar; la transmisión entre generaciones; el contexto social de inserción y el sesgo dado por la pertenencia a una época histórica. Todo ello constituye un conjunto amplio y complejo, que requiere de una lectura abierta, una formación profesional consistente y diversificada, un interés pasional por la clínica, unido a la colaboración respetuosa en la ayuda de niños, adolescentes y familias. El diagnóstico sintomático tiene en cuenta la conducta visible. Realiza una detección de síntomas que son catalogados por sistemas clasificatorios. Un gran logro para la medicina que permite que profesionales de diferentes latitudes, cuando se comunican, tengan un lenguaje

observacional común y puedan realizar estudios epidemiológicos. Sin embargo, en este contexto cultural de inmediatez y respuestas simplificadas acaban constituyéndose en etiquetas que construyen una identidad que transforma todo en causa de lo que le ocurre al niño, categoría omniexplicativa de todo lo que no va bien en su vida (Palacios, 2007).

2. Qué mirada es más frecuente en salud mental infanto-juvenil como efecto de época

Asistimos a una época en que contamos con una multiplicidad de diagnósticos psicopatológicos que simplifican las determinaciones de los trastornos infantiles y optan por una concepción reduccionista de las problemáticas en salud mental infanto-juvenil y su tratamiento. Se utilizan de modo sesgado avances en el terreno de las neurociencias para derivar de estos un biologicismo extremo que no concede valor a la complejidad de los procesos de subjetivación, así como a las redes intersubjetivas en que los psiquismos se configuran, procediendo de manera esquemática y parcial (Bleichmar, 2005; Janin, 2007).

Hace varias décadas contamos con niños, algunos ya adultos, que vienen siendo medicados desde edades tempranas con medicaciones que se administran de acuerdo con la situación, que disimula la sintomatología grave, que se manifestará en el futuro, y que encubre deterioros que se profundizan a lo largo de la vida. Ejercen una pseudo regulación de la conducta sin promover modificaciones reales en su evolución. Acallar síntomas sin preguntarse qué los determina, ni en que contexto se dan, hace de las intervenciones en salud mental infanto-juvenil un problema grave de salud pública. Se frenan manifestaciones del niño sin cambiar nada del entorno y sin un estudio pormenorizado de la estructuración de su psiquismo, sus angustias y sus temores. Se plantean diagnósticos invalidantes que a modo de déficit se cargan de por vida reduciendo la complejidad de la vida psíquica infantil (Janin, 2018, 2019, 2022a, 2022b). Robert Merton King (2013) habló de profecías autocumplidas: una definición inespecífica de una situación o persona evoca un nuevo comportamiento, el cual hace que esa falsa concepción se considere verdadera.

Los diagnósticos en la infancia son necesarios. Podemos pensarlos como una brújula que nos orienta dentro de un proceso, dependiendo de nuestro marco teórico y de la transferencia que se logre con el paciente. Untoiglich (2019) plantea que "los diagnósticos se escriben con lápiz" para orientarnos en la dirección de la cura. Una brújula es distinta a un GPS que marca un recorrido previamente establecido. Lamentablemente la clínica infanto-juvenil ha ido avanzando con protocolos y grados de simplificación creciente.

2.1.El mundo en el que vivimos y que debemos poder discriminar

Tal como nos indicó Silvia Bleichmar es esencial poder diferenciar dos cuestiones fundamentales que hacen a la constitución subjetiva en una época determinada. Estas son las condiciones de producción de subjetividad y las condiciones de constitución psíquica (Bleichmar, 1999, 2009). La autora nos indica que la primera se refiere a los aspectos que hacen a la construcción social del sujeto, su producción y articulación con variables sociales que lo inscriben en un tiempo y un espacio particulares desde el punto de vista de la historia política. La segunda da cuenta de las variables cuya permanencia trascienden los modelos sociales e históricos y pueden ser pensadas desde la orientación teórica de pertenencia del profesional.

No hay subjetividad que no se inscriba en el marco de lo social. Las condiciones sociales contemporáneas producen cambios a partir de los dispositivos tecnológicos y político-sociales de estas últimas décadas. Nos encontramos actualmente, con niños que presentan problemáticas psíquicas cada vez más graves, cuya emergencia se produce más precozmente con el agravante de que muchos llegan a nosotros con el diagnóstico ya hecho, unos cuantos desde momentos muy tempranos. Observamos también padres desorientados y desamparados con poca posibilidad de conexión con sus hijos. Se trata de un lazo social de época con diferencias generacionales desdibujadas y desarticulación de las relaciones intergeneracionales. La ministra de Derechos Sociales español plantea en un periódico (ABC, 24/4/23): *“los padres y adultos como referentes de niños y adolescentes deben ser eliminados”, “debemos crear una estrategia contra los patrones patriarcales y adultocéntricos que sufren los menores de edad de todos los géneros”*.

Lo anteriormente indicado muestra a niños cada vez más sobrecargados porque no encuentran un borde al cual asirse, que los contenga y ampare con diagnósticos que no los inmovilice. Silvia Bleichmar también nos indica que el diagnóstico no debe ser solo una exploración del niño, sino un proceso de simbolizaciones en el que se aborden los vínculos primordiales que este mantiene y ha mantenido con las figuras originarias que participan en su crianza (Bleichmar 1999) y el tipo de intervención que se realice generará sus propios efectos que permitirán intervenir en las dificultades constitutivas.

En las últimas décadas observamos un importante viraje en la causa de las enfermedades mentales desde las formulaciones que esgrimían un origen psicógeno de los trastornos y síntomas en salud mental en que se privilegiaba el abordaje por la palabra, pasamos a una moda que estamos actualmente atravesando en que se formula un desequilibrio químico, no comprobado que se corrige con fármacos. Robert Whitaker (2015), Nancy Andreasen (2006, 2020), Irving Kirsh (2023 a, 2023 b), Daniel Carlat (2022) y Steve Hyman (2015) han estudiado

neuroquímicamente el parénquima cerebral con técnicas de neuroimagen observando que los cócteles de psicofármacos administrados desde edades tempranas producen atrofia del córtex prefrontal, en relación directa con la dosis y duración del tratamiento que provocan con el tiempo una alteración cognitiva progresiva. Lo que suele ocurrir entonces es que en lugar de considerar que nos encontramos ante un psiquismo en estructuración, en desarrollo continuo, en el que el conflicto es fundante y en el que todo es complejo se supone exclusivamente un trastorno neurológico de base.

Habitamos una sociedad en que los adultos están en crisis (padres, formadores, personal sanitario), (Escars, 2015; Green, 2005; Klein, 2022; Recalcati 2015, 2020) se pasa por alto la incidencia del contexto a pesar de que las investigaciones demuestran su importancia en el desarrollo del psiquismo infantil. El ser humano es producto de una historia y un entorno, imposible de ser pensado aisladamente, tenemos que considerar en que situaciones, en qué momento y con quienes se presentan los síntomas. La familia es fundamental y la escuela incide en la constitución psíquica. Las múltiples expresiones del sufrimiento infantojuvenil merecen ser consideradas en su singularidad y tratadas teniendo en cuenta su multideterminación. La tolerancia de una sociedad al funcionamiento de los niños se funda sobre criterios educativos variables y sobre una representación de la infancia que depende de ese momento histórico. Cada sociedad plantea un contrato de producción subjetiva diferente. Esto acarrea importantes consecuencias en la clínica donde se hace difícil diferenciar en los niños lo que puedan ser presentaciones sintomáticas, de lo que sean variaciones psíquicas efecto de los procedimientos de subjetivación en los dispositivos contemporáneos. Los efectos de las nuevas configuraciones familiares, las múltiples figuras que intervienen en las funciones maternantes, los ritmos con los que los adultos se vinculan con los niños, la pérdida de investidura de las figuras de poder (maestros, padres, gobernantes), los ideales vigentes (inmediatez, logros en el “aquí y ahora”, baja tolerancia a la frustración), la disminución de los tiempos de espera, donde la planificación queda de lado, la pérdida de la idea de proyecto, favorecen la impulsividad. Junto a todo ello observamos la emergencia de nuevas modalidades de atención y de comportamiento en los que la dimensión visual, la aceleración de la imagen y el auge de la virtualidad tienen mucho que ver. Esta atención a lo visual produce nuevos estilos perceptuales que implican una diferente síntesis cognitiva (conectividad). Habitamos una época en la que se solicita a los niños un aprendizaje rápido, diversificado, con un máximo de eficiencia y éxito no conflictivo. El resultado de todo ello es el de un sujeto hiperactivo, transgresor y hedonista. Un mundo que estimula niños inquietos, agresivos o estados de desconexión y pérdida de referencias. También asistimos a un cambio del estatus del saber (Lyotard, 1987), en donde los discursos totales, la ciencia positiva y la sacralización de seudoverdades, naturalizan modos de hacer en Salud Mental desde edades muy tempranas.

La subjetividad humana es un sistema abierto (Puget, 2015), no puede ser pensado sólo desde un campo del saber. La epistemología de la complejidad nos permite abordar estos fenómenos. La transdisciplinariedad (Nicolescu, 2000; Tamariz, 2007) reconoce la existencia de diferentes niveles de la realidad, regidos por diferentes lógicas. Toda tentativa de reducir la realidad a un solo nivel, a una única lógica, desvirtúa al objeto de estudio. Las subjetividades contemporáneas plantean modos de ser y estar en el mundo, formas flexibles y abiertas cuyo horizonte de posibilidades transmuta en las diversas tradiciones culturales. La mente como producción intersubjetiva nos plantea un sujeto contemporáneo con nuevas construcciones identitarias, con un yo epidérmico, personalidades que dejan de ser introdirigidas para estar alterdirigidas, exteriorizadas, instantáneas, con una cultura exhibicionista y performática (Sibilia, 2008).

El dispositivo tecnológico inscrito en políticas neoliberales ha transformado el mundo entero y las mentes contemporáneas. Las prácticas, los elementos discursivos, los valores, las filosofías, las teorías, los sentimientos hacen al devenir de la producción de sujetos, a como pensamos y como tratamos sanitariamente a nuestros pacientes. Nos encontramos con sujetos que no han sido pensados y ensoñados desde un discurso narrativo, en una sociedad del rendimiento digital en donde la mirada no proviene del otro (familia y subrogados) sino que parte de un estallido multiperceptivo, de una exposición para ser mirado (Sibilia, 2008).

Algunos hemos sido formados en la cultura libresca que propicia narraciones y transitamos la cultura digital. Nuevas prácticas promueven nuevas formas de autoconstrucción: Sociabilidad líquida, cultura somática, yo epidérmico, psicopatología de borde. Considerando estas novedades contemporáneas los síntomas de vacío existencial, de aislamiento, de falta de proyectos, sin intereses particulares, con un corte de relación con el mundo que es vivido como no atractivo, está a la orden del día. Asistimos a una desmaterialización del mundo y a la alienación sensorial: vemos sin ver, tocamos sin tocar, oímos sin oír (Han, 2021).

El metaverso implicaría un paso más en la desmaterialización y descorporalización del mundo. Nos preguntamos entonces como se podría sentir el cuerpo teniendo en cuenta estas novedades y se nos plantea una observación posible a ser considerada. ¿Las respuestas extremas que observamos en unos cuantos adolescentes podrían estar relacionadas, al menos parcialmente, con esta desmaterialización del mundo? Asistimos a una mutación de la posesión de la cosa, a las experiencias inmediatas (epidérmicas). Hay un nuevo locus para los deleites y los sufrimientos y la personalidad de cada uno se exhibe en la piel. Ante el infierno de lo igual, se busca la presencia y la salida extrema, los discursos del odio o los amores fanáticos (Sibilia, 2008).

Observamos un deslizamiento de los ejes de la constitución de la subjetividad moderna, con nuevas formas de autoconstrucción. El eje espaciotemporal muestra un deslizamiento hacia un presente eterno, advertimos una destemporalización con pérdida del estatuto del pasado y desarticulación de lo generacional, lo transgeneracional y lo intergeneracional lo que genera un efecto de ahistoricismo. La profundidad sincrónica del yo relacionado con los procesos de historización y coherencia diacrónica tampoco quedan indemnes. Para Agamben (2019) la caída en descrédito de la linealidad del progreso, la crisis de los grandes proyectos sociopolíticos y del sentido de la historia, le permiten desarrollar lo que el identifica como "*el fin de la historia*". Las paradojas del sujeto contemporáneo, heredero del humanismo antropocéntrico, nos muestran a un hombre diluido, (Hui, 2020) sin saber qué le ocurre, desorientado y perdido, sin posibilidad de transmitir a las nuevas generaciones una promesa de futuro.

3. Descripción del contexto sanitario español y aragonés en salud mental

Begoña Olabarría (2020) y Miguel Ángel González Torres (2019) conocedores y trabajadores en dispositivos sanitarios públicos describen el contexto sanitario en salud mental destacando la indiferencia que profesionales, autoridades, pacientes y la sociedad en general muestran respecto del hecho que los pacientes no reciben en salud mental las mejores opciones a nivel de intervención terapéutica. Las intervenciones que en muchas circunstancias son las únicas eficaces son las psicoterapias. Plantean que la oferta psicoterapéutica con la que pueden contar los pacientes depende de iniciativas particulares, de profesionales que pueden desarrollar por interés personal intervenciones de este tipo, pero que no son producto de un plan consistente para dar a los ciudadanos esta oferta terapéutica. Definen a las psicoterapias como herramientas terapéuticas potentes y un modo digno, humano y respetuoso de construir vínculos significativos con los que sufren. Indican que la formación específica para llevar a cabo estas intervenciones es fundamental y que el desconocimiento de las evidencias que apoyan estas prácticas es importante entre profesionales de la salud mental. También nos advierten que la situación actual de las técnicas de psicoterapia en los sistemas públicos de salud mental en España varía de manera muy importante en las diferentes comunidades autónomas y también dentro de los servicios ofertados en cada una de ellas. Observan que en una misma localidad se pueden encontrar dispositivos con una buena oferta de terapias y terapeutas junto a otros sin recursos suficientes. Muestran con claridad la negligencia que supone no ofertarle a la población necesitada de los tratamientos probados y que en cualquiera otra especialidad sanitaria un proceder de estas características sería sancionable.

4. **Pensando una formación en psicoterapia para los servicios de salud mental**

Las técnicas de psicoterapia no solo son herramientas asistenciales útiles, de eficacia probada, en ocasiones la indicación principal o única, constituyen prácticas terapéuticas de enorme riqueza para el paciente y el terapeuta al implicar un vínculo que se co-crea y que es de honda significatividad humana. Las psicoterapias constituyen el paradigma de la “medicina personalizada”, lo que podríamos denominar “un traje a medida”. En general los sistemas sanitarios públicos no facilitan la inclusión de psicoterapias en la oferta terapéutica de los equipos de salud mental. Diversas razones pueden estar implicadas en ello, entre otras, la carga asistencial desbordante en muchos lugares hace difícil encontrar el tiempo y la calma necesaria para dar a los niños, los adolescentes y sus familias la atención intensiva que las psicoterapias requieren.

En Aragón, y no solo aquí, la oferta de psicoterapia es casi inexistente. Lo mental es planteado como algo derivado de la biología del sistema nervioso central o que puede reducirse a la misma. Esta idea tiene como consecuencia lógica focalizar la tarea en la actuación sobre esa biología, suponiendo que así se influirá sobre los fenómenos mentales. Algunos profesionales suponen que los fenómenos electroquímicos cerebrales nos darán la llave de las emociones, sentimientos, deseos y temores. Es por ello por lo que en múltiples equipos trabajan con los últimos avances en psicofarmacología, dejando los abordajes psicoterapéuticos como intervenciones auxiliares, realizadas por profesionales a veces externos al equipo con los que no es sencillo plantear un trabajo en equipo.

Para los profesionales que ejercemos este tipo de intervenciones terapéuticas la importancia de hacer saber lo que hacemos cuando ejercemos la psicoterapia sería enriquecedor para la comunidad de trabajadores en salud mental infanto-juvenil, mostrar sus posibilidades y difundir la evidencia que nos proveen nuestros modelos a raíz de su aplicación.

En algunas ocasiones encontramos una falsa suposición entre profesionales que desconocen que con el sólo hecho de haber realizado la formación como psicólogos, enfermeros, psiquiatras o trabajadores sociales, incluso aquellos que han obtenido su acreditación clínica, no se está facultados para trabajar en psicoterapia. Para poder ejercer la psicoterapia se requiere de un entrenamiento específico en una técnica psicoterapéutica particular. Los modelos psicoanalíticos son en muchos casos poco valorados, siendo los más difundidos los cognitivo-conductuales. Los modelos psicoanalíticos sufren de falsas creencias. Existen evidencias abundantes que apoyan la eficacia de la mayoría de las psicoterapias psicoanalíticas, con manuales que permiten hacer diagnósticos de momentos constitutivos del psiquismo, valorar los resultados de las intervenciones psicoterapéuticas en diferentes momentos del proceso, (PDM; OPD2) utilizados sobre todo en el mundo anglosajón pero

traducidos también al español. Esta creencia equívoca tiene que ver con la falta de información específica de los profesionales. Hay datos muy actualizados, en FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) acerca de la difusión de las terapias psicoanalíticas en España, Ricardo Gallego nos ha hecho participar en varias investigaciones epidemiológicas, a las sociedades de orientación psicoanalítica de FEAP, con resultados muy interesantes.

Numerosos profesionales realizan formaciones de posgrado exigentes en el ámbito de la psicoterapia, pero luego no aplican lo aprendido en su contexto clínico o lo hacen de modo tímido. Las psicoterapias requieren de la creación de un escenario vincular en donde el terapeuta con su formación teórica, la supervisión de sus casos y el conocimiento de su propio psiquismo, como herramienta fundamental, apliquen la técnica aprendida. Implica un proceso eficaz, que incluye momentos de sufrimiento, incertidumbre, duda, angustia, que el terapeuta debe soportar y manejar. Para algunos profesionales, la satisfacción de lo logrado no compensa el esfuerzo y la angustia que entrama. Es un trabajo que necesita de una atmósfera de colaboración, de respeto, un escenario en el que puedan darse esos encuentros íntimos. Sin un entorno contenedor para llevar a cabo este tipo de intervención, es posible que elija modelos de trabajo que no lo sometan a tal exposición emocional. La supervisión con un colega de mayor experiencia, un tercer ojo, es un requisito fundamental en la formación y a lo largo de todo el ejercicio profesional, junto a los ateneos clínicos, la asistencia a congresos para compartir con otros profesionales en ejercicio y los seminarios teóricos de actualización son requisitos necesarios.

El desafío en salud mental infanto-juvenil es el poder admitir que la complejidad de los nuevos modos de padecimiento psíquico requiere de una política integrada desde los múltiples sectores que intervienen con esta población. Esa política sería necesario que genere condiciones de articulación e integración efectiva para responder a las necesidades adversas de vida y eludan o aminoren el sufrimiento psicosocial de niñas, niños, adolescentes y sus familias.

Implementar aproximaciones diagnósticas que apunten a la complejidad de la psicopatología infantojuvenil e intervenciones psicoterapéuticas es una obligación que nos concierne a todos y que no debería obviarse. En el área infantojuvenil y en el sector privado se cuenta con servicios de psicoterapia para niños, adolescentes y familias, es el caso de AAPIPNA, institución que promueve programas de apoyo a la salud mental infanto-juvenil en Zaragoza. El caso clínico que a continuación presentamos da cuenta de ello. La paciente, que llamaremos Melisa fue atendida por un equipo de múltiples profesionales.

5. Abramos las puertas a la clínica

Melisa es una muchacha de 12 años que es derivada desde su centro escolar. Los padres solicitan intervención por indicación del tutor. Sobre todo, en los recreos no pueden contenerla. Estableció un vínculo adhesivo, con una compañera de su clase que lideraba a un grupo de compañeras de la misma etnia y utilizaba a Melisa para que en los recreos entrase en el aula y robase de las mochilas de sus compañeras diversos objetos (maquillaje, golosinas, dinero...). El tutor mantenía la teoría de que Melisa no consideraba que esas acciones fueran inapropiadas. Seguía ciegamente a estas compañeras, aunque nunca se beneficiaba de los robos. Estas niñas pertenecían a un contexto social desfavorecido. La líder era una repetidora, mayor que el resto, con dificultades para seguir el curso escolar y conductas altamente disruptivas. El tutor no salía de su sorpresa, ya que Melisa provenía de una familia diferente. Sus padres eran personas responsables, con un funcionamiento social comprometido y preocupados por su hija.

A la primera entrevista Melisa acude con sus padres. Melisa se coloca pegada a la madre. Ambos hablan a la vez superponiendo sus discursos y trayendo cada uno un tema diferente, generándose un conjunto confuso que era imposible de seguir. La cualidad proyectiva del mismo era de tal magnitud que producían efecto directo sobre el psiquismo de la terapeuta a nivel contratransferencial e incluso sobre su cuerpo (dolor de cabeza, dificultad para intervenir). Ni uno ni el otro parecían registrar la presencia del otro como un otro diferente, más que lo que transmitían, lo importante era como lo transmitían. Permitían tener una especie de Gestalt del contexto en el que Melisa se había ido constituyendo de forma fallida. En esa entrevista y en otras a las que acudía con los padres, la relación de Melisa con su madre era la de una especie de muñeco de ventrílocuo. La madre le indicaba en todo momento como proceder: *“saluda a la doctora”, “no te toques la nariz”, “no te mires en el cristal de la biblioteca”, “despídete de la doctora”*. Melisa respondía como un autómatas y dirigía su mirada constantemente a la madre como a la espera de sus indicaciones. Es claro que el vínculo que mantenía con ella era de indiscriminación, Melisa no parecía tener ni iniciativas, ni deseos propios, tal como el vínculo que el tutor describió con la compañera de clase. Se evidenciaba un fallo temprano de constitución del psiquismo de características psicóticas.

Se comienza una intervención psicoterapéutica semanal con Melisa y entrevistas periódicas con los padres, así como intervenciones con el equipo escolar. El objetivo era ir trabajando muy de a poco con Melisa para ver como poder lograr niveles de subjetivación donde ella pudiera ser Melisa y no un eco del psiquismo de la madre. Para ello era necesario constituir una relación transferencial que funcionase a la manera de un continente que le proveyese de sostén y le permitiese ir pudiendo constituir un yo discriminado que le facilitase su estar en el mundo. Fuimos generando un dispositivo con múltiples encuadres e intervenciones que permitieron

este recorrido.

El colegio solicitó la intervención de un Centro de día Educativo y Terapéutico, se facilitó el trabajo con el equipo del Programa Acompañando de AAPIPNA y también asistió a distintos tipos de actividades comunitarias y terapéuticas en su entorno próximo. En todos estos dispositivos se trabajaron diversos niveles de su constitución subjetiva. La imagen de sí a través de dibujos y retratos que ella misma realizaba, acompañada de historias y relatos que ella construía dando significados a diversos momentos de su vida. Todo ello le permitió construir una narrativa en imágenes en la que contaba diversos momentos de sufrimiento, como el acoso escolar que había sufrido. El mirarse y encontrarse en las imágenes, pudo experimentar sensaciones de continuidad subjetiva. Todos recursos que en conjunto le facilitaron ir logrando diferentes niveles de subjetivación, desde la constitución de un yo corporal sostenido en otros hasta mayores niveles de simbolización con los cuales poder abordar su vínculo con los otros y las tareas escolares.

Transcurrieron diversos momentos en los que se sostenía en el vínculo transferencial. Salía a la calle con enormes auriculares y numerosos complementos como si con ello pudiese experimentar un mayor sentimiento de sí, con menor sensación de inermidad y desvalimiento. Dejaba mensajes telefónicos o llamaba para poder llegar a su casa sin ser invadida por intensas ansiedades paranoides ligadas a miradas que vivía como intrusivas provenientes del contexto por el que transitaba (ideas de autorreferencia).

Tras unos meses de intervención psicoterapéutica la terapeuta consideró que Melisa podría beneficiarse de un acompañamiento terapéutico (AT) con el objetivo de ir creando un espacio transicional (Winnicott, 1971) que le posibilite una salida a la exogamia (Berenstein, 1976), a la relación con el mundo y para coger las riendas de su vida logrando autonomía.

El programa "Acompañando" de AAPIPNA, oferta actividades de acompañamiento y apoyo en la vida cotidiana y en la comunidad. Las intervenciones se desarrollan en el entorno cotidiano de las familias facilitando diversas actividades que se consideren oportunas para el caso. Se trata de una "clínica de lo cotidiano" (Dozza de Mendonça, 2014; Resnisky & Kuras de Mauer, 2021) que apoya los objetivos de la intervención psicoterapéutica marcada por el terapeuta referente del caso. El Acompañante Terapéutico (at) como agente de salud mental forma parte de un equipo terapéutico. En este caso, el equipo estuvo conformado por la terapeuta, los acompañantes terapéuticos y la coordinadora del programa. En algunos momentos también formaron parte de éste otros profesionales del entorno educativo o terapéutico y en el último período, la terapeuta de los padres. Nuestro modelo clínico de intervención se nutre de formulaciones propias del modelo psicoanalítico aplicado a intervenciones comunitarias.

Melisa recibió intervenciones de AT a lo largo de ocho años. El encuadre fue variando en cuanto a sus objetivos terapéuticos y frecuencia en función de los objetivos terapéuticos. Requería de mucho apoyo y contención para lidiar con sus ansiedades persecutorias que le impedían desarrollar su autonomía en la comunidad y moverse con libertad. Desplazarse en transportes públicos, realizar pequeñas compras, asistir a actividades o citas médicas y terapéuticas eran enormes desafíos para ella. Se sentía mirada, observada, juzgada de manera limitante. Realizaba rodeos para evitar aglomeraciones o pequeños grupos de personas, tomaba callejuelas y circulando por sitios menos seguros que a veces la ponían en riesgo. Se escondía detrás de sus gafas, auriculares, teléfono móvil buscando calmarse. La figura del *at* como yo auxiliar le permitía sentirse acompañada y comprendida. Esto fue clave para facilitar la contención de estas ansiedades primitivas, permitiéndole el ir habitando, de a poco, espacios significativos, cuidarse e ir armando proyectos personales.

Ante sus importantes dificultades para desarrollar actividades y proyectos cotidianos se le ofreció apoyo en la organización académica y el aprovechamiento temporal. Así pudo asistir a clase, presentar documentación oficial, organizar la agenda, lograr niveles de historización y dar continuidad a sus intereses y deseos. La desorganización e impulsividad en la gestión del dinero y en su cuidado personal le ponían en muchos momentos en situaciones de máxima vulnerabilidad. Se abordaron dificultades y situaciones concretas como el consumo de tóxicos, protección con medidas anticonceptivas, la relación con la comida y la continuidad en la toma de la medicación.

Entablar relaciones afectivas y sociales eran una gran fuente de sufrimiento. Vincularse con otros se transformaba en una tarea de alta complejidad, aunque deseaba poder hacerlo. Las relaciones familiares estaban cargadas de conflictividad y agresividad. En su hogar se sentía controlada, rechazada, infantilizada y criticada de manera continua. Los intentos de entablar relaciones de amistad estaban marcados por las experiencias traumáticas que había sufrido en la infancia. Las experiencias previas en las que se había sentido maltratada le generaban angustia en el momento de conocer a nuevas personas. Esto hacía que sus acercamientos fueran masivos, sucedidos por alejamientos intempestivos al sentirse invadida por fuertes ansiedades persecutorias. Deseaba tener una pareja con mucha intensidad, por lo que realizaba elecciones impulsivas que investía con gran masividad. Se exponía a personas y situaciones de riesgo generando preocupación en las personas del entorno, equipo terapéutico incluido. Así, se repetían compulsivamente experiencias que reeditaban las situaciones traumáticas tempranas.

El apoyo de los *at* a lo largo de todos estos años ha sido fundamental para los logros que Melisa ha podido desarrollar. Ellos con su presencia y disponibilidad, facilitaron una experiencia

vincular novedosa y un encuentro significativo. Un lugar basado en el respeto, la confiabilidad, el deseo de ayudar que permitió un modelo relacional y una experiencia subjetiva diferente que permitió la posibilidad de que se dieran nuevas inscripciones subjetivas en su psiquismo. Los *at* junto a la psicoterapia facilitaron experiencias emocionales con otros más discriminadas que las que ella conocía. Melisa verbalizó en más de una ocasión que eran las personas con las que contaba de manera genuina, para compartir cómo se sentía, sus preocupaciones y en las que confiaba para solicitarles ayuda cuando la necesitaba.

Hubo momentos difíciles. Las dificultades en el establecimiento del vínculo terapéutico debido a sus limitaciones psicopatológicas requirieron de un trabajo profundo con los acompañantes, para que pudieran contener el malestar intenso que la paciente les hacía experimentar y para que tolerasen y comprendiesen sus ataques que eran para defenderse de su vulnerabilidad extrema. En los encuentros basculaba entre acercamientos intrusivos, altamente efusivos y con tintes maníacos (Ej.: hablaba sin parar con escasa coherencia) o mostrar gran desconfianza y rechazo de algunos *at*. No toleraba los silencios, las miradas, la manera de expresarse de alguno de ellos. Frecuentes identificaciones proyectivas masivas y ansiedades persecutorias intensas generaban desconcierto e inquietud en los *at*. El vínculo indiscriminado, con confusión sujeto-objeto daba cuenta de sus fallos constitutivos tempranos de su psiquismo.

A continuación, mostramos una viñeta de un encuentro con un *at* tras un ingreso hospitalario:

"Comienzan a caminar por una calle poco concurrida. Melisa le explica al at en voz muy baja que ha estado ingresada por estrés postraumático, lo suyo es leve pero allí había personas más graves que le daban repelús (lo repite en varias ocasiones). Seguidamente describe con todo detalle todos sus cambios de look desde la pubertad..."

Sin solución de continuidad pasa a mostrarle dibujos y retratos que ha traído explicándole sobre viajes, personas significativas. Aparece una antigua mejor amiga, continúa: "perdona que te diga, pero tienes el pelo igualito a ella". Le habla sobre múltiples temas de su interés en un discurso acelerado, desorganizado y, por momentos, inconexo. Se encuentra con varios conocidos personas con los que se para a hablar. Parece como que los estuviera reteniendo, ella muestra mucho entusiasmo que ellos no comparten de igual modo. Pasa a conversar con un "mantero" al que le regala un cigarro y luego con una mujer que le pide fuego a la que le pregunta por los auriculares que lleva cuestión que a la mujer parece incomodarle. Verbaliza en varias ocasiones no gustarle los silencios pasa menos de dos segundos en silencio y se ilusiona, diciendo: "Estoy aprendiendo a guardar silencios..."

Hubo un importante trabajo semanal de supervisión con los acompañantes que permitieron generar en Melisa un efecto de sostenimiento y contención emocional (Bion, 1975; Winnicott, 1971). El poder poner palabras a esas experiencias emocionales en los espacios de supervisión

fue clave para poder definir estrategias de intervención con Melisa y poder trabajar las intensas angustias experimentadas por los acompañantes evitando actuaciones por parte de estos. A medida que los acompañantes fueron comprendiendo y sosteniendo sus propias emociones contratransferenciales de agobio, miedo, desconcierto e incluso enfado en los espacios grupales de supervisión su capacidad de contención de estas primitivas ansiedades de la paciente se fue posibilitando.

Otra fuente de conflicto que debió abordarse en los espacios de supervisión con los *at* fueron los frecuentes ataques al encuadre: retrasos, olvidos y confusiones. Melisa no podía tener en cuenta al otro como diferente a sí, la interiorización de las coordenadas temporo-espaciales a nivel yoico estaban severamente perturbadas. Las esperas fueran largas y frecuentes generando frustración, rabia y desesperación en los *at* que requerían ser elaborados y metabolizados en los espacios de supervisión. Otra viñeta descriptiva:

“Melisa escribe dos horas antes del acompañamiento para pidiendo quedar quince minutos más tarde porque se ha retrasado en el horario de entrada al instituto. A hora me pide que quedemos en la puerta de casa de sus abuelos porque se olvidó las llaves allí. Al llegar me escribe que se retrasará 5 minutos porque está terminando de comer. Al poco tiempo se asoma por la ventana, me saluda efusivamente y me dice que enseguida baja. A los 15 minutos baja, comienza a disculparse por la tardanza ya que sus abuelos le han entretenido conversando”

Las actuaciones (Rangell, 1967; Rosenfeld, 1966) extremadamente frecuentes fueron una oportunidad para reflexionar sobre la desorganización del mundo interno de la paciente y su modo particular de expresarlo en el encuentro con los otros. La comprensión del de su funcionamiento psíquico y la comprensión de la importancia del encuadre como protector de la relación terapéutica y como contención emocional permitió ir constituyendo una vivencia del encuadre como puerto seguro para la paciente y los *at*, experiencia que fue siendo interiorizada desde lo real con el otro y desde la conexión de la teoría con la práctica clínica.

Los abandonos y resistencias al dispositivo fueron obstáculos con los que tuvimos que lidiar a lo largo del proceso. Por momentos vivía de modo delirante el acompañamiento como una nueva estrategia de los padres para controlarla e infantilizarla. A lo largo de esta extensa experiencia con Melisa se pudieron establecer relaciones y vínculos terapéuticos significativos que le permitieron confiar en la ayuda, sentirse acompañada con sus dificultades, sostener sus proyectos y sentir que había una disponibilidad y continuidad a lo largo del tiempo en las relaciones personales. Actualmente Melisa acude con mayor puntualidad y asiste a los encuentros acordados, puede instrumentar peticiones de ayuda ante dificultades cotidianas y

es capaz de expresar logros relacionados con su evolución, mayor bienestar y proyectos conseguidos y mantenidos en el tiempo.

Un acompañamiento terapéutico como el de Melisa forma parte de un dispositivo de abordaje múltiple que requiere de dispositivos que se puedan ir modificando y reajustando a lo largo del tiempo. Se trata de un proceso de co-construcción constante, un acompañamiento en la evolución y crecimiento del paciente que a su vez promueve la evolución y crecimiento profesional de todos los participantes del equipo terapéutico, así como la conformación del equipo mismo. Una vez más confirmamos la necesidad e importancia de los pilares fundamentales de nuestra práctica psicoanalítica: análisis personal, supervisión, formación teórica y trabajo en equipo.

Referencias

- Agamben, G. (2019). *Arqueología de la política*. Arcadia.
- Andreasen N. (2006). *The Creative Brain: The Science of Genius*. Plume.
- Andreasen N. & Nickl-Jockschat T., Ho B. (2020) *Clinical and Neurobiological Predictors of Long-Term Outcome in Schizophrenia*. *Journal of Biological Psychiatry*, 87, 261.
- Berenstein, I. (1976). *Familia y enfermedad mental*. Paidós.
- Bion, W. (1965). *Recherche sur les petits groupes*. Presses Universitaires Françaises.
- Bleichmar, S. (1999). *Entre la producción de subjetividad y la constitución del psiquismo*, *Revista del Ateneo Psicoanalítico*, 2.
- Bleichmar, S. (2005). *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires: Topia.
- Bleichmar, S. (2009). *Acerca de la subjetividad*. En S. Bleichmar. *El Desmantelamiento de la subjetividad. Estallido del yo*. Topía.
- Carlat, D. & Aiken, C. (2022). *Prescribing Psychotropics: From Drug Interactions to Pharmacogenetics*. LLC Edition.
- Dozza de Mendonça, L. (2014). *Acompañamiento terapéutico y clínica de lo cotidiano*.
- Escars, C. (2015). *Declinaciones del padre. Lecturas psicoanalíticas de la época*. Letra Viva.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Altamira.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Paidós Ibérica.
- González-Torres, M. (2019). *Las psicoterapias en los equipos públicos. De la preferencia personal a la respuesta terapéutica necesaria*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2.
- Green, A. (2005). *La causalidad psíquica. Entre naturaleza y cultura*. Amorrortu Editores.
- Han, B. (2021). *No cosas. Quiebras del mundo de hoy*. Taurus.
- Hui, Y. (2020). *Fragmentar el futuro. Ensayos sobre tecnodiversidad*, Buenos Aires, Caja negra.
- Hyman, S. & Nikolich, K. (2015). *Translational Neuroscience. Toward New Therapies*, Boston, The MIT Press
- Janin, B. (2007). *La construcción de la subjetividad y los diagnósticos invalidantes*. Novedades

Educativas, 18, 196, 5-15.

Janin, B. (2018). *Infancias y adolescencias patologizadas. La clínica psicoanalítica frente al arrasamiento de la subjetividad*. Noveduc.

Janin, B. (2022a). *El sufrimiento psíquico en los niños: Psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Noveduc.

Janin, B. (2022b). *Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños*. Noveduc

Kirsh I., Buergler S., Sezer, D., Busch, A., Enzmann, M., Bakis, B., Locher, C., Bagge, N., Carvalho, C., & Gaab, J. (2023a). *A qualitative study of imaginary pills and open-label placebos in test anxiety*, 18(9), 291.

Kirsh, I., Pigott, H. E., Kim, T., Xu, C., Amsterdam, J. (2023b); *What is the treatment remission, response, and extent of improvement rates after up to four trials of antidepressant therapies in real-world depressed patients?* BMJ; 13(7), 63

Klein, A. & Chávez-Hernández, A. (2015). *La resignificación de ser adulto mayor. Cambios en la herencia, el lazo social y la capacidad de transmisión*, Revista Culturales

Klein, A. (2022). *Reflexiones sobre la psicoterapia en clave visual, la precariedad social y la subjetividad crisálida*. Revista Pensamiento psicoanalítico, 4, 102-107, AAPIPNA-Psimática.

Liotard, J. F. (1987). *La condición posmoderna. Informe sobre el saber*. Cátedra.

Morin, E. (1999). *L'intelligence de la complexité*. L'Harmattan.

Merton, R. (2013). *Teoría y estructura sociales*. Fondo de Cultura Económica.

Nicolescu, B. (2000). *Transdisciplinary and complexity: Levels of reality as source of indeterminacy*, Bulletin Interactif du Centre International de Recherches et Études Transdisciplinaires (15).

Olabarría, B. (2020). *La psicoterapia y la sanidad pública en España: El sistema nacional de salud (SNS) como contexto de la clínica psicoterapéutica*. Revista de Psicoterapia, 31(116), 53-75. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.406>

Palacios, E. (2021). *Psicoanálisis en emergencias. Pensando la pandemia*. Colección APM. Psimática editorial.

Palacios, E. (2007). *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica en el siglo XXI*. Certeza.

Rangell, L. (1967). *A Point of View on Acting Out*, Int.J. Psycho. Anal., 49, 195.

Recalcati, M. (2017). *El secreto del hijo*. Anagrama.

Recalcati, M. (2016). *Qué queda del padre. La paternidad en la época hipermoderna*. Xoroi

ediciones.

Resnisky, S. & Kuras de Mauer, S. (2021). *Territorios del acompañamiento terapéutico*. Letra Viva.

Rosenfeld, J. (1966). *The Need of Patients to Act Out During Analysis*, Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 8(4).

Roudinesco, E. (2005). *El paciente, el terapeuta y el Estado*. Siglo XXI.

Sibilia, P. (2008). *La intimidad como espectáculo*. Fondo de Cultura Económica.

Stolkiner, A. (2009). *Niños y adolescentes e instituciones de Salud Mental*.

Untoiglich, G. (2019). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Noveduc.

Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Gedisa.

Whitaker, R. (2015). *Anatomía De Una Epidemia: Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Capitan Swing.