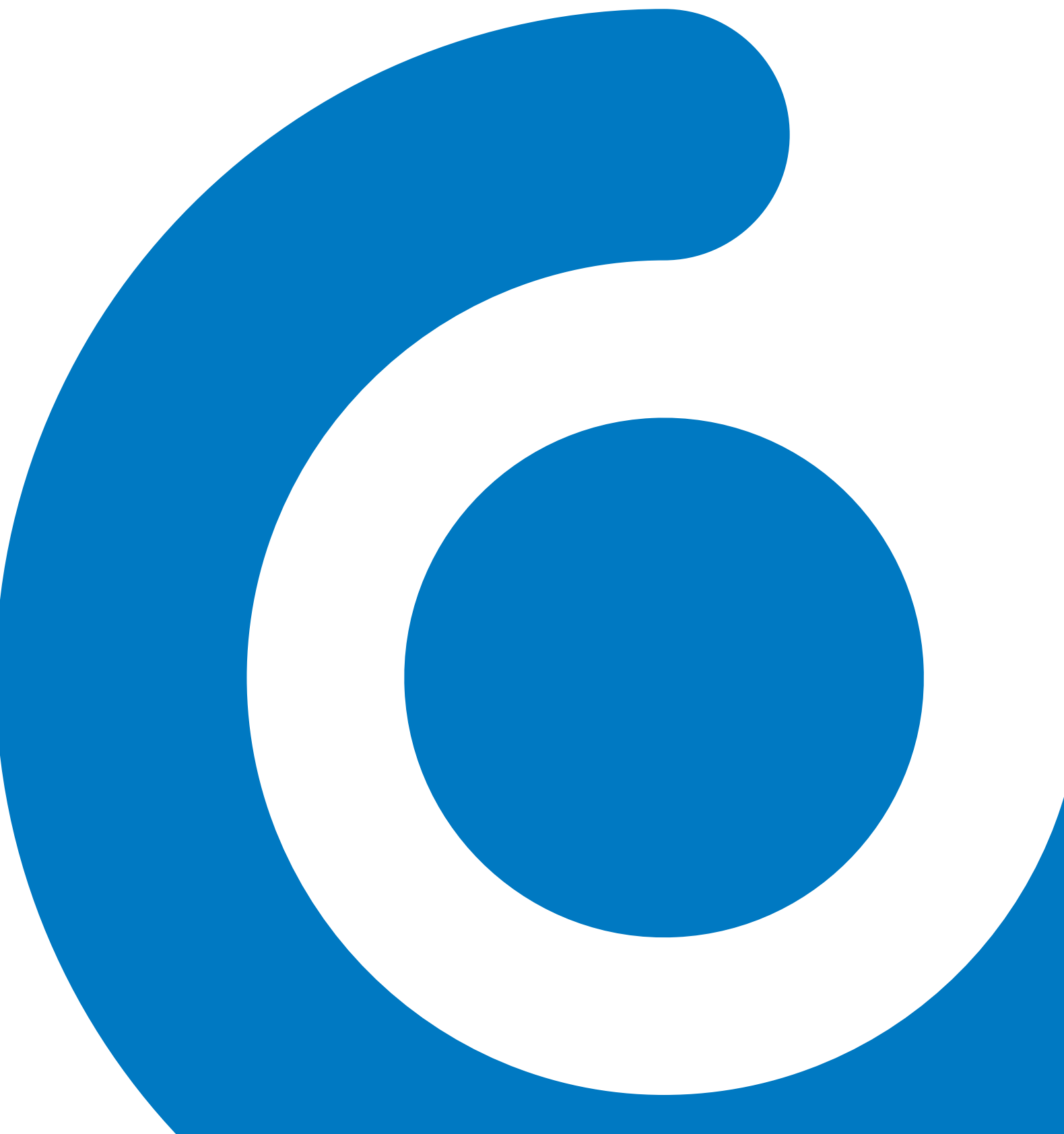


REVISTA DE  
**PSICOPATOLOGÍA  
Y SALUD MENTAL**  
DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Noviembre 2021  
Nº 38



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

|                  |                               |
|------------------|-------------------------------|
| Xavier Costa     | Jefe de Redacción             |
| Núria Planas     | Secretaría                    |
| María José Muñoz | Maquetación                   |
| Míriam Fuentes   | Promoción y Difusión          |
| Míriam Berrio    | Administración y Contabilidad |

Traducción (l<sup>inglés</sup>, f<sup>francés</sup>, i<sup>italiano</sup>, p<sup>portugués</sup>, c<sup>atalán</sup>):  
Montserrat Balcells<sup>IT</sup>, Miguel Cárdenas<sup>I</sup>, Josepa Carreras<sup>I</sup>, Xavier Costa<sup>I</sup>, Jordi Freixas<sup>F</sup>,  
Mireia Ramon<sup>I</sup>, Núria Ribas<sup>I</sup>, Camille Riu<sup>F</sup>, Pilar Tardío<sup>F</sup>, Brenda Tarragona<sup>I</sup>, Elena Venuti<sup>IT</sup>  
y Montserrat Viñas<sup>P</sup>

Revisión de textos: Stela Bacalu<sup>I</sup> y Servei d'Assessorament Lingüístic<sup>C</sup>

Publicación semestral

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

Tel. +34 93 635 88 10  
E-mail: [revista@fundacioorienta.com](mailto:revista@fundacioorienta.com)  
Facebook: [www.facebook.com/revistadepsicopatologia](https://www.facebook.com/revistadepsicopatologia)  
Página web: [www.fundacioorienta.com](http://www.fundacioorienta.com)

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

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

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

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

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

## CONSEJO DIRECTIVO

Director:

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

Vocales:

**Montse Balcells** *Psicóloga clínica y psicoterapeuta, Jefa de Servicio del CSMIJ Hospitalet y Coordinadora de servicios de la Fundació Orienta.*

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

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

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

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

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

## CONSEJO ASESOR Y LECTOR

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

<sup>IP</sup>En primera persona; <sup>A</sup>Adolescencia; <sup>AP</sup>Abordajes psicoterapéuticos; <sup>AR</sup>Arte y Salud Mental; <sup>E</sup>Infancia y escuela; <sup>F</sup>Familia;

<sup>I</sup>Investigación; <sup>PI</sup>Primera Infancia; <sup>PSM</sup>Promoción y prevención de la Salud Mental; <sup>SMC</sup>Salud Mental Comunitaria e Inmigración

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

November / Noviembre 2021

38

Editorial.....7

## Artículos / Articles

La video intervención terapéutica: una psicoterapia de apego y mentalización en la asistencia pública

[Video Intervention Therapy: bonding and mentalisation psychotherapy in public care](#)

Fernando Lacasa Saludas y George Downing.....9

Desempeño sociocomunicativo en niños con TEA. Un análisis desde la Lógica Transcursiva (1)

[Socio-communicative performance in children with ASD. An analysis from Transcursive Logic \(1\)](#)

Dante Salatino.....27

Eficacia de la terapia de juego virtual durante la pandemia de COVID-19 para el acompañamiento de niños con TEA

[Efficacy of virtual play therapy during the COVID-19 pandemic for accompanying children with ASD](#)

Amalia Gómez, Fernando López-Armenta y José Luis Acosta.....39

Adolescencias en pandemia: acerca de las conductas de riesgo y la construcción del “cuidado de sí”

[Adolescences in a pandemic: about risk behaviours and the construction of "self-care"](#)

Jorge Eduardo Catelli.....51

Evaluación del impacto del confinamiento en jóvenes atendidos en centros comunitarios de salud mental

[Evaluation of the lockdown impact on young people in community mental health centres](#)

Rocío Casañas, Laia Mas-Expósito, Mercè Teixidó, Ana Barajas-Vélez, Marc Udina, Patricia Escalona, Mercè Triay, Aurea Moreno, Empar Murgui, M<sup>a</sup> Teresa Carbonero, Carolina Franco y Lluís Lalucat-Jo.....59

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Intervención grupal con adolescentes con epilepsia refractaria: programa terapéutico educativo<br><a href="#">Group intervention with adolescents with refractory epilepsy: a therapeutic educational programme</a><br>Laia Portolés Costa, Ángel Aledo-Serrano, Adrián Trejo De la Rosa, Lucy Dougherty De Miguel,<br>Francesca D'Errico y Neus Marí Cardona..... | 71  |
| Apego y representaciones internas de adolescentes de familias homoparentales<br><a href="#">Attachment and internal representations of homoparental families adolescents</a><br>Viviana Alzate y Elisabeth Ballús.....                                                                                                                                             | 81  |
| El proceso de duelo en la familia que emigra: del «Síndrome de Ulises» a la patología<br><a href="#">The grieving process in the migrant family: from the "Ulysses Syndrome" to pathology</a><br>Carles Pérez Testor.....                                                                                                                                          | 93  |
| Adaptación y validación argentina del cuestionario de evaluación del apego (CaMir)<br><a href="#">Preliminary Argentinean adaptation and validation of the bonding assessment questionnaire (CaMir)</a><br>A. Labin, A. Taborda, G. Cryan, M. P. Moretti, A. Videla Pietrasanta, M. L. Martínez, V. Morán,<br>M. N. Pioro y B. Pierrehumbert.....                  | 103 |
| En primera persona / <a href="#">Personal experience</a> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 117 |
| En el próximo número / <a href="#">In the next number</a> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 129 |

# Editorial

La pandemia iniciada por el descubrimiento en Wuhan del coronavirus en 2019 supuso medidas extraordinarias que no se habían dado desde hacía más de medio siglo. La principal medida fue el confinamiento domiciliario: las familias debían permanecer encerradas en su casa salvo para ir a comprar o al médico. Los hijos no iban a la escuela, las clases se hacían en línea. Este confinamiento fue de larga duración.

Pronto, varios investigadores descubrieron que estas situaciones tenían efectos sobre la salud mental, especialmente sobre la población infanto-juvenil. Basta con observar el aumento de consultas que en estos momentos se da en los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ), sobre todo de adolescentes con crisis de angustia, intentos de autolisis, trastornos de la alimentación, etc.

De entrada, el confinamiento alteró la vida familiar y generó cantidad de cambios en todos sus miembros. Estos cambios, forzados y sin planificar, provocaron más conflicto y tensión en las relaciones familiares: los padres parecen haberse vuelto más normativos, interviniendo mucho más en la vida de sus hijos, con la intención de que todos en la familia tengan un lugar, por pequeño que sea. Entre padres e hijos debe haber comunicación. Pero cuando esta *comunicación* va cargada de exceso de normas, de consejos, de valores, dificulta el entendimiento entre padres e hijos. Ya no es comunicación, es imposición. Cuanto más disminuye el protagonismo de los padres, más aumenta el protagonismo del niño.

Durante la etapa de la infancia, el niño está inmerso en organizar su estructura mental. El yo y las estructuras cerebrales se van desarrollando y estructurando a partir de las sucesivas experiencias que va teniendo el niño desde muy pequeño. Mediante la observación de su entorno, sus acciones, y el contacto con lo que le rodea (los juguetes, los diferentes objetos) y el juego, va estructurando su identidad y su yo. Así es como aprende a relacionarse con su mundo externo.

Pero el niño no es ninguna isla: vive en un entorno social, que es la familia. Y es necesario que el entorno familiar sea respetuoso con él durante su proceso evolutivo, y favorezca el desarrollo de la curiosidad y de su experimentación. Y el éxito de este proceso dependerá de la medida en que los padres vayan dejando de proteger, de dirigir, y vayan permitiendo que el niño experimente, y compruebe y haga nuevas experiencias. Y la pandemia ha venido a distorsionar este proceso evolutivo, limitando y bloqueando sus relaciones con los amigos, la escuela y la familia extensa. Así, podemos ver cómo esta ha tenido un impacto muy importante en el proceso de desarrollo de los niños, especialmente en su salud mental.

La mayoría de consultas que hacen las familias a los servicios de Salud Mental tiene que ver con episodios de ansiedad, problemas para dormir, comer, dificultades en las relaciones, etc. Se trata de una serie de problemas vinculados a las relaciones entre padres e hijos. A veces, también se pueden manifestar en el ámbito escolar, tanto en las relaciones con los compañeros como en forma de dificultad para aceptar las normas de comportamiento en la clase.

Lo más importante que tiene que hacer el niño al llegar a la adolescencia es superar la dependencia que ha tenido hasta ahora respecto a los padres y convertirse en una persona autónoma. Debe renunciar a seguir siendo un niño dependiente de los padres y entrar en su mundo adolescente, a esta dependencia que le daba seguridad. Debe iniciar una nueva etapa en la que necesitará ser responsable de sí mismo, desarrollando áreas de seguridad y confianza en su hacer, y en su convicción de que hace bien las cosas. Y en los compañeros adolescentes es donde encontrará una relación de confianza, de comunicación, incluso de dependencia. Los padres pasarán a segundo término.

El confinamiento ha impedido que los adolescentes pudieran seguir su proceso normal evolutivo, perpetuando la dependencia con sus padres. Ha truncado la posibilidad del adolescente de diferenciarse de ellos y de relacionarse con sus compañeros, no permitiendo desarrollar una identidad propia.

Los síntomas más comunes que los pre-adolescentes y adolescentes presentan en esta etapa son los trastornos alimentarios, las crisis de angustia y los intentos de autolisis.

Mediante los trastornos alimentarios, además de las bases psicopatológicas que pueda tener cada uno, el adolescente puede estar manifestando, también, el rechazo de la presión de los padres y de todo su entorno, que le impiden hacer lo que él quisiera. Desplaza en la comida esta presión que le obliga a hacer cosas que él no quiere y, al mismo tiempo, rechazándola, está atacando a sus padres. Esta presión y control por parte de los padres le hace sentirse pequeño y dependiente. La consecuencia es que, en estos momentos, se siente solo e incomprendido. Y los padres

viven muy mal el rechazo que su hijo hace de la comida: lo sienten como un rechazo hacia ellos y, a niveles inconscientes, es verdad que el adolescente les rechaza y los ataca; por eso ponen todo su esfuerzo en presionar para que el chico coma, como un intento de controlarlo, provocando aún más conflicto entre ellos.

La ansiedad también es una respuesta a las situaciones de presión y bloqueo que vive el adolescente en las que no se ve ninguna salida. Se moviliza toda la energía psíquica del muchacho, la ilusión, las ganas de ser él, de realizar proyectos, de crecer y de vivir su sexualidad a través de las relaciones con sus iguales, pero, al no encontrar un objetivo hacia el cual dirigirla, lo que percibe es una sensación angustiosa de presión a hacer algo y no poder hacerlo, y se siente inundado por esta energía, que se transforma en angustia.

Los intentos de autolisis tienen una doble función. Por un lado, el dolor que los adolescentes sienten al lastimarse les reduce el sentimiento de culpa, de sentir que atacan una figura paterna, a la que en estos momentos hacen culpable de sus males y a la que, por otra parte, también aman. Al mismo tiempo, es una manera de manifestar (comunicar) su estado de desesperanza, de soledad y de incompreensión: una manera de pedir ayuda.

También el confinamiento ha afectado a otro grupo de adolescentes que ya ha superado esta primera etapa de separación-indiferenciación con los padres y que ya está en pleno proceso de consolidación de la adolescencia. No obstante, por diferentes motivos, ha estructurado una personalidad frágil con baja autoestima, inseguridad y una gran exigencia a hacer bien las cosas y a satisfacer a sus superiores. Estos adolescentes, a la hora de afrontar situaciones conflictivas con los profesores o con compañeros, al haber estructurado una personalidad frágil, no pueden hacer frente a la ansiedad que sienten, y solo buscan librarse de la ansiedad que no soportan, que les ahoga. La manera puede ser quitándose la vida: el suicidio. De hecho, no piensan en quitarse la vida, sólo en acabar con ese estado de ansiedad y desesperación que no pueden soportar. Y con la COVID y el confinamiento han aumentado los intentos de suicidio en esta etapa de la adolescencia.

Resumiendo, diré que todo niño o adolescente, cuando consulta, espera ser comprendido. Busca saber qué le está pasando. A través de sus síntomas, nos manifiesta sus problemas mentales. Nosotros tendremos que buscar las causas desencadenantes de estos problemas. Resolviendo las causas desencadenantes, desaparecerán estos síntomas.

Este número 38 de la Revista intenta reflejar la preocupación por la salud mental infantil y juvenil en esta etapa tan convulsa. El primer artículo, que firma Fernando Lacasa con George Downing, parece responder a la necesidad de los terapeutas de la red pública de encontrar nuevos abordajes y estrategias con los que hacer frente a las cada vez más frecuentes consultas con unos recursos cada vez más limitados, y proponen el uso de la Video Intervención en los tratamientos psicológicos. El siguiente trabajo es una nueva aportación de Dante Salatino sobre la aplicación de la Lógica Transcursiva (LT) a la comprensión del desarrollo sociocomunicativo en niños con TEA. Somos conscientes de la dificultad para comprender la complejidad del concepto, por lo que recomendamos previamente la lectura de la sección *En primera persona*, donde Guillermo Cuadrado e Hilda Botero intentan descifrar estos conceptos a modo de homenaje al autor. A continuación, siguen tres artículos sobre las consecuencias de la pandemia. El primero, de Amalia Gómez, Fernando López-Armenta y José Luis Acosta, describe la intervención virtual realizada durante el confinamiento con un niño de cuatro años diagnosticado con TEA. En el segundo, Jorge Catelli propone un análisis de la construcción del “cuidado de sí” como un modo del “cuidado del otro” durante la adolescencia durante la pandemia. El tercero es un estudio liderado por Rocío Casañas del Centre d’Higiene Mental de les Corts, que analiza el impacto del confinamiento en la vida de los jóvenes atendidos en servicios de salud mental comunitarios. Le sigue un estudio liderado por Laia Portolés, de la Clínica Corachan de Barcelona, sobre una intervención grupal terapéutico-educativa con adolescentes con diagnóstico de epilepsia refractaria. El siguiente artículo, de Viviana Alzate y Elisabeth Ballús, pone el foco en los estilos de apego y las representaciones internas de adolescentes de familias homoparentales. El penúltimo artículo, de Carles Pérez-Testor, describe los complejos procesos de duelo de las familias que se ven obligadas a emigrar. Finalizamos nuestro número con la validación preliminar que ha hecho el equipo investigador liderado por Agustina Labin del *CaMir*, un instrumento de evaluación de modelos individuales de relación del estilo de apego en una muestra argentina de adolescentes y adultos.

Esperemos, pues, que el número les resulte estimulante.

*Alfons Icart, Director*



# La video intervención terapéutica: una psicoterapia de apego y mentalización en la asistencia pública

FERNANDO LACASA SALUDAS<sup>1</sup> Y GEORGE DOWNING<sup>2</sup>

## RESUMEN

*La video intervención terapéutica: una psicoterapia de apego y mentalización en la asistencia pública.* La Video Intervención Terapéutica (VIT), de George Downing, tiene evidencia científica y, a diferencia de otros métodos útiles para niños pequeños, puede aplicarse a lo largo de la infancia y adolescencia. Es flexible y puede indicarse como tratamiento único o como parte de un plan de tratamiento. Estas cualidades lo hacen idóneo para incluirse en la cartera de servicios de la asistencia pública. En la primera parte de este artículo, se describe el método VIT, su procedimiento, características, conceptos operativos esenciales y algunas aplicaciones clínicas. En la segunda parte, se presenta un estudio retrospectivo de la aplicación VIT en un Centro de Salud Mental Infanto-juvenil. **Palabras clave:** Terapia de videointervención, apego, mentalización, psicopatología infantil y juvenil, asistencia pública.

## ABSTRACT

*Video Intervention Therapy: attachment and mentalization psychotherapy in public care.* George Downing's Video Intervention Therapy (VIT) has scientific evidence and, unlike other methods useful for young children, it can be applied throughout childhood and adolescence. It is flexible and can be used as a stand-alone treatment or as part of a treatment plan. These qualities make it suitable for inclusion in the public health care portfolio. In the first part of this article, the VIT method, its procedure, characteristics, essential operational concepts, and some clinical applications are described. In the second part, a retrospective study of the VIT application in a Child and Adolescent Mental Health Centre is presented. **Keywords:** Video intervention therapy, attachment, mentalization, child and adolescent psychopathology, public assistance.

## RESUM

*La videointervenció terapèutica: una psicoteràpia d'aferrament i mentalització en l'assistència pública.* La videointervenció terapèutica (VIT), de George Downing, té evidència científica i, a diferència d'altres mètodes útils per a nens petits, es pot aplicar al llarg de la infància i adolescència. És flexible i es pot indicar com a tractament únic o com a part d'un pla de tractament. Aquestes qualitats la fan idònia per incloure-la en la cartera de serveis de l'assistència pública. A la primera part d'aquest article, es descriu el mètode VIT, el procediment, característiques, conceptes operatius essencials i algunes aplicacions clíniques. A la segona part, es presenta un estudi retrospectiu de l'aplicació VIT en un centre de salut mental infantil i juvenil. **Paraules clau:** teràpia de videointervenció, aferrament, mentalització, psicopatologia infantil i juvenil, assistència pública.

## Introducción

Los programas y técnicas terapéuticas de vídeo intervención, también llamadas de vídeo-feedback, son una nueva modalidad de

tratamiento psicológico, que básicamente utiliza grabaciones de secuencias de interacción entre hijos y padres, entre hermanos o dentro de un grupo de iguales, con la finalidad de promover cambios terapéuticos.

<sup>1</sup>Ph. D. Salud Mental Infantil y Juvenil, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

<sup>2</sup>Ph. D. Clinical Faculty member in Child Psychiatry at Salpêtrière Hospital, Paris.

Contacto: [fernando.lacasa@sjd.es](mailto:fernando.lacasa@sjd.es)

Recibido: 31/8/21 - Aceptado: 13/9/21

En la actualidad los medios audiovisuales están completamente incorporados a la cotidianidad. El uso de los móviles ha generalizado los vídeos en todas las franjas de edad. Las familias recogen los acontecimientos familiares en imágenes y vídeos. Los jóvenes, adolescentes y adultos los usan continuamente en sus redes sociales.

Recientemente, la pandemia COVID y el confinamiento han implicado la generalización del uso de las comunicaciones a distancia y de la imagen, así como en las intervenciones terapéuticas en línea. Todo ello configura un clima favorable a la incorporación del vídeo en la práctica clínica de la asistencia pública.

El uso del vídeo en psicoterapia de niños y adolescentes no es una mera adaptación de la psicoterapia clásica, sino que tiene una técnica y una teoría de la técnica diferentes. Los terapeutas que lo incorporan a su práctica deberían tener una extensa comprensión del desarrollo, así como de las técnicas de evaluación de la interacción (Lotzin et al., 2015) y de la psicoterapia basada en el análisis de dichas interacciones. Desde el año 2010 hasta 2019, George Downing ha dictado seminarios sobre la Video Intervención Terapéutica (VIT) y sus aplicaciones en la Fundación Ferran Angulo de Barcelona desde 2013 hasta la actualidad (1). La exposición de la VIT de George Downing que viene a continuación es fruto de dichos seminarios, así como de propia práctica del autor y la supervisión de terapeutas y equipos profesionales.

A modo de presentación, se hace un recorrido de los antecedentes de las intervenciones terapéuticas con vídeo. A continuación, en la primera parte de este artículo, se describe el método VIT, su procedimiento, características, conceptos operativos esenciales y algunas aplicaciones clínicas. En la segunda parte, se presenta un estudio retrospectivo de la aplicación VIT en un Centro de Salud Mental Infanto-juvenil.

### Antecedentes de la video intervención

El uso de las filmaciones para estudiar el desarrollo del niño se remonta a los años 40 del siglo pasado, con Spitz y sus estudios sobre los efectos de la separación materna de los bebés cuyas madres ingresaban en prisión. Spitz (1972) observó que algunos bebés caían en un estado de retraimiento que denominó “depresión anaclítica”. Y si

la separación de la madre continuaba, los niños llegaban a un estado irreversible que llamó “hospitalismo”. En los años 50, fueron James y Joyce Robertson, que trabajaban con Bowlby, quienes filmaron el famoso caso de John, un bebé de 18 meses separado de su madre durante ocho días, cuya filmación permitía observar de forma clara el padecimiento y la ansiedad de separación del niño tras una separación mucho más corta que las descritas por Spitz, así como efectos persistentes en el desarrollo (Robertson y Robertson, 1967-1972).

Con la llegada del vídeo en los años 70 y 80, otro grupo de clínicos pioneros hicieron importantes descubrimientos sobre las competencias y vulnerabilidades del bebé. El estudio de grabaciones de vídeo mediante técnicas microanalíticas permitió estudiar las competencias del bebé y la interacción madre-hijo, con un detalle y finura no conocido hasta la fecha (Bakermans-Kranenburg, 2006; Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn y Juffer, 2003; Beebe, Sorter, Rustin y Knoblauch, 2003; Berry, Nugent y Costas, 1997; Tronick y Reck, 2009; van IJzendoorn y Bakermans-Kranenburg, 2019).

Un primer intento de utilizar vídeos de relaciones madre-hijo *ejemplares* con poblaciones de riesgo para mejorar la interacción no fue efectivo. Esos vídeos diseñados para enseñar la forma correcta de cuidar a los bebés no producían ningún cambio en las madres. Estas no se fijaban en la interacción madre-hijo ejemplar, sino en aspectos superficiales como la ropa que llevaban las madres modelo y, al cabo de cierto tiempo, perdían la atención sobre los vídeos. Se llegó a la conclusión de que las madres necesitaban el espejo de sus propios vídeos para cambiar su conducta (Juffer, Bakermans-Kranenburg y van IJzendoorn, 2007).

Además, Selma Fraiberg, en su trabajo pionero *Fantasmas en la habitación de los niños*, había mostrado cómo la presencia del niño en la psicoterapia madre-hijo tiene un gran efecto movilizador y acerca la experiencia interna de la madre en vivo, de una manera que no podría ser reproducida en una psicoterapia individual (Fraiberg, Adelson y Shapiro, 1975). Solo quedaba, pues, introducir en la psicoterapia la grabación por vídeo de las interacciones reales.

Para Steele (2014), tres de las ventajas que tiene

el uso del vídeo en psicoterapia respecto de otras modalidades de psicoterapia madre-hijo tienen que ver con la experiencia de verse a sí mismo desde la posición de un “observador externo”. La primera ventaja que señala Steele es que la experiencia de estar observando el video juntos padre y terapeuta facilita el acuerdo entre ambos sobre la dirección en que debe tomar el cambio; es decir, facilita la alianza terapéutica. La segunda ventaja que menciona Steele es que la experiencia de observarse a uno mismo en interacción con el propio hijo mejora el funcionamiento reflexivo. Una tercera ventaja es que se trata de una experiencia de observación multimodal (auditiva, visual, cognitiva, cargada de afecto) y que el hecho de poner en palabras conductas, pensamientos, sentimientos, creencias, etc., supone desde el primer momento una elaboración de estos.

Las indicaciones terapéuticas de los programas de vídeo-feedback son amplias y abarcan distintas edades y problemáticas. En la primera y segunda infancia se aplican en los trastornos generalizados del desarrollo, los trastornos afectivos, los trastornos de conducta, los trastornos de alimentación, etc.; en la pubertad y adolescencia, están indicadas en el tratamiento de los trastornos de conducta y de las dificultades de relación entre padres e hijos, entre otros. Estas intervenciones terapéuticas basadas en la interacción pueden utilizarse tanto como tratamiento de primera elección, como asociadas a otros tipos de intervenciones de naturaleza verbal, como terapia individual, familiar, etc.

Finalmente, la relación coste-beneficio de los programas de vídeo-feedback es excelente. Un meta-análisis de Bakermans-Kranenbourg, van IJzendoorn y Juffer (2003), cuyo sugerente título es *Menos es más*, observó que las intervenciones de video feedback son más efectivas que otras que no usan el vídeo para mejorar la sensibilidad parental y el apego de los niños pequeños, y que las intervenciones de menos de cinco sesiones fueron más efectivas que las que duraban más. Todo ello hace que este tipo de intervenciones sea idóneo en la asistencia pública.

## PRIMERA PARTE: VIDEO INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

La VIT es una de las modalidades de vídeo-

feedback más interesantes por su flexibilidad y amplia aplicación. George Downing, su autor, la ha definido como un enfoque psicoterapéutico basado en el apego y la mentalización, que se adapta bien a la perspectiva cognitivo conductual. Se basa tanto en técnicas de mentalización como en otras técnicas desarrolladas ad hoc para VIT (Downing et al., 2013). La VIT es una terapia manualizada, lo que permite individualizar la intervención al contexto donde se aplica, según las necesidades y recursos de las personas que participan en él (Leyton et al., 2019). A diferencia de los enfoques clínicos tradicionales basados en la intervención del especialista en la consulta o el hospital, fuera del espacio habitual del niño, la VIT opera con las personas significativas, no solo en los contextos clínicos, sino que también en el contexto del niño y del adolescente, su casa, la residencia tutelar, la escuela, etc.

Responde a un modelo de tratamiento centrado en la familia y su foco son actividades habituales del niño o el adolescente, como el juego, el diálogo padres-hijos o actividades diarias, tales como la comida, el sueño, el aprendizaje, etc., a partir de las cuales la VIT trata de desarrollar habilidades nuevas (Downing, 2007, 2008; Downing, Bürgin, Reck y Ziegenhain, 2008; Downing, Wortmann-Fleischer, von Einsiedel, Jordan y Reck, 2013; Facchini, Martin y Downing, 2016; Leyton et al., 2019; Riva, Ierardi, Albizzati y Downing, 2014, 2016; Tello, López y Pérez, 2011).

La VIT tiene varias ventajas respecto de otros métodos de psicoterapia madre-hijo. En primer lugar, se puede aplicar en una franja de edad más amplia que otros métodos de psicoterapia madre-hijo con vídeo. En general, las intervenciones con vídeo están diseñadas para aplicarse en la primera infancia, sobre todo en los tres primeros años. Sin embargo, la VIT puede aplicarse desde los primeros meses hasta la adolescencia. Una segunda ventaja es su flexibilidad para realizarse con diferentes indicaciones, tal como se ha señalado antes. En tercer lugar, las grabaciones de vídeo se pueden trabajar psicoterapéuticamente, tanto individualmente como en grupo. Una revisión de psicoterapias madre-hijo puede encontrarse en Rusconi-Serpa, Sancho y McDonough (2009).

Por último, la VIT está concebida como un

procedimiento multimodal. Se puede operar tanto de forma transversal como secuencial. De manera transversal, en una sesión se puede pasar de lo que Downing llama “película exterior”, esto es, la conducta interactiva, a la “película interior”, esto es, los pensamientos, afectos, recuerdos que cada participante ha experimentado internamente durante la interacción y que se evocan al visionar la grabación. En ocasiones, se opera de forma secuencial, paso a paso; en las primeras sesiones, se opera solo con la película exterior y, en las siguientes, con la película interior.

El uso de grabaciones da la posibilidad de observar y observarse, lo que mejora el funcionamiento reflexivo o mentalización. La mentalización se define como la capacidad de comprender e interpretar la propia conducta y la de los demás, como expresión de estados mentales, sentimientos, pensamientos, fantasías, creencias y deseos. Es muy probable, por ejemplo, que cuando un padre o madre contempla una secuencia de interacción con su hijo, se pregunte qué estaría pensando él en ese momento o qué podía estar pensando su hijo. Muchos padres se sorprenden al verse en el vídeo y dicen cosas como “no sabía que yo hacía eso”, “no me había dado cuenta de tal cosa”, etc.

El uso del vídeo cambia las posiciones de paciente y experto. Habitualmente, la relación paciente-terapeuta es asimétrica. Hay un experto que sabe y un paciente o una persona que no sabe; en la VIT, se reconoce a los propios padres o participantes como expertos, al proponer a la persona ver juntos la grabación. Esta posición técnica disminuye el temor de los participantes a ser evaluados y culpados de las cosas que no van bien.

### Procedimiento

Al plantear la VIT como parte de un plan terapéutico, se explica qué es lo que puede aportar el vídeo, qué se trata de obtener y en qué consiste el procedimiento. Cada sesión tiene dos partes: en la primera, se graba un vídeo que se reserva generalmente para visionar en la sesión siguiente y, en la segunda parte, se trabaja con el vídeo grabado en la sesión anterior. Con frecuencia se usan vídeos grabados en casa por los

padres, que pueden llevarse después y que no es necesario guardar por el clínico, con lo que se evitan los requerimientos que las leyes de protección de datos establecen para su custodia. Aun cuando se opera con vídeos grabados en casa, es conveniente grabar un primer vídeo en la consulta para explicar qué debe grabarse y cómo hacerlo.

La consigna es realizar la grabación de una interacción entre dos o más personas, aquellas con las que se desea trabajar. No son útiles los vídeos en que aparece una sola persona, u otras en que hay dos o más fuera de plano, ni aquellos vídeos en que los participantes se dirigen a la cámara y no interactúan entre ellos.

En cuanto al número de vídeos, para un caso son suficientes entre uno y cuatro; en ciertas ocasiones son necesarios más. El número de vídeos se puede aumentar en determinadas circunstancias: cuando el cambio que se propone es muy lento; si la generalización es difícil, por ejemplo, el niño cambia en unos contextos, pero no en otros; si se abordan diferentes problemas del mismo caso (ansiedad de separación, límites...); cuando se trabajan varias relaciones (padres, hermanos, todos...); cuando el niño o el adulto tienen una discapacidad; si hay alto riesgo de recaída.

Downing (2013) ha descrito el siguiente protocolo de intervención:

1. Mostrar una parte del vídeo, por ejemplo, los primeros dos minutos, y esperar que el paciente reaccione, que comente algo de eso que ha visto.
2. Se muestra algo positivo, un aspecto positivo de la interacción: el afecto, el manejo del espacio, el lenguaje, etc. Con algunos pacientes son suficientes los pasos 1 y 2 y sólo uno o dos vídeos para promover un cambio.
3. Mostrar un patrón negativo, quizá dos, pero no más. En la misma sesión, es preferible trabajar con un solo patrón negativo. Al mostrar y profundizar en un patrón negativo es importante cuidar el lenguaje que se utiliza, de forma que la madre o el padre no se sientan criticados.
4. Explorar el patrón negativo en profundidad. Aquí, se pueden introducir diferentes técnicas, si no se han introducido antes. Se trata de trabajar con la *película interior* y lo inter

e intrasubjetivo: mentalización, exploración emocional, técnicas corporales, pasado de los padres, etc.

5. Finalizar con un paso de acción. Puede ser un *role playing*. El terapeuta toma el lugar de la madre/padre y muestra acciones alternativas. También pueden darse indicaciones concretas para casa. En el *role playing*, se trata de favorecer que el padre o la madre conecte emocionalmente con el niño. Hacer pensar, favorecer la exploración de alternativas mediante preguntas: ¿qué le ayudará para...?, ¿qué puede hacer...?, ¿cómo lo puede hacer...?
6. Al terminar se intenta que la persona haga un resumen de la sesión: "en esta sesión, ¿qué partes han sido las que más te han ayudado?"

### Categorías para la interacción

Para analizar la interacción y determinar tanto los patrones positivos como negativos, George Downing (2008, 2013) desarrolló una serie de categorías basadas en la teoría del apego, el microanálisis y la investigación del desarrollo.

*Conexión física y emocional.* Tipo de contacto físico y emocional que se establece entre los miembros en interacción. Se refiere a la capacidad de los padres para conectar y calmar al niño y también a la capacidad del infante para conectar y dejarse calmar.

*Colaboración práctica.* Capacidad o no de hacer actividades conjuntas. Independiente de las emociones. Se refiere a la capacidad de realizar juntos una o varias acciones en torno a un fin. Puede haber escasa conexión y buena colaboración, por ejemplo, en un juego de reglas.

*Límites.* Cómo se establecen, si se aceptan o no y la conducta que implica una u otra opción. Esta categoría tiene que ver con explicitar los límites y el marco, en general verbalmente.

*Negociación.* Es la capacidad de poder resolver conflictos de manera consensuada y comunicativa. Se valoran tanto los aspectos verbales como no verbales.

*Autonomía.* Se refiere a potenciar lo que el niño necesita para mejorar su desarrollo. Si la interacción genera impotencia o independencia; si el adulto ofrece su ayuda de manera dosificada y ordenada, si los problemas se asumen y a partir de ahí se buscan soluciones.

*Organización del espacio.* Cómo se ubican y

organizan los participantes en el espacio de relación, lenguaje corporal y situación de los objetos.

*Organización del tiempo.* Tiene que ver con el ritmo y las pausas. Ritmo de la secuencia interactiva, la alternancia, el cómo están estructuradas las actividades en el tiempo y cómo se organiza la acción.

*Discurso.* Se refiere al contenido verbal de los participantes. Qué dicen y cómo lo dicen, si es adecuado a la edad del niño o la niña, la coherencia del discurso, si se describe la acción y se verbalizan las emociones del niño, si hay negociación y se tiene en cuenta la opinión del otro, si la cantidad y la calidad de información es adecuada, si la información que se da es verosímil, si es lógica y si los mensajes son claros, ordenados y sin ambigüedad.

### Conceptos operativos esenciales

#### Primero mostrar algo positivo

Como se ha comentado en el apartado de procedimiento tipo, la VIT empieza siempre mostrando algo positivo. Se trata de disminuir la impresión de quedar expuesto a la mirada del otro, pues dicha exposición puede generar ansiedad y sentimiento de culpa. Muchos padres sienten culpa por el hecho de tener que consultar por problemas psicológicos de sus hijos, ya que viven dichos problemas como resultado de fallos en su propia parentalidad. En segundo lugar, como el hecho de verse en la interacción activa el sistema de apego, puede que se activen representaciones inseguras de apego que impliquen una desregulación del afecto. El terapeuta, al mostrar los aspectos positivos de la relación, infunde seguridad y confianza. Es como si les dijéramos "habrá cosas negativas, pero también las hay positivas y como terapeuta soy capaz de reconocerlas".

Otro motivo por el que la VIT se focaliza primero en las interacciones positivas es que estimular los patrones positivos es una forma de reducir los patrones negativos. Si trabajamos con una madre o un padre con conductas intrusivas y vemos que en el vídeo le dice unas pocas palabras al bebé, se puede parar el vídeo, señalar esa breve comunicación y tratar de reforzarla: decir, por ejemplo, que hace muy bien al hablar con su bebé y que podría hacerlo mucho más



porque esto mejorará su desarrollo. De manera implícita, le transmitimos la idea de que el bebé la entiende o acabará entendiéndola, que tiene una mente y su conducta tiene un sentido. Es probable entonces que el refuerzo de esa breve verbalización le anime a hablar más a su bebé y a tratar de entenderlo, en lugar de imponer su iniciativa y sus deseos.

### Marco claro

Les decimos a los padres que empiecen por enmarcar la acción explicándole al niño o niña lo que va a ocurrir antes, durante y después de la interacción. Y que lo expliquen de manera adaptada a la edad y capacidades del niño. Tienen que empezar describiendo el objetivo o acción general y después las acciones a realizar: “vamos a hacer esto, primero haremos aquello, luego esto otro, etc.”. Al final, se resume lo que ha ocurrido: “hemos hecho estas cosas”. El factor marco claro es más importante de lo que imaginábamos antes. Reduce la incertidumbre y favorece el desarrollo de la acción posterior. La incertidumbre es propia de familias con un funcionamiento caótico, por ejemplo, aquellas con un apego desorganizado o con violencia doméstica, entre otras. Al anticipar al niño la acción que va a ocurrir a continuación, le estamos dando un plan cognitivo con el que prever la situación, lo que le permite anticipar y ajustar sus propias acciones.

### Ritmo

Se relaciona con el marco, tiene que ver con adaptarse al ritmo del otro, tener en cuenta la cadencia interactiva. Stern (1991) descubrió que las interacciones se organizan como acciones y pausas: después de determinada acción, viene una pausa. Las pausas sirven para regular la activación y modular la respuesta a los estímulos. Por ejemplo, el niño que toma el pecho o el biberón necesita parar cada cierto tiempo, hacer una pausa, regular su activación, para luego continuar mamando. Esto se observa en todo tipo de interacciones y es importante que los padres, sobre todo de los niños pequeños, acepten esas pausas y pauten su interacción de acuerdo con ellas. Con los niños mayores, el ritmo de la interacción es diferente pero también se organiza con acciones y pausas. Estas cambian con la

edad y capacidades del niño. Muchos padres necesitan aprender a esperar y observar la iniciativa del niño, después responder a dicha iniciativa para luego volver a esperar. La idea de ritmo se aplica lo mismo a una interacción que a un diálogo.

### Lenguaje

*Refuerzo verbal.* El terapeuta en la VIT utiliza un lenguaje positivo, que valida de forma positiva las emociones de los padres y de los niños. Cuando se pasa a trabajar con los patrones negativos, el terapeuta prepara el terreno tratando de no juzgar ni culpar. Por ejemplo, se pueden utilizar expresiones como “si ustedes me dan permiso, les diría alguna cosa que podrían mejorar”. No se habla con los participantes en términos de si lo que hacen está bien o mal, sino de si tal conducta funciona o no funciona. Con frecuencia, se propone a los padres que alaben las acciones de los niños. La alabanza refuerza aquellas conductas que se desean obtener. A muchos padres les parece superfluo o innecesario alabar las conductas de los niños y, sin embargo, no dudan en sancionar o incluso criticar su conducta. El refuerzo verbal se usa en todas las edades, en niños mayores de seis años es más sutil y ajustado al contexto.

*Lenguaje descriptivo.* Con los niños pequeños, se anima a los padres a utilizar un lenguaje descriptivo. El padre describe lo que está haciendo el niño o lo que está haciendo él mismo. En el lenguaje descriptivo, se deben de evitar tanto las críticas como las preguntas. La VIT incorpora el lenguaje descriptivo en muchas interacciones, en especial con niños pequeños o con problemas de desarrollo como el autismo. Hay tres tipos de lenguaje descriptivo dirigido al niño: describir lo que el niño está haciendo; describir lo que el niño escucha y/o ve; expresiones sobre el mundo interno del niño (“me parece que te está gustando jugar con el coche”). Hay dos tipos de lenguaje descriptivo referidos al padre, que expresan la experiencia compartida: el adulto puede describir la acción que está haciendo o va a hacer (“voy a hacer esto”); lenguaje que se refiera al mundo interno del padre (“me gusta esto de hacer una torre contigo”).

Los niños que tienen problemas para regular las emociones necesitan que los padres nombren

las emociones utilizando un lenguaje descriptivo verbal y un *lenguaje corporal*. De esta forma, ayudan al niño comprender la situación. Emociones similares experimentadas y nombradas sucesivas veces se organizan como un patrón que dota de significado a la experiencia emocional del niño. Cuando una madre dice, por ejemplo, “ah, estas enfadado, lo entiendo”, al tiempo que baja la voz y utiliza un tono de voz cálido, está utilizando un lenguaje descriptivo de la emoción que experimenta el niño, que le ayuda a entender lo que está experimentando. Al mismo tiempo, la respuesta corporal de la madre, su tono de voz cálido y su volumen más bajo que el del niño enfadado, también contribuye a modular la emoción aguda del niño. Cuando la respuesta parental es empática y contingente, el niño se reconoce en ella, lo que sumado a la modificación del afecto que introduce la madre (calidez de la voz y volumen bajo), ayuda a la regulación de la experiencia emocional del niño, de forma que este reexperimenta la emoción modulada por la respuesta del adulto. Esto tiene que ver con la función especular materna (Gergely y Watson, 1996).

### Propuestas de interacción

#### Juego

Gran parte de las sesiones de la VIT que se proponen con niños pequeños son secuencias de juego con presencia y/o participación del padre o de la madre. Se graban unos minutos de juego del infante con la madre o el padre, en casa o la consulta, con algunos juguetes adecuados a la edad. Uno de los primeros aspectos a observar es cómo organizan el espacio, sus posiciones y los juguetes, y si esta organización facilita o no la interacción.

Hay diferentes temas que podemos observar en los niños: la clase de juego, lo implicados y concentrados que están, la variabilidad o repetición del tema como ocurre en el juego traumático, la creatividad en el sentido de imaginativo, si reconoce el papel del adulto, si regula los afectos negativos o le desbordan y se desbarata el juego, el placer de jugar, las funciones ejecutivas (concentración y planificación), el nivel evolutivo del juego a nivel verbal, motor y cognitivo, etc.

En los padres podemos observar si se incluyen o se mantienen al margen del juego, si acompañan la acción del niño con expresiones verbales emocionales, si son creativos, si dan alabanzas, si hacen eco a la acción o verbalización del niño y si ayudan a expandir el tema, si hay calidez, si dan apoyo justo o son controladores o intrusivos, etc.

Con los padres que dicen que no saben jugar, o vemos que su juego es pobre, o con aquellos que son intrusivos o controladores, se puede proponer la técnica de “solo comentario”. Esta propuesta, desarrollada por Nancy Cohen, Elisabeth Muir y Mirek Lojkasek (Cohen et al., 1999) en Canadá consiste en instruir a los padres para que únicamente hagan comentarios y alabanzas al niño mientras juega, nada más. La madre o el padre se sienta al lado y no da órdenes, ni hace preguntas, ni emite críticas, solo comenta lo que hace el niño, describe el juego como si estuviera relatando un partido o un documental. Al principio, los comentarios pueden ser sólo de las acciones del niño durante el juego. Luego, se pueden incorporar comentarios sobre los afectos en juego. Más tarde, se amplía la gama de emociones y, progresivamente, se van completando los comentarios, incluyendo mentalización (Downing, 2015).

*Niños mayores o adolescentes.* Con los niños mayores y los adolescentes se pueden proponer situaciones de interacción con material. Puede ser, por ejemplo, con bloques de madera tipo Jenga. La consigna es que pueden hacer lo que quieran con el material que se les facilita durante unos minutos y que se grabará esa actividad. No se concreta si esa actividad la tienen que hacer juntos o por separado, uno al lado de otro, ya que esto es un ítem para observar.

Una propuesta interesante, tanto con niños pero especialmente con púberes y adolescentes, es la de Ruth Feldman (1998a, 1998b). Feldman propone tres temas sobre los que pueden dialogar. El primero se llama “Un día divertido” y consiste en conversar durante unos minutos sobre cómo pasar un día divertido juntos. La segunda es una “Discusión sobre algo conflictivo”: se trata de seleccionar con ellos un tema que suponga cierto nivel de conflicto, pero un conflicto leve o moderado, no ha de ser un conflicto grave que pudiera provocar una reacción

emocional importante. El tercer tema sobre el que hacer un vídeo es el de “Dar apoyo”. Por turnos, cada uno cuenta al otro algo triste que le haya ocurrido, pero debe ser algo fuera de la relación entre los participantes. El otro tiene que darle apoyo durante unos minutos. En la segunda parte del vídeo se invierten los papeles.

### Role playing

Se utiliza el *role playing* para ayudar al padre o a la madre a explorar los pensamientos y sentimientos que puede estar sintiendo él mismo u otra persona. A partir de una secuencia del vídeo elegida, la técnica básica consiste en poner al padre o la madre en la piel de la persona para tratar de ampliar la mentalización de sí mismo o de los demás en la situación elegida. Por ejemplo: “imagina que estás ahí en el vídeo..., imagina lo que estás pensando, incluye también las emociones... ¿cómo te sientes? (...), ¿en qué parte del cuerpo sientes esa emoción? (...), ¿qué piensas entonces? (...), ¿qué ocurre/qué haces entonces? (...), ¿qué otra cosa podrías hacer? (...)”.

Se puede dar un paso más y proponer a la persona representar con el terapeuta, en la consulta, la situación grabada en el vídeo intercambiando los personajes. El terapeuta puede, por ejemplo, hacer de padre, madre o de paciente y este hacer de hijo, padre, hermano, etc. El *role playing* es útil tanto para mentalizar, como para explorar alternativas. Al representar la situación grabada se trata de que la persona busque sus propias estrategias. Esto siempre es preferible a que sea el terapeuta quien se las ofrezca; por ejemplo, se pide a la persona que imagine qué otras posibles respuestas pueden darse en la interacción examinada, que busque en su interior en ese momento o en los próximos días, qué puede hacer.

### Negociación

La capacidad de negociación aparece a los cinco años, cuando el niño tiene suficiente *teoría de la mente* para saber qué puede estar pensando el otro y para buscar un compromiso entre el otro y uno mismo (Rochat, 2009).

En la VIT se pueden proponer directamente vídeos de negociación. Son muy usados con adolescentes, pero también con niños agresivos, con problemas de adicción y, en general, en

casos en que los padres se sienten impotentes o se dan por vencidos. En estos vídeos, es importante que los padres validen lo que los chicos dicen, que les hagan saber que se les escucha y que se ha entendido lo que quieren decir. Muchos padres tienen que aprender a escuchar, dar tiempo a que los chicos se expresen y no anticiparse ni interrumpir al otro. No es necesario buscar soluciones con urgencia.

A diferencia de la mayoría de los vídeos con los que se trabaja con VIT, que duran entre cinco y ocho minutos, los vídeos de negociación son largos, de unos 20 a 30 minutos. Se eligen primero temas que no sean muy conflictivos, para dar tiempo a incorporar la sistemática de la negociación. Un modelo para una buena negociación, según Downing (2010a), contiene seis pasos:

1. Enfocar bien el tema, hacer una formulación inicial clara: “vamos a hablar sobre este tema durante un rato y trataremos de encontrar una solución, ¿te parece bien?”. Y, durante la conversación, se mantiene el foco sin desviarse a otros temas.
2. Deseos y necesidades de cada uno. Cada uno dice lo que quiere y escucha al otro. El terapeuta o ambos validan lo propuesto por cada uno antes de llegar a ninguna conclusión.
3. Se expresan todas las sugerencias e ideas que podrían ser soluciones.
4. Se evalúan los aspectos positivos y negativos de cada una de las propuestas.
5. Se toma una decisión.
6. Hay que especificar qué implica esa decisión, qué tiene que hacer cada uno.

### Apego

Estudios de Mikulincer y Shaver (2016) muestran que existe una pre-activación del sistema de apego adulto cuando se contemplan determinados estímulos visuales relacionados con las figuras de apego o con estímulos amenazantes, incluso cuando estos estímulos son subliminales. Leyton et al. (2019), apoyándose en dichos estudios, mantienen que, para una madre o un padre, el hecho de verse a sí mismo con su hijo o hija puede ser una experiencia emocional capaz de activar parcialmente el sistema de apego. El terapeuta, al mostrar a los padres los *buenos momentos* de relación y al señalar



alguna de las habilidades que pueden aparecer en el vídeo (todos los padres tienen habilidades que se pueden rescatar), contribuye a disminuir el malestar y la angustia que los padres sienten y, de esa manera, puede ayudarles a regular las emociones abrumadoras que hubieran aflorado.

Reconocer al otro es también una característica del apego seguro, de forma que la conducta del terapeuta reconociendo los aspectos positivos y los *buenos momentos* de interacción es una manera de fortalecer las habilidades emergentes y la autoestima de los padres, además de un ejemplo del tipo de conducta que se propone alcanzar.

*Sensibilidad parental.* La investigación ha observado tres factores parentales que promueven un apego seguro y una regulación emocional eficaz: la sensibilidad parental, la mentalización y las representaciones de apego. En cuanto al primero, la sensibilidad parental ha sido definida por Ainsworth como la capacidad de los padres para percibir las necesidades de los hijos, interpretarlos adecuadamente y responder a ellas de forma adecuada y en un breve tiempo (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978). Los padres con apego evitativo serán menos sensibles a las conductas y afectos de apego, porque les cuesta reconocer la función comunicativa de estas y ellos mismos evitan las emociones. Además, tienden a restar importancia a las relaciones de apego. En la VIT se puede ayudar a estos padres a incorporar una lectura emocional de las conductas de los niños y poner palabras a las emociones. Se puede preguntar, por ejemplo, cómo cree que se siente el niño o mostrar que la ansiedad de separación puede tomar forma de irritabilidad y problemas de conducta. Los padres con apego preocupado son muy sensibles a la separación y sus representaciones mentales de apego los muestran como poco autónomos y con dificultades para diferenciarse de los otros, por lo que las intervenciones que les ayudan a disminuir la proyección y diferenciarse del infante son muy útiles.

*Apego desorganizado.* En situaciones de estrés, los niños pequeños con apego desorganizado tienen conductas poco coherentes, como conductas contradictorias de acercarse y de huir de sus figuras de apego, quedarse *congelados*, reacciones agresivas, etc. (Main y Solomon,

1990). Por un lado, buscan la cercanía de sus padres cuando se sienten vulnerables, pero enseguida aparece la reacción contraria de alejarse de ellas o quedar desorientado o paralizado. La cuestión con estos niños es tratar de entender por qué no quieren acercarse a sus figuras de apego. Los padres de los bebés desorganizados tienen interacciones con errores graves en la comunicación afectiva con sus hijos, con ausencia o respuesta interactiva pobre o ausente. En estos tipos de interacciones parentales distorsionadas se puede intervenir con VIT. Cuando los bebés con conductas de apego desorganizadas y desorientadas en los dos primeros años crecen, una parte de ellos seguirán presentando las mismas conductas durante la infancia y adolescencia y otros niños evolucionarán hacia conductas de apego organizadas. Sin embargo, una buena parte de ellos derivarán hacia comportamientos controladores de sus figuras de apego. Estos comportamientos de control toman dos formas, o bien hostilidad, desafío y críticas hacia sus figuras de apego (control punitivo) o bien cuidados, apoyo y sostén de los padres (control cuidador); en ambas formas el niño es quien sostiene y dirige la interacción. El concepto de recompensa-castigo no funciona con estos niños de apego desorganizado, por lo que hay que proponer otras vías a través de la VIT (Obsuth, Hennighausen, Brumariu y Lyons-Ruth, 2014). Los padres de los niños con control punitivo y con control cuidante se sienten indefensos ante sus hijos, incapaces de mantener disciplina o dependientes de ellos. Y tienen representaciones de apego poco integradas y opuestas, resultado de relaciones de maltrato o inversión de roles (Obsuth et al., 2014). El trabajo de VIT con estos padres debería ser de empoderamiento, e incluir la exploración de su propia historia para comprender esos sentimientos de indefensión y poder cambiarlos. Con las diadas desorganizadas se aconseja un plan de tratamiento VIT de no menos de cinco o seis vídeos para poder trabajar varias dimensiones como la sensibilidad, la comunicación interactiva, la necesidad de control y también las representaciones de apego de los padres, ya que con frecuencia tienen antecedentes de maltrato o negligencia graves, depresión y duelos no elaborados, enfermedad mental, etc. Finalmente, una constante de

las personas con apego desorganizado es una mentalización o funcionamiento reflexivo muy pobre o ausente.

**Mentalización.** La mentalización se define como la capacidad de comprender e interpretar la propia conducta y la de los demás como una expresión de estados mentales, tales como sentimientos, pensamientos, fantasías, creencias y deseos. La comprensión de la conducta en términos mentales aumenta la sensibilidad en las relaciones. Y la investigación ha mostrado cómo las interacciones con cuidadores sensibles, que entendían al infante en términos de estados mentales, favorecen una relación de apego seguro (Mikulincer y Shaver, 2016). La técnica VIT está basada en el apego y la mentalización. El propio procedimiento, el lenguaje utilizado, el foco en las emociones y el interior de las personas, el *role playing*, etc., están dirigidos a mejorar la mentalización de los participantes, no solo a nivel general sino momento a momento. En cualquier vídeo se puede trabajar con la mentalización. Hay dos tipos de mentalización, a) la mentalización de uno mismo sobre cómo se piensa sobre los propios estados mentales, entendiendo estos como emociones, pensamientos, expresión corporal, motivaciones... y cómo lo expresamos, qué lenguaje usamos para eso; y b) la mentalización del otro, qué está pensando y sintiendo la otra persona, qué hipótesis tenemos sobre los que está pensando y sintiendo. Los pacientes necesitan ayuda sobre los propios estados mentales, pero sobre todo sobre los estados mentales del otro. Los prerrequisitos para mentalizar, según Downing (2020), son: 1) ver y escuchar a la otra persona, 2) ser capaz de fijarse en expresiones y signos específicos de la otra persona, por ejemplo, de alegría, de rabia, “mira esa persona lo que hace, mira esto o aquello...”, 3) pensar acerca de esos signos e interpretarlos, por ejemplo, “qué debe de estar pensando...”, “por qué estará sintiendo esa persona alegría o rabia...”. Las dimensiones de la función reflexiva pueden ser de ayuda para orientar la intervención. Estas se presentan como dimensiones bipolares que tendrían un gradiente entre una y otra: dispuesto a mentalizar versus no dispuesto, buen enfoque en el otro vs excesivo enfoque en uno mismo, abierto a nueva información vs cerrado, preciso y verdadero vs distorsionado o

falso, complejo vs. demasiado simple, coherente vs. confuso, pensamiento original vs. clisé y tópico, de tandeo vs. excesivamente rígido, visión equilibrada vs unilateral, buena comprensión de los estados de desarrollo vs mala comprensión, buena comprensión de los efectos de la discapacidad vs mala comprensión.

### Algunas aplicaciones clínicas de la VIT

#### Autismo

Los padres de niños autistas suelen estar muy motivados para emprender la VIT y puede serles de ayuda para regular sus interacciones en el nivel de desarrollo y al ritmo que tolera el niño. El concepto de zona de desarrollo próximo de Vygotsky (2009) es muy útil en estos casos. En ocasiones, el deseo de ayudar a su hijo toma una forma ansiosa que puede traducirse tanto en una presión excesiva y exigencia por encima de las posibilidades del niño, como en todo lo contrario, una excesiva protección y no plantear ningún reto.

Los abordajes con video intervención en autismo suelen ser más largos que con otras problemáticas. En primer lugar, los padres necesitan aprender más habilidades que los de otros niños y la técnica VIT puede utilizarse para realizar psicoeducación sobre las capacidades y déficits de sus hijos (Downing, 2010b).

La VIT, al tratarse de una técnica interactiva, puede ser de ayuda en muchas de las áreas de dificultad del autismo: relación social, percepción global versus preferencia por los detalles, atención conjunta, lenguaje. En la mayoría de las ocasiones, un foco terapéutico con los padres del duelo del hijo que no se tuvo, es decir, el hijo sin problemas que todo padre desea tener y que no llegó. Este duelo puede aparecer en forma aguda en el momento de recibir el diagnóstico del hijo y es importante abordarlo terapéuticamente. Los riesgos de un duelo insuficientemente realizado van desde el rechazo más o menos inconsciente, al retraso en la aplicación de los abordajes terapéuticos necesarios.

Con los niños autistas funcionan bien los juegos de construcción y les cuestan más los juegos simbólicos o presimbólicos. En esto se diferencian de los niños con retardo de desarrollo, que pasan por todos los tipos de juego, aunque más tarde.

## Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Los padres de los niños TDAH han de ayudarles a ralentizar la interacción y centrar su atención. Con niños pequeños, conviene que el padre dé mucha confirmación y aliento, así como que les ayude a centrarse en la tarea cada vez que el niño se disperse. Aunque habitualmente en el juego de padres e hijos se da espacio al niño para que encuentre la dirección del juego y es el niño quien la marca (el padre solo lo apoya con lenguaje descriptivo sin dirigir ni hacer preguntas), en el juego con niños con TDAH conviene alternar esa forma clásica del juego con otro que incluya planificación, organización y ejecución de tareas, de forma que se dedique parte del tiempo a la planificación del juego. Si, por ejemplo, se hace un vídeo sobre cómo se planifica una excursión, se deja que el niño explique las cosas que quiere hacer y el padre, tras escucharle, hace un resumen y un plan. Tendrá que repetir muchas veces la expresión “hagamos un plan” (Downing, 2016).

Otro problema con los niños con TDAH es que no dan turno en las interacciones con el otro, son impulsivos y se frustran cuando tratan de hacer algo y no lo logran. Se les puede ayudar usando un lenguaje descriptivo y animándolos: “estás haciendo esto..., lo estas intentando y es difícil, muy bien...; lo has conseguido, muy bien”.

Los niños hiperactivos están demasiado centrados en sí mismos y no tienen la habilidad de interesarse por el otro. No hacen turnos en las interacciones, les cuesta escuchar y preguntarse qué pasa en la mente del otro, hay que ayudarles a mentalizar.

Es frecuente que los padres de los niños con TDAH tengan una interacción negativa y sean críticos, lo que puede conducir a que los niños tengan un autoconcepto negativo. Se debería trabajar con los padres, ayudándoles a que validen con frecuencia al niño y que sea de forma no crítica. Habría que conseguir que el niño tenga sensación de éxito.

Si los padres están preocupados por el tiempo que el niño necesita para hacer los deberes, son útiles los vídeos de deberes que incluyan planificación y ajustados al tiempo que el niño o la niña puede tolerar.

## Ansiedad

Los niños que tienen problemas para regular sus emociones necesitan ayuda para reconocerlas en sí mismos. Se necesita lenguaje descriptivo, dar comprensión a la emoción: (“mira, estás enfadado, lo entiendo, mamá ha cometido un error y estas enfadado”) e identificar la emoción a nivel corporal (Downing, 2011)

Existen diversas estrategias para ayudar a mentalizar las emociones con los niños mayores, con los adolescentes o con los padres: a) ayudar a nombrar la emoción (“¿qué emoción dirías que sientes ahora?”); b) ayudar al paciente a sentir mejor la emoción (“¿dónde sientes eso en tu cuerpo?, ¿en el pecho, en la garganta, en los ojos...?”); c) un recurso de expresión corporal (“¿puedes mostrarme con tus manos o tu cuerpo a qué se parece esa emoción?”). Estos recursos ayudan a representarse las emociones y proporcionan un sentimiento de control sobre ellas y se puede contactar con las emociones de forma no amenazante.

Un apego desorganizado en los primeros años puede desembocar en una conducta controladora y ansiosa con miedos y obsesiones en los años siguientes. Los niños con un apego desorganizado se viven impotentes ante sus temores, al tiempo que subestiman sus propias capacidades para enfrentarse a lo temido. Desencadenan entonces una conducta controladora con objeto de mantener al adulto a su lado. La ayuda con la VIT pasa por desactivar esos pensamientos de impotencia, por disminuir la ansiedad de separación e incluso por abordar de forma concreta los temores de estos niños con vídeos que impliquen algún grado de exposición a las situaciones u objetos temidos.

## Niños mayores y adolescentes

Tal como planteaba Bowlby (1976), los modelos internos de apego no están totalmente formados y acabados en la infancia, sino que siguen construyéndose más allá de esta. Las representaciones mentales de base segura de los adolescentes están determinadas, solamente en parte, por las experiencias de los primeros años. Estas representaciones se reorganizan a partir de la información de la relación con los padres a lo largo de la infancia y adolescencia. Las habilidades de parentalidad, por tanto, siguen

influyendo en la construcción de las representaciones de los hijos sobre la disponibilidad de los padres como base segura a lo largo de la infancia y la adolescencia (Vaughn et al., 2016).

Con los niños mayores y los adolescentes, los vídeos se pueden trabajar solo con ellos, solo con los padres, entre hermanos, todos juntos, etc. Las situaciones que se pueden grabar son muy variadas, pueden ser de la conducta problema, como alimentación, problemas de conducta, negociación, etc. o, como se ha señalado más arriba, se pueden proponer interacciones con material o los paradigmas de Feldman (1998a).

Durante la discusión de un conflicto, las díadas madre/padre-adolescente con un *apego seguro* mantienen ciertos límites, como si compartieran la convicción de que el vínculo que les une está por encima de cualquier diferencia. De manera que cuando discuten, confrontan opiniones y escalan, uno de los dos cede, y no siempre es el más mayor o el adulto. Las discusiones, por intensas que sean, incluyen algún metamensaje positivo sobre la propia discusión, de forma que, en las VIT con adolescentes, el señalar algún aspecto positivo e incluso introducir el humor contribuye a un mejor resultado.

Las díadas con *apego evitativo* escalan pronto en las discusiones y estas acaban con frecuencia en enfado y ruptura. A diferencia de las díadas seguras que reparan pronto la relación, las evitativas pueden mantener la distancia y el enojo durante tiempo, a veces días. Los vídeos con ellos pueden centrarse a ayudar a regular la emoción y no precipitarse.

Las díadas con *apego preocupado* quedan atrapadas en discusiones interminables sin llegar a ningún acuerdo. La estrategia de vínculo preocupado consiste en asegurarse el contacto y la presencia física del otro, más que lograr un acuerdo. La ayuda con este tipo de díadas pasa por proporcionar una estructura de negociación; el esquema propuesto más arriba puede ser de utilidad.

### Madres adolescentes

En la adolescencia, la tarea evolutiva adolescente de avanzar hacia la autonomía entra en conflicto con el ejercicio del rol parental que precisa la crianza de un niño. La activación de

la parentalidad estimulada por el recién nacido compite con la necesidad de la madre adolescente de realizar su propia transición hacia la edad adulta. Además, otros factores de riesgo, como la disfunción familiar, el maltrato o el apego desorganizado se suman con frecuencia a esta circunstancia. Estos factores provocan en la madre adolescente sentimientos de vulnerabilidad y baja autoestima (Fraiberg et al., 1975) y comprometen muchas veces, no solo el vínculo que se establece entre madres e hijos, sino también el desarrollo posterior de ambos (Osofsky, Hann y Peebles, 1993).

Una de las dificultades más importantes con las madres adolescentes tiene que ver con la intrusividad en sus interacciones. Las madres adolescentes tienen más dificultades que las adultas para regular las emociones negativas de los niños, con lo que se producen situaciones de agresividad hacia sus bebés con más frecuencia.

La VIT aumenta la sensibilidad de la joven madre, al descubrir las capacidades comunicativas de su bebé y su propia sintonización con él. También le ayuda a disminuir las atribuciones erróneas y a tratarlo como un ser que piensa y siente. En un estudio reciente en se aplicó un tratamiento basado en VIT a madres adolescentes de entre 14 y 21 años (Riva et al., 2016), tras la VIT las madres adolescentes aumentaban su sensibilidad interactiva y disminuyeron su intrusividad, lo que hizo que sus bebés tuvieran un estilo más cooperativo y menos pasivo.

## SEGUNDA PARTE: ESTUDIO PILOTO SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LA VIT EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTIL I JUVENIL (2)

Este estudio piloto se llevó a cabo en condiciones reales de asistencia en el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) de Cornellà, ciudad anexa a Barcelona, y tuvo como objetivo reunir información del uso de las técnicas de VIT por un equipo interdisciplinar de salud mental, así como de sus resultados. El equipo del CSMIJ había asistido a los seminarios de George Downing. Se utilizó la VIT con la población clínica habitual del Centro, con lo que se pudo disponer de una muestra suficiente para realizar este estudio retrospectivo (Rius, Navarro, Pérez, Albiac, Ortiz y Lacasa, 2014).

## Método

### Población

Se recogieron datos de 93 tratamientos VIT realizados a otros tantos pacientes y sus familias, entre los años 2008 y 2014, en el CSMIJ de Sant Joan de Deu en Cornellà. Este centro atiende a niños y adolescentes entre cero y 17 años de cuatro poblaciones del área metropolitana de Barcelona.

Los pacientes fueron 32 niñas y 61 niños de entre cuatro y 17 años. El 11 % tenían entre cuatro y cinco años; el 60 %, entre seis y 11 años; y el 27 %, entre 12 y 17 años. La distribución por sexo y edad de los pacientes en los que se aplicó VIT coincidió con la distribución general de edades de pacientes atendidos en el centro.

Los participantes en el tratamiento, además de los propios pacientes, fueron uno de los padres (40,9 %), los dos padres (28 %), los hermanos (19,4 %) o padres y hermanos (11,8 %).

Participaron seis terapeutas que habían recibido formación de la técnica VIT por George Downing y supervisión de casos por el primer autor de este trabajo, supervisor acreditado en VIT.

Los síntomas y problemas clínicos más frecuentes fueron los Problemas de conducta (31 %), TDAH (17 %), Problemas de relación (14 %) y TEA (12 %) (ver Tabla 2 del anexo).

### Procedimiento

La inclusión de los pacientes y sus familias fue consecutiva. El terapeuta proponía la VIT al paciente y la familia como parte de un plan de tratamiento más amplio o como tratamiento único, si pensaba que podía contribuir a su mejora. No existía a priori un perfil determinado de pacientes. A las familias que aceptaban se les explicaba el modo de tratamiento y firmaban un documento conforme habían recibido dicha explicación y un consentimiento informado de filmación y custodia de las grabaciones.

En cuanto al número de vídeos utilizados en la VIT, en el 43 % de los casos se utilizó un solo vídeo, en el 30 % dos vídeos, en el 10 % tres vídeos y en el 13 % restante entre cuatro y siete vídeos.

En seis casos la VIT fue el tratamiento único, mientras que en 82 se combinó con otros abordajes psicoterapéuticos. Finalmente se

incluyeron cinco casos que habían sido resistentes a otros tratamientos.

Al final de la VIT, los terapeutas cumplimentaban un registro con los siguientes datos de cada caso: datos personales, síntomas y problemas prioritarios, familiares que habían participado en la VIT, número de vídeos con los que se había trabajado, mejora clínica, otros tratamientos y objetivos de la VIT.

Los terapeutas consensuaron previamente los focos de tratamiento u objetivos que se querían alcanzar con la VIT, en base a su experiencia previa. Surgieron 14 objetivos que fueron agrupados en siete categorías: a) *Explorar la calidad del vínculo* entre infantes y padres; b) *Mejorar la sensibilidad parental* según los criterios de Ainsworth (1989) (sensibilidad para captar las señales del otro; interpretación realista, no proyectiva); c) *Empoderamiento de los padres* (disfrutar del juego, promover una parentalidad positiva [Juffer et al., 2007], desculpabilizar a los padres y estimularles como agentes del cambio); d) *Mejorar las habilidades parentales* (psicoeducación sobre el neurodesarrollo del niño, manejo de límites, disminuir estrategias de control y coerción); e) *Mejorar la autorregulación emocional y la autoestima* de los niños y adolescentes (representación mental y simbolización, autoconciencia, autoestima, regulación emocional); f) *Mejorar la relación entre hermanos*; g) *Mejorar habilidades de negociación* adolescente y padres.

## Resultados

La VIT se aplicó en el 90 % de los casos en combinación con otros tratamientos. Sólo en seis casos se utilizó como única modalidad de tratamiento. No hubo diferencias en cuanto a la edad, la VIT se aplicó en la misma proporción de los grupos de edad de los pacientes (60 % en niños de seis a 11 años, 30 % en adolescentes de 12 a 17 años, y el 10 % preescolares menores de 5 años). Sí hubo diferencias en la edad en el número de vídeos utilizado en cada VIT, con los preescolares se utilizaron más vídeos que con los niños mayores y adolescentes ( $p = 0,036$ ).

El primer objetivo perseguido por los terapeutas con la VIT fue *Incrementar la sensibilidad*



parental (27 %), objetivo que engloba dos indicaciones: *Mejorar la sensibilidad ante las conductas de apego* (10 %) e *Interpretarlas en forma realista y no proyectiva* (17 %). El segundo objetivo más señalado fue el de incrementar el *Empoderamiento de los padres* (21 %), seguido de *Incrementar las habilidades parentales* (16 %) (ver Tabla 1 del anexo). Con los niños más pequeños el principal objetivo fue el de *Mejorar las habilidades parentales*, con los escolares *Mejorar la sensibilidad parental*, el *Empoderamiento* y la *Habilidades parentales* y con los adolescentes *Mejorar las habilidades de negociación*, la *Relación entre hermanos* y el *Empoderamiento de los padres* ( $p = 0,25$ ).

En cuanto a los resultados de la intervención valorados por los terapeutas, el 92,5 % de los niños y adolescentes que han recibido la VIT mejoran, frente al 7,5 % que no lo hacen ( $X^2 = 35,88$ ,  $p = 0,023$ ).

El 18,3 % logra una “mejora importante”; el 35,5 % “mejoran”; el 38,7 % logra una “mejora leve”; y el 7,5 % “no mejoran”. Es decir, el 61 % de los pacientes con *Problemas Relacionales* tiene una franca mejora, y la mitad de los pacientes con diagnóstico de *TDAA* y *Problemas Conductuales* logra una mejora o una franca mejora (ver Tabla 1 del anexo).

Entre los pacientes que mejoran encontramos que el 100 % de aquellos que tiene la VIT como tratamiento único mejoran. Y aunque son solo cinco pacientes que se incluyeron como resistentes a otros tratamientos, cuatro de ellos mejoran con el VIT.

Los resultados son independientes de los terapeutas, no se encuentran diferencias en la mejora clínica, objetivos de la intervención, número de vídeos o la edad.

## Discusión

Este estudio piloto pretende describir cómo las técnicas de VIT son usadas en un equipo interdisciplinar de salud mental infanto-juvenil, así como los resultados de utilizarlas según los terapeutas.

Se confirma que la VIT es un tratamiento psicológico polivalente, indicado para diferentes problemas psicopatológicos desde la infancia a la adolescencia. En el estudio fue aplicada en el

tratamiento de ocho síntomas y problemas psicopatológicos diferentes, con muy buenos resultados según la propia valoración de los terapeutas, pues el 92,5 % de los casos tratados con VIT mejoran. Esta mejora fue más significativa en el grupo de pacientes que tenían problemas relacionales. Aunque todos los problemas de salud mental afectan el área relacional de la persona, en ocasiones las relaciones familiares son el síntoma principal. La VIT, al involucrar directamente a padres e hijos y centrarse en las relaciones interactivas, se muestra especialmente efectiva en estos casos.

El estudio también ha ayudado a identificar qué objetivos u indicaciones de tratamiento tiene la VIT para los clínicos del estudio. La VIT tiene multitud de aplicaciones, muchas de ellas todavía estarán por descubrir. Con todo, las 14 indicaciones de tratamiento elegidos por el equipo terapéutico pueden servir de orientación para investigaciones posteriores.

Siendo que la VIT tiene una fuerte orientación en la teoría del apego, no es extraño observar que los dos objetivos principales elegidos por los terapeutas coinciden con dos de las tres características de lo que Mary Ainsworth llama *Sensibilidad parental*, esto es la *Sensibilidad para percibir las señales del otro* y la *Interpretación realista, no proyectiva*.

No se han encontrado diferencias en los resultados en función de los terapeutas que hicieron la VIT, lo que puede explicarse porque la VIT es prácticamente un procedimiento manualizado, además los terapeutas recibieron formación del propio George Downing, supervisión del segundo autor y forman parte del mismo equipo de salud mental. Esto también podría explicar que la VIT se aplicara mayoritariamente combinada con otros tipos de intervención, más que como tratamiento único, pues era la época en que los terapeutas la estaban incorporando a su arsenal terapéutico.

En cuanto a futuras líneas de investigación sugerimos las de estudiar su efectividad como tratamiento único y su efectividad en casos resistentes a otros tratamientos, ya que, aunque fueron pocos tratamientos, todos los casos en que se aplicó la VIT como tratamiento único, mejoraron y cuatro de los cinco casos resistentes a otros tratamientos también mejoraron.

Este es un estudio que ofrece resultados prometedores y es útil como estudio piloto, pero su diseño no permite generalizar sus resultados. Serán necesarios estudios posteriores con mayor número de casos y un diseño experimental, que ofrezcan resultados generalizables. Los métodos de bio-feedback van a ser cada vez más usados en la asistencia pública por su eficacia en diferentes problemas psicopatológicos, su flexibilidad y buena relación coste-beneficio. La VIT de George Downing tiene todas las cualidades para ser una de las más utilizadas.

## Conclusiones

La VIT de George Downing es una herramienta eficaz para mejorar las interacciones y relaciones vinculares y, por ende, la salud mental de las personas. En este artículo, se han expuesto los fundamentos de la VIT de manera manualizada para que el lector pueda iniciarse en su aplicación en su propio contexto. La técnica se integra bien en la práctica de aquellos profesionales con formación en psicología y psicopatología del desarrollo y teoría del apego, como se ha visto en la descripción de cómo se ha utilizado la VIT por un equipo de Salud mental infantil y juvenil, que la incorporaron a su arsenal psicoterapéutico con buenos resultados de eficacia y eficiencia en una amplia variedad de problemas psicopatológicos.

## Notas

(1) La información sobre seminarios y supervisión de VIT en diversos países se puede consultar en <http://www.vit-downing.com/>

(2) Los resultados de este estudio fueron presentados como póster en el V Congrés Català de Salut Mental de la Infància i l'Adolescència (Rius, Navarro, Pérez, Albiac, Ortiz y Lacasa, 2014).

## Bibliografía

- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ainsworth, M. D. (1989). Attachments beyond infancy. En *The American Psychologist* 44(3-66).

- Bakermans-Kranenburg, M. J. (2006). Script-like attachment representations: Steps towards a secure base for further research. *Attachment and Human Development*, 8(3), 275-281. <http://www.informaworld.com/10.1080/14616730600910037>
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H. y Juffer, F. (2003). Less is More: Meta-Analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195-215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.195>
- Beebe, B., Sorter, D., Rustin, J. y Knoblauch, S. (2003). A comparison of Meltzoff, Trevarthen, and Stern. *Psychoanalytic Dialogues*, 13(6), 777-804. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000291&a=Una-comparacion-entre-Meltzoff-Trevarthen-y-Stern>
- Berry Brazelton, T., Nugent, J. K. y Costas Moragas, C. (1997). *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1976). Vol. II. *La Separación Afectiva*. Barcelona: Paidós S.A.I.C.F.
- Cohen, N. J., Muir, E., Lojkasek, M., Muir, R., Parker, C. J., Barwick, M. y Brown, M. (1999). WATCH, WAIT, AND WONDER: An Infant-led Approach to Infant-parent Psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20(4), 429-451.
- Downing, G. (2007). A different way to help. En A. Fogel, B. J. King y S. G. Shanker (Eds.), *Human Development in the Twenty-First Century* (pp. 200-205). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511489693.021>
- Downing, G. (2008). Effects of parental supportiveness on toddlers' emotion regulation over the first three years of life in a low-income African American sample. *Infant mental health journal*, 29(3), 278-295. <https://doi.org/10.1002/imhj>
- Downing, G. (2010a). *Seminarios VIT: Violencia*. Fundación Ferran Angulo. Barcelona
- Downing, G. (2010b). *Seminarios VIT: Autismo*. Fundación Ferran Angulo. Barcelona
- Downing, G. (2011). *Seminarios VIT: Ansiedad*. Fundación Ferran Angulo. Barcelona
- Downing, G. (2016). *Seminarios VIT: TDAH*. Fundación Ferran Angulo. Barcelona
- Downing, G. (2020). *Seminarios VIT: Mentalización*. Fundación Ferran Angulo. Barcelona



- Downing, G., Bürgin, D., Reck, C. y Ziegenhain, U. (2008). Interfaces between intersubjectivity and attachment: Three perspectives on a mother-infant inpatient case. *Infant Mental Health Journal*, 29(3), 278-295. <https://doi.org/10.1002/imhj.20177>
- Downing, G., Wortmann-Fleischer, S., von Einsiedel, R., Jordan, W. y Reck, C. (2013). Video intervention therapy with parents with a psychiatric disturbance. En K. Brandt, B. Perry, S. Seligman y E. Tronick (Eds.), *Infant and early childhood mental health: core concepts and clinical practice* (pp. 261-280). Washington: American Psychiatric Association.
- Facchini, S., Martin, V. y Downing, G. (2016). Pediatricians, Well-Baby Visits, and Video Intervention Therapy: Feasibility of a Video-Feedback Infant Mental Health Support Intervention in a Pediatric Primary Health Care Setting. *Frontiers in Psychology*, 7, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00179>
- Feldman, R. (1998a). *Coding interactive behavior manual. Extension Adolescent Versión*. Manual no publicado.
- Feldman, R. (1998b). *Coding interactive behavior manual*. Manuscrito no publicado.
- Fraiberg, S., Adelson, E. y Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(0002-7138; 3), 387-421.
- Gergely, G. y Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 77 (Pt 6), 1181-1212.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J. y van Ijzendoorn, M. H. (2007). Promoting positive parenting : an attachment-based intervention. En *Monographs in parenting series*. <https://doi.org/10.4324/9780203809624>
- Leyton, F., Olhaberry, M., Alvarado, R., Rojas, G., Dueñas, L. A., Downing, G. y Steele, H. (2019). Video feedback intervention to enhance parental reflective functioning in primary caregivers of inpatient psychiatric children: Protocol for a randomized feasibility trial. *Trials*, 20(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3310-y>
- Lotzin, A., Lu, X., Kriston, L., Schiborr, J., Musal, T., Romer, G. y Ramsauer, B. (2015). Observational Tools for Measuring Parent-Infant Interaction: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(2), 99-132. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0180-z>
- Main, M. y Solomon, G. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M. T. Greenberg, D. Cicchetti y E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in Preschool Years 4*, 121-160.
- Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2016). Adult Attachment and Affect Regulation. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment*. 507-533. New York: Guilford Press.
- Obsuth, I., Hennighausen, K., Brumariu, L. E. y Lyons-Ruth, K. (2014). Disorganized Behavior Adolescent-Parent Interaction: Relations to Attachment State of Mind, Partner Abuse, and Psychopathology. *Child Development*, 85(1), 370-387. <https://doi.org/10.1111/cdev.12113>
- Osofsky, J. D., Hann, D. M. y Peebles, C. (1993). Adolescent parenthood: Risks and opportunities for mothers and infants. En *Handbook of infant mental health*. (pp. 106-119). New York: Guilford Press.
- Rius, T., Navarro, M. A., Pérez, S., Albiac, N., Ortiz, E. y Lacasa, F. (2014). Experiència de psicoteràpia amb Videointervenció Terapèutica en un Centre de Salut Mental Infantojuvenil. V *Congrés Català de Salut Mental de la Infància i l'Adolescència. Experiències en Salut Mental: Assistència, Recerca i Formació*.
- Riva Crugnola, C., Ierardi, E., Albizzati, A. y Downing, G. (2016). Effectiveness of an attachment-based intervention program in promoting emotion regulation and attachment in adolescent mothers and their infants: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 7, 1-17. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00195>
- Riva Crugnola, C., Ierardi, E., Albizzati, A. y Downing, G. (2014). Emotion regulation and maternal attachment in adolescent mothers and their infants: risk assessment and video intervention. *Conference: 6th International Attachment Conference*, 25.
- Rochat, P. (2009). *Others in Mind: Social Origins of Self-Consciousness*. Cambridge University Press.

- <https://doi.org/10.1017/CBO9780511812484>  
Robertson, J. y Robertson, J. (1967-72). *Young Children in Brief Separation (Film series)*. Londres: Tavistock Institute of Human Relations.
- Rusconi-Serpa, S., Sancho Rossignol, A. y McDough, S. C. (2009). Video feedback in parent-infant treatments. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(3), 735-751.  
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2009.02.009>
- Spitz, R. A. (1972). *El primer año de vida del niño*. Madrid: Aguilar.
- Steele, M., Steele, H., Bate, J., Knafo, H., Kinsey, M., Bonuck, K., Meisner, P. y Murphy, A. (2014). Looking from the outside in: the use of video in attachment-based interventions. *Attachment & human development*, 16, 402-415.  
<https://doi.org/10.1080/14616734.2014.912491>
- Tello, C., López García, J. M. y Pérez García, J. A. (2011). Video feedback intervention therapy en niños menores de 6 años con trastornos de la conducta alimentaria. *12o Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*, 1-8.
- Tronick, E. y Reck, C. (2009). Infants of Depressed Mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2), 147-156.  
<https://doi.org/10.1080/10673220902899714>
- van IJzendoorn, M. H. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2019). Bridges across the intergenerational transmission of attachment gap. *Current Opinion in Psychology*, 25, 31-36.  
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.014>
- Vaughn, B. E., Waters, T. E. A., Steele, R. D., Roisman, G. I., Bost, K. K., Truitt, W., Waters, H. S. y Booth-Laforce, C. (2016). Multiple domains of parental secure base support during childhood and adolescence contribute to adolescents' representations of attachment as a secure base script. *Attachment & Human Development*, 18(4), 317-336.  
<https://doi.org/10.1080/14616734.2016.1162180>
- Vygotsky, L. S. (2009). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica S.L.

## Anexos

**Tabla 1. Objetivos de la Video Intervención**

| Objetivos de la intervención                        | N  | %    |
|-----------------------------------------------------|----|------|
| Explorar la calidad del vínculo infante padre/madre | 24 | 11 % |
| Sensibilidad parental                               | 60 | 27 % |
| Empoderamiento madre/padre                          | 46 | 21 % |
| Habilidades parentales                              | 35 | 16 % |
| Autoregulación-autoestima infante                   | 30 | 14 % |
| Negociación adolescente                             | 13 | 6 %  |
| Relación entre hermanos                             | 11 | 5 %  |

**Tabla 2. Diagnósticos y resultados de la Video Intervención**

| Diagnóstico            | N         | Franca Mejoría | Mejora    | Mejora leve | Sin Mejora |
|------------------------|-----------|----------------|-----------|-------------|------------|
| Problemas de Conducta  | 29        | 3              | 13        | 12          | 1          |
| TDAH                   | 17        | 1              | 7         | 8           | 1          |
| Problemas de Relación  | 13        | 8              | 3         | 1           | 1          |
| TEA                    | 11        | 1              | 4         | 5           | 1          |
| Ansiedad               | 8         | 1              | 3         | 4           | 0          |
| Retardo Desarrollo     | 8         | 1              | 1         | 5           | 1          |
| Problemas Alimentación | 5         | 1              | 1         | 1           | 2          |
| Madre adolescente      | 2         | 1              | 1         | 0           | 0          |
| <b>Total</b>           | <b>93</b> | <b>17</b>      | <b>33</b> | <b>36</b>   | <b>7</b>   |
|                        |           | 18 %           | 35 %      | 39 %        | 8 %        |

# Desempeño sociocomunicativo en niños con TEA. Un análisis desde la Lógica Transcursiva (1)\*

DANTE ROBERTO SALATINO<sup>1</sup>

## RESUMEN

*Desempeño sociocomunicativo en niños con TEA. Un análisis desde la Lógica Transcursiva.* El propósito de este trabajo es revisar los fundamentos neurobiológicos y psíquicos de la llamada Teoría de la Mente (ToM), cuyas supuestas fallas en su desarrollo pretenden explicar la aparición de los trastornos sociocomunicativos que presentan las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) para arrojar algo de luz sobre la aparición de algunos signos como, por ejemplo, los rasgos no sociales del autismo. A partir de un análisis crítico de algunos aportes de las Ciencias Cognitivas, llegamos a la conclusión de que la ToM es un modelo inapropiado para evaluar la comprensión del lenguaje, porque no tiene en cuenta sus aspectos subjetivos. La Lógica Transcursiva, como contrapartida, aporta una interpretación del proceso comunicativo y, de esa forma, demuestra la improcedencia de la ToM. **Palabras clave:** autismo, Teoría de la Mente, neuronas espejo, comprensión del lenguaje, proceso comunicativo, lógica transcursiva.

## ABSTRACT

*Socio-communicative performance in children with ASD. An analysis from Transcursive Logic.* The purpose of this paper is to review the neurobiological and psychological foundations of the so-called Theory of Mind (ToM), whose alleged flaws in its development pretend to explain the appearance of the socio-communicative disorders presented by people with Autism Spectrum Disorder (ASD) in order to shed some light on the appearance of some signs such as, for example, the non-social features of autism. From a critical analysis of some contributions from the Cognitive Sciences, we conclude that the Theory of Mind is an inappropriate model to assess language comprehension because it does not take into account its subjective aspects. Transcursive Logic, on the other hand, provides an interpretation of the communicative process and thus demonstrates the inappropriateness of the Theory of Mind. **Keywords:** autism, Theory of Mind, mirror neurons, language comprehension, communicative process, transcursive logic.

## RESUM

*Acompliment social i comunicatiu en nens amb TEA. Una anàlisi des de la Lògica Transcursiva.* El propòsit d'aquest treball és revisar els fonaments neurobiològics i psíquics de l'anomenada Teoria de la Ment (ToM), en la que les suposades falles en el seu desenvolupament pretenen explicar l'aparició dels trastorns socials i comunicatius que presenten les persones amb trastorn de l'espectre autista (TEA) per clarificar l'aparició d'alguns signes com, per exemple, els trets no socials de l'autisme. A partir d'una anàlisi crítica d'alguns aportacions de les Ciències Cognitives, arribem a la conclusió que la ToM és un model inadequat per avaluar la comprensió de llenguatge, perquè no té en compte els seus aspectes subjectius. La Lògica Transcursiva, com a contrapartida, aporta una interpretació del procés comunicatiu i, d'aquesta forma, demostra la improcedència de la ToM. **Paraules clau:** autisme, Teoria de la Ment, neurones mirall, comprensió de el llenguatge, procés comunicatiu, lògica transcursiva.

## Introducción

Las investigaciones realizadas por psicólogos y psicolingüistas cognitivos sugieren que los déficits sociocomunicativos en los niños

con Trastornos del Espectro Autista (TEA) se agrupan en dos grandes áreas: 1) La capacidad de prestar atención, que se refleja en la dificultad de coordinar la atención entre sujeto y objeto; y 2) La capacidad de usar símbolos, que

\*Debido a la extensión del artículo, se ha dividido en dos partes. La segunda se publicará en el próximo número 39 (abril 2022).

<sup>1</sup>Cardiólogo Clínico. Doctor en Letras, especialidad Psicolingüística, por la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. Contacto: [dantesalatino@gmail.com](mailto:dantesalatino@gmail.com)

Recibido: 11/2/21 - Aceptado: 21/6/21

se evidencia en la dificultad para aprender los significados convencionales o compartidos de los símbolos, sobre todo en la adquisición de gestos, de palabras, en la imitación y en el juego (Wetherby, 2006).

La capacidad de prestar atención se fundamenta, según esta corriente de pensamiento, en la adquisición por parte del niño de tres logros que le permite ser interlocutor válido para aprender a hablar: a) compartir la atención, b) compartir el afecto, y c) compartir las intenciones (Stern, 1985). A partir de aquí, el niño, a través del lenguaje, puede “regular su comportamiento”, “comenzar la interacción social” y “prestar atención”. Todas son cuestiones que se basan en la dudosa capacidad de los niños de ser “elaboradores de hipótesis”, defendida por la propuesta de Bruner (1981) -quien, a su vez, se basa en las ideas de Chomsky (1957)-, que propone la existencia, en nuestro cerebro, de un “dispositivo de adquisición del lenguaje”; una especie de “procesador lingüístico” innato en donde está “grabada” una “gramática universal”; o, lo que es lo mismo, el conocimiento de las reglas existentes en todas las lenguas. El niño, según esta particular teoría, al recibir los estímulos lingüísticos de su entorno deriva las “reglas gramaticales universales” para formar nuevas oraciones, perfectamente estructuradas.

En cuanto a la emergencia del uso del símbolo, se especula que el niño “adquiere” un repertorio de sonidos convencionales y gestos que expresan intenciones, lo que presupone un creciente conocimiento de los significados compartidos (Bates, 1979); ideas que también tienen la impronta chomskiana.

El tiempo se encargó de mostrar las inconsistencias de las teorías invocadas anteriormente, por no haberse demostrado ninguna de sus predicciones. Sin embargo, hoy en día se siguen utilizando para *explicar* cómo el niño adquiere el lenguaje y qué es lo que se altera en estos mecanismos inexistentes, como para que un autista presente un déficit sociocomunicativo. Algunas de estas teorías tienen más de 60 años de antigüedad y todas ellas adhieren a la metáfora computacional.

Cuando se trató de hallar un correlato neural del mecanismo de *prestar atención*, surgió una teoría que trató de establecer un puente entre

prestar atención y el desarrollo *sociocognitivo*. Esta teoría se llamó *Teoría de la mente* (ToM).

De acuerdo con la teoría original, respecto de la cognición social, los niños desarrollan una sucesión de *teorías de la mente* que, como verdaderas teorías científicas, postulan entidades mentales abstractas coherentes y leyes que permiten hacer predicciones, interpretaciones y dar explicaciones. Esto les posibilitaría interactuar exitosamente con otras personas (Leudar y Costall, 2009). Para el niño autista o con síndrome de Asperger, afirman los psicólogos cognitivistas, esto no es posible. De allí las dificultades que estos niños tienen para comunicarse socialmente y sus trastornos en el manejo del lenguaje.

La ToM no pasó de la promesa de confirmar la afirmación filosófica cognitivista de que nuestra comprensión y sentido común pueden explicarse mediante una “teoría empírica” de la mente (por ejemplo, Premack y Woodruff, 1978; Leslie, 1987; Wellman, 1990). Esta presunción también es heredera directa de la teoría del lenguaje elaborada por Chomsky, que fue, a la vez, piedra fundamental de la psicología cognitiva (Salatino, 2012).

Este particular y poco comprometido enfoque de lo mental derivó en elucubraciones que asignaban estados mentales a los otros y a uno mismo, coordinados con las acciones sociales; una suerte de *lectura mental* o *mentalización* mediante la cual se pueden inferir los estados internos que dan lugar a los deseos, las emociones, las creencias y las intenciones de los demás. El apelativo de “teoría” surgió de la afirmación (sin argumentos válidos) de que la comprensión interpersonal era un logro teórico, que implicaba a una persona que construía y utilizaba una “teoría” o cualquier mecanismo lógico sustituido sobre la naturaleza de las mentes (Leudar y Costall, 2009).

La ToM es una más de las aristas dogmáticas de la metáfora computacional de la mente que fue transformada en *verdad objetiva* por la psicología cognitiva y desde donde se carece de una perspectiva epistémica adecuada como para saber lo que otra persona realmente piensa o siente, o comprender nuestro propio pensamiento y sentir.

Los defensores de la teoría aducen que solo la

evidencia experimental puede determinar si alguien, realmente, es capaz de comprender a las otras personas. Surge así la primera dificultad metodológica para validar esta teoría, ya que la experimentación está preñada de condiciones artificiales, sesgadas y estrictamente controladas como para que se ponga en evidencia que la persona examinada toma cierto “atajo psicológico”, generalmente de índole inferencial, que lo hace comprender qué sienten o están pensando los demás. Los psicólogos cognitivistas toman los datos para sus experimentos de sus *inferencias teóricas* que surgen, según manifiestan, de la evidencia disponible, la que siempre demuestra estar absolutamente desconectada de las estructuras mentales ocultas que pretenden descubrir.

La *Lógica Transcursiva* (LT) ha demostrado que las inferencias no son parte del arsenal que utiliza la psiquis para generar pensamientos o ideas (Salatino, 2013), por lo cual llegamos a la conclusión de que las ciencias cognitivas que dan sustento a la ToM están en el camino equivocado porque no logran llegar a la esencia del fenómeno bajo estudio, única forma en que podría tener sentido su propuesta. En pocas palabras, la ToM no es una forma adecuada para analizar el entendimiento social porque se basa solo en patrones de conducta social aparentes, los que nunca pueden ser confirmados en la realidad, porque surgen de fenómenos no observables.

Más allá de la ausencia de argumentos que convaliden el paradigma de la ToM, su cariz dogmático se hace más evidente aun cuando esta propuesta cientificista y autosuficiente que la sustenta se vuelve refractaria a las evidencias neurobiológicas, más allá de la escasa y viciada evidencia empírica con que se cuenta.

### Supuestas bases neurales

Más propias de una *impostura intelectual* al estilo de Alan Sokal y Jean Bricmont, que de una serendipia surgieron en 1996 las “neuronas espejo” en manos de Vittorio Gallese (2001) y su equipo, en el Instituto de Fisiología Humana de la Universidad de Parma, Italia. Las neurociencias cognitivas suponen que esta es la base neural indiscutible de la ToM.

Hasta los mismos defensores de la teoría de que “entendemos la acción” porque la representación de esa acción es activada en nuestro cerebro han puntualizado una serie de evidencias que muestran que los datos obtenidos en los monos no prueba esta teoría de la cognición basada en las neuronas espejo, como tampoco la dudosa existencia de estas células en el humano dedicadas al “entendimiento de la acción”, capacidad que, aunque no posea una definición homogénea entre los investigadores, ha sido asignada como explicación hasta de la percepción del habla, o como un puente necesario entre el “hacer” y el “comunicar” (Rizzolatti y Arbib, 1998).

Otro problema con las neuronas espejo es que su existencia y su comportamiento han sido inferidos a través de una serie de medios indirectos, que carecen de especificidad (tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética funcional [fMRI], estimulación transcraneal [TMS], potenciales motores evocados [MEP], entre otros; por ejemplo, Baron-Cohen, Tager-Flusberg y Lombardo, 2013). Dado lo anterior, es que no hay evidencia firme de que, en el mono, las neuronas espejo permitan el “entendimiento de la acción”. Por otro lado, la relación entre las neuronas espejo de los monos y el *sistema espejo* del humano no es paralela o, mejor, es indeterminada. En el humano, el “entendimiento de la acción” (si es que esto existe) está disociado de los aspectos neurofisiológicos del supuesto *sistema espejo*. Hay una franca disociación entre el supuesto “entendimiento de la acción” y la producción de la acción. El daño de la circunvolución frontal inferior (la zona cerebral humana homóloga a la F5 del mono, que es donde se *encontraron* las neuronas espejo por primera vez) no se correlaciona con un déficit del “entendimiento de la acción”. Finalmente, la generalización del *sistema espejo* al reconocimiento de la voz falla por cuestiones empíricas. En resumen, por fascinante que sea la propuesta de la existencia y funcionamiento de estas células, nunca ha sido debidamente testada en monos y, en humanos, hay una fuerte evidencia empírica de una doble disociación fisiológica y neuropsicológica que conspira en su contra (Hickok, 2009, 2014).

Merece un análisis especial el apartado del



reconocimiento de la voz y el comienzo de la comunicación intencional en el humano, manejado por las neuronas espejo, dada la importancia que el tema tiene en los autistas que presentan frecuentemente serios trastornos en el manejo del lenguaje, los que son achacados a una dificultad en la elaboración de la ToM.

La osadía de la propuesta (Rizzolatti y Arbid, 1998) es tal que se le asigna una “gramática pre-lingüística” al control y observación de la acción en el cerebro del mono. Con el objeto de proveer una expresión abstracta del *significado* de la actividad neural de la corteza premotora (area F5 del mono), los investigadores eligieron adherir a la teoría lingüística “gramática de casos” de Fillmore (1968), un derivado de la teoría sintáctica de Chomsky. Este abordaje del lenguaje considera la existencia de una estructura superficial y otra profunda de las sentencias. O una estructura imperativa (asignada arbitrariamente a las neuronas canónicas de la región F5) y una declarativa (asignada de la misma manera a las neuronas espejo de la región F5 del mono). Luego, de una manera casi mágica, se produce una transición de la acción al lenguaje, aplicándosele a los comandos lingüísticos el mismo principio que a los comandos motores, haciendo que el área de Broca “codifique frases verbales”, restringiendo “frases nominales”. Este *conocimiento* (objetos o frases nominales) podría estar completamente fuera del área F5 (en el mono) o de Broca (en el humano); por ejemplo, en el lóbulo temporal.

Más allá de la falta total de fundamento que muestra esta extraña forma de sugerir el origen de nuestro lenguaje, en un trabajo anterior (Salatino, 2012, p. 257) demostramos que ninguna de las teorías lingüísticas cognitivas vigentes hoy cumple con demostrar cómo se produce y comprende nuestro lenguaje, y mucho menos pueden aportar algo sobre su origen, o de las supuestas *estructuras mentales* que lo soportan.

Según el análisis realizado, la aseveración “hay evidencia que las mismas estructuras neurales que se activan durante las sensaciones y emociones se activan también cuando las mismas emociones y sensaciones son detectadas en los demás” (Gallese, 2001), carece de fundamento, por lo que las *neuronas espejo* no tienen ninguna relación demostrada con la “representación

de la acción”, ni con la empatía o ponerse en el lugar del otro.

### Explicación de los rasgos “no sociales” del autismo

Haremos un intento de esclarecer, desde la LT, las características “no sociales” de la conducta del autista, que no pueden ser explicadas por la “falta” de una ToM.

“El lenguaje convencional solo puede aportar significado, es decir, una apreciación superficial y externa de lo que el sujeto percibe y elabora en su contacto con el entorno, pero de ninguna forma es aceptable que se le asigne a un arbitrario código convencional, la tarea de soportar todo el funcionamiento cognitivo y social, y mucho menos, que sea capaz de poner en evidencia sus mecanismos íntimos” (Salatino, 2018b, p. 398).

Para comprender cabalmente la aseveración anterior es imprescindible que precisemos cómo se estructura y funcionaliza una psiquis estándar, para luego interpretar mejor las diferencias psíquicas que poseen los autistas, determinantes de los déficits sociocomunicativos que muestran estos niños (Salatino, 2021).

Revisemos rápidamente y con un nivel menos técnico lo que dijimos en otro trabajo (Salatino, 2012, p. 340). Allí se establecieron minuciosamente los distintos momentos evolutivos del desarrollo psíquico y se hizo una ligera mención al fenómeno de la comprensión. Aquí veremos con más detalle este fenómeno, pero sin dejar por ello de referirnos a las distintas instancias que la posibilitan.

Prestemos atención a la Figura 1 del anexo. En ella se puede observar una serie de sucesos que, de alguna manera, representan los elementos que intervienen en la formación de la primera estructura lógico-relacional que sustentará la actividad cognitiva propiamente dicha, es decir, la especie.

Como vemos en la figura, todo comienza con un *cambio*, que bien puede ser externo o interno y que es lo que se percibe en primera instancia (ya comenzamos a comprender por qué el autista tiene problemas con el lenguaje). No importa por ahora de qué se trata lo percibido, sino que existe una necesidad imperiosa que debe ser satisfecha y este es el único medio

disponible para lograr tal satisfacción. Además, como también muestra la figura, la formación de una *especie* pasa por dos etapas principales: a) El logro de la *identidad del objeto* y b) El logro de la *identidad del sujeto*.

*Etapas a.* La identidad del objeto es un proceso que se dispara luego de la percepción de un objeto auténtico ( $O_a$ ) que está destinado a paliar la necesidad vital. Satisfecha esta y después de su reaparición junto a la ausencia simultánea del  $O_a$ , se genera un objeto aparente ( $O_A$ ) que no solo atenúa sin eliminar la insatisfacción, sino que reemplazando al sujeto (objeto) necesitado, da origen al objeto objetivo ( $O_o$ ), lo percibido.

Evolucionada esta situación y tras tolerar la co-presencia del  $O_A$  y el  $O_a$ , se da lugar a un objeto subjetivo ( $O_s$ ) que certifica las diferencias entre el  $O_o$  y el sujeto como objeto o sujeto objetivo ( $S_o$ ). Queda establecida, de esta forma, la primera relación entre el  $S_o$  y el  $O_o$ , dejando constancia así de un cambio o transformación operada en la superficie, en la evidencia, en la apariencia: el cambio objetivo ( $V_o$ ) y la conformación de la *identidad del objeto*, con sus dos vertientes:  $O_o$  (el superficial) y  $O_s$  (el profundo). El mecanismo principal que permite lograr esta identidad es el “tolerar diferencias”.

*Etapas b.* Las diferencias aceptadas en la etapa anterior no resuelven la ausencia de una fuente de satisfacción para su necesidad y esto es debido a que el supuesto cambio infligido por el  $S_o$  parece no ser tal, por lo que se debe buscar algún otro elemento, de preferencia no-organizado, que sea capaz de transformar al  $O_s$ . Esto último, finalmente, se logra abandonando (negando) el proceso organizativo usado hasta ahora y generando un sujeto subjetivo ( $S_s$ ) al tolerar que sensaciones distintas puedan ser percibidas por sujetos distintos pertenecientes a la misma categoría.

Así se conforma, por un lado, la *identidad del sujeto* con sus dos vertientes:  $S_o$  (el superficial) y  $S_s$  (el profundo) y, por otro, se establece una segunda relación o cambio en la profundidad: el cambio subjetivo ( $V_s$ ), esta vez entre el  $S_s$  y el  $O_s$ , completando de esta manera una *tercera identidad*. Esta identidad corresponde al *cambio*, que ahora tiene dos vertientes:  $V_o$  (el aparente o superficial) y  $V_s$  (el oculto o profundo).

El mecanismo principal para el logro de la

*identidad del sujeto* es la tolerancia de las semejanzas entre los dos tipos de sujeto, que quedan contenidos y *diferenciados* en una categoría. Esta etapa está vedada al autista, por lo que la falta de identidad del sujeto (que queda tácito) y del cambio (que no se percibe) deja *incompleta* su conformación psíquica.

Ahora ya tenemos los cuatro elementos que constituyen una especie, a saber: sujeto (S), objeto (O), las diferencias objetivas que los unen ( $V_o$ ) y las semejanzas subjetivas que los separan o *categoría*, que está representada globalmente por  $V_s$ . El esquema de la izquierda de la Figura 1 del anexo deja constancia de esta estructura de la *especie* y de la dinámica descrita.

Este proceso, como bien indica la figura, es cíclico; se vuelve a repetir luego de pasado un tiempo y predispone para lograr la satisfacción completa, algo que se dará cuando surja la *verdadera comprensión* de un hecho determinado, o lo que es lo mismo, cuando se descargue la tensión acumulada a través de múltiples insatisfacciones, mediante una respuesta concreta que certifique la interpretación cabal de la situación planteada; esto es, cuando usando el pensamiento, se le encuentre sentido a algo. Por eso, el autista no le encuentra sentido a nada que tenga que ver con lo sociocomunicativo.

Una *especie* es como la música, ya que conforma el sustrato adecuado para poder expresar circunstancias, sentimientos, ideas o pensamientos, aunque a diferencia de esta, no es un estímulo que afecte la percepción, sino un logro perceptivo que dispone de elementos equivalentes a los musicales (Salatino, 2018b, p. 249). Por tal razón, la musicoterapia sigue siendo una herramienta terapéutica útil en el caso de los niños con TEA.

Hay una serie de peculiaridades del funcionamiento del sistema nervioso central (SNC), que se conoce como *geometría funcional* y que incluye neurogénesis y plasticidad, circuitos neuronales, el SNC como sistema controlado y regulado en forma autónoma, el acoplamiento eléctrico entre neuronas, la bi-ritmicidad de algunas neuronas que funcionan como detectores de simultaneidad, la neuromodulación y la conmutación o biestabilidad de toda una red influyendo sobre una neurona, que justifican una conformación inicial de psiquis del ser humano,

como la que hemos descrito (Salatino, 2018a).

El otro aspecto que debemos puntualizar, si pretendemos entender a qué nos referimos cuando hablamos de *habilidades sociales*, es definir qué es un hecho real desde el punto de vista social.

### **Lógica de un hecho real desde el punto de vista social**

Hay una serie de relaciones que ligán los elementos fundamentales que determinan un acto social elemental.

La figura 2 del anexo nos confirma, por un lado, las interrelaciones que se establecen entre el deseo y la creencia en un individuo social, vale decir, el carácter impuesto o voluntario de cada uno de ellos y el surgir desde allí de las distintas creencias (Tarde, 1895, p. 12). Los códigos asignados en el gráfico obedecen al haber considerado el deseo como patrimonio del sujeto y la creencia como un objeto de ese deseo. Pero, por otro lado, este esquema corrobora, sin lugar a duda, que el núcleo lógico de todo acto social, tal como lo vemos aquí, es un patrón autónomo universal (PAU), de acuerdo con la definición que da la LT (Salatino, 2017).

Por otro lado, las necesidades que dan origen al acto social se ven satisfechas a través de los *patrones sociales* que se evidencian, individualmente, en el comportamiento del sujeto o individuo y a nivel social, en la conducta de una persona, mediante una serie de *figuras sociales*.

Estas *figuras sociales* cumplen la función no trivial de establecer el *rol social* que se hace evidente mediante una conducta determinada; o sea, por aquel comportamiento que está limitado por una norma (Salatino, 2009) (ver Figura 3 del anexo).

Los dos aspectos sociales considerados son vitales a la hora de establecer cómo es que adquirimos nuestro lenguaje natural.

### **Sobre la realidad subjetiva**

La LT nos muestra una realidad que no es un yermo exento de vida, sino todo lo contrario: es lo que contiene todo aquello que es posible gracias a la vida, pero que no se puede mostrar directamente, sino solo a través de sus inconfundibles manifestaciones. La realidad subjetiva

es todo lo que no se ve, pero sí se percibe y se siente y a lo que todo ser vivo tiene que responder en el duro trajinar de inscribir, en “carne propia”, su historia; aquello que nos afecta en forma directa y se manifiesta indirectamente por su presencia. Desde la realidad subjetiva no tiene sentido distinguir entre realidad y ficción, porque el ensamble de todos los mundos posibles es el único mundo posible fuera de la monotonía.

La visión que nos otorga nuestra realidad subjetiva sobre la realidad cotidiana es de pura ficción: es como el sonido de la campana que utiliza el no vidente para “ver” la hora en el reloj del campanario de la iglesia. La realidad subjetiva es transparente, no proyecta sombra alguna, no deja huella en el camino, aunque sí en el sujeto que la ostenta. La LT permite pesquisar esas huellas y proyectarlas en la conducta y comportamiento evidentes, sin sentir la influencia de esquemas y formalidades que respondan a una ley determinada vigente en el contenido monotonía.

En la realidad subjetiva lo que tiene sentido y lo que no lo tiene no está irrevocablemente determinado por una convención sociocultural, sino por aquello que “haciéndose carne” puede ser relacionado con el único entorno en donde es posible sobrevivir. Proyectar lo subjetivo no es hacer perfectamente cotidiano y natural lo fantástico, lo alucinatorio, la alienación transitoria del devaneo, ni convertir en ley una sensación de irrealidad. Es mostrar la historia evolutiva que permitió que todo ser vivo, de acuerdo con su complejidad, pase por las etapas acumulativas de sujeto, individuo y persona, según sea el caso. Esa es la tarea de la LT.

La realidad subjetiva, vista desde la monotonía (desde nuestro universo) presenta características que la hacen opaca a nuestra ignorancia porque, como ya dijimos, no se muestra directamente, sino que se sugiere. Su atemporalidad interna cual urdimbre onírica, la falta de un límite neto entre la vida y la muerte, la identidad escindida, la convivencia sujeto/objeto son algunos de los factores que la ligán a la existencia de todo ser viviente.

Es como si ese mundo extraño, a pesar de ser tan propio como único, fuera el producto de un ataque vesánico que obligara al sujeto

a expresarse en un lenguaje aparentemente incomprensible y desconocido, por lo menos, para los *cuerdos* que habitan la monocontextura. Es una manifestación que, siendo contraria a las reglas y a las normas que nos obligan a una concepción sin límites de nuestro limitado mundo, nos faculta para tener una percepción, ni mejor ni peor, sino distinta de la realidad.

La realidad subjetiva es ese ámbito inefable en donde se puede llegar a un conocimiento verdadero (con sentido) y *encarnado* sin mediar comprobación empírica alguna, como tampoco un sustento lógico o racional que asegure el cumplimiento estricto de las llamadas *leyes de la naturaleza*, esas que, vistas desde la policontextura, parecen ser meros *obiter dicta* (1).

Cuando lo que se percibe no coincide con las evidencias que se muestran no siempre estamos frente a estado de insania. Podríamos decir sin temor a equivocarnos demasiado que, cuando esto ocurre, es porque algún contacto no habitual se ha producido entre la aparente realidad objetiva y la ineludible subjetividad.

La realidad subjetiva no tiene relación con las cosmovisiones religiosas, poética y metafísica que planteara Dilthey (1949) en sus *Ciencias del espíritu*, ni con paradigmas que estén sufriendo una actualización en un intento de sobreponerse a la obsolescencia de viejos esquemas. Tiene que ver con verdades o creencias, necesidades o deseos que nos hacen *ver*, en forma individual, un universo en el que se dirige nuestra vida, nuestro conocimiento y nuestro lenguaje natural.

Esta realidad, que involucra una actividad vital, psíquica y social, no se relaciona con la objetividad que trata de imponer la ciencia, ni la lógica que la sustenta o la filosofía que la justifica. Por lo tanto, no está condicionada por el grado de desarrollo social, ni por el status científico, ni el nivel de instrucción. Las ideologías, las religiones, la ciencia o las doctrinas políticas influyen en la concepción que cada uno tiene de la realidad en función, estrictamente, de las creencias o verdades sociales que son consecuencia directa de la necesidad imperiosa de ser considerado.

Cada ser viviente tiene la capacidad de formar una estructura interna que le permite adaptarse para seguir vivo. De alguna forma, se podría decir que cada sujeto genera un modelo del ambiente en donde aprende a mantener su vida, a

*dialogar* con su entorno y a relacionarse con sus semejantes. No es una *estática imagen interna* que, con correspondencia uno a uno y atada a un tiempo específico, nos dé la información básica de una supuesta *verdad absoluta*, como pretenden hacernos creer las teorías modernas, al considerar al espacio como el *contenedor* de dicha realidad. En esta estructura interna que estamos planteando radica la posibilidad de generar una realidad subjetiva que, según la complejidad del ser vivo de que se trate, podrá ser construida a través de su biología, o de la biología más la actividad de su sistema nervioso, o de ambas, más su actividad sociocultural.

Según lo anterior, el último de los sujetos que representa al hombre detenta una acumulación adaptativo-evolutiva de elementos que le permiten afrontar su realidad. Esto no significa que, además, el ser humano tenga la posibilidad de hacer una mejor evaluación de esa, su realidad, según una serie de *aditamentos* de índole social y, por ende, aparentes, que lo colocan, supuestamente, en la cúspide de la cadena evolutiva. O dicho de otra forma, aunque obtengamos una respuesta diferente ante la pregunta ¿Qué es la realidad?, hecha a personas con distinto nivel de instrucción, no quiere decir que *comprendan* esa realidad acorde al sentido común que permite una explicación empírica; como tampoco, desde una visión crítica que fundamente una explicación científica, ni mucho menos, desde supuestas causas primeras dentro de un orden natural que justifiquen, sin hacerlo, una reflexión fundamental y sistemática.

Cada ser vivo tiene la realidad que necesita. Por esa razón, carece de sentido toda pretensión definitoria, a excepción de la del hombre que al estar inmerso en un sistema al que trata de definir, siendo parte de esa definición, es incapaz de sostener una *objetividad* que alcance los incommensurables límites que se le asignan. El simple hecho de tener que cumplir con una mera convención no le deja ver la realidad que se esconde tras la apariencia.

Cada ser vivo tiene la realidad que su nivel evolutivo le permite reconocer; por lo tanto, es dependiente de su sistema bio-externo (2) y, dentro de él, del sistema nervioso o su equivalente. En el caso del hombre, no tiene nada que ver con la concepción ingenua que tenía Kant en

este sentido y que, de alguna u otra forma, ha sido y es la que sostiene la ciencia, sobre todo la investigación moderna. Esto no quiere decir que cada especie vea al universo que lo rodea de una manera distinta, según sus diferencias biológicas, sino que, y de acuerdo con su nivel de complejidad, como ya dijimos, construye dicha realidad en función de sus necesidades, pero guiada por un único lenguaje: un *lenguaje universal* que las asocia a todo lo que tiene o sirve para generar vida.

### Las pautas de lo viviente

Según nuestro enfoque, algo puede ser considerado vivo si:

- a) El origen, el orden y la función de los elementos básicos que permiten la vida son inseparables y universales.
- b) Si en vez de mostrarnos una *instantánea* de su presente nos refleja su historia y su clara intención de sobrevivir.
- c) Si no exhibe un límite preciso entre él y lo que no tiene vida.
- d) Si en su conformación intervienen unidades elementales que son evolutivas, que hacen a lo *viviente* más que a *unidades de vida*.
- e) Si sus formas primordiales son más simples (o menos complejas) que las formas finales, aunque ambas partan de la misma estructura básica.
- f) Si tiene en su *base* la misma *estructura lógica de relaciones* elemental que todo lo vivo. Si lo rige el mismo lenguaje universal que a todo lo demás.
- g) Si su condición de viviente surge de la distinción entre un nivel superficial (aparente) y un nivel profundo (oculto). Y por cómo el nivel profundo se proyecta en el superficial dando origen a un cambio o transformación entre lo cuantitativo y lo cualitativo, generando un ciclo que vuelve a comenzar en forma indefinida.
- h) Si las propiedades emergentes (aparentes) son discretas, mientras que aquellas que controlan las transiciones profundas son continuas.

Por lo tanto, los criterios mayores necesarios para entender lo viviente, tal como se lo presenta aquí son: el orden, el desorden, el cambio, la frontera, el comportamiento cíclico y sus dimen-

siones: estructural (1D), dinámica (2D), funcional (3D) y trascendente (4D). Estas pautas podrían acotarse aún más si dijéramos que el enigma de la vida se restringe a resolver un único problema: encontrar sentido a la realidad con la sola intención de sobrevivir.

El proceso de dar sentido a lo real que aquí conoceremos como *semiosis* o *acto sémico* no queda restringido a una Biosemiótica o semiótica de la vida. Antes bien, es considerado como un verdadero proceso viviente en donde los *aspectos contrarios* se funden en una unidad compleja que, en total acuerdo con todo lo real, se transforma en signo de una mediación entre contexturas.

Este proceso cíclico es el motor oculto que promueve en el ser vivo los saltos en el tiempo, por la delgada línea unidireccional del eterno presente que separa su pasado de su pretérito futuro (3).

La *semiosis* es considerada como el fruto de una evolución que nunca termina y que ha llevado a la vida y sus expresiones a lo que hoy conocemos. En esa evolución, lo vivo fue adquiriendo un *lenguaje universal* (LU), que es el que estructura toda la realidad en su conjunto.

Es probable que se haya estructurado primero el entorno y le siguieran a continuación escarceos de vida que, para poder diferenciarse previamente y mantener esa diferencia después, tuvieran que asimilar la estructura lógica (relacional) de lo que los rodeaba. Configurándose, lógicamente, en forma homóloga aprendieron y pudieron evolucionar; esto es, sobrevivieron.

Posteriormente y como consecuencia de haberse desarrollado un sistema de control interno, el sistema nervioso central (SNC), habría surgido la posibilidad de estructurar sobre la base del mismo LU, encarnándolos, el manejo de ciertos procesos que, por repetitivos, se automatizaron y sirvieron para una mejor adaptación a las exigencias y una mayor aptitud para mantener su condición de vida.

El crecimiento exponencial en la complejidad de los distintos sistemas desarrollados promovió un mayor consumo de recursos. El agotamiento precoz de estos obligó a reponerlos y el modo de reposición escindió el mundo biológico en dos grandes subsistemas. Por un lado, el de los vegetales y seres simples que, o bien generan



sus propios recursos valiéndose del entorno o bien los tienen a la mano. Por otro lado, el de los animales, en quienes su SNC les permite buscar el sustento que fueron incapaces de producir, obligándolos a grandes desplazamientos.

Los peligros que amenazan la vida en el largo camino hacia el logro del sustento obligan a estructurar un mecanismo de alerta para protegerse de tales amenazas. Surge la *protopsiquis*, que, además, permite controlar mejor los mecanismos automáticos surgidos de la experiencia (4).

La aparición de otros organismos individuales hizo imperioso el surgir de algún medio de comunicación entre ellos, para asegurar dos aspectos importantes: en primer lugar, sobrevivir, a través de reforzar las tareas individuales con las grupales en pos de prolongar la vida; y en segundo lugar, de perpetuar la especie. Lo anterior sugiere que, fuera del LU, que como base sustenta la estructura de toda la realidad, apareció otro lenguaje que fue utilizado como medio de comunicación entre pares, pero no con el objeto de transmitirse información entre ellos, sino como un modo de lograr distintos niveles de reorganización de la realidad circundante. Todo con el único fin de una mayor y más adecuada adaptación, este lenguaje es el *lenguaje natural* (LN). La Figura 4 del anexo resume el proceso de *semiosis* descrito anteriormente.

## Notas

(1) Dichos de paso, que nunca terminan siendo leyes.

(2) El sistema real que abarca su cuerpo y los objetos externos a él.

(3) “Lo que fue, será.” Se tiene una respuesta antes que el futuro se haga presente. Este futuro no es un *futurable*, es decir, no es un futuro posible condicionado en causa y efecto, sino solo en la causa, por algo que ocurrió con anterioridad. Podríamos, de alguna manera, asemejarlo a un *futurible*, por ser similar al futuro deseable de Bertrand de Jouvenel (1967, p. 18). Y digo similar porque aquí, a diferencia de lo propuesto por este autor francés, el deseo no se origina necesariamente en un cuestionamiento de la situación presente, cuyo origen está en lo que se aprendió en el pasado, sino que por haberse originado y satisfecho en el pasado, determina el

futuro. “Si algo no fuera lo que fue, seguramente no es lo que parece ser.” Esto no es hacer *prospectiva* o imaginar un futuro: es predecir el futuro para dar cumplimiento a un solo deseo: seguir vivo. No debe confundirse con el tiempo de verbo futuro anterior que describe una acción que va a desarrollarse en el futuro, pero que ya quedó completamente definida en el pasado, es decir, que indica una anterioridad de la acción. En el pretérito futuro nada se dice de la acción en sí, solo del ubérrimo pasado, además no es un tiempo verbal. ¡Es un tiempo vital!

(4) “Los procesos psíquicos nacieron [...] bajo la presión selectiva, tienen un valor de conservación de la vida y la especie [...]” (Lorenz y Leyhausen, 1979, p. 6).

## Bibliografía

- Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H. y Lombardo, M. V. (2013). *Understanding Other Minds. Perspectives from Developmental Social Neuroscience*. New York: Oxford University Press.
- Bates, E. (1979). *The Emergence of Symbols. Cognition and Communication in Infancy*. New York: Academic Press.
- Bruner, J. (1981). *The Social Context of Language Acquisition. Language & Communication*, 1(2/3), 155-178.
- Chomsky, N. (1957). *Syntactic Structures*. New York: Mouton de Gruyter.
- Dilthey, W. (1949). *Introducción a las ciencias del espíritu*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fillmore, Ch. J. (1968). The Case for Case, en E. Bach y R. Harms (eds.), *Universals in Linguistic Theory*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Gallese, V. (2001). The “Shared Manifold” Hypothesis. From Mirror Neurons To Empathy. *Journal of Consciousness Studies*, 8(5-7) 33-50.
- Hickok, G. (2009). Eight Problems for the Mirror Neuron Theory of Action Understanding in Monkeys and Humans. *J Cogn Neurosci*, 21(7), 1229-1243.
- Hickok, G. (2014). *The Myth of Mirror Neurons: The Real Neuroscience of Communication and Cognition*. New York: W. W. Norton & Company.
- Jouvenel, B. (1967). *The Art of Conjecture*. London: Basic Books, Inc.

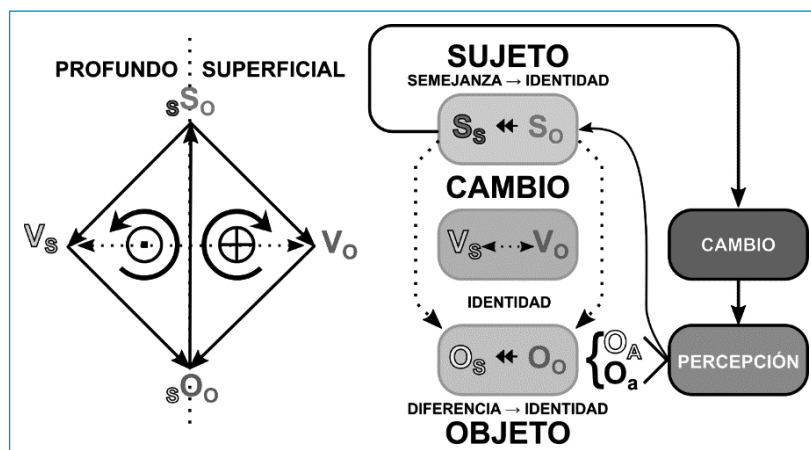


- Leslie, A. M. (1987). Pretense and Representation: The Origin of "Theory of Mind". *Psychological Review*, 94(4), 412-426.
- Leudar, I. y Costall, A. (2009). *Against Theory of Mind*. New York: Palgrave Macmillan.
- Lorenz, K. y Leyhausen, P. (1979). *Biología del comportamiento: Raíces instintivas de la agresión, el miedo y la libertad*. México: Siglo XXI.
- Premack, D. y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *The Behavioral and Brain Sciences*, 4, 515-526.
- Rizzolatti, G. y Arbid, M. A. (1998). Language within our grasp. *Trends Neurosci*, 21, 188-194.
- Salatino, D. R. (2009). *Semiótica de los sistemas reales*. Tesis Doctoral, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.
- Salatino, D. R. (2012). *Aspectos Psico-bio-socioculturales del Lenguaje Natural Humano. Introducción a la teoría psíquica del lenguaje*. Mendoza, Argentina: Autoedición. ISBN: 978-987-33-2379-9.
- Salatino, D. R. (2013). *Psiquis - Estructura y Función*. Mendoza, Argentina: Autoedición. ISBN: 978-987-33-3808-3.
- Salatino, D. R. (2017). *Tratado de Lógica Transcursiva. El origen evolutivo del sentido en la realidad subjetiva*. Mendoza, Argentina, Primera autoedición. ISBN: 978-987-42-5099-5.
- Salatino, D. R. (2018a). La geometría funcional

- como fundamento de la estructura y la función del aparato psíquico. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 32, 77-94.
- Salatino, D. R. (2018b). *Tratado de Psicolingüística. Adquisición, Comprensión y Producción del Lenguaje Natural Humano*. Mendoza, Argentina: Autoedición. ISBN: 978-987-778-829-7.
- Salatino, D. R. (2021). Riesgo de autismo en la descendencia lograda mediante técnicas de reproducción asistida. Un análisis desde la lógica transcursiva. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 37, 9-24.
- Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. London: Karnac Books.
- Tarde, G. G. (1895). *Les lois de l'imitation*. París: Éditions Kimé.
- Wellman, H. M. (1990). *The Child's Theory of Mind*. Cambridge, MA: Bradford/MIT Press.
- Wetherby, A. M. (2006). Understanding and Measuring Social Communication in Children with Autism Spectrum Disorders. En T. Charman y W. Stone (ed.), *Social and Communication Development in Autism Spectrum Disorders*. New York: The Guilford Press.

## Anexos

Fig. 1. Formación de una especie



Referencias: O<sub>a</sub>: Objeto auténtico - O<sub>A</sub>: Objeto aparente  
O<sub>o</sub>: Objeto objetivo - O<sub>s</sub>: Objeto subjetivo - S<sub>o</sub>: Sujeto objetivo S<sub>s</sub>: Sujeto subjetivo - ⊕: XOR ⊙: XNOR

Fig. 2 PAU de un acto social elemental

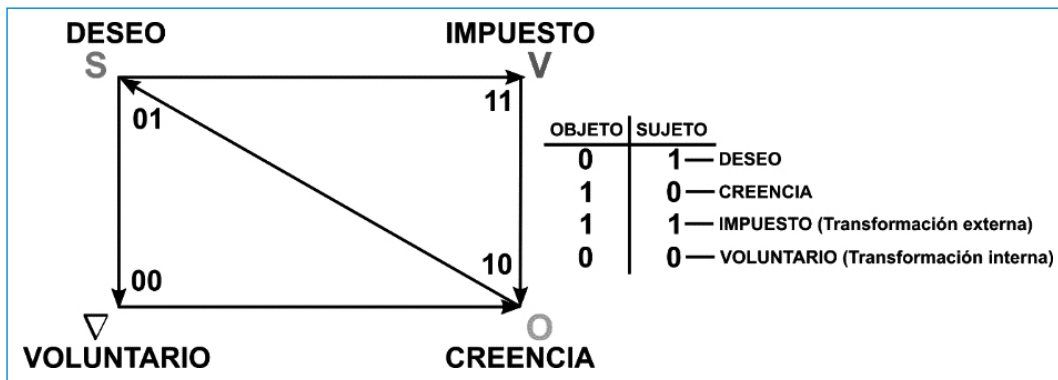


Fig. 3. Lógica de las relaciones sociales

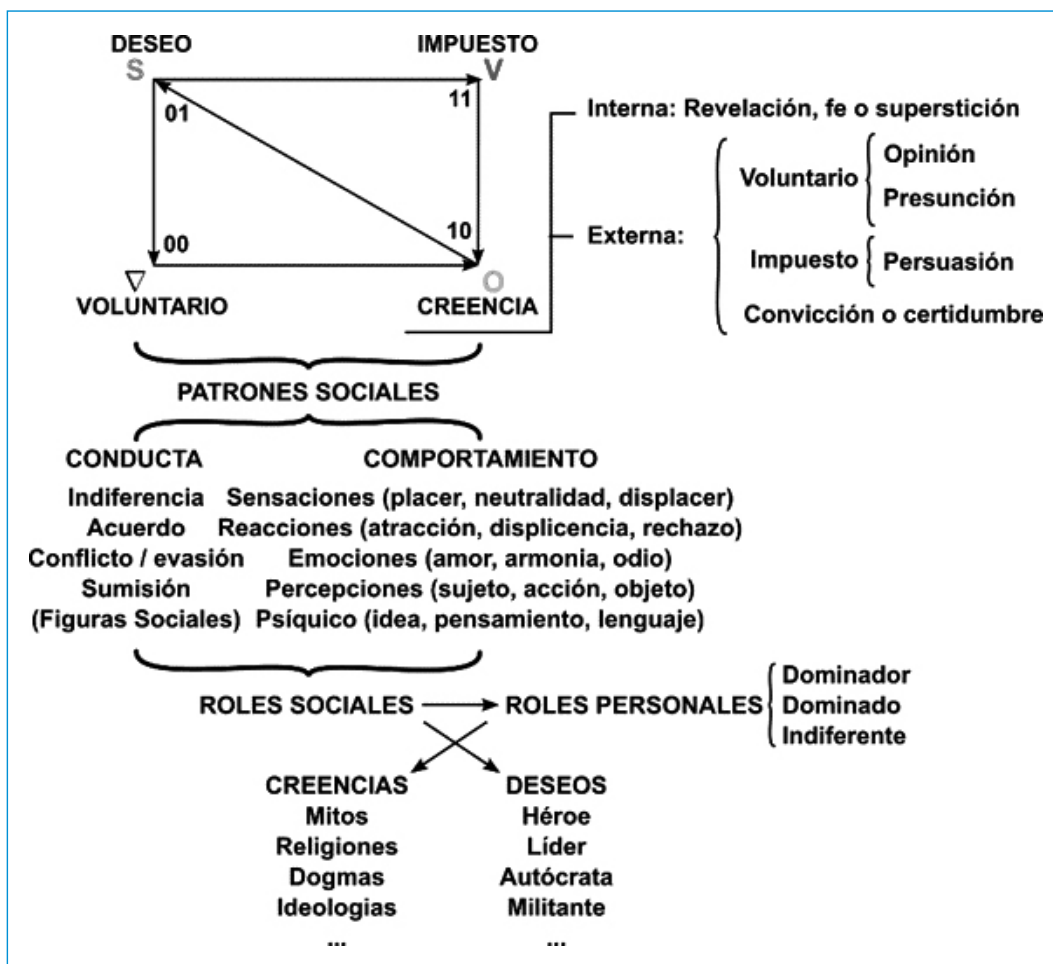
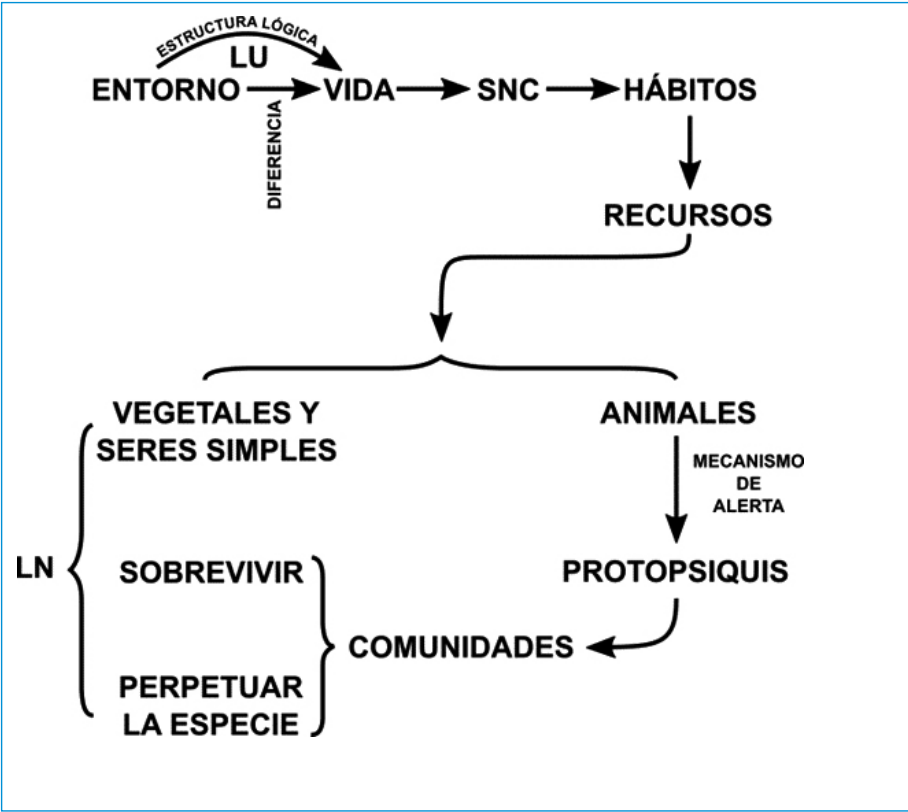


Fig. 4. Semiosis como evolución del lenguaje universal



Referencias: LU: lenguaje universal - LN: lenguaje natural

# Eficacia de la terapia de juego virtual durante la pandemia de COVID-19 para el acompañamiento de niños con TEA

AMALIA GÓMEZ COTERO<sup>1</sup>, FERNANDO LÓPEZ-ARMENTA<sup>2</sup> Y JOSÉ LUIS ACOSTA<sup>3</sup>

## RESUMEN

*Eficacia de la terapia de juego virtual durante la pandemia de COVID-19 para el acompañamiento de niños con TEA.* Las personas con Trastornos del Espectro Autista (TEA) representan una población heterogénea con necesidades diversas que han sido desatendidas durante la crisis provocada por el COVID-19. En este trabajo se describe la intervención virtual realizada durante el confinamiento con un niño de cuatro años diagnosticado con TEA y se hace una crítica de las carencias que el sistema sanitario tiene para proteger a este colectivo en situaciones de emergencia. **Palabras clave:** COVID-19, Trastornos del Espectro Autista, psicoterapia virtual, terapia de juego virtual, psicoterapia infantil virtual.

## ABSTRACT

*Efficacy of virtual play therapy during the COVID-19 pandemic for accompanying children with ASD.* People with Autism Spectrum Disorders (ASD) represent a heterogeneous population with diverse needs that have been neglected during the COVID-19 crisis. This paper describes the virtual intervention carried out during the confinement of a four-year-old boy diagnosed with ASD and criticises the shortcomings of the health system in protecting this group in emergencies. **Keywords:** COVID-19, Autism Spectrum Disorders, virtual psychotherapy, virtual play therapy, virtual child psychotherapy.

## RESUM

*Eficàcia de la teràpia de joc virtual durant la pandèmia de COVID-19 per a l'acompanyament de nens amb TEA.* Les persones amb trastorns de l'espectre autista (TEA) representen una població heterogènia amb necessitats diverses que han estat desatendides durant la crisi provocada per la COVID-19. En aquest treball es descriu la intervenció virtual realitzada durant el confinament amb un nen de quatre anys diagnosticat amb TEA i es fa una crítica de les mancances que el sistema sanitari té per protegir aquest col·lectiu en situacions d'emergència. **Paraules clau:** COVID-19, trastorns de l'espectre autista, psicoteràpia virtual, teràpia de joc virtual, psicoteràpia infantil virtual.

## Introducción

La emergencia sanitaria provocada por la pandemia por COVID-19 ha representado una crisis global sin precedentes cuyos efectos se siguen extendiendo mucho más allá de las previsiones iniciales y, hoy en día, todavía no se tiene un pronóstico claro sobre las consecuencias que este

evento provocará a medio y largo plazo en las sociedades y en la cultura alrededor del mundo. El confinamiento domiciliario y el distanciamiento social son solo algunas de las medidas que los gobiernos en todo el mundo han tenido que implementar para tratar de controlar el avance de esta pandemia en un intento por salvar la mayor cantidad de vidas posible.

<sup>1</sup>Doctora en Psicología Clínica, especialista en psicoanálisis infanto-juvenil e investigadora. Instituto Politécnico Nacional (IPN), Ciudad de México; <sup>2</sup>Maestro en Neurociencias, psicoterapeuta y consultor en salud mental. Mindum Consultoría en Salud Mental, Barcelona; <sup>3</sup>Doctor en Ciencias e investigador del Laboratorio de Genómica Computacional y Eucariontes; Centro Interdisciplinario de Investigación para el Desarrollo Integral Regional (CIIDIR), Sinaloa. Contacto: [amaliagomez@gmail.com](mailto:amaliagomez@gmail.com).

Recibido: 8/3/21 - Aceptado: 29/3/21

Estas dos estrategias, por sí mismas, implican un cambio radical a la vida cotidiana de nuestra generación tal y como la habíamos conocido.

En cuestión de semanas y sin previo aviso, la totalidad de la población mundial ha tenido que implementar cambios drásticos en las rutinas y actividades diarias. Bajo un clima de incertidumbre generalizada hemos sido testigos de una forzada y repentina transformación en nuestros hábitos personales, familiares, sociales, laborales y académicos.

A pesar de que los efectos de la pandemia pueden calificarse como generalizados, también es innegable el hecho de que las contingencias provocadas por esta crisis han estado afectando a diversos colectivos en formas distintas. Las personas con discapacidad frecuentemente integran uno de los colectivos más vulnerables ante este tipo de situaciones debido a múltiples factores que los ponen en riesgo de exclusión (CEPAL, 2020). Se trata de una población heterogénea con necesidades específicas que no siempre son tomadas en consideración cuando se diseñan estrategias públicas de protección a la salud como las que se han implementado desde el inicio de la pandemia por COVID-19.

La salud de las personas es un derecho esencial que se encuentra protegido por leyes nacionales y múltiples legislaciones internacionales (Cuenca, 2012). En estas directrices, se hace explícito que no debe existir ningún tipo de discriminación para que los individuos, sin importar su condición, puedan acceder a este derecho básico; al mismo tiempo que se señala la responsabilidad de los poderes e instituciones públicas para garantizar a la sociedad un disfrute igualitario de la salud (Valle, 2021).

El contexto de excepcionalidad que ha provocado la pandemia ha dejado expuesta la discriminación estructural de la que son objeto diversos colectivos y hemos sido testigos de cómo las medidas de contingencia implementadas han acentuado el riesgo de exclusión y marginación no solo de las personas con discapacidades, sino también de sus familias y demás personas involucradas en su cuidado, comprometiendo al mismo tiempo la salud y la calidad de vida de estos grupos (Blanco, 2020; CEPAL, 2020).

Existen estudios previos en los que se ha

constatado que las personas con discapacidad están expuestas a situaciones de discriminación severa y muchas veces llegan a ser totalmente ignoradas durante contingencias de crisis y/o conflicto como la que vivimos actualmente (Mitchell y Karr, 2014). Aunado a los efectos de esta marginación estructural se han identificado también que estos colectivos se enfrentan a mayores obstáculos para acceder a ayuda humanitaria básica y servicios específicos que muchas veces son indispensables para salvaguardar su integridad, tales como rehabilitación física, dispositivos de asistencia sanitaria, servicios sociales, entre otros (Avilés y Muguruza, 2014; Handicap International Federation, 2015).

### Vulnerabilidad de las personas con TEA durante emergencias sanitarias

El confinamiento, las limitaciones en la movilidad y otras medidas sanitarias implementadas para controlar el avance de la pandemia de COVID-19 han sido especialmente lacerantes para las personas con discapacidad que presentan alteraciones de tipo conductual, como es el caso de los infantes y adolescentes diagnosticados con Trastornos del Espectro Autista (TEA) (Blanco, 2020; Valle, 2021). Las medidas decretadas han supuesto un desafío severo para estas personas. Por motivos asociados a esta condición, las limitaciones impuestas han representado un perjuicio directo en su bienestar. Además, les ha apartado de los servicios especializados que normalmente requieren para dar atención a sus no pocas necesidades específicas, como lo son la terapia psicológica, de lenguaje, ocupacional, etc. (CEPAL, 2020; Eshraghi et al., 2020).

Los TEA comprenden un conjunto heterogéneo de alteraciones en el neurodesarrollo con etiología multifactorial. Las manifestaciones clínicas de estos trastornos están constituidas principalmente por afectaciones en la comunicación social, intereses restringidos y presencia de patrones repetitivos y restrictivos de la conducta (APA, 2014). Las estadísticas más recientes sobre la incidencia de TEA a nivel mundial estiman que más de 1 de cada 100 niños presenta esta condición (Narzisi et al., 2020; Maenner, Shaw y Baio, 2020).

Además de estas características, las personas

con TEA a menudo presentan otras comorbilidades como trastornos de ansiedad, dispraxias, dificultades de aprendizaje, epilepsia, Síndrome del X Frágil, alteraciones del sistema inmunológico, entre otras (Eshraghi et al., 2020). Las dificultades inherentes a esta condición, sumadas a una larga lista de comorbilidades, han provocado que los infantes y adolescentes con TEA tengan que afrontar desafíos adicionales para adaptarse a los ya de por sí complicados cambios que ha traído la pandemia. Las dificultades en la capacidad de adaptación y la rigidez para comprender las repentinas alteraciones en la vida diaria representan una peculiaridad de este colectivo que complejiza su respuesta psicológica en tiempos de COVID-19 (Carmenate y Rodríguez, 2020).

Uno de los rasgos más característicos de los infantes y adolescentes con TEA es su adhesión estricta a rutinas que les ayudan a controlar la ansiedad producida ante situaciones desconocidas. La disrupción de estos patrones cotidianos, como lo ocurrido desde el inicio de la emergencia sanitaria, tiene el potencial suficiente para elevar significativamente los niveles de estrés de estas personas y producir alteraciones en otras áreas de su vida como los patrones de sueño o la conducta alimentaria (CEPAL, 2020; Eshraghi et al., 2020; Fuld, 2018). En contextos normales, el establecimiento de nuevas rutinas con estos infantes y adolescentes requiere de procedimientos graduales y progresivos para aminorar el impacto que estos cambios pueden generar en su bienestar y disminuir las conductas disruptivas con las que frecuentemente reaccionan cuando estas transiciones no son manejadas adecuadamente (Bull, Oliver y Woodcock, 2017; Patel et al., 2020). Uno de los principales riesgos que se tiene en estos casos es la agresividad con la que pueden reaccionar los infantes y adolescentes con TEA cuando experimentan niveles altos de estrés, llegando incluso a mostrar comportamientos autolesivos que comprometen su integridad física y psicológica (Narzisi et al., 2020; Yarımkaya y Esentürk, 2020).

Además de las restricciones en la movilidad, la pandemia de COVID-19 también nos ha obligado a adoptar nuevos hábitos que para los niños y adolescentes con TEA pueden ser difíciles de comprender e incorporar, ya que muchas

de estas nuevas pautas de higiene los exponen a estímulos sensoriales que les resultan incómodos y perturbadores; por ejemplo, las sensaciones propioceptivas provocadas por el uso de mascarillas, la textura y olor de los desinfectantes para manos, olores intensos como lejía y limpiadores de superficies, lavado frecuente de manos, cambios en la imagen facial de personas cercanas, entre otros (Carmenate y Rodríguez, 2020; Narzisi et al., 2020).

Uno de los aspectos más preocupantes cuando se habla del impacto que la pandemia de COVID-19 está teniendo en los infantes y adolescentes con TEA es la dificultad que están teniendo para acceder a los servicios especializados que tanto requieren, especialmente en una situación crítica como esta, en la que el bienestar de la población general se encuentra comprometido (Eshraghi et al., 2020).

Con las medidas de distanciamiento social implementadas ha sido difícil, en muchos momentos, asistir a colegios especializados para esta población, centros de atención psicológica, terapias de lenguaje, hospitales, ludotecas, actividades extraescolares, etc. Es innegable el riesgo al que quedan expuestos estos menores cuando no pueden acceder de forma regular a estos recursos, ya que en estos casos el acompañamiento de este grupo de profesionales les ayuda a desarrollar y fortalecer sus habilidades adaptativas para afrontar mejor esta situación de emergencia. Esto sin mencionar que el vínculo afectivo que desarrollan con terapeutas y otros profesionales y cuidadores es por sí mismo un soporte del que están siendo privados (Frankova, 2020; Narzisi et al., 2020).

Los déficits en la interacción social y la conducta autorregulada que frecuentemente se observan en los casos de TEA son frecuentemente compensados y aminorados con la atención que reciben en este tipo de centros. La interrupción definitiva o intermitente en el acceso a estos recursos supone también el riesgo de que estos niños y adolescentes pierdan las habilidades que ya habían adquirido antes de la pandemia y obstaculiza también la adquisición de otras nuevas. El distanciamiento social también podría estar provocando que estos niños y adolescentes tengan oportunidades limitadas para ser expuestos a situaciones sociales en las que



generalmente pueden practicar y fortalecer sus habilidades comunicativas tan necesarias para que desarrollen un nivel más elevado de independencia (Carmenate y Rodríguez, 2020).

Las limitaciones en la movilidad suponen también un riesgo adicional que podría elevar la tasa de problemas cardiovasculares como obesidad infantil y diabetes, condiciones que a menudo se observan en este colectivo y que están estrechamente relacionadas con la disminución de las actividades físicas que el confinamiento domiciliario ha promovido (Yarmkaya y Esentürk, 2020). La falta de actividades en espacios exteriores y estos nuevos hábitos sedentarios podrían elevar el riesgo de que los niños y adolescentes con TEA desarrollen dependencia al internet y a los dispositivos digitales, ya que en los últimos meses se ha observado un alarmante incremento de esta problemática (Gómez, López-Armenta y Galán, 2020).

### **Impacto de la pandemia en la salud mental de las familias de personas con TEA**

El cierre intermitente de los establecimientos educativos y otros servicios especializados para infantes y adolescentes con TEA ha provocado también que toda esta responsabilidad tenga que ser asumida completamente por las familias (madres, padres y otros cuidadores), quienes en el último año se han tenido que encargar de dar seguimiento a las actividades educativas de sus hijos con TEA, implementar nuevas rutinas, proveerles de acompañamiento emocional, regular las alteraciones conductuales y tratar de aliviar el malestar general desencadenado por el confinamiento (Eshraghi et al., 2020).

Estas familias se han visto repentinamente orilladas a gestionar esta larga lista de actividades con la intención de cubrir de la mejor forma posible las necesidades particulares de esta población, muchas veces contando solo con habilidades y técnicas didácticas limitadas (CEPAL, 2020). A esta compleja carga de responsabilidad, por supuesto, hay que sumarle una extensa lista de estresores que las familias han tenido que sortear desde el inicio de la emergencia sanitaria, tales como el trabajar desde casa, la pérdida del empleo, duelo por la pérdida de personas cercanas, dificultades financieras, deterioro de la salud

física, entre otros (Clemens et al., 2020).

La imposibilidad de obtener acompañamiento profesional y el aumento significativo de estrés psicosocial experimentado por cuidadores (madres, padres o personas externas al núcleo familiar) también ha representado un riesgo para los niños y adolescentes con TEA (Gómez, López-Armenta y Galán, 2020). Este aumento de estresores puede afectar gravemente la salud mental de las personas a cargo de estos chicos, provocar deterioros importantes en su funcionamiento cotidiano y, por lo consiguiente, que les resulte complicado el proveer los cuidados óptimos que esta población requiere (Patel et al., 2020; Souza et al., 2017).

Diversos estudios han encontrado que los padres y madres de personas con TEA experimentan niveles altos de estrés, deterioros de la salud mental y riesgo de exclusión psicosocial de forma permanente desde antes del inicio de la pandemia (Da Paz, Wallander y Tiemensma, 2018; Shorey, Haugan y Law, 2020). Los cuidadores primarios de niños y adolescentes con TEA han reportado niveles inferiores de bienestar subjetivo, presencia de síntomas depresivos y deterioros en la salud física que los hacen proclives a desarrollar enfermedades crónicas y trastornos mentales (Cooke, Smith y Brenner, 2020; Dijkstra-de Neijs et al., 2020). Por ejemplo, un estudio de Smith y colaboradores (Smith, Hong, Seltzer, Greenberg y Almeida, 2010) reveló que las madres de niños con TEA habían reportado un estado permanente de estrés que era equiparable con el experimentado por soldados en combate.

Los familiares y cuidadores de las personas con TEA están expuestos permanentemente a un ineludible conjunto de estresores adicionales que les hacen vulnerables en tiempos de crisis, especialmente si no cuentan con soporte de otras personas o profesionales sociosanitarios (An, Chan y Kaukenova, 2020). Talal Alhuzimi (2020) realizó un estudio con familiares de niños y adolescentes con TEA durante la fase de confinamiento domiciliario y encontró que el nivel de estrés parental era más bajo y la percepción de bienestar era más favorable en los casos en los que las familias habían tenido acceso a atención especializada, incluso si esta había sido de forma remota a través de tecnologías digitales.

Desde la perspectiva de los profesionales de la salud mental, los cambios a la rutina que ha traído la pandemia de COVID-19 ha trastocado significativamente la forma en la que acompañamos a los niños y adolescentes con TEA, un grupo para quienes la presencia física de los profesionales adquiere una relevancia adicional (Narzisi, 2020). Como profesionales de la salud mental infanto-juvenil nos hemos visto en la urgencia de adaptarnos a estas limitaciones en la interacción social y desarrollar vías alternativas que nos permitan continuar con el acompañamiento de este colectivo en una crisis en la que la contención emocional se vuelve tan necesaria para gestionar sus angustias y malestares resultantes de los cambios radicales que hemos vivido.

Las pantallas se convirtieron de un día para otro en una de las escasas oportunidades de interacción a la que nos hemos tenido que adaptar no con pocas dificultades. Sin embargo, estos escenarios inexplorados abrieron también una puerta para que los profesionales de la salud mental desarrollemos nuevos formatos para vincularnos con esta población, o de otra forma, citando a Lacan (1966/2009), “mejor que renuncie quien no pueda unir en su horizonte la subjetividad de su época”.

### Descripción del caso

Carlos es un niño de tres años que fue atendido en consulta privada en la Ciudad de México. La intervención se realizó en sesiones individuales de terapia de juego con enfoque psicodinámico. Carlos había sido diagnosticado con TEA y a la familia se le recomendó que buscaran asistencia profesional para estimular las áreas en las que presentaba déficits. En el motivo de consulta, los padres refirieron que el menor no mantenía el contacto visual con otras personas, no había adquirido lenguaje verbal, no controlaba esfínteres, frecuentemente presentaba conductas disruptivas y repetía movimientos estereotipados (aleteo de manos). Otro aspecto que les preocupaba significativamente a los padres era la dificultad que tenía Carlos para aceptar alimentos, ya que únicamente conseguían hacerle comer salchichas y pocos productos más con texturas similares.

La madre refirió en las primeras sesiones que

después de haber obtenido el diagnóstico de Carlos había experimentado un abrumador deterioro de su estado emocional; frecuentemente se sentía angustiada por las dificultades que presentaba su hijo y declaró sentirse desalentada por la incertidumbre respecto al futuro de su familia. Se les recomendó a los padres que buscaran una institución de enseñanza especializada en esta población para que Carlos tuviera acceso a una atención interdisciplinaria; sin embargo, esta opción no resultó viable debido a que el ingreso de Carlos en uno de estos centros privados implicaba un gasto elevado que la familia no podía asumir.

Se estima que en México la prevalencia de los TEA ha incrementado en los últimos años. En uno de los estudios epidemiológicos más recientes que hay sobre esta condición (Fombonne et al., 2016), se ha estimado que aproximadamente hay un caso de TEA por cada 115 infantes. Esta tendencia ha hecho que los centros públicos que se especializan en la atención de esta población en Ciudad de México estén saturados y el ingreso en ellos conlleva generalmente un periodo de espera que puede durar varios meses. Finalmente, la familia decidió que Carlos ingresara a un jardín de infantes en el que trabajaban con los ajustes curriculares necesarios para recibir al menor.

El trabajo terapéutico se centró en el empleo y manipulación de elementos de estimulación sensorial como pinturas, agua o arena. Este tipo de materiales sin formas específicas constituyen un mediador muy útil con el cual los niños con TEA se aproximan a la construcción de un espacio transicional en el que se fortalecen las bases de la estructura psíquica (Gómez, 2009; Winnicott, 1971).

Dado que Carlos no había desarrollado lenguaje verbal, para la utilización de la técnica de asociación libre en las sesiones se emplearon juegos, música, objetos con diferentes texturas y materiales como plastilina, *slime*, etc. Las técnicas de juego no directivo permiten a los niños expresar sus angustias y necesidades de forma indirecta a través de las secuencias de juego y actividades lúdicas (López-Armenta, Guerrero y Gómez, 2017).

Después de algunas sesiones, Carlos estableció una especie de rutina durante sus secuencias

de juego en la que cogía bloques de *Lego*® para meterlos en una caja y, posteriormente, sacarlos una y otra vez sin motivo aparente. En este ejemplo, se hace notorio cómo a través de esta simple actividad los niños pequeños con TEA se familiarizan con las nociones del Yo y el No-Yo, dejando constancia de ello en la diferenciación que comienzan a establecer entre los conceptos de “adentro” y “afuera”.

Otro de los rasgos más característicos de los niños con TEA es la preponderancia que tienen para ellos las percepciones sensoriales que adquieren a través de las “huellas” que dejan los objetos en la corporalidad (Ferrari, 1997). En estos casos se observa cómo en el “Yo-piel” (Anzieu, 1998) se comienza a configurar la barrera indispensable que permite establecer la diferenciación del sujeto con respecto al objeto primario. En este estadio, se observó también el despliegue de mecanismos de identificación adhesiva con la terapeuta (Bick, 1968): un proceso característico del estado autístico en el que el sujeto se atribuye a sí mismo el funcionamiento del cuerpo del otro, pero sin reconocerlo como una entidad separada (por ejemplo, cuando Carlos cogía la mano de la terapeuta y la llevaba hasta las puertas del armario de los juguetes para que ella las abriera).

La diferenciación del Yo y de la corporalidad que lo habita es un proceso valioso en el trabajo terapéutico con niños diagnosticados con TEA. El trabajo que se hace con materiales y objetos de diferentes texturas y formas estimula en estos niños la autosensorialidad, fenómeno que se caracteriza por una fuerte atracción hacia determinados estímulos sensoriales que los niños buscan de forma repetida. Cuando esto ocurre, el objeto o material que produce estas sensaciones placenteras queda indisolublemente unido a la sensación que produce en la corporalidad del infante, dando paso a la configuración del espacio psíquico interno en el que posteriormente tiene lugar el proceso de simbolización (Anzieu, 1998; Ferrari, 1997).

Cuando el proceso terapéutico alcanzó este punto, Carlos consiguió decir sus primeras palabras y comenzó a reconocer los colores de los bloques de *Lego*®. Su comprensión del lenguaje verbal mejoró notablemente y era capaz de seguir instrucciones durante las sesiones de

juego. De forma paralela, las profesoras de Carlos mencionaron que notaban progresos en su adaptación al entorno escolar y que empezaba a tolerar la compañía de otros niños en la misma mesa en la que él se sentaba. En esta etapa de la intervención, también se consiguió que la madre de Carlos asistiera a sesiones de psicoterapia individual. Ella se notaba más tranquila y expresaba sus expectativas positivas sobre el futuro de su hijo al ver los progresos que él estaba consiguiendo.

Carlos progresó rápidamente después de empezar a adquirir lenguaje verbal. Hacía contacto visual con los miembros de su familia y comenzó a hacer actividades más variadas durante las sesiones de juego. Empezó a mostrar mucho interés por las pinturas de dedos y disfrutaba de dibujar círculos de forma repetitiva. Utilizaba diferentes colores y dibujaba círculos de diferentes tamaños, pero nunca dibujaba otra cosa. Esta observación es relevante si se toma en cuenta que los círculos son pictogramas que están relacionados con el seno materno y, por lo tanto, es una de las primeras formas con la que el bebé recién nacido se familiariza y del cual se obtienen sensaciones corporales placenteras (Gómez, 2009).

Después de varias sesiones con esta rutina, Carlos empezó a mostrar las primeras manifestaciones de juego simbólico. El juguete que eligió fue una casa (simbolismo materno) en la cual metía y sacaba repetidamente diferentes muñequitos a través de la puerta, reafirmando nuevamente en este juego la diferenciación entre el adentro y el afuera y, por lo consiguiente, reafirmando su identidad separada del objeto primario. Su comportamiento en casa seguía mejorando y comenzó a aceptar diferentes frutas y verduras a la hora de la comida.

La intervención terapéutica estaba cerca de cumplir un año cuando las sesiones presenciales tuvieron que ser suspendidas debido al confinamiento domiciliario impuesto en Ciudad de México a causa de la pandemia de COVID-19. En esas circunstancias se le planteó la opción a la familia de continuar con las sesiones de forma virtual a través de videollamadas y siguiendo las directrices y recomendaciones de la *Guía para la intervención telepsicológica* (De la Torre y Cebrián, 2018).

La primera sesión en esta nueva modalidad fue planeada con incertidumbre, ya que era un formato nuevo para Carlos y se desconocía si reaccionaría favorablemente a esta opción. Para la sorpresa de todos, Carlos reconoció inmediatamente a su terapeuta cuando la vio a través del ordenador, mencionando su nombre y mostrando mucho interés en esta forma de comunicación. En las primeras sesiones en modalidad virtual, Carlos se dedicó a dibujar barcos con una urgencia que no había mostrado antes. Los padres refirieron que esta rutina de dibujar barcos se repitió constantemente durante las primeras semanas del confinamiento. Carlos mencionaba que sus barcos eran el *Titanic* y se mostraba angustiado cuando mencionaba que se iba a hundir. En esta actividad se puede apreciar el temor del menor ante la separación de su terapeuta y los cambios drásticos que estaba viviendo a consecuencia de la emergencia sanitaria. El progreso alcanzado hasta ese momento fue puesto a prueba, pues Carlos, en sus juegos, daba evidencias de su temor inconsciente a regresar al ensimismamiento del que había salido recientemente. Después de algunas sesiones, estos temores fueron disminuyendo y esto coincidió con un repentino deseo de Carlos por construir sus barcos con bloques de *Lego*®, más resistentes que los dibujos en papel.

Aprovechando que Carlos estuvo en casa con su familia durante varias semanas, se decidió trabajar en el control de esfínteres, un aspecto que no se había logrado conseguir hasta ese momento. La madre refería que Carlos se mostraba aterrado cada vez que lo intentaban sentar en el inodoro o en el orinal para niños que tenían en casa. Este temor es muy frecuente en niños pequeños, especialmente en niños con TEA y parece estar relacionado con un temor de ser “devorados” o “absorbidos” por el inodoro (Tustin, 1988). En el caso de Carlos, este temor parecía agravado por el temor a “hundirse” que expresaba con el dibujo compulsivo de sus barcos.

Hubo una sesión puntual en la que la terapeuta estaba conversando con Carlos sobre el tema, le explicó que su mamá solo quería su “popo” y que a su cuerpo no le pasaría nada mientras estuviera sentado. Para sorpresa de todos, en ese preciso momento Carlos pidió a su padre que lo acompañara al lavabo. Mientras ellos estaban

dentro del cuarto de baño, la terapeuta seguía hablando a través del ordenador para que Carlos pudiera escuchar su voz mientras lo tranquilizaba y le repetía que no le iba a pasar nada malo.

Carlos regresó al escritorio nuevamente y le comunicó muy contento a su terapeuta que solo había hecho un “pum”. A la siguiente sesión, Carlos le dijo muy complacido a su terapeuta que en esa semana había hecho “mucho popo y pipí”. La madre comentó que seguía mostrando temor para sentarse en el inodoro solo pero que desde ese día ya avisaba para que alguien lo acompañara al lavabo.

El proceso de acompañamiento ha continuado hasta el momento en modalidad virtual. Los colegios en Ciudad de México continúan cerrados y las actividades escolares se están realizando a través de medios digitales y televisión. Carlos ha progresado en su desempeño académico aun en estas condiciones; actualmente ya reconoce las vocales y es capaz de dibujarlas. También ha aprendido a reconocer la grafía de su nombre, el de su hermana y algunas otras palabras cortas como “mamá” y “papá”. Su comprensión del lenguaje verbal sigue fortaleciéndose y se ha aprovechado este progreso para familiarizarlo con conceptos más abstractos relacionados con fechas importantes como los cumpleaños, el Día de Muertos o la Navidad, estos últimos a través de películas.

El juego de imitación también se ha vuelto más frecuente: en las sesiones ha hecho demostraciones de las historias y juegos que ha visto en las películas de Harry Potter. Carlos ha aprendido a enviar *emojis* y *stickers* a través de la plataforma de videollamadas. Esto se ha aprovechado también para practicar sus habilidades de identificación y expresión de emociones. A través de los *emojis*, Carlos ahora es capaz de expresar su afecto y estado emocional hacia su terapeuta y su familia.

Los temores de Carlos siguen haciéndose evidentes a través de sus juegos y secuencias de actividades que realiza durante las sesiones de terapia virtual. Recientemente, ha empezado a dibujar casas embrujadas en las que habitan fantasmas, según él mismo ha referido. En algunos casos de TEA es posible observar este tipo de temores, en su mayoría relacionados con fantasías persecutorias en las que se expresa la

intolerable angustia de separación; un recordatorio permanente de las amenazas del “agujero negro” (Tustin, 1981).

Es imposible negar que las personas con TEA están sometidas a estresores cotidianos que les producen malestares, en algunos casos relacionados con angustias arcaicas de separación primaria (Tustin, 1988). El confinamiento representa, para muchas de estas personas, una situación de encapsulamiento que podría devenir en la acentuación de algunos rasgos característicos de los TEA, tales como las conductas disruptivas y las estereotipias. Sin embargo, también es posible, como ocurrió en el caso de Carlos, que el confinamiento y el distanciamiento social favorezcan su percepción de seguridad y los movilice hacia el desarrollo de nuevas habilidades que contribuyan a su adaptación a la llamada “nueva normalidad”.

Las tecnologías utilizadas para el trabajo psicoterapéutico virtual con niños diagnosticados con TEA tendrían que ser valoradas caso por caso, ya que muchos de ellos no muestran el mismo interés en este tipo de medios de comunicación y en algunos casos incluso puede resultar desagradable. Al implementar este tipo de técnicas con población infantil se recomienda valorar también su complementación con otro tipo de recursos que aseguren la eficacia de estas intervenciones.

El fin del confinamiento, cuando ocurra, representará un desafío importante para los niños con TEA y sus familias. El impacto de este cambio podría resultar tan severo como en su momento lo fue el confinamiento, en parte debido a que las habilidades sociales adquiridas antes de la emergencia sanitaria pueden estarse viendo debilitadas ante la escasa oportunidad de socialización que estos niños y adolescentes han tenido en los últimos meses. Trabajar en la gestión y planificación de estos cambios de forma anticipada puede resultar beneficioso para favorecer respuestas adaptativas en este colectivo en su reencuentro con el exterior, con las rutinas sociales y la separación de sus cuidadores.

## Conclusiones

Ante las medidas de distanciamiento social que ha traído la crisis sanitaria del COVID-19,

los profesionales de la salud mental nos hemos visto en el imperativo de adaptar nuestros servicios e intervenciones para responder a las necesidades y al contexto actual. Específicamente, en la psicoterapia de juego infantil, el discurso y la comunicación verbal son sustituidos por el juego libre como la principal vía de expresión de los conflictos y necesidades emocionales de los menores. Ante este panorama, se vuelve imprescindible repensar e innovar nuestras técnicas y metodologías de intervención para favorecer escenarios en los que podamos garantizar nuestro acompañamiento a esta población y sus familias.

Con respecto a la atención de infantes y adolescentes con TEA es importante adaptar estas alternativas a las capacidades de cada caso y construir formas de vinculación alternativas para contrarrestar el repliegue autístico que el aislamiento social y el distanciamiento terapéutico pueda favorecer en algunos casos. En el caso descrito se pone de manifiesto la eficacia del acompañamiento psicoterapéutico a través de videollamadas para favorecer los avances en la simbolización a través de juegos simultáneos haciendo uso de materiales como pintura, libros, marionetas, peluches, etc. En esta población, las videollamadas aportan un valor añadido a las intervenciones virtuales, ya que los niños pueden escuchar la voz y hacer contacto visual en tiempo real con su terapeuta, aspecto indispensable en los casos de TEA.

Las intervenciones virtuales, como la realizada en el caso de Carlos, si bien no son nuevas, no se puede negar el hecho de que no habían sido consideradas con premura antes de la emergencia sanitaria. La migración sin precedentes que los profesionales de la salud mental hemos tenido que hacer hacia otras modalidades de intervención podría representar, siendo optimistas, un horizonte inexplorado en el que podríamos encontrar bondades terapéuticas que, a través de la atención presencial tradicional, pudiera ser complicado de acceder.

En este caso específico, se ha ilustrado cómo las videollamadas fueron una vía irremplazable para que la terapeuta accediera a la cotidianidad de Carlos en una forma más objetiva. La realización de las sesiones en el espacio doméstico pareció aportar seguridad al menor y reducir sus



angustias. Esta *presencia* de la terapeuta en el espacio privado ha sido decisiva en el progreso del caso presentado, ya que el proceso de transferencia pudo haberse visto favorecido por esta *cohabitación* transitoria de la terapeuta en el ambiente doméstico, un efecto que difícilmente se lograría a través de la atención presencial en los despachos de consulta. Con la implementación de videollamadas, el paradigma de la psicoterapia tradicional en el que el paciente asiste a un territorio desconocido a librar sus batallas fue invertido y se logró un encuadre en el que la terapeuta penetró en el espacio físico en el que se despliegan las fantasías primitivas y en el que Carlos necesitaba una aliada para acompañarle en las vicisitudes cotidianas de su condición.

La revisión teórica realizada para este trabajo deja de manifiesto la urgente necesidad de implementar políticas públicas y servicios de atención complementaria que den respuesta a las particulares necesidades de las personas con TEA y sus familias. Si bien es cierto que este colectivo requiere atención multidisciplinaria de calidad, no se puede dejar de lado el hecho de que las familias y cuidadores de las personas con TEA juegan un papel vital en el progreso que cada una de ellas pueda alcanzar. Dejar a estas familias a su suerte, en especial en tiempos de crisis como el que vivimos ahora, representa también un perjuicio directo sobre el bienestar de las personas con TEA o cualquier otro tipo de discapacidad. La crisis del COVID-19 ha dejado al descubierto la fragilidad y las múltiples carencias que los sistemas sociosanitarios alrededor del mundo tienen para llevar atención oportuna y de calidad a las personas con TEA en situaciones de emergencia. Apuntar hacia las estrategias negligentes y discriminatorias que han invisibilizado a este colectivo durante la pandemia es el primer paso hacia la demanda de políticas inclusivas que garanticen la igualdad de oportunidades y celebren la neurodiversidad inherente a nuestra especie.

## Bibliografía

- Alhuzimi, T. (2021). Stress and emotional well-being of parents due to change in routine for children with Autism Spectrum Disorder (ASD) at home during COVID-19 pandemic in Saudi Arabia. *Research in Developmental Disabilities*, 108.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana
- An, S., Chan, C. K. y Kaukenova, B. (2020). Families in transition: Parental perspectives of support and services for children with autism in Kazakhstan. *International Journal of Disability, Development and Education*, 67(1), 28-44.
- Anzieu, D. (1998). *El Yo-piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Avilés, M. D. C. B. y Muguruza, C. C. (Eds.). (2014). *Vulnerabilidad y protección de los derechos humanos*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 2-3.
- Blanco, J. M. (2020). El impacto de la pandemia de la COVID19 en los derechos humanos de las personas con discapacidad. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*, 4(2).
- Bull, L. E., Oliver, C. y Woodcock, K. A. (2017). Signalling changes to individuals who show resistance to change can reduce challenging behaviour. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 54, 58-70.
- Carmenate Rodríguez, I. y Rodríguez Cordero, A. (2020). Repercusión psicológica en niños con Trastorno del espectro autista durante el confinamiento por COVID-19. *MULTIMED*, 24(3).
- CEPAL (2020). *Personas con discapacidad ante la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en América Latina y el Caribe: situación y orientaciones. Informes COVID-19*. Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45491/S2000300\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45491/S2000300_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Clemens, V., Deschamps, P., Fegert, J. M., Anagnostopoulos, D., Bailey, S., Doyle, M., Eliez, S., Hansen, A. S., Hebebrand, J., Hillegers, M., Jacobs, B., Karwautz, A., Kiss, E., Kotsis, K., Kumperscak, H. G., Pejovic-Milovancevic, M., Råberg Christen, A. M., Raynaud, J. P., Westerinen H. y Visnapuu-Bernadt, P. (2020). Potential effects of "social" distancing measures and school lockdown on child and adolescent



- mental health. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 29, 739-742.
- Cooke, E., Smith, V. y Brenner, M. (2020). Parents' experiences of accessing respite care for children with Autism Spectrum Disorder (ASD) at the acute and primary care interface: a systematic review. *BMC pediatrics*, 20, 1-12.
- Cuenca, P. (2012). *Los derechos fundamentales de las Personas con Discapacidad. Un análisis a la luz de la Convención de la ONU*. Madrid: Universidad de Alcalá.
- Da Paz, N. S., Wallander, J. L. y Tiemensma, J. (2018). Effects of written disclosure on psychophysiological stress among parents of children with autism: A randomized controlled pilot study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 53, 7-17.
- De la Torre Martí, M. y Cebrián, R. P. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Dijkstra-de Neijls, L., Leenen, P. J. M., Hays, J. P., van der Valk, E. S., Kraaij, R., van Rossum, E. F. C. y Ester, W. A. (2020). Biological Consequences of Psychological Distress in Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder and its Potential Relevance to Other Chronic Diseases Including Cancer. *Current Epidemiology Reports*, 1-10.
- Eshraghi, A. A., Li, C., Alessandri, M., Messinger, D. S., Eshraghi, R. S., Mittal, R. y Armstrong, F. D. (2020). COVID-19: overcoming the challenges faced by individuals with autism and their families. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 481-483.
- Ferrari, P. (1997). Modelo psicoanalítico de comprensión del autismo y de las psicosis infantiles precoces. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 23(24), 5-21.
- Fombonne, E., Marcin, C., Manero, A. C., Bruno, R., Diaz, C., Villalobos, M., Ramsay, K. y Nealy, B. (2016). Prevalence of autism spectrum disorders in Guanajuato, Mexico: The Leon survey. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(5), 1669-1685.
- Frankova, H. (2020). The impact of COVID-19 on people with autism, learning disabilities and mental health conditions. *Nursing and Residential Care*, 22(6), 1-3.
- Fuld, S. (2018). Autism Spectrum Disorder: The Impact of Stressful and Traumatic Life Events and Implications for Clinical Practice. *Clin Soc Work J*, 46, 210-219.
- Gómez Cotero, A. (2009). *La contratransferencia como tentativa de cura con niños autistas*. México: Editorial IPN.
- Gómez Cotero, A., López-Armenta, F. y Galán Vera, I. (2020). Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de los adolescentes y las adicciones digitales. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 36, 23-33.
- Handicap International Federation (2015). *Disability in humanitarian context. Views from affected people and field organizations*. Lyon: Handicap International Federation. Recuperado de: [https://d3n8a8pro7vhmx.cloudfront.net/handicapinternational/pages/1479/attachments/original/1443729529/\\_Handicap\\_International\\_\\_Disability\\_in\\_humanitarian\\_context.pdf?1443729529=](https://d3n8a8pro7vhmx.cloudfront.net/handicapinternational/pages/1479/attachments/original/1443729529/_Handicap_International__Disability_in_humanitarian_context.pdf?1443729529=)
- Lacan, J. (2009). *Escritos I*. México: Siglo XXI Editores (obra original publicada en 1966).
- López-Armenta, F., Guerrero Guerra, D. y Gómez Cotero, A. (2017). Terapia de juego breve como tratamiento de la ansiedad generalizada infantil. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 29, 37-46. Recuperado de: <https://www.fundacioorienta.com/terapia-de-juego-breve-como-tratamiento-de-la-ansiedad-generalizada-infantil/>
- Maenner, M. J., Shaw, K. A. y Baio, J. (2020). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2016. *MMWR Surveillance Summaries*, 69(4), 1.
- Mitchell, D. y Karr, V. (2014). *Crises, conflict and disability: Ensuring equality*. Abingdon: Routledge.
- Narzisi, A. (2020). Phase 2 and later of COVID-19 lockdown: is it possible to perform remote diagnosis and intervention for autism spectrum disorder? An online-mediated approach. *Journal of clinical medicine*, 9(6), 1850.
- Narzisi, A., Posada, M., Barbieri, F., Chericoni, N., Ciuffolini, D., Pinzino, M., ... y Muratori, F. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder in a large Italian catchment area: A school-based population study within the

- ASDEU project. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29.
- Patel, J. A., Badiani, A. A., Nielsen, F. B. H., Assi, S., Unadkat, V., Patel, B. y Hallas, L. (2020). COVID-19 and autism: Uncertainty, distress and feeling forgotten. *Public Health in Practice*, 1, 100034.  
<https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100034>
- Shorey, S., N., E. D., Haugan, G. y Law, E. (2020). The parenting experiences and needs of Asian primary caregivers of children with autism: A meta-synthesis. *Autism*, 24(3), 591-604.
- Smith, L. E., Hong, J., Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Almeida, D. M. y Bishop, S. L. (2010). Daily experiences among mothers of adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(2), 167-178.
- Souza, A. L. R., Guimarães, R. A., de Araújo Vilela, D., de Assis, R. M., Oliveira, L. M. D. A. C., Souza, M. R., Nogueira, D. J. y Barbosa, M. A. (2017). Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 17(1), 1-10.
- Tustin, F. (1981). *Autistic States in Children*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Tustin, F. (1988). The "black hole": a significant element in autism. *Free Associations*, 1(11), 35-50.
- Valle Escolano, R. (2021). La protección de los derechos de las personas con discapacidad en situaciones de crisis: la emergencia sanitaria del COVID-19 en España. *Revista Española de Discapacidad*, 8(2), 85-106.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. London: Routledge.
- Yarımkaya, E. y Esentürk, O. K. (2020). Promoting physical activity for children with autism spectrum disorders during Coronavirus outbreak: benefits, strategies, and examples. *International Journal of Developmental Disabilities*, 1-6.

# Adolescencias en pandemia: acerca de las conductas de riesgo y la construcción del “cuidado de sí”

JORGE E. CATELLI<sup>1</sup>

## RESUMEN

*Adolescencias en pandemia: acerca de las conductas de riesgo y la construcción del “cuidado de sí”.* Las adolescencias plantean hoy renovados desafíos. En nuestros días, los clásicos duelos adolescentes cobran sentidos que interpelan, tanto por las situaciones de riesgo actual y sus modos de darse, como por las circunstancias de una época signada por la inmediatez, las tecnologías y la pandemia de la COVID-19. El autor propone en este artículo un análisis de la construcción del “cuidado de sí” como un modo del “cuidado del otro”, articulando la constitución del sujeto desde las dimensiones del prójimo y del semejante, en tanto formas del *Nebenmensch* freudiano, con categorías *foucaultianas*, para desarrollar sus ideas. **Palabras clave:** adolescencias, riesgos, cuidados, duelos, acting-out.

## ABSTRACT

*Adolescences in a pandemic: about risk behaviours and the construction of “self-care”.* Adolescence poses new challenges today. In our times, the classic adolescent mourning takes on new meanings that challenge us, both because of the current risk situations and the ways in which they occur, and because of the circumstances of an era marked by immediacy, technologies, and the pandemic of COVID-19. In this article, the author proposes an analysis of the construction of “self-care” as a way of “caring for the other”, articulating the constitution of the subject from the dimensions of the other and the similar, as forms of the Freudian *Nebenmensch*, with “Foucauldian” categories, in order to develop his ideas. **Keywords:** adolescence, risks, care, mourning, acting-out.

## RESUM

*Adolescències en pandèmia: sobre les conductes de risc i la construcció de la “cura d’un mateix”.* Les adolescències plantegen avui renovats desafiaments. En els nostres dies, els clàssics duels adolescents cobren sentits que interpel·len, tant per les situacions de risc actual i les maneres com es donen, com per les circumstàncies d’una època signada per la immediatesa, les tecnologies i la pandèmia de la COVID-19. L’autor proposa en aquest article una anàlisi de la construcció de la “cura d’un mateix” com una manera de la “cura de l’altre”, articulant la constitució del subjecte des de les dimensions de l’altre i del semblant, a la manera del *Nebenmensch* freudià, amb categories *foucaultianes*, per desenvolupar les seves idees. **Paraules clau:** adolescències, riscos, cures, duels, acting-out.

*“Nacemos, por decirlo así, en dos veces: una para existir, y la otra, para vivir. Una para la especie, y la otra para el sexo.”*

Jean-Jacques Rousseau, *Emilio*, Tomo V

*“Mi primer pensamiento al despertarme fueron los verbos griegos con terminación  $\mu\iota$ . - ¡Mierda, carajo! durante el desayuno y en el camino me la pasé conjugando tanto que quedé abrumado. Debo haber*

*cortado poco después de las tres. La pluma me hizo otra mancha en el libro. La lámpara humeaba cuando Mathilde me despertó; en los arbustos de lilas debajo de la ventana los mirlos gorjeaban tan felices. Yo, inmediatamente me puse inexpresablemente melancólico de nuevo. Ajusté mi cuello y pasé el cepillo por mi cabello. ¡Pero se siente, cuando se le ha arrebatado algo a su propia naturaleza!”*

Franz Wedekind, 1891. *Despertar de primavera* (1)

<sup>1</sup>Psicoanalista Didacta (APA-IPA). Profesor e investigador de la Universidad de Buenos Aires. Miembro Plenario de la Federación Psicoanalítica de América Latina (FEPAL). Web: [www.jorgecatelli.com](http://www.jorgecatelli.com). Contacto: [jorgecatelli@gmail.com](mailto:jorgecatelli@gmail.com)

Recibido: 21/2/21 – Aceptado: 5/5/21

## Las adolescencias como travesía

Las adolescencias, en términos generales -y tal vez con el riesgo de plantearlo de modo generalizante-, se caracterizan por el intento de consolidación de una identidad, en medio de múltiples transformaciones y mutaciones. Me propongo hablar de adolescencias en plural, ya que considero que esto implica una apuesta por subrayar la diversidad, en relación con las formas de vivirla, así como una multiplicidad de factores que las atraviesan.

Estos factores los pienso tal como vengo investigando con Kaplan y equipo (UBACyT, 2018 - 2020 [2]), tanto en relación con el momento histórico, la configuración social y las tramas culturales, así como lo que podríamos enunciar en términos de “la época” en que se ha de inscribir el sujeto, que también demarcan una diversidad de marcos referenciales y variaciones dentro de ellos mismos, para pensar a los sujetos. De este modo, el abordaje de “las adolescencias en plural” señala también poder estar advertidos y dejar de manifiesto esta múltiple inscripción, para poder pensar una pluralidad de adolescencias posibles, de este modo contextualizadas, para ubicar allí las coordenadas subjetivas.

Este hito significativo para la cristalización del sujeto tiene lugar en medio de un complejo proceso de elaboración de duelos propios de la infancia que comienza a abandonarse en que, tal como Sara Zusman de Arbiser (2018) refiere, “el cuerpo es el gran protagonista. Es el lugar donde se manifiesta el sufrimiento, un lugar de exhibición y escritura.”. Al decir de Knobel y Aberastury (1971) (3), el cuerpo es parte de estos objetos a *duelar* y “los fenómenos de depresión y duelo acompañan el proceso identificatorio en la adolescencia” (p. 100). A propósito de los primeros señalamientos en relación con las adolescencias “en plural”, me resulta interesante la posibilidad de acentuar los años de publicación de las ideas mencionadas *supra*, para reconsiderar la validez de estas cincuenta años después, así como la posibilidad de repensarlas hoy.

A su vez, como parte de los procesos mencionados, se impone la necesidad de confrontación con los modelos de las generaciones anteriores, como modo de diferenciación y construcción posible de un proyecto de vida (Catelli, 2018a)

que, a su vez, es un proyecto identificatorio inconsciente y cristalización en ciernes de la subjetividad, echando mano “a todos los recursos para aflojar los lazos que mantienen con su familia, los únicos decisivos en la infancia” (Freud, 1905, p. 205).

El desafío hacia las figuras que encarnan al Otro, como modo confrontativo, responde a modos más bien maníacos de esos recorridos subjetivos, en que los adolescentes pueden oscilar entre momentos de euforia y omnipotencia y otros de tristeza y melancolía, en que “se consuma uno de los logros psíquicos más importantes, pero también más dolorosos, [...]: el desasimiento respecto de la autoridad de los progenitores, el único que crea la oposición tan importante para el progreso de la cultura, entre la nueva generación y la antigua” (Ibíd, p. 207). Claro que esto no es de un solo movimiento y para siempre. Básicamente podemos ubicar dos tiempos que se ponen en juego: uno de “alienación” en relación con las figuras que han encarnado las funciones parentales previamente, y otro de “separación” de esas mismas figuras y su autoridad. Esta travesía implica un doloroso trabajo, que los duelos anteriormente mencionados implican, imbricando múltiples procesos de despliegue psíquico, orgánico, corporal y social, entre otros, e inmerso en un contexto histórico y entramado de prácticas, discursos, ideales, deseos, ideologías y prohibiciones. Esta imbricación se despliega en movimientos progresivos y regresivos de la trama simbólica en que el sujeto en cuestión va haciendo su despliegue. El ánimo repentinamente triste y en apariencia inmotivado, los saltos de humor extremos, así como las reacciones de angustia profunda, van mostrando, tal como afirma L. Kaplan (1991, p. 131), “la lucha interior por renunciar al pasado y al mismo tiempo no perderlo del todo”. Las añoranzas retornan, de todas maneras, una y otra vez, a veces como las grandes reflexiones por “el tiempo perdido”, “la angustia por aprovechar el tiempo y no desperdiciarlo -por ejemplo, en la elección adecuada de sus vocaciones y proyectos de vida-” y, a la vez, la sensación, el insistente y agri dulce recuerdo de lo que no puede volver a ser. En muchas ocasiones, ciertas “fugas hacia adelante”, se manifiestan como virulentas acciones, a veces “pulsando el acelerador”, como

modo maniaco de darle a esta encrucijada una resolución posible.

Es considerable el número de accidentes y muertes por accidentes de tránsito de los cuales son protagonistas adolescentes o, para ser más acotados, adolescentes tardíos. Los momentos de euforia se manifiestan en actos virulentos de violencia que, en muchos casos, terminan siendo autodestructivos. No son ajenas a este contexto las conductas que venimos observando actualmente en relación con los cuidados necesarios e indicados en plena pandemia de la COVID-19. La reacción casi oposicionista, que se viene viendo en las conductas sociales, protagonizadas por adolescentes, muestra aspectos negadores y autodestructivos que está potenciada por las particularidades planteadas anteriormente en relación con los picos anímicos observados en estos grupos etarios; aunque no exclusivamente y, siempre, en articulación con la singularidad de la constitución subjetiva.

Otra variable importante a tener en cuenta es el factor social, en relación con las adolescencias vulnerables, marginales y desprotegidas, de sectores populares y empobrecidos de Latinoamérica (4). Esta vulnerabilidad propia de las adolescencias se ve acrecentada y potenciada por el riesgo y la vulnerabilidad social implicados en grupos que presentan aún mayores riesgos y, proporcionalmente, necesidad de cuidado, que muchas veces queda incrementado por estigmatizaciones alienantes, de las que también son víctimas. Las derivas de estos potenciales *modos de darse* del sujeto en esa etapa de la vida varían de acuerdo con la singularidad propia de su organización psíquica. El cuidado de sí, tanto en los momentos más melancólicos como en los más maniacos, queda particularmente afectado, ya sea por un *descuido activo*, sostenido en la sensación de omnipotencia, como por una actitud que implica una *dedicatoria* a un otro a quien se desafía, tal como dejé explicitado más arriba. Las diversas conductas, ya sea en relación con los cuidados necesarios para evitar los riesgos de contagio, como también en relación con conductas desafiantes hacia los otros, van mostrando la convocatoria a las generaciones de los adultos que somos convocados a hacernos cargo de su cuidado. En esta misma línea, es el mismo Estado el que debe asumir esa tarea a

través de sus estamentos y agencias de llegada a la comunidad. Muchos problemas de salud, como las enfermedades de transmisión sexual, el consumo problemático de sustancias y, en nuestro contexto actual de pandemia, la exposición a los contagios de COVID-19, encuentran una particular facilitación en la adolescencia, en relación con las anteriormente mencionadas “conductas de riesgo”. Alcanzar cierta posibilidad de *cuidado de sí*, respecto del que me referiré *infra*, cabalga en momentos de zozobra identificatoria en un mar de actos y *actings*, en búsqueda de procesos psíquicos de anclaje de la cristalización de la subjetividad en ciernes.

### Del *acting-out* y el acto psíquico completo

*“El distingo entre la actividad psíquica preconsciente e inconsciente no es primario, sino que sólo se establece después que ha entrado en juego la defensa. Sólo entonces cobra valor tanto teórico como práctico el distingo entre unos pensamientos preconscientes que aparecen en la consciencia y pueden regresar a ella en cualquier momento, y unos pensamientos inconscientes que lo tienen prohibido”.*

Sigmund Freud, 1912, p. 275

Casi a la inversa de la llamada “inopia” (Dolto, 1988, p. 13), en que, por propia indefensión y debilidad, como los bogavantes y las langostas, “se ocultan [...] en ese momento [...] para adquirir defensas”, el movimiento maniaco tiende a llevar a los jóvenes a la actuación (Garma y Garma, 1966). La salida a la acción de modo compulsivo, bajo una premisa inconsciente de negación de los riesgos efectivos de la realidad exterior, que no llegan a ser tramitados psíquicamente, van mostrando una hipertrofia en el circuito del acto psíquico que me parece importante situar metapsicológicamente.

Siguiendo con las ideas de Freud, “todo acto psíquico comienza por ser inconsciente” (1912, p. 275); el desarrollo de aquella primera idea inconsciente puede conducir al sujeto a una “conducta adecuada a fines” (1926 [1925]) que llevaría a conseguir “un trabajo que opere sobre el mundo exterior: [...] ya no es autoplástica, sino aloplástica.” La resolución autoplástica implica una modificación en el mundo interno, así como también la formación de un síntoma o una



modificación tal que no permite la acción “adecuada a fines”, sino el *acting-out* o, en el peor de los casos, el “pasaje al acto”. En ese sentido, las conquistas psíquicas implicadas en relación con la posibilidad de llegar a un *cuidado de sí* darían cuenta del desarrollo de un acto psíquico completo, cuya consecuencia sería ese cuidado como producto de una modificación aloplástica. Hasta tanto esto pueda darse, algo del orden del Otro, a veces encarnado en algún modo de una familia habrá de ser, tal como revela la etimología, “el conjunto de fámulas y fámulos, es decir, el conjunto de los siervos, porque la *familia* se constituye por el servicio o la servidumbre de cada uno de los integrantes para sostener al otro”. (Zusman de Arbiser, 1986, p. 370)

En el reverso del sostenimiento, según Lacan (2007), se encontraría algo propio de la madre fálica, no como normalmente se la *imaginariza*, sino en relación con dejar caer, al estilo del reclamo de Electra a Clytemnestra, en relación con la madre fálica: “alguien que les dice que cuanto más precioso es un objeto para ella, ella sufrirá la atroz tentación de no retenerlo en una caída esperando vaya a saber qué milagro en esa suerte de catástrofe, y que el niño más amado es justamente ése al que un día dejó caer inexplicablemente”. Considero que este punto es un articulador central, en relación con un lugar de pasaje que las adolescencias necesariamente transitan, en que el sostenimiento simbólico de las generaciones mayores encarna una función central para un pasaje posible al *cuidado de sí*.

### Cuidado de sí, cuidado del otro: *epimeleia heautou*

*“Sobre el prójimo, el ser humano aprende a discernir”.*  
Sigmund Freud, (1950 [1887-1902]), p. 376.

El desafío que las adolescencias hoy nos proponen tiene que ver con la necesidad de cuidado. Ese cuidado no siempre es posible que se lo procure el adolescente mismo, por las razones explicitadas anteriormente, en un momento en que están involucrados procesos complejos, respecto de hacer el duelo del cuerpo infantil, del lugar de niño e incluso de los padres de la infancia, junto con la consolidación y puesta a prueba de identificaciones que le den solidez a su personalidad.

Con la influencia nietzscheana en el así llamado “momento genealógico” de las investigaciones de Foucault (2009), en cuanto a lo metodológico y al análisis del poder en términos de luchas de fuerzas, nos encontramos con una nueva etapa en sus investigaciones y producciones teóricas, en que el sujeto aparece en su constitución, delineado a partir de las propias prácticas: “cómo se llega a ser el que se es”. La idea nietzscheana del *superhombre* podría ser pensada, de algún modo, la de aquel que puede “darse su propia ley y crear sus propios valores”. En ese sentido, hay algo de la concepción de un “crearse a sí mismo” -o mejor aún, hacerse cargo de sí- y esta será una línea que Foucault ha de tomar en relación con lo que va a llamar “la inquietud de sí”.

Esta noción constituye una actitud general, una manera determinada de atención, de mirada sobre lo que se piensa y lo que sucede en el pensamiento. “Implica también acciones que uno ejerce sobre sí, mediante las cuales se hace cargo de sí mismo, se modifica, [...] se transforma y transfigura” (Vignale, 2012, p. 30). Se trata de una “actitud con respecto de sí mismo, con respecto a los otros, y con respecto al mundo” (Foucault, 2009, p. 28). En este sentido, esta idea cobra un volumen conceptual, a mi criterio significativo, para nosotros psicoanalistas, en tanto que concierne a la “historia de las prácticas de la subjetividad” (Ibíd. *supra*), y contribuye con la reflexión acerca de la precipitación de la subjetividad como “modo de darse del sujeto”. La sospecha de la cual Foucault es heredero proviene en términos generales de Marx, Nietzsche y Freud, quienes la ubican en relación con la estructura del *conócete a ti mismo*. La gran y significativa importancia del concepto de inconsciente para el psicoanálisis se juega en estas líneas, en relación con la desaparición de la identificación de la conciencia con la representación, entre múltiples otros elementos. Ese “sí mismo” del cual hay que ocuparse, particularmente en relación con nuestros jóvenes, es posible que sea traducido por una nueva pregunta en relación con ese pronombre reflexivo *heautou*, ¿cuál sería entonces ese elemento que es igual del lado del sujeto y del lado del objeto? Ocuparse de sí mismo implica ocuparse de algo que es lo mismo que el sujeto que “se ocupa de”



uno mismo como objeto (Foucault, 2009, p. 66; Vignale, 2012, p. 313). Considero que estas reflexiones se encuentran en relación con la concepción acerca de la identificación para nuestro arte y ciencia, como una constitución que se juega en relación con el semejante, tal como vengo desarrollando en otros escritos, desde hace años (Catelli, 1989 a 2020), a partir de la idea temprana de Freud (1950 [1895], respecto del complejo del semejante / prójimo.

### La convocatoria al Otro: entre el prójimo y el semejante

*“El adolescente reacciona frente a la diferencia entre su actitud actual hacia los padres y la que tuvo en su infancia.”*

*Freud, 1905 (n. de 1920), p. 206.*

Considero que parte de la mentada sospecha, ahora en relación con el sintagma inconsciente de convocatoria de los jóvenes al Otro, se ubica en el entramado de la reedición edípica de la dramática de la constitución psíquica, anclada en la identificación y los procesos involucrados, para darle consistencia a ese potencial *cuidado de sí*. Las figuras de quienes encarnan las funciones tanto materna como paterna son convocadas en relación con el cuidado y también en relación con la necesidad de confrontación, como representantes de una legalidad puesta en cuestión. La condición edípica, en plena reedición adolescente, contribuye, como fuente principal y estímulo, a la transformación permanente de quienes encarnan ese Otro en un ser repudiable, rival y ajeno, oscilando con momentos de reconocimiento, amor e idealización. Tal como comentaba en otro lugar, “en tiempos en que los pueblos estaban divididos por accidentes naturales, como los ríos, quienes quedaban de uno u otro lado del *river* se transformaban automáticamente en *rivales*, prójimos peligrosos, ajenos al lugar propio” (Catelli, 2020), aún con la cercanía y familiaridad de esa proximidad.

Siguiendo a Freud y las lecturas que de él hace Jorge Winocur (1996a, 1996b), podemos situar un modelo de aparato psíquico refractario al estímulo -tanto pulsional como externo- como el aparato regido al comienzo por el principio de inercia, incapaz de tolerar el aumento

de cantidad: funciona de un modo narcisista, refractario, reflejo, intentando despojarse de la excitación y, de este modo, del objeto, al estilo del modelo que propone Freud. En términos de este aparato psíquico narcisista y refractario, el tratamiento del otro, del vecino -ese otro repudiable del mundo exterior, ese prójimo temido- será como el del *extranjero* pulsional que lo habita, con rechazo y repulsión (Ibíd.). De este modo, queda en gran parte dirimido el universo adolescente -en términos generales-, oscilante en su funcionamiento psíquico, entre idealizaciones y rechazos radicales, virulentos repudios que desmienten la tridimensionalidad del otro y, por lo tanto, la posibilidad de darle lugar de consideración a los signos de la realidad material que se imponen, tales como las amenazas de la actual pandemia de COVID-19. El universo adolescente exige un acompañamiento especialmente cuidadoso en relación con los peligros ante los que queda expuesto y sin defensas (Dolto, 1988, p. 13).

De ahí la particular importancia de la recomendación clínica al trabajar en psicoanálisis con adolescentes respecto de “tratar de entender los contenidos inconscientes y el tipo de defensas que predominan, [...] de los padres, además de los del niño” (Zusman de Arbiser, 1985, p. 164). ya que, en ese entramado, en ese “entre”, se irá dando la precipitación subjetiva del adolescente.

El primer modelo del aparato psíquico, tal como mencionaba anteriormente, muestra un sistema “saturado”, como el llamado “esquema del peine”, en que todo estímulo sería refractado, rechazado, en la medida que carece de toda capacidad para contenerlo, al estilo del sistema reflejo, del mismo modo en que la realidad exterior, en tanto objeto, es rechazada (Catelli y Zaefferer, 2013). Conjeturo que este modo de funcionamiento, articulado con el sistema de reconocimiento del otro, para rechazarlo en tanto diferente a sí, se potencia en el universo adolescente, de modo ostensible y virulento, con particular dificultad para el funcionamiento tridimensional, propio del segundo modelo de aparato psíquico que plantea Freud (1923), que lo involucra en ese “sí mismo” como objeto tridimensional de su propio cuidado. Esta “inquietud de sí” (cf. *supra*), leída en clave psicoanalítica, da cuenta de la escisión del sujeto en que

como “objeto de sí”, puede ser algo más que destinatario de los maltratos del superyó, aun considerándolos como parte de esa “constitución melancólica” (Catelli y Zaefferer, 2013) y, en relación con la instancia del yo, ahora como objeto de cuidado. Me importa diferenciar esta instancia de posible “cuidado de sí” de un “superyó protector”, en relación con mi desacuerdo con esta última formulación, apoyado en las ideas de Ángel Garma (1966), Jorge Winocur (1996) y José Treszesamsky (2016).

### La convocatoria al Otro y la disponibilidad ante el llamado. El escenario de la COVID-19

*De tal manera, el superyó sigue cumpliendo para el yo el papel de un mundo exterior, aunque haya devenido una pieza del mundo interior. Para todas las posteriores épocas de la vida subroga el influjo de la infancia del individuo, el cuidado del niño, la educación y la dependencia de los progenitores.*  
Sigmund Freud (1940)

A condición de la prematuración y la “necesidad de ayuda del otro” para la supervivencia del ser humano -más literalmente lo señala el término original alemán *Hilflosigkeit*-, se despliega la dependencia de modos diversos a lo largo de la historia singular de los sujetos, que muestra una relación con el Otro, y en relación con sus modos de aparición encarnada. Las adolescencias, de diversos modos y con los recursos con que cuentan a disposición, convocan de un modo insistente y diverso, tal como planteé *supra* en el primer apartado, en una necesidad de confrontación en el universo simbólico, con quienes encarnan los derivados de la función paterna, para erigir sobre su falta una identidad posible. El significante *tapabocas* ha adquirido una variada connotación en nuestros tiempos actuales, en un momento en que estamos transitando una pandemia, durante la cual cierto universo de prevención puede ofrecer una buena materialidad para dar lugar a cierta representación del Otro a confrontar. Ese significante puede ser cualquiera; sin embargo, articulado en nuestra época, adquiere un cariz singular en cada trama subjetiva que me parece interesante.

Un paciente de 19 años, a quien atiendo desde hace no más de un año, se comunica

telefónicamente en una sesión a *distancia*, en tiempos pandémicos, y habiendo tenido en el inicio muy pocas sesiones presenciales, y me dice con orgullo (¿superyoico?): “en la costa nos contagiamos todos. No quedó nadie sin corona.”

“Unos reyes totales”, le respondí, “es que estábamos solos y nos íbamos reuniendo de los distintos grupos: de Pinamar, de Villa Gesell, de Mar de las Pampas, de Cariló... Íbamos rotando de un lado a otro y cuando ya no sabíamos adónde ir, cambiábamos de rumbo. Siempre había amigos en todos lados, pero todos la teníamos clara: a nosotros no nos iban a tapar la boca.”

¿Quién les quería tapar la boca?

“Los mismos de siempre, los que nos dicen cómo debemos ser y qué tenemos que hacer. Si los viejos tienen miedo, que se cuiden ellos”.

En este punto, el paciente estaba haciendo una referencia a una línea de su trabajo en análisis, en relación con figuras parentales, superyoicas y arrasadoras de su deseo singular. Tales figuras, a lo largo del tiempo, se habían encargado de ser agentes de ciertos sometimientos cruciales, para lo que luego fue la formación de síntomas, que lo condujeron al tratamiento psicoanalítico.

El falso enlace entre el otro “sometedor y tapabocas” y el “otro del cuidado” facilitaron “los engaños del superyó” -parafraseando a Ángel Garma (1966)- confundidos en una acción permanente, insistente y masoquista, no sin revelar una convocatoria ostensible y de diversos modos, a ese conglomerado representacional que adquiere para el analizante el Otro.

### La apuesta por el “cuidado del otro” como “cuidado de sí”

Para pensar de algún modo estas situaciones de convocatoria a las generaciones que para los jóvenes encarnan al Otro, me gusta pensar con dos metáforas: la primera es la de la “estación de servicio”, volviendo al análisis del “cuidado del otro” de Zusman de Arbiser (1986, p. 370). Una buena estación de servicio está en la ruta bien visible y permite que se identifique claramente cómo acceder a ella para buscar ayuda. Claro que esto no es sin equívocos. En el entramado de las series que constituyen al suje-

to, los caminos son múltiples para la posibilidad de transformar accesos en puntos de rechazo, ofrecimientos en repudios y así sucesivamente, de acuerdo con las configuraciones más o menos patológicas. Sea tal vez la apuesta, instrumentar los medios para que quienes han de ejercer ese cuidado puedan explicitar esa disponibilidad ante los jóvenes. Tal como ahondaba *supra*, en los apartados 3 y 4, por constitución identificatoria, el “cuidado del otro” es potencialmente parte del “cuidado de sí”.

La segunda metáfora es la del “auxilio mecánico”, aquel que va hacia quien no puede llegar a la estación de servicio, aquel que quedó varado, expuesto, en riesgo y necesitado de auxilio, aquel que a veces tampoco puede gritar la ayuda que precisa. Considero que quienes están convocados a cuidar de sus adolescentes requerirían también de esta capacidad de poder “ir hacia ellos”, ir a buscarlos en momentos en que el auxilio tal vez no se pueda pedir, para asistirlos, cuidarlos e intentar evitar, a su vez, los sentimientos de humillación que “ser cuidado” puede despertar en muchas configuraciones psíquicas.

Considero que es una responsabilidad del universo adulto -y en el mejor de los casos, un deseo- el poder ocuparse de ese cuidado desde la proximidad, como reverso de la indiferencia y caída ante el otro. La cantidad de energía psíquica involucrada en estos procesos mentales es tan grande que la disponibilidad para el cuidado de sí es particularmente frágil y debe ser construida paulatinamente. De ahí la necesidad de la intervención de las otras generaciones, como agentes deseantes y amorosos del cuidado. Es otro modo de comprender hoy el concepto de *familia*, para poder sostener a quienes por sí mismos no lo pueden hacer. En términos de Silvia Bleichmar, se trata de “la presencia al menos de dos generaciones en las cuales una de ellas está en una asimetría factual y simbólica respecto al otro, lo cual le permite ejercer funciones de subjetivación y protección” (Rosenberg y Agrest, 2007). Ese cuidado, o dificultad para sostenerlo, se ve muy fuertemente en relación con las situaciones ante las que estamos asistiendo con la actual pandemia y los modos de desafiar sus consecuencias. Han de ser las generaciones que pueden ofrecer

esta generosa visibilidad y compromiso activo a sus adolescentes las que puedan lograr despertar esa potencialidad de acceder al “cuidado del otro” como parte del “cuidado de sí”. Es un horizonte posible.

## Notas

(1) Traducción del autor.

(2) Investigación realizada en el Instituto de Ciencia y Tecnología de la Universidad de Buenos Aires, Proy. n. 20020170100464BA, “Violencias, estigmatización y condición estudiantil. Una sociología de la educación sobre las emociones y los cuerpos”, Dirección: Carina V. Kaplan.

(3) Tanto Zusman de Arbiser, como Knobel y Aberastury, psicoanalistas de niños y adolescentes de la llamada “escuela argentina de psicoanálisis”, han tenido una meritoria contribución al psicoanálisis en general y en particular al desarrollo del psicoanálisis con niños y adolescentes y, por esta razón, son considerados pioneros del movimiento psicoanalítico en América Latina y para el mundo; así como Ángel Garma, quien trajera el psicoanálisis a la Argentina y llevara a cabo un amplio desarrollo y difusión del mismo, conjuntamente con la fundación en 1942 de la Asociación Psicoanalítica Argentina, con un pequeño y potente grupo de entusiastas colegas.

(4) En Argentina, país en el que vivo y trabajo, los números de niños y jóvenes sumidos en la pobreza e indigencia son francamente alarmantes y los asentamientos y bolsones de familias carenciadas se extienden permanentemente a la vera de las grandes ciudades del país, como parte de un paisaje por momentos naturalizado, incluso legitimado por los teóricos neoliberales que se refieren a “fenómenos estructurales actuales”. Estas situaciones pueden encontrarse en cada país de latinoamérica, en los que la inequidad social se repite y extrema día a día.

## Bibliografía

- Catelli, J. E. (1989). *La identificación en la histeria*. Trabajo presentado en las jornadas anuales de la Cátedra de Psicopatología, Universidad de Buenos Aires [no publicado].
- Catelli, J. E. et al. (1997). *Qué padre en las adicciones o acerca de una iniciación imposible*. En

- El padre y la mujer*. Buenos Aires: Ed. Atuel.
- Catelli, J. E. (2009a). *Algunas consideraciones sobre el juicio adverso y las sobredeterminaciones inconscientes: la „Verurteilung“ y la „Urteilsverwerfung“ en la obra de Sigmund Freud*. [no publicado].
- Catelli, J. E. (2009b). *Duelo o melancolía: acerca de la incorporación oral y la identificación* [no publicado].
- Catelli, J. E. (2014). Puntualizaciones sobre el narcisismo, cien años después. *Revista de Psicoanálisis*, LXXI(4).
- Catelli, J. E. (2016a). *Acerca de los desbordes: historia de una lactancia prolongada... por veintitrés años*. Trabajo presentado en el CAPX, Congreso Argentino de Psicoanálisis. Universidad de Buenos Aires, 25 al 28 de mayo de 2016 [no publicado].
- Catelli, J. E. (2016b). *El prójimo y el semejante: de la constitución del aparato psíquico y los destinos de la pulsión*. Trabajo presentado en el Congreso Argentino de Psicoanálisis. Universidad de Buenos Aires, 25 al 28 de mayo de 2016 [no publicado].
- Catelli, J. E. (2018). Emoción y Cognición: alfarerías en la educación. Reflexiones psicoanalíticas sobre la construcción posible de conocimientos y subjetividad en educación, en Carina V. Kaplan (ed.). *Emociones, sentimientos y afectos. Las marcas subjetivas de la educación*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Catelli, J. E. (2019a). *Consideraciones acerca de ciertas paradojas en la conceptualización de la identificación, en la constitución del aparato psíquico* [no publicado].
- Catelli, J. E. (2019b). *Dos modelos de funcionamiento del aparato psíquico, en una paciente con conductas bulímicas, a lo largo de su tratamiento psicoanalítico* [no publicado].
- Catelli, J. E. (2020). *Complejo del semejante / prójimo (Entrada del Diccionario Argentino de Psicoanálisis)*. Buenos Aires: APA Editorial.
- Catelli, J. E. y Zaefferer, T. (2013). El dolor a partir de la constitución melancólica del aparato psíquico. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, LXX(1).
- Dolto, F. (1988). *La cause des adolescents*. París: Éditions Robert Laffont.
- Foucault, M. (2009). *El Gobierno de sí y de los otros*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual, en S. Freud, *Obras Completas*, Vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1912). Nota sobre el concepto de inconsciente, en S. Freud, *Obras Completas*, Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello en S. Freud, *Obras Completas*, Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1926 [1925]). Inhibición, síntoma y angustia, en S. Freud, *Obras Completas*, Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1940). Esquema del psicoanálisis, en S. Freud, *Obras Completas*, Vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1950 [1895]). Proyecto de psicología, en S. Freud, *Obras Completas*, Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Garma, Á. y Garma, E. (1966). Reacciones maníacas: alegría masoquista del yo por el triunfo mediante engaños, del superyó en A. Rasovsky y D. Liberman (comps.), *Psicoanálisis de la manía y psicopatía*. Buenos Aires: Paidós.
- Kaplan, L. J. (1991). *El adiós a la infancia*. Buenos Aires: Paidós.
- Knobel, A. y Aberastury, M. (1971). *La adolescencia normal*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan J. (2007). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 10: la angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Rotengber, E. y Agrest, B. (comp.) (2007). *Homoparentalidades. Nuevas familias*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Treszezamsky, J. (2016). ¿Por qué no la guerra? *Revista de Psicoanálisis*, 73(23), 37-49
- Vignale, S. (2011). Contrastes. *Revista Internacional de Filosofía*, 17, 307-24
- Winocur, J. O. (1996a). El narcisismo y la identificación narcisista. *Revista de Psicoanálisis*, 53(1), 227-253.
- Winocur, J. O. (1996b). El poder del psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis*, 8(5), 269-296.
- Zusman de Arbiser, S. (1985). El lugar de la familia en el psicoanálisis en niños y adolescentes. *Revista de Psicoanálisis*, 42(01), 159-181.
- Zusman de Arbiser, S. (1986). Acerca de la iniciación sexual en la adolescencia. *Revista de Psicoanálisis*, 43(02), 369-392.
- Zusman de Arbiser, S. (2018). Anorexia como expresión del conflicto con lo femenino en la adolescencia, *La Época APA online*, 18.

# Evaluación del impacto del confinamiento en jóvenes atendidos en centros comunitarios de salud mental

ROCÍO CASAÑAS<sup>1AB</sup>, LAIA MAS-EXPÓSITO<sup>1AB</sup>, MERCÈ TEIXIDÓ<sup>2BC</sup>, ANA BARAJAS-VÉLEZ<sup>1ABD</sup>, MARC UDINA<sup>2BE</sup>, PATRICIA ESCALONA<sup>3BF</sup>, MERCÈ TRIAY<sup>1G</sup>, AUREA MORENO<sup>3BH</sup>, EMPAR MURGUI<sup>2BI</sup>, M<sup>a</sup> TERESA CARBONERO<sup>2BJ</sup>, CAROLINA FRANCO<sup>2BK</sup> Y LLUÍS LALUCAT-JO<sup>2BL</sup>

## RESUMEN

*Evaluación del impacto del confinamiento en jóvenes atendidos en centros comunitarios de salud mental.* El objetivo de este estudio es analizar el impacto del confinamiento debido al virus del SARS-CoV-2 en la vida de los jóvenes atendidos en servicios de salud mental comunitarios. Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal que se lleva a cabo entre junio y octubre del 2020 en una muestra de 41 jóvenes usuarios del CSMIJ, HDA y CSMA de la Asociación Centro de Higiene Mental Les Corts. Los resultados muestran que la situación de confinamiento ha afectado en su salud física y mental, aunque el estar acompañados por la familia y un lugar de residencia óptimo les podría haber ayudado a afrontar mejor este período. **Palabras clave:** COVID-19, confinamiento, jóvenes, salud mental, salud física.

## ABSTRACT

*Evaluation of the lockdown impact on young people in community mental health centres.* This study aims to analyse the lockdown impact of the SARS-CoV-2 virus on the lives of young people attending community mental health services. This is a cross-sectional descriptive observational study carried out between June and October 2020 in a sample of 41 young users of the Mental Health centers and Day Care Hospital from Associació Centre d'Higiene Mental Les Corts. The results show that the lockdown situation has affected their physical and mental health, although being accompanied by the family and an optimal place of residence could have helped them to cope better with this period. **Keywords:** COVID-19, confinement, young people, mental health, physical health.

## RESUM

*Avaluació de l'impacte del confinament en joves atesos en centres comunitaris de salut mental.* L'objectiu d'aquest estudi és analitzar l'impacte del confinament a causa del virus de la SARS-CoV-2 a la vida dels joves atesos en serveis de salut mental comunitaris. Es tracta d'un estudi observacional descriptiu transversal que es porta a terme entre juny i octubre de l'any 2020 en una mostra de 41 joves usuaris del CSMIJ, HDA i CSMA de l'Associació Centre d'Higiene Mental Les Corts. Els resultats mostren que la situació de confinament ha afectat la seva salut física i mental, tot i que el fet d'estar acompanyats per la família i tenir un lloc de residència òptim els podria haver ajudat a afrontar millor aquest període. **Paraules clau:** COVID-19, confinament, joves, salut mental, salut física.

## Introducción

En España, desde mediados del mes de marzo hasta junio del 2020 se vivió una situación de

aislamiento y confinamiento domiciliario no experimentada hasta el momento. El causante de esta situación fue el virus SARS-CoV-2, siendo más conocido por la enfermedad causada por

<sup>1</sup>Psicóloga, <sup>2</sup>Psiquiatra, <sup>3</sup>Psicóloga clínica, <sup>4</sup>Departamento de investigación. <sup>5</sup>Associació Centre d'Higiene Mental Les Corts (CHMLC). Grup CHM Salut Mental. <sup>6</sup>Àrea de Salut Mental de Les Corts i Sarrià- Sant Gervasi, <sup>7</sup>Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Serra Hünter Fellow Programme, Cerdanyola del Vallès. <sup>8</sup>Centro de Salud Mental adultos (CSMA) de Sarrià-Sant Gervasi. <sup>9</sup>Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de Les Corts. <sup>10</sup>Servei Espai Jove Assistencial, Fundació CHMLC. <sup>11</sup>Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de Sarrià-Sant Gervasi. <sup>12</sup>Hospital de Dia de Adolescents (HDA) de Les Corts i Sarrià-Sant Gervasi. <sup>13</sup>Centro de Salud Mental adultos (CSMA) de Les Corts. <sup>14</sup>Centro Atención y Seguimiento (CAS) de Les Corts. <sup>15</sup>Director médico. Barcelona. Contacto: [rocio.casanas@chmcorts.com](mailto:rocio.casanas@chmcorts.com)

Recibido: 10/5/21 - Aceptado: 27/9/21



este coronavirus, COVID-19 (Huang et al., 2020; C. Wang et al., 2020). Este virus se detectó en diciembre del 2019 en la ciudad China de Wuhan, transmitiéndose rápidamente a países de todos los continentes, declarándose la situación de pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de Marzo de 2020 (OMS, 2020a).

Desde entonces, España, como el resto de los países a nivel mundial, sigue viviendo bajo una situación de vigilancia sanitaria que conlleva restricciones más o menos severas en el funcionamiento cotidiano (cierre de centros de trabajo, comercios, centros deportivos, restaurantes, etc.) y en la movilidad, adaptadas al nivel de riesgo epidemiológico de contagio.

Existe evidencia científica sobre los efectos de la pandemia a nivel de salud mental en la población general. En concreto, se observan síntomas depresivos, ansiedad, estrés (Wang et al., 2020; Torales, O'Higgins, Castaldelli-Maia y Ventriglio, 2020) insomnio, negación, ira y miedo (Rajkumar, 2020; Torales et al., 2020) y se identifican factores que exacerban tales síntomas, como el género femenino, ser estudiante, presentar síntomas físicos específicos y percibir un estado de salud general bajo (Wang et al., 2020). Con respecto a la repercusión del período de confinamiento sobre la salud mental, los resultados de una revisión sistemática muestran efectos psicológicos negativos, incluyendo síntomas de estrés postraumático, confusión y enojo (Brooks et al., 2020).

En población clínica, la pandemia y las medidas adoptadas se cree que exacerban las condiciones psiquiátricas preexistentes (Franchini, Ragone, Seghi, Barbini y Colombo, 2020; Kahl y Correll, 2020). El estudio llevado a cabo por García-Álvarez et al. (2020) mostró un mayor impacto psicológico (depresión, ansiedad, estrés, intrusión y evitación) del confinamiento debido a la COVID-19 en personas con trastorno mental en comparación con la población general.

En relación a la población infanto-juvenil, diferentes estudios muestran síntomas muy similares a los experimentados por los adultos, como preocupación, ansiedad, miedo y problemas de sueño (Jiao et al., 2020; Liu, Bao, Huang, Shi y Lu, 2020). En su caso se suma el cierre de los

centros escolares, lo que conlleva la pérdida de estímulo social y emocional necesario para su bienestar mental (OMS, 2020b). Los factores estresantes como la duración prolongada del confinamiento, el miedo a la infección, la frustración y el aburrimiento, la falta de contacto con los compañeros de clase, amigos y maestros, la falta de espacio personal en el hogar y las pérdidas económicas familiares parece ser que podrían tener efectos aún más problemáticos y duraderos en niños y adolescentes (Brooks et al., 2020).

En relación a la reagudización de trastornos mentales en población infanto-juvenil en situación de pandemia, los estudios son todavía escasos. Se cree que la pandemia supuso una interferencia en el día a día, lo que incrementó su sufrimiento psicológico a la vez que se limitaba el acceso a los servicios de salud mental (Kaess et al., 2020; Nissen, Højgaard y Thomsen, 2020; Tanir et al., 2020; Stavridou et al., 2020).

Según Stavridou et al. (2020), la pandemia afectó especialmente a la población infanto-juvenil con trastornos de salud mental, especialmente en niños/as con trastornos del neurodesarrollo, que presentaron un incremento de comportamientos disfuncionales. A pesar del empeoramiento de situaciones clínicas en esta población, se tiene constancia de una reducción significativa de las derivaciones a servicios de salud mental (Tromans, Chester, Harrison, Pankhania, Booth y Chakraborty, 2020) durante el confinamiento, así como de una reducción también significativa de las visitas a los servicios de urgencias hospitalarios (Sheridan, Cloutier, Johnson y Marshall, 2020).

En la actualidad, son escasos todavía los estudios que evalúan el impacto de la pandemia en población infanto-juvenil con problemas de salud mental, y en España no se ha llevado a cabo una iniciativa similar o las existentes se han centrado en población adulta.

El objetivo principal de este estudio es analizar si el confinamiento ha tenido un impacto negativo en la vida de los jóvenes atendidos en los dispositivos de salud mental comunitarios. Secundariamente, se pretende evaluar este impacto en diferentes ámbitos, así como analizar las diferencias en cuanto al género.



## Material y método

### Diseño

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal que se llevó a cabo durante los meses de junio a octubre del 2020 en la ciudad de Barcelona.

### Muestra

La población diana del proyecto fue la población con edades comprendidas entre los 12 y 25 años que cumplieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

**Criterios de inclusión:** 1) Usuarios del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) y del Hospital de Día de Adolescentes (HDA) de Les Corts (LC) y Sarrià-Sant Gervasi (S-SG) con edades superiores a los 12 años y usuarios menores de 25 años visitados en el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) de LC y S-SG y 2). Firmar el consentimiento informado.

**Criterios de exclusión:** 1) No disponer de conexión a internet; 2) No disponer de un dispositivo electrónico como ordenador, tablet o smartphone para cumplimentar el cuestionario; 3) No entender la lengua española y 4) Presencia de discapacidad intelectual.

### Procedimiento y recogida de datos

Se solicitó por teléfono a todos los usuarios de los servicios con edades comprendidas entre los 18 y 25 años y a los padres/madres/tutores legales de los menores de edad si podían proporcionar un e-mail con el objetivo de enviarles la información del estudio. Posteriormente, se envió un e-mail con la "Hoja informativa del proyecto" y el enlace de acceso al cuestionario "Mi vida durante el confinamiento". Se les informó en el e-mail que debían leer detenidamente la hoja informativa y, previo a rellenar el cuestionario, tendrían que aceptar la participación en el estudio de forma en línea. En caso de ser menores de edad, esta aceptación la realizaron los padres o tutores legales.

Una vez aceptada la participación en el estudio, los jóvenes de 12 a 25 años rellenaron el cuestionario en línea. El cuestionario se rellenó a través de *Google Forms* y, posteriormente, los datos fueron volcados a una base de datos en formato Excel para su posterior análisis.

### Variables

Las variables principales fueron: a) percepción del riesgo de la situación de la COVID-19; b) estado emocional; c) salud física (síntomas físicos generales, hábitos de descanso y de alimentación); d) uso de redes sociales; e) relaciones familiares y con los amigos; f) enseñanza en línea y nuevos intereses de ocio; g) situación económica familiar. Las variables de confusión fueron: a) sociodemográficas (edad, género, número de hermanos, m<sup>2</sup> de la vivienda y si esta dispone de espacio al aire libre) y b) servicio de salud mental de referencia (CSMIJ, HDA y CSMA).

Se utilizó un cuestionario en línea de 51 preguntas con los siguientes apartados: 1) Datos sociodemográficos (13 preguntas); 2) Riesgo situación COVID-19 (5 preguntas); 3) Estado de ánimo y salud física (12 preguntas); 4) Redes sociales, relación amigos y familia (10 preguntas); 5) Ámbito escolar (3 preguntas); 6) Nuevos intereses (3 preguntas); y 7) Situación familiar (5 preguntas). Se utilizó un aplicativo de *Google Forms* para su administración, y se calculó un tiempo de entre cinco a siete minutos para cumplimentarlo. Este cuestionario es una adaptación de la versión original de 73 preguntas elaborada por Lauro Quadraña, Olivia Cox y Sara Fabbri del Departamento de Neurociencias y Salud Mental Policlínico Umberto I – Sapienza de la Universidad de Roma, Italia (Forte et al., 2021). Se solicitó a los autores la autorización para su utilización en nuestro estudio.

### Análisis de datos

Se realiza un análisis descriptivo de las variables principales y sociodemográficas del estudio. Para las variables continuas se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión, y para las discretas se reportan frecuencias y porcentajes. Se realizó un análisis bivariado para evaluar la relación entre eventos de interés (miedo a contraer la COVID-19, problemas de sueño, hábitos alimentarios, relación padres y amigos, nuevos intereses) y la variable género. Para las variables categóricas se utilizó la prueba de Chi Cuadrado. Los análisis estadísticos se llevan a cabo mediante el programa SPSS versión 25 (IBM corp).

### Confidencialidad y privacidad

La información recogida se trató confidencialmente, cumpliendo las disposiciones de la Ley

21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y autonomía del paciente y a la documentación clínica, y la Ley 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantías de los derechos digitales. El proyecto obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Unión Catalana de Hospitales (CEIm 20/60). Se ha obtenido el consentimiento informado de todos los participantes mayores de edad y/o sus representantes legales en el caso de menores de edad (padre, madre o tutor legal). Los datos recogidos se han utilizado únicamente para el presente estudio.

## Resultados

Durante el año 2020 se atendieron a 941 adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 25 años en los dispositivos clínicos de la Associació Centre d'Higiene Mental Les Corts de Barcelona. De esta muestra, sólo se dispuso del e-mail de 242 usuarios, a los que se les envió la información relativa al estudio y donde se les invitó a participar.

De esta muestra de 242 usuarios, solo 41 jóvenes con una edad media de 20 años (*DE* 3,78; rango 12 a 25 años) rellenaron el cuestionario en línea, representando el 17 % de la población contactada. De todos ellos, 30 eran mayores de edad, siendo más fácil contactarlos y que firmaran el consentimiento de participación.

Los 41 jóvenes eran atendidos de forma regular en los siguientes dispositivos: CSMIJ (*n* = 15), HDA (*n* = 3) y CSMA (*n* = 23). En la tabla 1 del anexo se adjunta la información sociodemográfica de la muestra.

Para la descripción de la población de estudio, ver la tabla 1 del anexo.

### Riesgo de padecer la COVID-19

23 jóvenes (56,1 %) refieren haber tenido miedo de contraer la COVID-19 durante el confinamiento, y 14 usuarios (34,1 %) tenían algún ser querido que había estado infectado por SARS-CoV-2 durante este periodo; de estos, 8 jóvenes refieren tener algún familiar fallecido a causa de la COVID-19. Cuando se les pregunta si ha sido difícil cumplir con las medidas restrictivas impuestas por el gobierno, 10 usuarios (24,4 %) refieren que “mucho-bastante”, 21 (51,2 %) “un

poco” y para los 10 restantes (24,4 %), “no, en absoluto”. A 25 pacientes (61 %) les preocupa “muchísimo-mucho-bastante” encontrarse en esta situación de nuevo, en comparación con 15 pacientes (36,6 %) que opinan que “un poco” y una persona (2,4 %), “no, en absoluto”.

### Estado de ánimo y salud física

Para la mayoría de los jóvenes (*n* = 39; 95 %), el confinamiento les ha afectado en su estado de ánimo, a unos positivamente (*n* = 11; 27 %) y a otros de forma negativa (*n* = 28; 68 %). Durante este periodo, describen haber sentido ansiedad (*n* = 25; 61 %), tristeza (*n* = 22; 54 %), miedo (*n* = 17; 41 %), preocupación (*n* = 11; 27 %), alegría (*n* = 9; 22 %) y otros sentimientos no especificados (*n* = 13; 32 %). Y, por otro lado, dolor de cabeza (*n* = 18; 44 %), debilidad (*n* = 12; 30 %), aumento de la frecuencia cardíaca (*n* = 9; 22 %), problemas intestinales (*n* = 6; 15%), vértigos (*n* = 5; 12 %), dificultades respiratorias (*n* = 4; 10 %) y temblores (*n* = 3; 7 %). 14 pacientes (34,15 %) refieren que no ha experimentado ningún síntoma físico.

En la tabla 2 del anexo, se adjunta una descripción más detallada sobre el estado de ánimo y salud física, así como su opinión acerca de cómo han afrontado el periodo de confinamiento.

### Redes sociales, relaciones con amigos y familia

El periodo de confinamiento ha modificado la manera de relacionarse de los y las jóvenes, aumentando el uso de las redes sociales, y modificando su forma habitual de relacionarse con la familia y los amigos. En la tabla 3 del anexo, se describe de qué forma les ha afectado el periodo de confinamiento a su relación con la familia y amigos, y cómo estos les han ayudado a afrontar mejor esta situación.

A los jóvenes que respondieron que la familia les había ayudado a afrontar mejor este momento se les preguntó que describieran de qué manera se sintieron ayudados. En la tabla 4 del anexo, se adjuntan los comentarios aportados por los jóvenes.

### Ámbito escolar

La interrupción de la escuela durante los meses de marzo a junio del 2020 lo han vivido bien sólo el 17,1 % de la muestra (*n* = 7), el 41,5 % (*n* = 17) indiferente y un 41,5 % (*n* = 17) de los pacientes

lo valoraron de forma negativa. En relación con la experiencia con la enseñanza en línea, el 10 % ( $n = 10$ ) de los pacientes refiere que ha sido una buena experiencia, para el 39 % ( $n = 16$ ) era indiferente y el 36,6 % ( $n = 15$ ) lo valora de forma negativa. La mayoría de los jóvenes creen que la enseñanza en línea no afectará a su rendimiento escolar ( $n = 27$ ; 66 %); en cambio, una pequeña submuestra refiere que afectará negativamente ( $n = 6$ ; 15 %) y otros, positivamente ( $n = 8$ ; 19 %).

### Nuevos intereses

Durante el periodo de confinamiento, 19 (46 %) jóvenes descubrieron nuevos intereses, como juegos ( $n = 10$ , 24,4 %), películas/series de TV ( $n = 10$ , 24,4 %), dibujo ( $n = 9$ , 22 %), lectura ( $n = 7$ , 17 %), escritura ( $n = 4$ , 10 %) y otros intereses no especificados ( $n = 7$ , 17 %). De estos jóvenes, 18 comentan que mantendrán este nuevo interés ( $n = 18$ ; 44 %).

### Situación económica familiar

15 (36,5 %) jóvenes refieren que sus padres no han seguido trabajando durante el periodo del confinamiento, de los cuales dos perdieron su trabajo. Para 16 (39 %) jóvenes ha cambiado la situación económica de su familia.

### Análisis de género

Se realizó un análisis por género entre los eventos que tuvieran dos opciones de respuesta, debido a que el pequeño tamaño muestral no permitía la realización de otro tipo de análisis. Se analizaron los eventos “miedo de contraer la enfermedad de la COVID-19” ( $p = 0,183$ ), “problemas de sueño” ( $p = 0,295$ ), “cambios de hábitos alimentarios” ( $p = 0,066$ ), “cambios en la relación con tus padres” ( $p = 0,439$ ), “cambios en la relación con tus amigos” ( $p = 0,154$ ) y “descubrimiento de algún nuevo interés” ( $p = 0,139$ ) durante el periodo de confinamiento, no observándose diferencias estadísticamente significativas en relación con el género.

### Discusión

El confinamiento ha tenido un impacto negativo en los usuarios en diferentes ámbitos, principalmente en su estado de ánimo (síntomas de ansiedad, tristeza y miedo) y su salud física (en

los hábitos de descanso y alimentación), en el ámbito escolar y, por último, en la situación económica familiar.

Los resultados del estudio muestran que el 56 % de los jóvenes refieren haber tenido miedo de contraer la enfermedad de la COVID-19, les preocupa bastante encontrarse de nuevo en esta situación, aunque para la mayoría no les ha sido difícil cumplir las medidas restrictivas impuestas por el gobierno y consideran que han afrontado el confinamiento bastante bien. El hecho de que hayan afrontado el periodo de confinamiento bastante bien puede estar relacionado con unas condiciones de la vivienda adecuada, disponer de privacidad en casa y conexión a internet, ya que los usuarios del estudio viven en una zona socio-económicamente media-alta de Barcelona y, por tanto, este aspecto puede haber ayudado a llevar mejor este confinamiento domiciliario. Estudios llevados a cabo en nuestro contexto apuntan a datos similares en los que la afectación del confinamiento en la salud mental de las personas se relaciona con variables socio-demográficas, como por ejemplo, el nivel educativo o el nivel de ingresos económicos en el hogar (Suso-Ribera y Martín-Brufau, 2020).

El confinamiento ha afectado el estado de ánimo y la salud física de la mayoría de los encuestados. Estos resultados concuerdan con los estudios (Rajkumar, 2020; Liang et al., 2020) que han mostrado que los síntomas de ansiedad y depresión son reacciones psicológicas comunes a la pandemia de la COVID-19, y pueden presentarse asociadas con trastornos del sueño y de la alimentación (Rajkumar, 2020). Los resultados del estudio de Liang y cols. (2020) sugieren que aproximadamente el 40,4 % de los jóvenes tenía tendencia a presentar algún problema de salud mental.

Esta situación también ha aumentando el uso de las redes sociales, como los mensajes o chats y las videollamadas. El estudio de Gao y cols. (2020) llevado a cabo en 4.872 jóvenes mayores de 18 años mostró que más del 80 % de los participantes informaron estar expuestos con frecuencia a las redes sociales, y que esto se asociaba positivamente con altas probabilidades de ansiedad. Se debería tener en cuenta esta relación entre incremento de la exposición a las redes sociales y el incremento de

problemas de salud mental durante el periodo de confinamiento.

En relación con los padres y las madres, el confinamiento ha cambiado la relación que tenían con ellos. Para algunos jóvenes esta situación ha provocado un cambio en positivo, ya sea porque han podido disfrutar de más tiempo juntos, o por cómo se han sentido de acompañados, apoyados y cuidados por sus familiares durante este periodo. Identifican a la familia como un gran soporte y ayuda para afrontar mejor esta situación y, por otro lado, reclaman poder disfrutar de más tiempo juntos. Y aunque para la mayoría el estar con la familia les ha ayudado a afrontar mejor este momento, a algunos les habría ayudado el hablar con alguien, ya fuera con un familiar o su psicoterapeuta. El estudio de Prime y cols. (Prime, Wade y Browne, 2020) muestra la importancia del apoyo de la familia en este contexto de pandemia promoviendo la resiliencia a través de creencias familiares compartidas y relaciones cercanas.

El confinamiento también ha conllevado descubrir nuevos intereses que creen que se mantendrán. Es posible que estos intereses hayan contrarrestado los momentos de aburrimiento y hayan potenciado compartir momentos en familia, ya sea jugando, viendo una película/serie o cocinando. Cabe señalar la importancia del juego y la creatividad en el bienestar del niño y el joven en situación de confinamiento (Berasategi, Idoiaga, Dosil y Eiguren, 2020).

En relación con los amigos, refieren que los han echado mucho de menos y, aunque su relación ha cambiado poco, este cambio ha sido en positivo. La interrupción de la escuela y la enseñanza en línea se han vivido de forma ambigua, entre indiferente o mal, aunque la mayoría cree que este formato de enseñanza no afectará a su rendimiento académico. Estos resultados podrían estar relacionados con los estudios que señalan la importancia de los centros educativos, lugar de convivencia con sus amigos y de obtención de ese estímulo social que es tan saludable para su bienestar emocional (Brooks et al., 2020).

Y, por último, el confinamiento ha afectado a la situación económica familiar, debido a que algunos progenitores no pudieron trabajar durante este periodo y para otros supuso la pérdida

del puesto de trabajo. Este dato es importante tenerlo en cuenta a la hora del seguimiento de estos jóvenes por parte de su terapeuta, ya que la pérdida financiera familiar puede tener efectos aún más problemáticos y duraderos en niños y adolescentes (Franchini et al., 2020).

El estudio presenta limitaciones: 1) el reducido tamaño de la muestra. Al estar disminuida la actividad asistencial presencial de los dispositivos durante la pandemia, se tuvo que enviar la información del estudio vía e-mail, previa solicitud mediante llamada telefónica. Se enviaron dos e-mails recordatorios para aquellas personas que habían proporcionado el e-mail de contacto; 2) El diseño de evaluación del estudio retrospectivo. El cuestionario se rellenó durante los meses de junio y julio, momento en que el confinamiento había disminuido su intensidad y los jóvenes ya podían salir de casa de una forma más normalizada. Se tiene en cuenta que esta evaluación retrospectiva puede estar influenciada por una disminución de la intensidad del recuerdo y de la experiencia vivida por parte de los jóvenes.

La realización de este estudio ha permitido conocer los efectos psicológicos, físicos y sociales ocasionados por el confinamiento restrictivo domiciliario durante la pandemia de la COVID-19 en la población juvenil atendida en centros comunitarios de salud mental de l'Associació Centre d'Higiene Mental Les Corts.

Dichos datos ayudan a considerar las variables que pueden haber incidido en el impacto del confinamiento en la vida estos jóvenes, como los factores socioeconómicos, el uso de las redes sociales, el apoyo familiar, la relación con los amigos y la ocupación del tiempo, con el fin de poder analizar las causas de la agudización de los problemas de salud para contar con más capacidad de generar intervenciones eficaces.

## Conclusiones

La situación de aislamiento y confinamiento a nivel domiciliario causada por el virus SARS-CoV-2 ha afectado en la salud física (problemas de alimentación y sueño) y mental (síntomas de ansiedad y depresión) de los jóvenes atendidos en un dispositivo de salud mental comunitario. Factores socio-económicos (como el tamaño



de la vivienda, disponer de privacidad y conexión a internet), el uso de las redes sociales, el apoyo familiar, la relación con los amigos y la ocupación del tiempo deben ser considerados como aspectos clave para ajustar las intervenciones a las necesidades de los pacientes.

## Agradecimientos

Agradecer la colaboración de los usuarios de los centros de salud mental comunitarios de la Associació Centre d'Higiene Mental Les Corts, así como la colaboración y asesoramiento de los compañeros del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil y de Adultos, y del Hospital de Día de adolescentes.

## Bibliografía

- Berasategi, N., Idoiaga, N., Dosil, M., y Eiguren, A. (2020). Design and Validation of a Scale for Measuring Well-Being of Children in Lockdown (WCL). *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02225>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Forte, A., Orri, M., Brandizzi, M., Iannaco, C., Venturini, P., Liberato, D., Battaglia, C., Nöthen-Garunja, I., Vulcan, M., Brusic, A., Quadrona, L., Cox, O., Fabbri, S. y Monducci, E. (2021). "My Life during the Lockdown": Emotional Experiences of European Adolescents during the COVID-19 Crisis. *Int J Environ Res Public Health*, 18(14):7638. doi: 10.3390/ijerph18147638. PMID: 34300088; PMCID: PMC8303213
- Franchini, L., Ragone, N., Seghi, F., Barbini, B. y Colombo, C. (2020). Mental health services for mood disorder outpatients in Milan during COVID-19 outbreak: The experience of the health care providers at San Raffaele hospital. *Psychiatry Research*, 292, 113317. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113317>
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H. y Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLOS ONE*, 15(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
- García-Álvarez, L., de la Fuente-Tomás, L., García-Portilla, M. P., Sáiz, P. A., Lacasa, C. M., Dal Santo, F., González-Blanco, L., Bobes-Bascarán, M. T., García, M. V., Vázquez, C. Á., Iglesias, Á. V., Cao, C. M., Fernández, A. G., Bascarán Fernández, M. T., Fernández, A. P., Revuelta, J. R., Zazo, E. S., Madera, P. Z., Álvarez, M. S., ... Bobes, J. (2020). Early psychological impact of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) pandemic and lockdown in a large Spanish sample. *Journal of Global Health*, 10(2). <https://doi.org/10.7189/jogh.10.020505>
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., ... Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395(10223), 497-506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M. y Somekh, E. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *The Journal of Pediatrics*, 221, 264-266.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
- Kaess, M., Moessner, M., Koenig, J., Lustig, S., Bonnet, S., Becker, K., Eschenbeck, H., Rummel-Kluge, C., Thomasius, R. y Bauer, S. (2020). A plea for the sustained implementation of digital interventions for young people with mental health problems in the light of the COVID-19 pandemic. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, jcnp.13317. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13317>
- Kahl, K. G. y Correll, C. U. (2020). Management of Patients With Severe Mental Illness During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 977. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1701>
- Liang, L., Ren, H., Cao, R., Hu, Y., Qin, Z., Li, C. y Mei, S. (2020). The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatric Quarterly*, 91(3). <https://doi.org/10.1007/s1126-020-09744-3>
- Liu, J. J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J. y Lu, L. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), 347-349.



- [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30096-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30096-1)  
Nissen, J. B., Højgaard, D. R. M. A. y Thomsen, P. H. (2020). The immediate effect of COVID-19 pandemic on children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *BMC Psychiatry*, 20(1), 511.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02905-5>
- Organización Mundial de la Salud (2020a). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- Organización Mundial de la Salud. (2020b). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- Prime, H., Wade, M. y Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 75(5).  
<https://doi.org/10.1037/amp0000660>
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102066.  
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Sheridan, D. C., Cloutier, R., Johnson, K. y Marshall, R. (2020). Where have all the emergency paediatric mental health patients gone during COVID-19? *Acta Paediatrica*, 15537.  
<https://doi.org/10.1111/apa.15537>
- Stavridou, A., Stergiopoulou, A., Panagouli, E., Mesiris, G., Thirios, A., Mougias, T., Troupis, T., Psaltopoulou, T., Tsolia, M., Sergeantanis, T. N. y Tsitsika, A. (2020). Psychosocial consequences of COVID-19 in children, adolescents and young adults: A systematic review. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(11), 615-616.  
<https://doi.org/10.1111/pcn.13134>
- Suso-Ribera, C. y Martín-Brufau, R. (2020). How Much Support Is There for the Recommendations Made to the General Population during Confinement? A Study during the First Three Days of the COVID-19 Quarantine in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17124382>
- Tanir, Y., Karayagmurlu, A., Kaya, İ., Kaynar, T. B., Türkmen, G., Dambasan, B. N., Meral, Y. y Coşkun, M. (2020). Exacerbation of obsessive compulsive disorder symptoms in children and adolescents during COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 293, 113363.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113363>
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M. y Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317-320.  
<https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Tromans, S., Chester, V., Harrison, H., Pankhania, P., Booth, H. y Chakraborty, N. (2020). Patterns of use of secondary mental health services before and during COVID-19 lockdown: observational study. *BJPsych Open*, 6(6), e117.  
<https://doi.org/10.1192/bjo.2020.104>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. y Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J., Wang, B., Xiang, H., Cheng, Z., Xiong, Y., Zhao, Y., Li, Y., Wang, X. y Peng, Z. (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*, 323(11), 1061.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585>

## Anexos

Tabla 1. Descripción de la población de estudio

| <i>Variable</i>                                                                                      | <i>N (%)</i><br><i>(n = 41)</i> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <i>Edad</i>                                                                                          | 20* (3,78**)                    |
| <b>Género</b>                                                                                        |                                 |
| <i>Mujeres</i>                                                                                       | 23 (56,1 %)                     |
| <i>Hombres</i>                                                                                       | 18 (43,9 %)                     |
| <b>Actividad diaria</b>                                                                              |                                 |
| <i>Estudia</i>                                                                                       | 24 (58,5)                       |
| <i>Trabaja</i>                                                                                       | 6 (14,6)                        |
| <i>No estudia ni trabaja</i>                                                                         | 11 (26,9 %)                     |
| <b>Nivel de estudios</b>                                                                             |                                 |
| <i>Educación Especial</i>                                                                            | 1 (4,16 %)                      |
| <i>ESO y Bachillerato</i>                                                                            | 9 (37,5 %)                      |
| <i>Universidad/Grado medio o superior</i>                                                            | 16 (66,6 %)                     |
| <b>¿Has podido conectarte a internet desde tu domicilio?</b>                                         |                                 |
| <i>Sí</i>                                                                                            | 41 (100 %)                      |
| <b>Hermanos/as</b>                                                                                   |                                 |
| <i>0</i>                                                                                             | 7 (17,1 %)                      |
| <i>1</i>                                                                                             | 22 (53,7 %)                     |
| <i>&gt;1</i>                                                                                         | 12 (29,3 %)                     |
| <b>¿Durante el confinamiento has vivido en familia?</b>                                              |                                 |
| <i>Sí</i>                                                                                            | 35 (85,4 %)                     |
| <i>No</i>                                                                                            | 3 (7,3 %)                       |
| <i>No, pero he mantenido el contacto</i>                                                             | 3 (7,3 %)                       |
| <b>Además de la familia, ¿hay alguien más viviendo contigo?</b>                                      |                                 |
| <i>Abuelos/as</i>                                                                                    | 5 (55,5 %)                      |
| <i>Novio/a</i>                                                                                       | 3 (33,3 %)                      |
| <i>Personal de limpieza</i>                                                                          | 1 (11,1 %)                      |
| <b>¿Cuánto mide tu casa?</b>                                                                         |                                 |
| <i>Menos de 60 m<sup>2</sup></i>                                                                     | 6 (14,6 %)                      |
| <i>Más de 60 m<sup>2</sup></i>                                                                       | 35 (85,4 %)                     |
| <b>¿Tu casa tiene espacios que te permiten pasar tiempo al aire libre (terraza, balcón, jardín)?</b> |                                 |
| <i>Sí</i>                                                                                            | 30 (73,2 %)                     |
| <i>No</i>                                                                                            | 11 (26,8 %)                     |
| <b>¿Consigues tener privacidad en casa?</b>                                                          |                                 |
| <i>Sí</i>                                                                                            | 34 (82,9 %)                     |
| <i>No</i>                                                                                            | 7 (17,1 %)                      |

\*Media; \*\*Desviación estándar

Tabla 2. Estado de ánimo y salud física de la población de estudio

| <i>Variable</i>                                                                 | <i>N (%)</i><br><i>(n = 41)</i> |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| ¿Te has sentido alguna vez muy desanimado o muy triste?                         |                                 |
| <i>Nunca</i>                                                                    | 2 (4,8 %)                       |
| <i>Raramente</i>                                                                | 10 (24,4 %)                     |
| <i>A veces</i>                                                                  | 17 (41,5 %)                     |
| <i>A menudo</i>                                                                 | 12 (29,3 %)                     |
| <i>Siempre</i>                                                                  | 0                               |
| ¿Has experimentado alguna vez sentimientos de rabia o inquietud?                |                                 |
| <i>Nunca</i>                                                                    | 2 (4,8 %)                       |
| <i>Raramente</i>                                                                | 10 (24,4 %)                     |
| <i>A veces</i>                                                                  | 15 (36,6 %)                     |
| <i>A menudo</i>                                                                 | 13 (31,6 %)                     |
| <i>Siempre</i>                                                                  | 1 (2,4 %)                       |
| ¿Has experimentado alguna vez sentimientos de vacío o aburrimiento persistente? |                                 |
| <i>Nunca</i>                                                                    | 2 (4,8 %)                       |
| <i>Raramente</i>                                                                | 4 (9,8 %)                       |
| <i>A veces</i>                                                                  | 17 (41,5 %)                     |
| <i>A menudo</i>                                                                 | 17 (41,5 %)                     |
| <i>Siempre</i>                                                                  | 1 (2,4 %)                       |
| ¿Has tenido alguna vez problemas de sueño?                                      |                                 |
| <i>Sí</i>                                                                       | 22 (53,7 %)                     |
| <i>No</i>                                                                       | 19 (46,3 %)                     |
| ¿Qué tipo de problema del sueño?                                                | 3 (7,3 %)                       |
| <i>Insomnio completo (problemas durante toda la noche)</i>                      | 7 (17 %)                        |
| <i>Dormir demasiado</i>                                                         | 15 (36,5 %)                     |
| <i>Problemas para conciliar el sueño</i>                                        | 6 (14,6 %)                      |
| <i>Múltiples despertares nocturnos</i>                                          | 5 (12,1 %)                      |
| <i>Problemas en la fase de despertar</i>                                        | 35 (85,4 %)                     |
| ¿El ciclo de sueño y vigilia ha cambiado durante el período de confinamiento?   |                                 |
| <i>Sí, me acuesto muy tarde y me despierto muy tarde</i>                        | 15 (36,6 %)                     |
| <i>Sí, me acuesto temprano y me levanto temprano</i>                            | 2 (4,8 %)                       |
| <i>Sí, me acuesto a la hora habitual, pero me despierto más tarde</i>           | 7 (17,1 %)                      |
| <i>Sí, me acuesto muy tarde, pero me levanto temprano</i>                       | 7 (17,1 %)                      |
| <i>No</i>                                                                       | 10 (24,4 %)                     |
| ¿Han cambiado tus hábitos alimenticios durante el confinamiento?                |                                 |
| <i>Sí</i>                                                                       | 18 (43,9 %)                     |
| <i>No</i>                                                                       | 23 (56,1 %)                     |
| ¿Cómo han cambiado tus hábitos alimentarios?                                    |                                 |
| <i>Como más</i>                                                                 | 12 (29,2 %)                     |
| <i>Como menos</i>                                                               | 1 (2,4 %)                       |
| <i>Como más sano</i>                                                            | 5 (12 %)                        |
| <i>Como más "comida basura"</i>                                                 | 5 (12 %)                        |
| <i>Como cosas que antes no comía</i>                                            | 4 (9,7 %)                       |
| ¿Cómo crees que has afrontado el período de confinamiento?                      |                                 |
| <i>Con gran dificultad</i>                                                      | 3 (7,3 %)                       |
| <i>Con alguna dificultad</i>                                                    | 15 (36,6 %)                     |
| <i>Bastante bien</i>                                                            | 20 (48,8 %)                     |
| <i>Muy bien</i>                                                                 | 3 (7,3 %)                       |

Tabla 3: Redes sociales y relaciones con amigos y familia

|                       | Variable                                                               | N (%)       |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------|
|                       |                                                                        | (n = 41)    |
| REDES SOCIALES        | ¿Medio principal con el que has mantenido las relaciones sociales?     |             |
|                       | <i>Videollamadas on-line (zoom, skype, facetime)</i>                   | 17 (41,5 %) |
|                       | <i>Llamadas telefónicas (sin imagen)</i>                               | 3 (7,3 %)   |
|                       | <i>Mensajes o chat</i>                                                 | 19 (46,3 %) |
|                       | <i>Videojuegos de grupo online</i>                                     | 2 (4,9 %)   |
|                       | ¿Has aumentado el uso de las redes sociales?                           |             |
|                       | <i>En absoluto</i>                                                     | 4 (9,8 %)   |
|                       | <i>Un poco</i>                                                         | 3 (7,3 %)   |
|                       | <i>Regular</i>                                                         | 11 (26,8 %) |
|                       | <i>Bastante</i>                                                        | 12 (29,3 %) |
|                       | <i>Muchísimo</i>                                                       | 11 (26,8 %) |
| RELACIONES FAMILIARES | ¿Ha cambiado la relación con tus padres durante el confinamiento?      |             |
|                       | <i>En absoluto</i>                                                     | 13 (31,7 %) |
|                       | <i>Un poco</i>                                                         | 11 (26,8 %) |
|                       | <i>Regular</i>                                                         | 12 (29,3 %) |
|                       | <i>Bastante</i>                                                        | 3 (7,3 %)   |
|                       | <i>Muchísimo</i>                                                       | 2 (4,9 %)   |
|                       | ¿Ha cambiado de forma positiva o negativa? (n = 28)                    |             |
|                       | <i>Positiva</i>                                                        | 28 (100 %)  |
|                       | <i>Negativa</i>                                                        | 0           |
|                       | ¿Crees que estar con tu familia te ha ayudado a afrontar este momento? |             |
| RELACIONES SOCIALES   | <i>Sí</i>                                                              | 30 (73,2 %) |
|                       | <i>No</i>                                                              | 11 (26,8 %) |
|                       | ¿Ha cambiado la relación con tus amigos durante el confinamiento?      |             |
|                       | <i>En absoluto</i>                                                     | 12 (29,3 %) |
|                       | <i>Un poco</i>                                                         | 10 (24,4 %) |
|                       | <i>Regular</i>                                                         | 11 (26,8 %) |
|                       | <i>Bastante</i>                                                        | 3 (7,3 %)   |
|                       | <i>Muchísimo</i>                                                       | 5 (12,2 %)  |
|                       | ¿Ha cambiado de forma positiva o negativa? (n = 29)                    |             |
|                       | <i>Positiva</i>                                                        | 17 (59 %)   |
|                       | <i>Negativa</i>                                                        | 12 (41 %)   |
|                       | ¿Has echado de menos a tus amigos durante de confinamiento?            |             |
|                       | <i>En absoluto</i>                                                     | 3 (7,3%)    |
|                       | <i>Un poco</i>                                                         | 6 (14,6%)   |
|                       | <i>Regular</i>                                                         | 6 (14,6%)   |
|                       | <i>Bastante</i>                                                        | 9 (22 %)    |
|                       | <i>Muchísimo</i>                                                       | 17 (41,5%)  |
|                       | ¿Has pensado alguna vez que te habría ayudado el hablar con alguien?   |             |
|                       | <i>Sí</i>                                                              | 14 (34,1 %) |
|                       | <i>No</i>                                                              | 10 (24,4 %) |
|                       | <i>Ya estoy haciendo una psicoterapia</i>                              | 17 (41,5 %) |
|                       | ¿Crees que esta pandemia podría tener también consecuencias positivas? |             |
|                       | <i>Sí, en las relaciones entre las personas</i>                        | 18 (44 %)   |
|                       | <i>Sí, en las relaciones entre los países</i>                          | 6 (14,6 %)  |
|                       | <i>Sí, para el medio ambiente</i>                                      | 28 (68,3 %) |
|                       | <i>Sí, para la salud</i>                                               | 16 (39 %)   |

**Tabla 4: Comentarios sobre la ayuda familiar para afrontar este momento**

- Apoyo en el duelo,
- Compañía,
- Compartir pensamientos,
- Con ellos al menos no estuve tan aburrido como otras personas, estuve muy entretenido con ellos mirando series, ayudando mucho a mi madre en el tema de la cocina, etc.
- Con la compañía, el ánimo y el optimismo,
- El hecho de haber pasado 2 meses en casa con la familia ayuda a afrontarlo todo mejor y a no sentirte solo,
- El hecho de no estar solo y tener varios apoyos,
- Estando a mi lado,
- Hablando más,
- Han hecho que no me sienta sola,
- Hemos estado más tiempo juntos,
- Me he sentido apoyada,
- Me ha tranquilizado en los momentos que tenía ataques de ansiedad y me ha resuelto dudas sobre el virus, el confinamiento y un poco en general durante el tiempo de confinamiento,
- Me han apoyado en los estudios y me han subido el ánimo,
- Me han apoyado en los momentos difíciles,
- Me han entretenido para que no piense las cosas y han estado preocupándose por mí. Y ha sido de gran ayuda pasar esto con personas que entienden mi situación,
- Me he sentido acompañada por mi pareja,
- Me he sentido bien cuidando mis vínculos familiares y amistades. También me he sentido como parte importante de la familia, y conectada con regularidad a mis amistades,
- No sintiéndome sola,
- Nos tranquilizábamos mutuamente,
- Nunca me sentí sola,
- Porque hacíamos cosas juntos como jugar, hacer puzzles, además había días en los cuáles hacíamos barbacoas y siempre comíamos y desayunábamos todos juntos,
- Siempre estoy muy bien con la familia,
- Soporte emocional y de estudios.



# Intervención grupal con adolescentes con epilepsia refractaria: programa terapéutico educativo

LAIA PORTOLÉS COSTA<sup>1A</sup>, ÁNGEL ALEDO-SERRANO<sup>2A</sup>, ADRIÁN TREJO DE LA ROSA<sup>3A</sup>,  
LUCY DOUGHERTY DE MIGUEL<sup>4A</sup>, FRANCESCA D'ERRICO<sup>5B</sup> Y NEUS MARÍ CARDONA<sup>6A</sup>

## RESUMEN

*Intervención grupal con adolescentes con epilepsia refractaria: programa terapéutico educativo.* Se presenta una intervención grupal terapéutico-educativa con adolescentes con diagnóstico de epilepsia refractaria en el que se trabajaron diferentes áreas psicológicas: personal, cognitiva, social y tiempo libre. La valoración se realizó a partir de la descripción clínica, el cuestionario SENA y la plataforma NEURONUP, valorando que una intervención específica ayuda a los pacientes a crear una mayor conciencia y capacidad de implicarse en los objetivos, permitiendo mejoras en su autoconcepto y autocuidado. **Palabras clave:** *adolescentes, epilepsia refractaria, autoconcepto.*

## ABSTRACT

*Group intervention with adolescents with refractory epilepsy: a therapeutic educational programme.* We present a therapeutic-educational group intervention with adolescents diagnosed with refractory epilepsy in which different psychological areas were worked on: personal, cognitive, social, and free time. The assessment was based on the clinical description, the SENA questionnaire, and the NEURONUP platform, evaluating that a specific intervention helps patients to create greater awareness and capacity to become involved in the objectives, allowing improvements in their self-concept and self-care. **Keywords:** *adolescents, refractory epilepsy, self-concept.*

## RESUM

*Intervenció grupal amb adolescents amb epilèpsia refractària: programa terapèutic educatiu.* Es presenta una intervenció grupal terapèutica i educativa amb adolescents amb diagnòstic d'epilèpsia refractària en què es van treballar diferents àrees psicològiques: personal, cognitiva, social i temps lliure. La valoració es va realitzar a partir de la descripció clínica, el qüestionari SENA i la plataforma NEURONUP i es va veure que una intervenció específica ajuda els pacients a crear una major consciència i capacitat d'implicar-se en els objectius, cosa que permet millores en el seu autoconcepte i en la pròpia cura. **Paraules clau:** *Paraules clau: adolescents, epilèpsia refractària, autoconcepte.*

## Introducción

La epilepsia es una de las patologías neurológicas crónicas más frecuentes y graves, que afecta a personas de todas las razas, edades, clases sociales y países. A nivel mundial, se dice que cincuenta millones de personas tienen epilepsia,

de las cuales el 80 % vive en países desarrollados (Figueroa-Duarte, 2010). Esta enfermedad trae consigo consecuencias significativas como alteraciones neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales, así como el deterioro de su funcionalidad laboral, los efectos secundarios de los medicamentos y el estigma social.

<sup>1</sup>Psicóloga General Sanitaria. <sup>2</sup>Epileptólogo. <sup>3</sup>Director médico. <sup>4</sup>Neuropediatra. <sup>5</sup>Arteterapeuta. <sup>6</sup>Psicopedagoga y directora terapéutica. <sup>A</sup>Departamento Neurociencias, Clínica Corachan (Barcelona) <sup>B</sup>Mar de Somnis (Barcelona).  
Contacto: [lportoles@corachan.com](mailto:lportoles@corachan.com)

Recibido: 22/2/21 - Aceptado: 10/5/21

A pesar de ser una enfermedad conocida desde el comienzo de la humanidad y aunque la literatura científica ha desarrollado a lo largo de los últimos años numerosas publicaciones de estudios que analizan los factores biológicos y farmacológicos comprometidos en las crisis, falta aún literatura científica que se centre en la comorbilidad psiquiátrica y abordajes psicológicos, ya que la epilepsia continúa siendo un estigma, siendo el rechazo social, escolar y laboral evidentes en nuestra sociedad.

El comienzo de la epilepsia en la adolescencia no es tan frecuente como en la infancia, aun así, es importante, debido a que afecta a un 1,5-2 % de la población adolescente y constituye un 19 % de las epilepsias en todas las edades. Esta época se caracteriza por un incremento en la frecuencia de las crisis relacionadas con la maduración cerebral: crisis generalizadas tónico-clónicas, ausencias y crisis focales simples o complejas (Ivanovic-Zuvic, 2004; Sociedad Española de Neurología, 2008).

La adolescencia es una etapa intermedia entre la infancia y la vida adulta, por lo que incluye desafíos provenientes de ambas etapas del ciclo vital en la cual los factores ambientales adquieren relevancia en el ajuste social y en la aparición de alteraciones psicopatológicas en las personas con epilepsia. Durante este período, se pone en juego la estimación que la persona hace de su enfermedad en forma conjunta a las valoraciones, actitudes y prejuicios que poseen tanto la familia como el ambiente social que rodean al paciente. La importancia de estos factores habitualmente no es considerada, ya que sólo un 10 % de la literatura publicada durante estos últimos años ha sido dedicada al abordaje de estos problemas. Esto se contrapone al abundante estudio de los factores biológicos y farmacológicos comprometidos en las crisis (Ivanovic-Zuvic, 2004).

La presencia de una enfermedad crónica en la etapa de la adolescencia puede llegar a dificultar el ajuste social adecuado, la búsqueda de su identidad, el logro de la independencia de los padres y el alcanzar relaciones íntimas con personas fuera del núcleo familiar, características propias de este período del ciclo vital del ser humano. La identidad y las habilidades sociales que la persona logre desarrollar durante

la adolescencia permanecerán en la adultez. Por este motivo, es importante que al adolescente que sufre de epilepsia se le ofrezca atención a nivel interdisciplinario, ya que se ven implicadas varias especialidades en la intervención de esta enfermedad crónica. El papel de la psicología en este caso sería de psicoeducación, terapia individual, familiar y/o grupal, que abarquen temas como las habilidades sociales, el manejo de las emociones, pensamientos y del comportamiento, entre otros.

Son muchos los autores que describen a los adolescentes con epilepsia como chicos que presentan más problemática conductual y emocional, así como mayor deterioro cognitivo y fracaso escolar que aquellos con otras enfermedades crónicas y, por supuesto, que la población general. Los factores de riesgo son múltiples por la combinación de variables como lo son la enfermedad en sí, su condición neurológica, el tipo de crisis, los fármacos antiepilépticos, la familia y factores personales del adolescente, de su edad de inicio y de su ambiente personal (Salinas, 2010; Ivanovic-Zuvic, 2004; Perla, 2004; Felipe-Oroquieta, 2002; Artigas, 1999).

Las relaciones interpersonales están muy afectadas en este tipo de pacientes. Es cierto que las crisis son impredecibles y que los padres se preocupen por el bienestar de sus hijos, sin embargo, es necesario que los adolescentes crezcan, maduren acorde con su edad y se hagan responsables de sus vidas. Tener epilepsia conlleva aceptar la enfermedad y aprender a convivir con ella. Para el adolescente con una enfermedad crónica resulta especialmente importante mantener una autoestima sana, ya que, si tiene una adecuada autoestima, su transición hacia la adultez se realiza de manera más adecuada. En este sentido, es importante adquirir la habilidad para enfrentar los altibajos de la vida, la capacidad de forjar relaciones sanas y responsables con los otros, así como la confianza para esforzarse en lograr sus metas personales, académicas y profesionales.

Uno de los aspectos que se ve afectado por la epilepsia es la vida social. La imprevisibilidad de las crisis, la sobreprotección por parte de las familias, el nivel de dependencia en algunos casos, hacen que su entorno social se vea muy limitado y esto repercute en sus relaciones sociales, en

el entorno escolar y en las relaciones de amistad. Pasa a menudo que los chicos no tengan amigos y por lo tanto no puedan desarrollar de manera sana y acorde con su edad relaciones interpersonales, o en caso que las tengan, no consiguen mantenerlas en el tiempo. Una de las consecuencias más importantes de este hecho es el aislamiento que esto provoca, la frustración y la falta de intercambios con sus pares. Además, convivir con epilepsia y, sobre todo, en los casos de la epilepsia refractaria, hace que las posibilidades de ocio, de juego y actividad física se vean muy limitadas. La parte social está muy relacionada con este aspecto de la vida. No saber cómo llevar relaciones sociales y de amistad hace que los chicos no sepan con quién compartir su tiempo libre y, por lo tanto, su recorrido y descubrimiento hacia las cosas que les gustan es muy limitado. Esto tiene consecuencias, no solo en el desarrollo de su personalidad, sino de su salud mental y física.

El modelo asistencial de un adolescente con epilepsia variará de acuerdo con si es una enfermedad cuya única manifestación son las crisis o si se presentan además aspectos psicopatológicos. Ramaratnam, Baker y Goldstein (2005) realizaron una primera revisión sistemática que analiza la evidencia proveniente de ensayos controlados aleatorios que investigan tratamientos psicológicos en epilepsia, señalando que existe una relación entre los estados conductual, fisiológico y psicológico y la probabilidad de la aparición de crisis epilépticas. Además, asocian padecer epilepsia con presentar en algún momento del desarrollo sintomatología ansiosa, depresiva, problemas conductuales y trastornos cognitivos. Debido a estas manifestaciones psicopatológicas, se han utilizado intervenciones psicológicas como la psicoterapia, el asesoramiento grupal o familiar o la terapia de relajación progresiva entre otros, siendo los resultados de dichos tratamientos positivos en aliviar la ansiedad, la depresión y los problemas conductuales, al igual que reduce la frecuencia de las convulsiones. Ramaratnam et. al. (2005) reconocen que, en algunos casos, las convulsiones epilépticas son precipitadas por desencadenantes psicológicos (precipitantes internos) como el estrés, la ansiedad, la ira y las emociones, así como las funciones mentales y pensamientos.

## Metodología

### Descripción de los participantes

De este proyecto se han beneficiado adolescentes y jóvenes con un diagnóstico de epilepsia refractaria de diferentes partes del territorio del estado español, así como sus familias y su entorno, ya que todas las intervenciones específicas han sido pensadas y diseñadas desde un modelo centrado en la persona y en las diferentes áreas que la rodean: personal, cognitiva (académica), social y ocio y tiempo libre.

El perfil de los participantes en el programa era de adolescentes y jóvenes en un rango de edad de 12 a 21 años con diagnóstico de epilepsia refractaria.

Se apuntaron un total de 20 participantes con una media de edad de 15 años. Se distribuyeron los participantes en dos grupos por edades: a) Grupo 1: 12-15 años, b) Grupo 2: 16-21 años.

### Descripción del programa

El plan de tratamiento para los jóvenes y adolescentes que presentan diagnóstico de epilepsia refractaria que se enmarcó en el Programa Terapéutico Educativo planteado desde la Unidad de Epilepsia del Departamento de Neurociencias de la Clínica Corachan incluyó el trabajo desde cuatro áreas diferentes: Área Cognitiva, Área Personal, Área Social y Área de Ocio y tiempo libre. El tipo de abordaje fue multidisciplinario, por lo que el equipo clínico constó de diferentes profesionales (un epileptólogo, una neuróloga, una psicopedagoga, una psicóloga y una arteterapeuta) que evaluaron las necesidades de los participantes y diseñaron las actividades acordes a estas.

El objetivo último era el de trabajar las capacidades y habilidades necesarias para favorecer la autonomía y capacidad de interacción de los participantes con los demás y el entorno. La metodología tuvo una base relacional promoviendo el autoconcepto y las capacidades adaptativas para vivir en sociedad, con lo que las dinámicas estuvieron destinadas a promover el autocuidado y la autonomía en las actividades de la vida diaria.

### Descripción de las actividades y del proceso grupal

Este proyecto permitió mejorar la atención

dada a través del Departamento de Neurociencias, ofreciendo una evaluación médica más exhaustiva, así como la sistematización de un programa integral específico para población juvenil con diagnóstico de epilepsia refractaria. A continuación, se expone una descripción de las actividades realizadas a través de cada área.

El programa se realizó en un formato trimodal, es decir presencial, semipresencial y/u online. Los participantes en el grupo podían escoger el formato que más se adecuaba a sus necesidades. De esta manera, se pudo ofrecer atención a chicos de todo el territorio español. Las actividades con los grupos, tanto presencial como en línea, se realizaban de manera simultánea con la conducción del terapeuta referente para cada área. Los participantes de la modalidad semipresencial solían conectarse en el día a día a través de internet y acudían para actividades específicas del área ocio y tiempo libre.

A continuación, se describen los objetivos y contenidos trabajados en cada unidad englobando las actividades según el área a trabajar.

### Área Personal

Como se puede ver en la tabla 1 del anexo, la primera y segunda unidad del área personal fueron planteadas a dar un espacio para que cada uno pudiera expresar aspectos personales según sus capacidades e intereses para presentarse, darse a conocer a los demás y favorecer el concepto de identidad. Esto permitió no solo abordar aspectos personales si no también ayudar a crear lazos entre los miembros del grupo para que entre ellos pudieran buscar la ayuda y el apoyo con los objetivos planteados. Crear este espacio para pensar en sí mismos y qué aspectos quieren mejorar con la ayuda profesional y grupal ayudó a expresar sus retos en cuanto aspectos a mejorar de sí mismos, pero también permitió hablar de los miedos, limitaciones y emociones en relación con su enfermedad. Los participantes expresan su miedo a la soledad, a no sentirse parte de un grupo de iguales, comentan cómo su vida social se ve limitada por el miedo de las familias, la sobreprotección de los padres. También se habló de la falta de conocimiento por parte de la sociedad de qué es la epilepsia, de su deseo de crear acciones que promuevan la integración y normalización. El

miedo a no poder estudiar, a su posible deterioro, a no poder controlar su enfermedad.

Tener un espacio pensado para ellos y con ellos permitió trabajar los objetivos de las siguientes unidades de manera fluida y con un alto interés y preocupación sobre los aspectos que conciernen a su autocuidado. En este sentido, en las unidades 3 y 4 se realizaron actividades que nos permitieron valorar y buscar estrategias que promovieran tanto los cuidados en su salud física como en su bienestar emocional y mental. Por un lado, se valora que, ayudar a la conciencia de ciertos aspectos que influyen de manera directa a su salud como es el sueño, la constancia en la medicación, la importancia de una buena higiene, sus responsabilidades en las actividades de la vida diaria, la expresión de sus emociones y su conducta contribuye a que los chicos y chicas hagan una valoración de los aspectos que inciden de manera directa en su autonomía, permitiendo reflexionar sobre su grado de dependencia y ayudarles a definir sus responsabilidades en función de sus capacidades. En este sentido, es importante también el trabajo con las familias y conocer la dinámica familiar observando que el miedo y la inseguridad limitan el desarrollo de su autonomía, siendo necesario el trabajo conjunto para conseguir que los chicos se impliquen en su crecimiento y desarrollo para favorecer sus capacidades adaptativas, tanto en relación con los demás como en el entorno.

### Área Cognitiva

Como se puede ver en la tabla 2 del anexo, la primera unidad del área cognitiva fue planteada para trabajar el lenguaje, siendo este es el instrumento básico del pensamiento, ya que nos permite transmitir a los demás nuestras ideas, emociones y pensamientos. La idea principal de la unidad trataba de que pudieran conocerse los unos a los otros, presentarse a los demás, siendo tan importante el contenido de la explicación, como la forma. Los participantes en el grupo pudieron ser conscientes de que todo acto comunicativo tiene una intención e hicieron la reflexión que cuando hablamos siempre tenemos un objetivo. Por un lado, los participantes mostraron interés y claridad en lo que querían transmitir de ellos mismos a los demás,

pero les resultaba costoso poder organizar las ideas de forma adecuada para que el mensaje llegara adecuadamente al otro. Los participantes se beneficiaron de la conducción del adulto de referencia y de estrategias de redacción, como el uso de conectores. Eso les permitió dar estructura a sus ideas y organizar su discurso escrito para que fuera más legible e interpretable por los demás.

En la segunda unidad, nos centramos en la estimulación de la memoria. Los participantes en el grupo podían recordar fácilmente elementos registrados en la memoria demorada (es decir los sucesos vividos) pero mostraban mayores dificultades en codificar, almacenar y recuperar de manera efectiva la información de manera inmediata y a corto plazo. Para los ejercicios de estimulación, no solo nos centramos en retener y evocar información, si no que los participantes mostraron interés en generar estrategias para un mejor uso de esa función. Tomaron consciencia de las tres fases de la memoria: a) la fase de codificación, b) la fase de almacenamiento y c) la fase de recuperación; y se detuvieron en generar estrategias propias y compartirlas con los demás. Mostraron interés en realizar las tareas que se les presentaban y pudieron generalizar las tareas que se les ofrecía a su vida cotidiana. En la fase de codificación verbalizaron que era importante prestar atención a todos los sentidos para captar la mayor cantidad de información posible, como sonidos, olores, sensaciones o imágenes.

La tercera unidad iba destinada a la estimulación de las funciones ejecutivas, en especial a la capacidad de organizar y planificar una tarea específica. En las primeras semanas del programa, uno de los déficits que se pusieron de manifiesto en muchos de los participantes fue la capacidad de dar estructura a sus pensamientos. La planificación se puede definir como la capacidad para “pensar en el futuro”, de anticipar mentalmente la forma correcta de ejecutar una tarea o alcanzar una meta específica. La capacidad de planificar es el proceso mental que nos permite seleccionar las acciones necesarias para alcanzar una meta, decidir sobre el orden apropiado, asignar a cada tarea los recursos cognitivos necesarios y establecer el plan de acción adecuado. Es una función muy

necesaria en muchos momentos vitales, pero en especial en el de la adolescencia, ya que en ella se replantea uno mismo quién es y quién quiere ser y, por tanto, para la autorrealización es necesario saber cómo se va a conseguir. Durante las sesiones de estimulación cognitiva, los participantes fueron poniendo en palabras sus objetivos próximos, así como aquellas metas más a largo plazo. Prácticamente, todos podían describir aquello que querían conseguir, pero les suponía un reto poder planear ese objetivo, quedando siempre en un deseo que no llegaba a materializarse. Observamos cómo, a través de estrategias y de tomar consciencia de la necesidad de este proceso para conseguir los propios fines, los participantes aprendieron a planificar una tarea de forma eficaz, pudiendo contar con la información necesaria; también fueron capaces de establecer mentalmente una recapitulación de todos los datos que iban a usar, de qué manera lo iban a hacer y ubicar esos pasos en el tiempo, de manera que su objetivo se viera cumplido en un período realista de tiempo.

Dando continuidad a los elementos que se habían exteriorizado en las sesiones anteriores, en la cuarta unidad se trabajaron todas aquellas actividades de la vida cotidiana que tenían un valor y significado concreto para cada uno de los participantes y, además, un propósito. Se realizaron ejercicios de atención y concentración en relación a las ocupaciones de cada uno, ya que estas son centrales en la identidad y capacidades de una persona e influyen en el modo en el que uno emplea el tiempo y toma decisiones. Los chicos y chicas manifestaron, a lo largo del programa, ser dependientes de sus figuras de referencia, tomando pocas veces la responsabilidad del autocuidado. En ese sentido, valoramos cómo, a lo largo de las sesiones, pudieron marcarse rutinas más estables, menos infantiles y correspondientes a la adolescencia y principio de la etapa adulta.

Finalmente, la unidad cinco estuvo centrada, por un lado, en la estimulación de las funciones ejecutivas, aquellas habilidades cognitivas que nos permiten anticipar, establecer objetivos, planificar, razonar, iniciar actividades, autorregularnos y llevar a cabo actividades de una forma eficiente y, por otro lado, en las capacidades visoperceptivas, visoespaciales y viso-



constructivas, que nos permiten, entre otras cosas, reconocer colores, formas, objetos, caras, orientarnos, leer mapas, calcular distancias... Es decir, que están implicadas en muchas actividades de nuestro día a día. Los participantes del programa hicieron referencia a sus puntos débiles, como olvidarse de tareas que tenían que hacer, repetir varias veces el mismo error, o no prestar suficiente atención a los detalles para recordar eficazmente. Esa unidad sirvió para compartir los puntos débiles sin miedo a ser juzgado por los demás. En ocasiones, pensar estrategias para uno mismo resulta dificultoso, pero cuando puedes observar el problema desde fuera, es decir, que no hay implicación emocional en esa situación, es más fácil desarrollar estrategias que suplan esas dificultades. Durante esta unidad, planificaron estrategias, poniendo en práctica habilidades tan importantes como la empatía, haciendo que sus capacidades y funciones cognitivas fueran más eficientes.

### Área Social

En la tabla 3 del anexo, se han expuesto los objetivos y contenidos que se elaboraron para favorecer el desarrollo de las capacidades y habilidades desde el área social. Para su desarrollo, ha sido fundamental que los chicos y chicas participasen de diferentes dinámicas que han permitido experimentar diferentes situaciones que les han facilitado relacionarse con los demás de manera saludable. Aspectos importantes como saber escuchar, ponerse en el lugar del otro o cómo cuidar una amistad han permitido, a la vez que conocerse a sí mismos en relación con su capacidad de interacción con el otro, sentir que cada uno es importante cuando conoce sus capacidades y lo que puede aportar a los demás. Esto ha permitido que los chicos y chicas experimentasen el grupo de manera progresiva no solo en un lugar en el que se sienten reconocidos, contenidos y ayudados, si no que favoreció la puesta en marcha de iniciativas por parte de ellos, favoreciendo el desarrollo de una amistad fuera del programa.

Desde el área social, los contenidos y objetivos fueron trabajados y pensados para que el área de ocio y tiempo libre tuviera un mayor sentido para ellos; es decir, se favoreció el trabajo en equipo, buscar puntos en común,

ayudarse los unos a los otros, permitiendo una mayor motivación e implicación en la búsqueda de actividades para el disfrute compartido.

### Área Ocio y Tiempo Libre

En la tabla 4 del anexo, se han expuesto los contenidos trabajados desde el área de ocio y tiempo libre, que, como hemos dicho anteriormente, ha sido desarrollada de manera transversal en las demás áreas, en concreto en el área social, con el fin de que fueran los propios participantes los responsables de pensar, evocar, organizar, planificar, experimentar y llevar a cabo actividades de diversos tipos: deporte, conocer el entorno, saber buscar ofertas lúdicas y recreativas, etc. Se tuvieron en cuenta en dicha programación no solo actividades desde lo conocido, sino también la realización de otras que implicasen explorar nuevos intereses y/o habilidades. Desde los objetivos planteados, se han ofrecido actividades que impliquen cuidarse desde el disfrute y la interacción con los demás con el fin de incentivarles y ayudarles a hacer conciencia de los beneficios tanto personales como físicos de realizar una actividad dentro del tiempo libre, disfrutando tanto de estar con uno mismo como compartiendo el tiempo de ocio con los demás. En este sentido, ha sido interesante que los participantes indagasen en cómo se desenvuelven ante el tiempo libre, valorando pocas capacidades de poder invertir en su tiempo de ocio de manera saludable. Muchos optan por los videojuegos y las pantallas, siendo importante acompañarlos a poder explorar mejor otras formas de entretenerse.

### Resultados

A continuación, complementamos la evolución cualitativa del proceso grupal con los resultados de la administración de dos pruebas psicológicas: el cuestionario SENA (Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes), que valora la conducta y aspectos emocionales, y los ejercicios del programa *Neuronup*, que nos permiten cuantificar la evolución de las funciones cognitivas a lo largo del programa.

Observamos una tendencia a disminuir los problemas interiorizados percibidos con puntuaciones ligeramente por debajo, tales como

*Ansiedad, Ansiedad Social, Somatización, Sintomatología obsesiva, Atención e Hiperactividad.* Además, los resultados informan de mejores resultados en los problemas de *Regulación emocional* y *Búsqueda de sensaciones*. En este sentido, los participantes han valorado un aprendizaje en su capacidad para comprender y regular las propias emociones y su expresión, con menores oscilaciones de ánimo a lo largo del día. Las mejores puntuaciones en *Búsqueda de sensaciones* nos indican que han podido evitar situaciones rutinarias o monótonas, encontrando entornos novedosos y estimulantes para ellos (ver Figura 1 del anexo).

Aun así, seguimos valorando dificultades expresadas en el área de recursos personales, autoestima y socialización con sus iguales. Esto nos permite valorar posibles futuras líneas de trabajo centradas en insatisfacción de los chicos y chicas consigo mismos, ayudándoles a que puedan encontrar un sentido positivo y favorable de su identidad en sus distintas facetas (física, escolar/laboral y social).

Por otro lado, y desde el área cognitiva, se ha valorado la mejora de las funciones neuropsicológicas a través de la realización de ejercicios del programa *Neuronup*. Para eso, se elaboró una sesión de dinámicas que se administró antes de empezar el programa y al terminarlo. De esta manera, observamos que, en prácticamente todas las áreas trabajadas, los participantes en el programa consiguieron llegar a una fase superior en la sesión post tratamiento (ver Figura 2 del anexo).

### **Discusión: aciertos, limitaciones y futuras líneas de intervención**

Valoramos de manera muy positiva los resultados obtenidos en este programa piloto destinado a atender a las necesidades emocionales, cognitivas y sociales de chicos y chicas que a menudo quedan excluidos de la cotidianidad.

Este proyecto fue puesto en marcha pensando en las dificultades en las que se encuentran los chicos y chicas que padecen de epilepsia refractaria cuando llegan a la adolescencia y principios de la etapa adulta, con todos los retos que eso supone. A esas dificultades se sumó el hecho del confinamiento por la pandemia COVID-19, el

hecho de no acudir a clase y quedarse en casa con los padres, aumentando la monotonía y el aislamiento social, evidenciando aún más las situaciones que viven este tipo de pacientes y que merecen la atención de nuestro sistema sanitario (Aledo-Serrano et al., 2020).

Valoramos que hacer encuentros diarios con un grupo de iguales en una situación excepcional como la que vivimos el último año y contenida por la función de las terapeutas fue una buena oportunidad para el autoconocimiento, el crecimiento personal, el desarrollo social y la maduración de la personalidad.

Una de nuestras inquietudes al iniciar el programa era la viabilidad de compatibilizar el programa en formato presencial y en línea de manera simultánea, consiguiendo abordar las necesidades específicas de las personas participantes. Era importante evitar quedarnos en la superficie, juntando a un grupo de adolescentes con la misma patología, pero sin poder dar respuesta terapéutica a todos ellos. Una vez realizada la intervención, podemos valorar de manera muy positiva los objetivos de trabajo planteados en acompañar en las actividades de la vida diaria ofreciendo mayor autonomía y capacidad de crecimiento personal.

Una de las metas implícitas en el programa era generar un espacio de encuentro entre chicos y chicas con patologías similares, inquietudes emocionales y dificultades en la interacción social con sus iguales. A lo largo de las sesiones realizadas, pudimos observar que el grupo ofrecía un lugar donde establecer vínculos sanos desde un estado de calma, sin presión ni exigencias externas que determinaran qué tipo de comportamiento debía adoptar cada uno.

Consideramos que el hecho de que tuvieran un lugar para ser y abrirse al otro sin tener que reprimir estados afectivos ni deseos, así como generar un espacio que empezaba a construirse desde la comprensión y la aceptación, han sido claves para el éxito de este programa. La mirada que ofrecían las terapeutas a los miembros del grupo fue adoptada por cada miembro del grupo hacia los otros, permitiéndoles crear vínculos seguros y de confianza. Chicos y chicas de diferentes partes del territorio español coincidieron semanalmente en varios espacios y compartieron experiencias que les permitieron crecer

personal y socialmente de manera conjunta. El mayor triunfo ha sido que ellos mismos han podido crear espacios propios fuera del contexto terapéutico, formando un grupo de iguales cohesionado que al final del programa ya no necesitaba la figura del adulto para organizar sus interacciones, ofreciéndoles esto, autonomía, responsabilidad y libertad, competencias fundamentales para una transición más saludable de la etapa adolescente hacia la vida adulta.

Fruto de la experiencia que acabamos de presentar pensamos que sería interesante continuar con el programa piloto rediseñando la estructura para que pudiera ofrecerse a lo largo del curso escolar sin verse afectada la actividad académica y adaptada a la logística de las familias participantes en el grupo. Dado la corta duración del programa no se han podido recoger datos significativos en cuanto a la consolidación de estrategias personales y cognitivas, por lo que creemos importante poder ofrecer continuidad terapéutica que permita un mayor trabajo personal, de gestión y de autoconocimiento. Este trabajo permitiría a los participantes afianzar los avances conseguidos.

Aunque la asistencia al programa fue alta y los participantes acudían a las sesiones, tanto en línea como presenciales, valoramos que, para próximas ediciones, los terapeutas tienen que acoger y acompañar más el compromiso de familiares y pacientes en cuanto a las actividades planteadas fuera de programa, en especial en la recogida de datos pre y post tratamiento, ya que esto permite una valoración exhaustiva y objetiva de los avances, mejorando la calidad ofrecida por los clínicos.

### Agradecimientos

El proyecto se pudo realizar gracias al soporte económico y a la colaboración que brindó a la Unidad de Epilepsia del departamento de

Neurociencias de Clínica Corachan la Federación Española de Epilepsia (FEDE), la Fundación Corachan, MJN neuroserveis y UCBCares. Gracias a esa ayuda se pudieron cubrir los gastos en recursos humanos y material necesario para llevar a cabo el programa, siendo muy poco costoso o gratuito para las familias la asistencia de los participantes.

### Bibliografía

- Aledo-Serrano, A., Mingorance, A., Jiménez-Huete, A., Toledano, R., García-Morales, I., An-ciones, C. y Gil-Nagel, A. (2020). Genetic epilepsies and COVID-19 pandemic: Lessons from the caregiver perspective. *Official Journal of the International League Against Epilepsy*, 61(6), 1312-1314.
- Artigas, J. (1999). Implicaciones psicológicas y sociales de la epilepsia del adolescente. *Revista de Neurología*, 28(161), 43-69.
- Felipe-Oroquieta, J. (2002). Aspectos Psicológicos en la Epilepsia. *Revista de Neurología*, 34(9), 856-860.
- Figueroa, D. y Silva, A. (2010). Estudio clínico, epidemiológico y sociocultural de la epilepsia. Un enfoque crítico. *Archivos de neurociencias*, 15(3), 139-151.
- Ivanovic-Zuvic, F. (2004). Epilepsia y adolescencia. *Revista Chilena*, 5(1), 30-40.
- Perla, D. (2004). Comorbilidad psiquiátrica en Epilepsia. *Revista Chilena*, 5(1), 40-46.
- Ramaratnam, S., Bake, G. A. y Goldstein, L. H. (2016). Tratamientos psicológicos para la Epilepsia. *Cochrane Database of systematic reviews*. DOI:10.1002/14651858.CD002029.
- Salinas, J. (2010). Depresión y Epilepsia, ¿una bidireccionalidad? *Revista Chilena*, 6(1).
- Sociedad Española de Neurología. (2008). Guía oficial para el diagnóstico y el tratamiento de la epilepsia. *Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología*, 7, Pfizer.

## Anexos

**Tabla 1. Descripción de las unidades, objetivos y contenidos realizados en el *área personal* del programa**

| UNIDAD                                    | OBJETIVOS                                                       | CONTENIDOS                                                           |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Autoconcepto I<br><i>Nos conocemos</i>    | Conocerse e integrarse en un grupo                              | Identidad y autoconcepto                                             |
| Autoconcepto II<br><i>Haciendo lazos</i>  | Conocerme a mí mismo. Favorecer la seguridad y la independencia | Mis capacidades<br>Mi entorno familiar                               |
| Autoconcepto III<br><i>Buscando retos</i> | Favorecer la expresión de sentimientos positivos                | Autoestima<br>Fortalezas y capacidades                               |
| Autocuidado I<br><i>Mi salud física</i>   | Mejorar las actividades y rutinas diarias                       | Higiene personal y aseo<br>Cuidado de las ayudas-técnicas personales |
| Autocuidado II<br><i>Mi salud mental</i>  | Conocer y controlar las emociones negativas                     | Cuidado de la salud mental<br>Afrontar sentimientos negativos        |

**Tabla 2. Descripción de las unidades, objetivos y contenidos realizados en el *área cognitiva* del programa**

| UNIDAD                                    | OBJETIVOS                                                    | CONTENIDOS                                                 |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Autoconcepto I<br><i>Nos conocemos</i>    | Estimulación del lenguaje y pensamiento expresivo            | La comunicación social                                     |
| Autoconcepto II<br><i>Haciendo lazos</i>  | Estimular la memoria y el aprendizaje conjunto               | Mis capacidades<br>Mi entorno familiar                     |
| Autoconcepto III<br><i>Buscando retos</i> | Describirse a sí mismos y realizar un plan de meta personal  | Lectoescritura<br>Planificar una tarea y una meta definida |
| Autocuidado I<br><i>Mi salud física</i>   | Incrementar la autonomía personal que permita el autocuidado | Concentración<br>Capacidad de mostrar conocimiento         |
| Autocuidado II<br><i>Mi salud mental</i>  | Desarrollar mi propio plan de estimulación cognitiva         | Atención<br>Capacidad Visoespacial<br>Funciones ejecutivas |

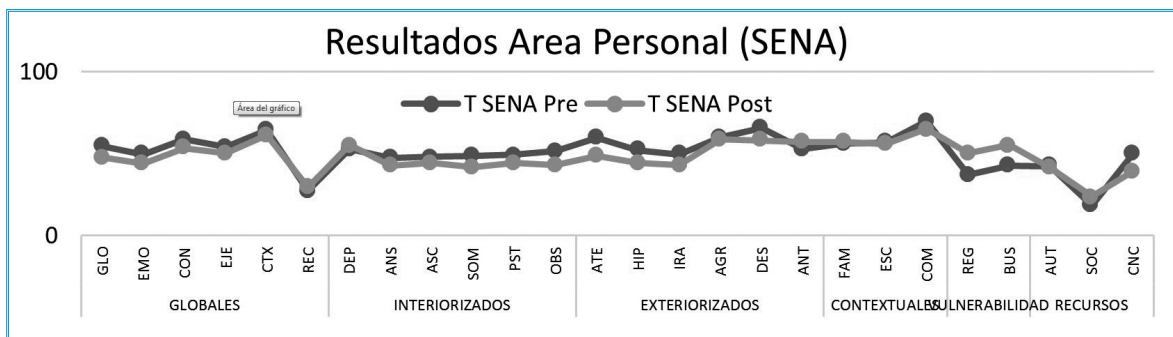
**Tabla 3. Descripción de las unidades, objetivos y contenidos realizados en el *área social* del programa**

| UNIDAD                                    | OBJETIVOS                                                               | CONTENIDOS                                                                                       |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autoconcepto I<br><i>Nos conocemos</i>    | Conocer a los demás y expresar cómo nos sentimos                        | Escuchar, presentarse                                                                            |
| Autoconcepto II<br><i>Haciendo lazos</i>  | Conocer al otro. Favorecer el desarrollo de la asertividad y la empatía | Presentar a otras personas<br>La asertividad                                                     |
| Autoconcepto III<br><i>Buscando retos</i> | Conocer los valores de una relación saludable                           | Empatía<br>Dar las gracias, hacer un cumplido                                                    |
| Autocuidado I<br><i>Mi salud física</i>   | Saber afrontar problemas conflictivos o estresantes                     | Capacidad de definir un problema y evaluar soluciones                                            |
| Autocuidado II<br><i>Mi salud mental</i>  | Saber pedir ayuda, modular las emociones en la interacción social       | Iniciar una conversación, formular una pregunta<br>Capacidad de disculparse<br>Trabajo en equipo |

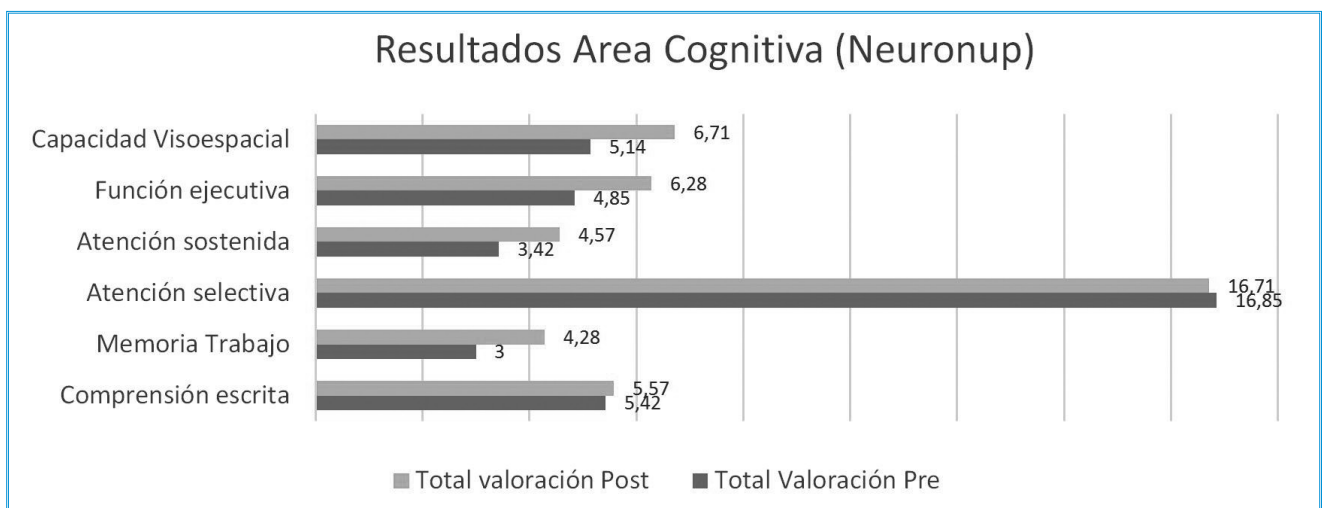
**Tabla 4. Descripción de las unidades, objetivos y contenidos realizados en el área ocio y tiempo libre del programa**

| UNIDAD                                    | OBJETIVOS                                                                | CONTENIDOS                              |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Autoconcepto I<br><i>Nos conocemos</i>    | Conocer y compartir los intereses para crear la agenda de ocio del grupo | Preparación para el ocio                |
| Autoconcepto II<br><i>Haciendo lazos</i>  | Explorar las necesidades propias de ocio, el ocio individual y el grupal | Exploración del tiempo libre individual |
| Autoconcepto III<br><i>Buscando retos</i> | Explorar actividades novedosas, salir de la zona de confort              | Explorar nuevas opciones de disfrute    |
| Autocuidado I<br><i>Mi salud física</i>   | Favorecer el desarrollo de un deporte o actividad física                 | Salud física<br>Juego y deporte         |
| Autocuidado II<br><i>Mi salud mental</i>  | Favorecer el juego cooperativo                                           | Juegos de cooperación y participación   |

**Figura 1. Puntuaciones T de las escalas evaluadas a través de la prueba SENA administrada pre y post tratamiento**



**Figura 2. Medias de las fases alcanzada en cada sesión del programa NEURONUP administrada pre y post tratamiento**





# Apego y representaciones internas de adolescentes de familias homoparentales

VIVIANA ALZATE<sup>1</sup> Y ELISABETH BALLÚS<sup>2</sup>

## RESUMEN

*Apego y representaciones internas de adolescentes de familias homoparentales.* La familia homoparental está sometida a una constante reivindicación por las funciones parentales que desempeñan. El objetivo de este estudio es identificar estilos de apego y representaciones internas de adolescentes de familias homoparentales con una entrevista, la prueba proyectiva APS y el IPPA. Los resultados indican que los adolescentes establecen relaciones de apego seguro y niveles adecuados de confianza, comunicación y alienación. No obstante, reflejan preocupación inconsciente por el nacimiento y sus orígenes. **Palabras clave:** familia homoparental, progenitoras lesbianas, apego, representaciones internas, figuras parentales.

## ABSTRACT

*Attachment and internal representations of homoparental families adolescents.* The homoparental family is subject to a constant vindication of the parental roles they play. This study aims to identify bonding styles and internal representations of adolescents from homoparental families with an interview, the APS projective test, and the IPPA. The results indicate that adolescents establish secure bonding relationships and adequate levels of trust, communication, and alienation. However, they reflect an unconscious preoccupation with birth and its origins. **Keywords:** homoparental family, lesbian parents, bonding, internal representations, parental figures.

## RESUM

*Aferrament i representacions internes d'adolescents de famílies homoparentals.* La família homoparental està sotmesa a una constant reivindicació per les funcions parentals que exerceixen. L'objectiu d'aquest estudi és identificar estils d'aferrament i representacions internes d'adolescents de famílies homoparentals amb una entrevista, la prova projectiva APS i l'IPPA. Els resultats indiquen que els adolescents estableixen relacions de vincle segur i nivells adequats de confiança, comunicació i alienació. No obstant això, reflecteixen preocupació inconscient pel naixement i pels seus orígens. **Paraules clau:** família homoparental, progenitores lesbianes, aferrament, representacions internes, figures parentals.

## Introducción

Los nuevos enfoques que se han dado al estudio del género contribuyen a una connotación nueva de las categorías que conceptualizan la familia: público-privado, naturaleza-cultura, sociedad-familia, según lo planteado por Fawaz y Soto (2012); cosa que ha permitido resignificar dicho concepto de familia como una construcción cultural que muestra una diversidad de ajustes familiares y que atraviesa los discursos

biológicos, normativos y psicológicos.

Actualmente se contemplan y reconocen diferentes tipos de núcleo familiar en función del sistema cultural de sus componentes dentro de nuestra dinámica social. Oliva y Villa (2014) clasifican la familia en: *familia nuclear tradicional*, formada por dos adultos heterosexuales y sus hijos e hijas; *familia extensa*, que agrupa en un solo hogar a varios integrantes de la familia (abuelos, tíos, padres, etc. e hijos); *familia monoparental*, donde solo se registra una figura responsable, ya

<sup>1</sup>Psicóloga. Miembro del Grupo de Investigación de Pareja y Familia (GRPF), Universitat Ramon Llull (URL), Barcelona. Grupo de Estudios Sociales Interdisciplinario (ESI) de la Universidad Cooperativa de Colombia (Santa Marta). <sup>2</sup>Doctora en Psicología y Profesora de la URL. Investigadora del grupo GRPF (URL).

Contacto: [vivianamarcelaad@blanquerna.url.edu](mailto:vivianamarcelaad@blanquerna.url.edu)

Recibido: 4/5/21 - Aceptado: 5/7/21

sea el padre o la madre, con los hijos e hijas; *familia reconstituida*, la unión de parejas con hijos/as de otras uniones y la combinación de todos estos miembros, estableciendo un nuevo espacio familiar; y *familia LGBTI+*, a la que pertenecen los hogares formados por progenitores gays o lesbianas, bisexuales, transgénero o con otras orientaciones afectivo-sexuales.

Partiendo de esta clasificación de los diferentes tipos de núcleo familiar, se define la familia homoparental como el sistema familiar formado por progenitores gays o progenitoras lesbianas y sus hijos e hijas, concebidos a través del método biológico, la reproducción asistida, la gestación subrogada, o bien, fruto de la reconstitución familiar, la adopción o el acogimiento. Así pues, la familia homoparental tiene una formación similar a la de otros tipos de familia, cumple los mismos fines, tiene una distribución similar de roles y unas relaciones internas igualmente similares (Golombok, Blake, Slutsky, Raffanella, Roman y Ehrhardt, 2018; Castaño, Sánchez y Viveros, 2020).

La gran mayoría de argumentos y protestas que ralentizan los procesos que darían visibilidad a esta diversidad de modelos de familia, especialmente a la familia homoparental, se justifican en el cuestionamiento de los estilos de crianza y los modelos afectivos que se establecen en estos contextos y su impacto en el bienestar emocional y el ajuste psicológico de sus integrantes. Dichos criterios giran alrededor de una serie de prejuicios sistematizados por Patterson (1992):

- a) Al no disponer de una figura materna y otra paterna no van a desarrollarse sana y armónicamente, presentando dificultades en el ajuste psicológico.
- b) La familia homoparental compromete el desarrollo de la identidad sexual y de género, propiciando la homosexualidad.
- c) Los hijos e hijas sufren rechazo social por la homofobia imperante en la sociedad.
- d) Los hijos de familias homoparentales tienen mayor riesgo de sufrir abuso sexual (Patterson, 1992, citado por González, Morcillo, Sánchez, Chacón y Gómez, 2004).

Diversos estudios con familias homoparentales concluyen casi en su mayoría que la composición familiar no es un factor determinante en

el ajuste psicológico y el desarrollo social de los hijos e hijas (Patterson, 1992, 2000; González et al., 2004; Gonzalez y López, 2009; Golombok, Mellish, Jennings, Casey, Tasker y Lamb, 2014; Fedewa, Black y Ahn, 2015) dado que este nuevo modelo les provee suficientes herramientas emocionales y sociales como para desarrollarse de manera integral, establecer relaciones sociales beneficiosas y obtener un rendimiento académico satisfactorio; herramientas perfectamente equiparables a las de los hijos e hijas criados en familias heteroparentales (Castaño et al., 2020).

Más allá de la tipología familiar, los factores más importantes en el ajuste psicológico y emocional de los hijos e hijas son las relaciones que se establecen internamente, la función materna y/o paterna, los cuidados adecuados, los vínculos afectivos saludables y una comunicación adecuada, elementos predictores de una constitución psíquica equilibrada. Además, el apego y las relaciones que los hijos e hijas establecen con las figuras cuidadoras son variables clave en el bienestar emocional y el ajuste psicológico, tanto en la infancia como en la edad adulta (González et al., 2004; Amani, R. 2016; Bustos y Russo, 2018).

Por otro lado, Cadoret (2003) plantea que el ajuste psicológico de los hijos e hijas de familias homoparentales, independientemente de su constitución nuclear, es determinado por el lugar que ocupa el menor en la familia y su reafirmación en sus relaciones familiares; es decir, lo que significa el hijo para el Otro como hijo, como nieto... y así en las diferentes posiciones de la dinámica familiar.

Tal y como expone Meier (2020), siguiendo la teoría del apego como enfoque socioemocional relevante en la salud mental (Galán, 2019), la capacidad para desarrollar vínculos afectivos saludables no viene determinada por la estructura familiar o la orientación sexual de los progenitores. Así mismo, el desarrollo del niño o la niña no es exclusivo de la atención que recibe de la figura materna: se ponen en juego otros recursos significativos que permiten atender las necesidades del niño o la niña, ante la ausencia de la figura principal y los vínculos afectivos, que cubran las necesidades que tenga en su desarrollo y el espacio relacional en el cual es criado.

Por lo expuesto anteriormente, este estudio se centra en los estilos de apego, las identificaciones y las representaciones internas de adolescentes de familias homoparentales. Se utiliza el instrumento proyectivo *Attachment Picture Story* (APS) (Ballús, Urrutia, Casas y Loizaga, 2019a), una adaptación del test *Pata Negra* de Corman (1989) que permite acceder a las representaciones internas de los adolescentes sin que sean conscientes de la relación que hay entre sus respuestas y su mundo interior. Este instrumento es de los pocos que se encuentran para evaluar el apego e identificar a aquellos que hayan sufrido algún tipo de maltrato (Ballús y Pérez-Testor, 2017).

Para complementar la evaluación y conocer otros elementos igualmente importantes en el apego, se utiliza el *Inventario de Apego con Padres y Pares* (IPPA) (Armsden y Greenberg, 1987), un instrumento tipo Likert fundamentado en la teoría del apego. Esta escala permite identificar el estilo de apego, y proporciona información referente a los niveles de confianza, comunicación y alienación con los padres/madres y los iguales.

Esta investigación tiene como objetivo evaluar con el APS el mundo interior de los adolescentes de familias homoparentales y conocer las representaciones internas del apego tanto cualitativa como cuantitativamente. Así mismo, pretende identificar los estilos de apego desde otras variables en las relaciones y que pueden ser observadas con el IPPA. Además, con el fin de conocer los procesos familiares, sociales y jurídicos que han impactado en el sistema familiar, se utiliza la entrevista semiestructurada. Así pues, en este estudio se pretende indagar sobre la relación entre el apego y las representaciones internas de los adolescentes, así como los niveles de confianza, comunicación y alienación que se establecen en el entorno familiar.

## Método

### Participantes

El estudio se realizó con tres adolescentes: dos de género masculino y uno femenino, de 12, 14 y 17 años, que forman parte de una muestra mayor. Son integrantes de familias con progenitoras lesbianas que presentan una constitución

familiar diferente (nuclear biparental, reconstituida y monoparental), pero posibles y frecuentes en las familias diversas. Todas ellas con una convivencia superior a tres años y residentes en Cataluña.

Los menores cumplen con los siguientes criterios de inclusión: residir habitualmente en el sistema familiar homoparental con más de tres años de convivencia, estar escolarizados y reconocer a ambas mujeres como madres y figuras importantes en su proceso de crianza. Como criterios de exclusión, se contempló presentar algún trastorno o problema del desarrollo diagnosticado (según criterios del *DSM-5, 2014* [Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed]), evidente para el investigador o informado por las madres en el momento de la entrevista. No se tuvo en cuenta como factor excluyente o incluyente la atención psicológica previa, pero se considera relevante el motivo de atención en caso de recibirla. Al considerarse la figura de las dos madres igualmente importantes, se hace distinción entre ellas como: la madre biológica, haciendo referencia a la mujer que gestó, y la madre adoptiva, teniendo en cuenta que dos de las tres familias recurrieron al proceso de adopción para el reconocimiento legal de los hijos.

Tal como se aprecia en la Tabla 1 del anexo, la muestra es variada internamente: dos de los sujetos (S.1 y S.3) forman parte de una familia homoparental desde el nacimiento y uno (S.2) nació en una familia heterosexual, por lo que cuenta con custodia compartida, figura materna, paterna y hermanos menores en el sistema familiar reconstituido por el padre. En ninguno de los tres casos hay hermanos mayores o menores de la relación de las madres.

### Procedimiento

Las familias fueron contactadas a través de la asociación de familias FLG (Associació de Famílies LGTBI) de Barcelona, por redes sociales y por personas cercanas a la investigación. Las pruebas se administraron a los adolescentes y las familias en sus respectivos hogares. Primero se entrevistó a las madres, transcribiendo los relatos de la historia familiar y luego se administraron las pruebas APS e IPPA a los adolescentes a solas. Al ser hijos mayores, las madres

solicitaron previamente el consentimiento de los hijos e hija para colaborar en el estudio.

Para aplicar las pruebas, se realizó un único encuentro presencial de 1,5 horas. Las respuestas fueron codificadas en los respectivos protocolos, junto con las actitudes y reacciones de los sujetos frente a los instrumentos.

### Instrumentos

*Entrevista semiestructurada.* La entrevista semiestructurada está diseñada específicamente para recopilar datos e información relacionada con la historia familiar de este estudio. Se eligió este método porque era necesario tener un margen de flexibilidad dentro del marco clínico y epistemológico para que las madres pudieran compartir los aspectos más significativos de sus experiencias y la información necesaria para la investigación. Consta de dos partes: en la primera, se pregunta por el genograma, la historia familiar, el proceso de reproducción, el embarazo, el nacimiento, las redes de apoyo del sistema familiar, las experiencias vitales (familiares, legales, sociales) y el proceso madurativo del adolescente; y en la segunda, por las relaciones sociales del adolescente, situaciones de exclusión, acoso o violencia por el modelo familiar y las experiencias del adolescente por pertenecer a una familia diversa. También se registra información del proceso madurativo, el rendimiento escolar, las relaciones con sus iguales y los antecedentes de atención en salud mental.

*Attachment Pictures Story (APS).* El APS, de Ballús et al. (2019a), es una adaptación de la prueba proyectiva Pata Negra de Corman (1989) para evaluar las representaciones internas del apego en adolescentes. Consiste en la narración a través del personaje principal, el cerdito Pata Negra. La adaptación del test se realiza usando como criterio de selección solo las imágenes cuya descripción evoca relaciones de apego (en total 7) y que se ajustan a la teoría de apego (Bowlby, 1969; Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978; Corman, 1989; citados por Ballús, Casas, Urrutia y Pérez-Testor, 2019b). Por su parte, las historias inventadas por los sujetos reflejarán las preocupaciones inconscientes que predominan en función de las experiencias de apego.

*Procedimiento de aplicación.* Se comienza

con el frontispicio; la primera imagen presenta los personajes principales y puede evocar la familia del cerdito Pata Negra. Está conformada por dos cerditos blancos del mismo tamaño que Pata Negra y dos cerdos adultos, un macho y una hembra, este último también con una mancha negra. El adolescente debe asignar el sexo, la edad y la relación de cada personaje. La consigna del test es la siguiente: "Imagina que una productora de televisión te pide que realices una serie de dibujos animados con las imágenes que yo te iré mostrando". Se muestran las siete láminas (*LI. Camada*: nacimiento y primeros vínculos, *LII. Sueño materno*: vínculo materno y/o identificación con la madre, *LIII. Carro*: separación y pérdida, *LIV. Partida*: pérdida y soledad y/o independencia, *LV. Sueño paterno*: vínculo paterno y/o identificación con el padre, *LVI. Comedero*: agresividad hacia los padres, *LVII. Cebra*: madre sustituta o de adopción) a los sujetos y se les pide que cuenten una historia para cada una, usando los tres tiempos verbales (pasado, presente y futuro).

Esta prueba se administra individualmente en un tiempo aproximado de 20 minutos y se realiza en dos apartados: 1) *Historias*, que corresponden al análisis cuantitativo y 2) *Temas e Identificaciones*, que concierne al análisis cualitativo y propiamente proyectivo (Ballús y Pérez-Testor, 2017). La corrección del instrumento consta de un protocolo de registro y uno de corrección (Ballús, 2020).

*Historias.* Las historias son transcritas por el evaluador en el protocolo de registro. En este se encuentran 10 ítems dicotómicos para codificar las historias según el tipo de apego descrito y cuantificarlo. En la corrección, las cinco categorías de apego se concentran en dos grandes grupos: a) *Apego Seguro* y b) *Apego Inseguro* (evitativo, resistente, temeroso y no resuelto). Cada lámina está categorizada en sí/no, los cuales se puntúan con 1/0, respectivamente. La puntuación total de la prueba es 7 puntos, distribuidos entre las categorías de apego.

*Temas e Identificaciones.* En el análisis cualitativo de la prueba, se toman las historias que crean los sujetos y en las que proyectan sus preocupaciones inconscientes a partir de las imágenes presentadas. Los temas de las historias hacen referencia a las representaciones internas

de sus experiencias de apego. Las interacciones positivas se reflejan en temas más positivos como inclusión, recibir/dar protección, reconocimiento de la ansiedad y relaciones agradables; por el contrario, las experiencias negativas se caracterizan por historias de abandono, pérdida, rechazo y muerte, correspondiendo al apego seguro o inseguro respectivamente según estudios previos (Ballús, et al., 2019b)

En la evaluación, también se tiene en cuenta la identificación del adolescente con los personajes de las láminas. A los efectos de este estudio, la evaluación se centró en dos identificaciones principales: el cerdito Pata Negra y Nadie. Identificarse con Pata Negra, el personaje principal, es un indicador de buena capacidad para asumir los temas de las imágenes. Por el contrario, la identificación con Nadie refleja sentimientos de ansiedad ante los temas que se evocan.

*Inventario de Apego con Padres y Pares (IPPA).* El *Inventario de Apego con Padres y Pares*, denominado IPPA por sus iniciales en inglés, de Armsden y Greenberg (1987), es un autoinforme que evalúa la calidad del apego percibida por los adolescentes en relación con sus padres e iguales. Destaca por haber sido diseñado para población adolescente con varios análisis psicométricos a nivel mundial que proporcionan los estilos de apego propuestos por Ainsworth et al. (1978): seguro, evitativo y ambivalente (Pardo, Pineda, Carrillo y Castro, 2006; Delgado, Penelo, Fornieles, Brun-Gasca y Ollé, 2016). La versión utilizada en este caso es la versión revisada de los propios autores (Armsden y Greenberg, 1987), que consta de 75 ítems, de los cuales 25 se utilizan para cada figura de apego: madre, padre e iguales. No obstante, en esta ocasión solo se formulan las preguntas de la madre y de los pares por el modelo familiar de la población. Los ítems se califican con una escala Likert de 5 puntos (1 = casi nunca es cierto; 2 = no muy frecuentemente es cierto; 3 = algunas veces es cierto; 4 = con frecuencia es cierto; 5 = casi siempre o siempre es cierto). Además del tipo de apego, este instrumento permite medir otras dimensiones: 1) *Confianza* de los sujetos con sus madres y sus iguales (el grado de comprensión y respeto mutuo en la relación); 2) *Comunicación* (su amplitud y calidad); y 3) *Alienación* (los sentimientos de ira y poco

involucramiento emocional en las relaciones interpersonales) (Alzate y Zabaraín, 2017).

### Análisis de datos

Para el APS, se realizó un análisis cualitativo y cuantitativo de las historias, tal como sugieren sus autores (Ballús et al. 2019a; Ballús, 2020). Con este análisis se determinó el estilo de apego de los adolescentes, codificando las historias y categorizándolas en dos grupos de apego: apego seguro y apego inseguro (evitativo, resistente, temeroso y no resuelto). Además, se analizaron las identificaciones, las historias y los temas, relacionándolas con el tipo de apego de los adolescentes.

Para el análisis de los resultados del IPPA, se tuvo en cuenta el análisis de conglomerados y el análisis discriminante de Pardo et al. (2006), quienes realizan la clasificación de las tres dimensiones del IPPA (1. Confianza, 2. Comunicación 3. Alienación) con el fin de evaluar si los estilos de apego propuestos en la literatura se ven reflejados en la muestra. Se consideraron los parámetros propuestos para identificar el tipo de apego con base en la magnitud de las dimensiones: dos de ellos sirven para identificar el tipo de apego seguro, cuatro para identificar el estilo de apego inseguro evitativo y dos para identificar el estilo de apego inseguro ambivalente, tal como se puede ver en la tabla 2 del anexo. Estos criterios se toman de la teoría del apego y de la clasificación de los estilos de apego de Vivona (2000).

### Resultados

Los resultados de esta investigación dan respuesta a los objetivos planteados y expuestos al inicio de este trabajo.

1. Explorar el mundo interior de los adolescentes de familias homoparentales y conocer las representaciones internas del apego tanto cualitativa como cuantitativamente a través del APS.

2. Identificar los estilos de apego considerando los niveles de confianza, comunicación y alienación observadas con el IPPA.

### Representaciones internas de apego e identificaciones según el APS

Para dar respuesta al objetivo 1 se realiza un



análisis cuantitativo y cualitativo de los estilos de apego y las representaciones internas de los adolescentes.

El análisis de las historias creadas por los adolescentes indica que, según las representaciones internas de apego, dos de los adolescentes (S.1, S.3) cumplen con los criterios de un patrón de apego seguro; siendo en S.1, cinco sobre siete, y en S.3, cuatro sobre siete las historias que reflejan experiencias de apego seguro. Por otra parte, y bajo los mismos criterios de las representaciones internas de apego, el adolescente S.2 se caracteriza por un patrón de apego inseguro, donde cuatro sobre siete historias puntúan en apego inseguro.

Para el análisis de los temas que evocan las láminas solo se han tenido en cuenta los temas negativos (pérdida, rechazo, abandono y muerte). Los resultados muestran (Tabla 3 del anexo) que, en las historias, la pérdida es un tema recurrente en los tres sujetos y para dos de los tres adolescentes (S.2 y S.3) se repite en varias láminas, coincidiendo todos en la LIII (carro).

Además de la pérdida (una de las siete láminas), para S.1 aparece como tema de preocupación el rechazo y se refleja en dos de las siete láminas: en la LI (Camada), que hace referencia al tema del nacimiento y los primeros vínculos, y en la LIV (Partida), que evoca temas relacionados con pérdida, soledad e independencia.

En el adolescente S.2, conjuntamente al tema de la pérdida (aparece en tres de las siete láminas), se refleja preocupación por lo relacionado con la muerte, que aparece en una de las siete láminas. En la historia de LVII (cabra), que hace referencia a la madre sustituta, se refleja tanto el tema de pérdida como el tema de muerte. Este adolescente conforma una familia reconstituida y pernocta entre la madre y su pareja lesbiana, y el padre y su pareja heterosexual.

Para la adolescente S.3, adicional al tema de pérdida (aparece en dos de las siete láminas), el tema del abandono también le supone dificultad para afrontarlo, lo cual se evidencia en la historia de LV (sueño paterno), que evoca la figura paterna. Las condiciones familiares de esta adolescente corresponden a una familia monoparental, cuya madre biológica falleció pocos años después de su nacimiento.

En los resultados, se observa una relación entre el tipo de apego y las identificaciones. Los adolescentes con apego seguro (S.1 y S.3) se identifican con Pata Negra en las láminas cuyo tema gira alrededor de las figuras parentales, especialmente las relacionadas con la figura materna, ya sea biológica o adoptiva. Sin embargo, el tema de LI (Nacimiento/primeros vínculos), que interroga el origen del proceso de fecundación, genera inquietud a todos los adolescentes de la muestra; así mismo como el tema de LVI (agresividad hacia los padres).

Para S.2, ubicarse dentro de la dinámica de las relaciones afectivas e identificaciones familiares supone un conflicto que se evidencia en la dificultad para identificarse con Pata Negra en las siete láminas de la prueba; lo que indica que los temas le provocan ansiedad y cuya evitación funciona como mecanismo de defensa, negación o evasión.

### **Confianza, Comunicación, Alienación y Apego resultados del IPPA**

Los resultados del objetivo 2 se reflejan en el análisis del IPPA. Se establecieron los puntos de corte a partir de investigaciones previas (Pardo et al., 2006; Delgado et al., 2016; Alzate y Zabaraín, 2017; Zabaraín y Alzate, 2020) con familias diversas (monoparentales, reconstituidas, extensas), ya que no se documentan investigaciones con familias homoparentales que utilicen el instrumento.

Como se observa en la tabla 4 del anexo, las dimensiones que determinan el estilo de apego, según la propuesta de los autores del IPPA, favorecen la consolidación de un apego seguro tanto en el S.1 como en el S.2.

Como se observa en la tabla 5 del anexo, para las madres adoptivas, los índices de confianza, comunicación y alienación también favorecen el apego seguro.

Como se observa en la tabla 6 del anexo, con los iguales, dos (S.1 y S.2) de los tres sujetos participantes presentan una dinámica en la relación con apego seguro. Por el contrario, S.3 establece con sus iguales un apego ambivalente.

### **Discusión**

El análisis de los patrones de apego del APS

evidencia que la distribución de la muestra es similar a otros estudios con muestras normativas que obtuvieron como resultado el apego seguro en el 62 % y apego inseguro en el 38 % de la muestra (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn, 2010). En investigaciones con sujetos adoptados, el 44,2 % corresponde al estilo de apego seguro y un 55 %, al apego inseguro (Ballús et. al, 2019b). En consecuencia, los resultados de la presente investigación con adolescentes de familias homoparentales coinciden con un 66,6 % de apego seguro y un 33,3 % de apego inseguro, a pesar de ser una muestra pequeña y no tan representativa en comparación con las investigaciones previas.

Se observa que hay una asociación entre el apego inseguro y la representación interna de las figuras parentales (*LII*: sueño materno, *LV*: sueño paterno, *LVII*: madre sustituta), para el S.1. Los resultados del presente estudio pueden relacionarse con la forma de constitución familiar, considerando que el único adolescente con representación interna de apego inseguro presenta experiencias familiares, como la separación de los padres biológicos, y una dinámica familiar con figuras parentales diferentes a los demás sujetos. Concordando con los resultados de Ballús et al. (2019b), que indican que los jóvenes adoptados con dos experiencias adversas simultáneas (cuidados preadoptivos pobres y adopción tardía a partir de un año [Howe, 1997]) tenían una relación significativa entre el estilo de apego inseguro y las representaciones internas de las figuras parentales.

Por otro lado, el tema de la pérdida es significativo para los adolescentes. Este tema suscita angustia y preocupación en todos los sujetos de la muestra, coincidiendo con Ballús et al. (2019b), que, a pesar de ser una muestra mayor, indica que un 58 % presenta historias relacionadas con la pérdida, considerándolo como significativo. Hay varias formas de interpretar estos resultados:

1. Se puede pensar que hay un sentimiento de pérdida en los adolescentes que conforman algún tipo de familia diversa (adoptiva, homoparental, reconstituida...), ya sea por presión social y la sensación de *diferente*, al no considerarse su estructura familiar como una construcción de relaciones afectivas con las mismas capacidades a la familia tradicional;

2. Cada constitución familiar de la muestra presenta en su historia situaciones de pérdida (cambio de ciudad de origen, divorcio, fallecimiento) y de ausencias de cara a las relaciones familiares y con sus iguales, aspectos que son compartidos con la muestra adoptiva.

Otros elementos importantes para contrastar son los evaluados a través del IPPA (*Confianza, Comunicación y Alienación*). El total de la muestra presenta una *confianza* alta. Por otra parte, la *comunicación* varía entre medio y alto, así como la *alienación* se sitúa entre baja y media. En comparación con los resultados publicados por Alzate y Zabaráin (2017), que realizaron un estudio con 280 preadolescentes de familias heteronormativas, se observa que la *confianza* para los hijos de familias heteronormativas es menor, ya que solo una parte de la muestra reconoce a la madre como figura protectora en caso de requerir ayuda u orientación, siendo igualmente la madre muy importante y a la cual recurrir en caso de necesitar ayuda. Respecto a la *alienación*, para la muestra de familias heteronormativas no se observan porcentajes altos relacionados a la dependencia o al apego con la madre, lo que coincide con los resultados de nuestro estudio.

Los resultados del IPPA y las dimensiones que evalúa reflejan que, según los aspectos de la prueba, los tres adolescentes de la muestra establecen *apego seguro* con sus madres. Se observa que existe correlación entre el *estilo de apego*, la *confianza* y la *comunicación*, tanto en las relaciones familiares como en las relaciones con los iguales, tanto en esta investigación como en investigaciones previas (Zabaráin y Alzate, 2020).

Por otro lado, estos resultados indican que los adolescentes de familias homoparentales establecen la confianza, la comunicación y la alienación con sus iguales casi al mismo nivel que el establecido con sus madres, con pequeñas distinciones entre la muestra que pueden ser pensadas desde el género e incluso la edad, ya que la muestra es heterogénea en cuanto al perfil del desarrollo. Investigaciones que se han enfocado en el estudio del desarrollo social de hijos e hijas de familias homoparentales, ya sean metaanálisis o no, también concluyen que esta preocupación es más bien un estigma social

irreal y que todo indica que estos adolescentes se suelen integrar socialmente sin diferencia a otras muestras (González et al., 2004; Golombok, S. 2006; Castaño et al., 2020).

## Conclusiones

Se puede concluir que, tanto la revisión literaria como los resultados de la evaluación de la muestra, evidencian que la familia homoparental, formada por progenitoras lesbianas, establece un apego seguro con sus hijos e hijas igual que otros adolescentes de familias tradicionales y diversas. Además, se identifican representaciones internas similares a los adolescentes de otras tipologías de familias no convencionales. No obstante, el tema de los orígenes y la constitución familiar produce inquietud a los adolescentes.

Estos resultados dejan en evidencia que las relaciones afectivas y los cuidados proporcionados y recibidos no están condicionados por el tipo de constitución familiar, pero sí por otras experiencias ajenas a la orientación afectivo sexual de los progenitores, como los niveles de estrés parental e incluso el grado de estigmatización de las familias (Martínez, Sáenz y Echeverry, 2019); variables que podrían ser evaluadas en próximas investigaciones con muestras más grandes y diversas.

## Bibliografía

- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Alzate Duque, V. y Zabaraín Cogollo, S. (2017). Relacionamiento, apego y agresividad: Pre-adolescentes de colegios públicos en Santa Marta, Colombia. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(1), 73-81. DOI: 10.33881/2027-1786.rip.10109
- Amani, R. (2016). Mother-infant attachment styles as a predictor of aggression. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 4(1), 506-512.
- Armsden, G. y Greenberg, M. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427-454.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5* (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ballús, E. y Pérez-Testor, C. (2017). The emotional experience of being internationally adopted: A qualitative study with Nepalese children adopted in Spain. *International Social Work*, 60(5), 1141-1153. DOI: 10.1177/0020872816662511
- Ballús, E., Urrutia, E., Casas, M. y Loizaga, F. (2019a). Attachment Picture Story (APS): Adaptation and validation of the projective Patte Noire test to evaluate attachment in adolescence. *Rorschachiana. Journal of the International Society for the Rorschach*, 40(2), 73-94. DOI: 10.1027/1192-5604/a000113
- Ballús, E., Casas, M., Urrutia, E. y Pérez-Testor, C. (2019b). Attachment representations in international adolescent adoptees in Spain, over 8 to 17 years of placement. *International Social Work*, 62(6), 1507-1521. DOI: 10.1177/0020872819878484
- Ballús, E. (2020). Protocolo de aplicación y de evaluación del test PN Attachment Picture Story (APS). *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 32-33, 195-206.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. New York. Basic Books.
- Bustos, V. y Russo, A. (2018). Salud mental como efecto del desarrollo psicoafectivo en la infancia. *Psicogente*, 21(39), 183-202. DOI: 10.17081/psico.21.39.2830
- Cadoret, A. (2003). *Padres como los demás: homosexualidad y parentesco*. Barcelona: Gedisa.
- Castaño Suárez, M., Sánchez Trujillo, M. P. y Viveros Chavarría, E. F. (2020). Los roles en las dinámicas familiares de las familias homoparentales. *Latinoamericana de Estudios de Familia*, 12(2), 153-174. DOI: 10.17151/rlef.2020.12.2.9
- Corman, L. (1989). *El test PN: Manual primero*. Barcelona: Editorial Herder.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J. y Van Ijzendoorn, M. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(1), 87-108. DOI: 10.1017/S0954579409990289

- Delgado, L., Penelo, E., Fornieles, A., Brun-Gasca, C. y Ollé, M. (2016). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Inventario de Apego a Padres y Pares para Adolescentes (IPPA). *Universitas Psychologica*, 15(1), 327-338.
- Fawaz Yissi, J. y Soto Villagrán, P. (2012). Mujer, trabajo y familia: Tensiones, rupturas y continuidades en sectores rurales de Chile central. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, 4(35), 218-254. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88424573009>
- Fedewa, A., Black, W. y Ahn, S. (2015). Children and adolescents with same-gender parents: A meta-analytic approach in assessing outcomes. *Journal of GLBT Family Studies*, 11(1), 1-34. DOI: 10.1080/1550428X.2013.869486
- Galán, A. (2019). La dimensión clínica de la teoría del apego: ¿Una promesa aún incumplida? *Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 33, 35-44.
- Golombok, S. (2006). *Modelos de familia: ¿Qué es lo que de verdad cuenta?* Barcelona: Editorial Graó.
- Golombok, S., Blake, L., Slutsky, J., Raffanella, E., Roman, G. D. y Ehrhardt, A. (2018). Parenting and the adjustment of children born to gay fathers through surrogacy. *Child Development*, 89(4), 1223-1233. DOI: 10.1111/cdev.12728
- Golombok, S., Mellish, L., Jennings, S., Casey, P., Tasker, F. y Lamb, M. E. (2014). Adoptive gay father families: Parent-child relationships and children's psychological adjustment. *Child Development*, 85(2), 456-468. DOI: 10.1111/cdev.12155
- González, M. M. y López, F. (2009). Relaciones familiares y vida cotidiana de niños y niñas que viven con madres lesbianas o padres gays. *Cultura y Educación*, 21 (4), 417-428. DOI: 10.1174/113564009790002364
- González, M. M., Morcillo, E., Sánchez, M. A., Chacón, F. y Gómez, A. (2004). Psychological adjustment and social integration of children from gay-lesbian families. *Journal for the Study of Education and Development*, 27(3), 327-343. DOI: 10.1174/0210370042250121
- Howe, D. (1997). Parent-Reported Problems in 211 Adopted Children: Some Risk and Protective Factors, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38(4): 401-11.
- Martínez Zuluaga, J. P., Sáenz Lozada, M. L. y Echeverry Raad, J. (2019). Efectos de adopción y crianza homoparental. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 19(2), 396-406. DOI: 10.30554/archmed.19.2.3321.2019
- Meier, J. (2020). Crianza, apego y salud mental: Mirada a modelos de familias no tradicionales. *Rumbos TS*, 23, 81-94. DOI: 10.51188/rrts.num23.430
- Oliva Gómez, E. y Villa Guardiola, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 10(1), 11-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
- Pardo, M. E., Pineda, S., Carrillo, S. y Castro, J. (2006). Análisis psicométrico del Inventario de Apego con Padres y Pares en una muestra de adolescentes colombianos. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(3), 289-302.
- Patterson, C. J. (1992). Children of lesbian and gay parents. *Child Development*, 63(5), 1025-1042. DOI: 10.2307/1131517
- Patterson, C. J. (2000). Family relationships of lesbians and gay men. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4), 1052-1069. DOI: 10.1111/j.1741-3737.2000.01052.x
- Vivona, M. (2000). Parental attachments styles of late adolescents qualities of attachment relationship and consequences for adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 316-329.
- Zabarain Cogollo, S. y Alzate Duque, V. (2020). Características de apego en adolescentes y jóvenes del caribe colombiano: Una aproximación a estrategias de intervención frente al apego inseguro, en M. M. Molero, A. Martos, A. B. Barragán y R. M. Del Pino (coord.), *Avances de investigación en Salud y bienestar: Cambiando la realidad de los pacientes*. Almería, España: ASUNIVP.

## Anexos

**Tabla 1. Características generales de la muestra**

|                                                  | S1                 | S2                           | S3              |
|--------------------------------------------------|--------------------|------------------------------|-----------------|
| Edad en años                                     | 12                 | 14                           | 17              |
| Sexo                                             | Masculino          | Masculino                    | Femenino        |
| Atención en salud mental                         | No                 | Sí                           | No              |
| Tipología familiar                               | Nuclear biparental | Reconstituida                | Monoparental    |
| Técnica de reproducción                          | <i>In vitro</i>    | Unión hetero-sexual anterior | <i>In vitro</i> |
| Situación de violencia, acoso o exclusión social | Sí                 | No                           | No              |
| Reconocimiento legal por ambas madres            | Sí                 | No                           | Sí              |
| Figura parental fuera del núcleo familiar        | No                 | Sí                           | No              |

**Tabla 2. Parámetros para definir los estilos de apego con base en la magnitud de las dimensiones del IPPA.**

| Apego       | Dimensión            |              |            |
|-------------|----------------------|--------------|------------|
|             | Confianza            | Comunicación | Alienación |
| Seguro      | Alta                 | Media        | Baja       |
| Seguro      | Alta                 | Alta         | Baja       |
| Evitativo   | Baja                 | Baja         | Alta       |
| Evitativo   | Baja                 | Media        | Media      |
| Evitativo   | Baja                 | Baja         | Media      |
| Evitativo   | Baja                 | Media        | Alta       |
| Ambivalente | Media y comunicación | Media        | Media      |
| Ambivalente | Media y comunicación | Alta         | Alta       |

Elaborado por Pardo *et al.*, 2006



Tabla 3. Apego, Temas e Identificación en APS

| Sujeto | Tipo de apego | Temas                                                  |                                        |                             |                         | Identificaciones                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                           |
|--------|---------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        |               | Pérdida                                                | Rechazo                                | Abandono                    | Muerte                  | Pata Negra                                                                                                                                                                                                          | Nadie                                                                                                                                                     |
| S1     | Seguro        | Presente<br>LIII: Carro                                | Presente<br>LI: Camada<br>LIV: Partida | Ausente                     | Ausente                 | LII: Vínculo materno / Identificación con la madre<br>LIII: Separación y pérdida<br>LIV: Pérdida y soledad / Independencia<br>LV: Vínculo paterno / Identificación con el padre<br>LVII: Madre sustituta / Adoptiva | LI: Nacimiento/ primeros vínculos<br>LVI: Agresividad hacia los padres                                                                                    |
| S2     | Inseguro      | Presente<br>LIII: Carro<br>LIV: Partida<br>LVII: Cabra | Ausente                                | Ausente                     | Presente<br>LVII: Cabra |                                                                                                                                                                                                                     | Todas las láminas                                                                                                                                         |
| S3     | Seguro        | Presente<br>LIII: Carro<br>LIV: Partida                | Ausente                                | Presente<br>LV: Sueño padre | Ausente                 | LII: Vínculo materno / Identificación con la madre<br>LIV: Pérdida y soledad / Independencia<br>LVII: Madre sustituta / Adoptiva                                                                                    | LI: Nacimiento, primeros vínculos<br>LIII: Separación y pérdida<br>LV: Vínculo paterno / identificación con el padre<br>LVI: Agresividad hacia los padres |

Láminas y Temas del APS: LI. Camada: nacimiento y primeros vínculos, LII. Sueño materno: vínculo materno y/o identificación con la madre, LIII. Carro: separación y pérdida, LIV. Partida: pérdida y soledad y/o independencia, LV. Sueño paterno: vínculo paterno y/o identificación con el padre, LVI. Comedero: agresividad hacia los padres, LVII. Cabra: madre sustituta o de adopción.

Tabla 4. Dimensiones y estilo de apego Madre Biológica - IPPA

| Sujeto | Madre Biológica |              |            | Tipo de apego |
|--------|-----------------|--------------|------------|---------------|
|        | Confianza       | Comunicación | Alienación |               |
| S1     | Alta            | Alta         | Baja       | Seguro        |
| S2     | Alta            | Media        | Media      | Seguro        |
| S3     |                 |              |            |               |

Tabla 5. Dimensiones y Estilo de apego Madre Adoptiva - IPPA

| Sujeto | Madre Adoptiva |              |            | Tipo de apego |
|--------|----------------|--------------|------------|---------------|
|        | Confianza      | Comunicación | Alienación |               |
| S1     | Alta           | Media        | Media      | Seguro        |
| S2     | Alta           | Media        | Media      | Seguro        |
| S3     | Alta           | Alta         | Media      | Seguro        |

Tabla 6. Dimensiones y Estilo de Apego Pares - IPPA

| Sujeto | Pares - Iguales |              |            | Tipo de apego |
|--------|-----------------|--------------|------------|---------------|
|        | Confianza       | Comunicación | Alienación |               |
| S1     | Alta            | Media        | Media      | Seguro        |
| S2     | Alta            | Media        | Media      | Seguro        |
| S3     | Media           | Media        | Alta       | Ambivalente   |

# El proceso de duelo en la familia que emigra: del «Síndrome de Ulises» a la patología

CARLES PÉREZ TESTOR<sup>1</sup>

## RESUMEN

*El proceso de duelo en la familia que emigra: del «Síndrome de Ulises» a la patología.* En este artículo describiremos la migración como un proceso en el cual aparecen profundas pérdidas. La reacción ante la pérdida constituye un *proceso de duelo*, que empieza antes de partir con la ambivalencia y termina con la reintroyección del objeto cuando aparece la integración de la familia en la sociedad de acogida. Dependiendo de cómo se realiza la migración podrá elaborarse el duelo (*migración normal*), generará dificultades como el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (*Ulysses Syndrome*) o fracasará la elaboración, apareciendo entonces situaciones de riesgo por las que la familia puede desorganizarse y enfermar. **Palabras clave:** *migración, duelo, familia, síndrome de Ulises.*

## ABSTRACT

*The grieving process in the migrant family: from the "Ulysses Syndrome" to pathology.* In this article, we will describe migration as a process in which profound losses occur. The reaction to the loss constitutes a mourning process, which begins before the migration with ambivalence and ends with the reintroduction of the object when the integration of the family into the host society takes place. Depending on how the migration is carried out, the mourning can be elaborated (normal migration), it will generate difficulties such as the Chronic and Multiple Stress Migrant Syndrome (Ulysses Syndrome) or the elaboration will fail, thus creating risk situations in which the family can become disorganised and become ill. **Keywords:** *migration, bereavement, family, Ulysses Syndrome.*

## RESUM

*El procés de dol en la família que emigra: de la "síndrome d'Ulisses" a la patologia.* En aquest article descriurem la migració com un procés en el qual apareixen profundes pèrdues. La reacció davant la pèrdua constitueix un procés de dol, que comença abans de marxar amb l'ambivalència i acaba amb la reintrojecció de l'objecte quan apareix la integració de la família en la societat d'acollida. Depenent de com es realitza la migració es pot elaborar el dol (migració normal), generará dificultats com la síndrome de l'immigrant amb estrès crònic i múltiple (*Ulysses Syndrome*) o fracassará l'elaboració, amb l'aparició llavors de situacions de risc per les quals la família pot desorganitzar-se i emmalaltir. **Paraules clau:** *migració, dol, família, síndrome d'Ulisses.*

## Introducción

El "Síndrome de Ulises" o "Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple" fue descrito por J. Achotegui para referirse a un cuadro clínico reactivo a situaciones de duelo migratorio extremo, que no pueden ser elaboradas (Achotegui, 2002, 2005, 2009). Basándose en la obra "La Odisea" de Homero (siglo IX aC), Achotegui describe

las dificultades que sufrió Ulises (Odiseo), quien, como muchos de los emigrantes actuales, padeció situaciones estresantes y presentó sintomatología depresiva y somatizaciones: "Pero no halló al magnánimo Odiseo, que como tantas veces estaba llorando en la ribera, consumiendo su ánimo con lágrimas, suspiros y dolores, fijaba los ojos en el ponto estéril y derramaba copioso llanto" (Homero, Odisea, Canto V, 81-84).

<sup>1</sup>Doctor en Medicina, especialista en Psiquiatría, Psicoterapeuta de Pareja y Familia y Catedrático de la FPCEE Blanquerna de la Universitat Ramon Llull (URL).

Contacto: [carlespt@blanquerna.url.edu](mailto:carlespt@blanquerna.url.edu)

Recibido: 22/2/21- Aceptado: 30/8/21

Las migraciones de finales del siglo XX y principios del XXI son solitarias y desprotegidas. Aparecen muros físicos y legales que pretenden impedir la emigración, ilegal en muchos lugares.

Esto empeora la situación de las familias que quieren mejorar su situación vital como ha hecho siempre la humanidad: desplazándose a lugares más fértiles y seguros.

Hemos organizado este trabajo en cuatro puntos: primero describiremos lo que entendemos por emigración; en segundo lugar, mostraremos las diferencias que aparecen dependiendo del tipo de migración; en tercer lugar, describiremos el proceso de duelo por el que pasa el emigrante; finalmente, nos acercaremos a los síntomas y la patología.

### La emigración

La emigración es un proceso por el cual uno o más miembros de una familia abandonan su país de origen buscando mejoras económicas (emigrante) o mejoras políticas (refugiado).

En esta última década, los movimientos migratorios se han visto favorecidos por muy diversos factores, entre ellos la rapidez de las comunicaciones, el abaratamiento de los medios de transporte y, sobre todo, el orden socioeconómico mundial. La existencia de grandes diferencias en la calidad de vida entre países pobres y ricos y un sistema productivo globalizado que requiere una mano de obra flexible explica la importancia que han cobrado las migraciones. A pesar de ello, la crisis del 2008, que empezó con la quiebra el 15 de septiembre de “Lehman Brothers” en los USA (y todavía hoy notamos sus efectos en muchos países de Europa), generó un cambio en la migración por motivos económicos.

En el último estudio de población realizado en Catalunya, la población extranjera residente era de 1.159.427 habitantes (IDESCAT, 2020) y representa el 15,11 % del total de la población (un aumento del 7,15 % con respecto al año anterior); representa un importante crecimiento, si lo comparamos con el 3,91 % del 2018 o el 1,76 % del 2017, tras cuatro años consecutivos de descenso (2013-2016). En efecto, en los últimos años la crisis económica había generado un flujo negativo en Catalunya, pero a partir

del 2017 el número de extranjeros aumentó. No tenemos datos oficiales del 2020, pero es fácil pensar que, desde el Estado de Alarma de marzo del 2020, estas cifras cambiarán drásticamente.

El año pasado, la población procedente de otros países de Europa era la más numerosa y representaba un tercio de la población extranjera residente en Catalunya (32 %), mientras que el segundo lugar correspondía a la población africana (26,3 %), seguida por la población latinoamericana (25,9 %). Más alejada de estos colectivos, la población asiática representaba el 14,8 % del total de extranjeros y, en comparación con el año anterior, la población extranjera de todos los continentes aumentó (IDESCAT, 2020).

Según el Informe Mundial 2018 de Human Rights Watch (2018), hasta mediados de noviembre de 2017, poco más de 150.000 personas llegaron a Europa por mar, menos de la mitad de las llegadas durante el mismo período de 2016, con una disminución significativa en las llegadas a las islas griegas y un descenso en las salidas de embarcaciones desde Libia. Hubo un gran aumento en las embarcaciones de migrantes en el Mediterráneo occidental, desde Marruecos hasta España, aunque el número total permaneció bajo. La ruta de los Balcanes Occidentales se mantuvo en gran parte cerrada, debido a un régimen fronterizo abusivo en Hungría y devoluciones de migrantes por parte de Croacia. El Mediterráneo siguió siendo letal, con casi 3.000 muertos o desaparecidos a mediados de noviembre de 2017. Las organizaciones no gubernamentales (ONG) llevaron a cabo aproximadamente el 40 % de todos los rescates en el Mediterráneo central en el primer semestre de 2017, pero en septiembre varias ONG suspendieron sus actividades debido a preocupaciones de seguridad y un aumento de las interceptaciones, a veces imprudentes y acompañadas de abusos, por parte de las fuerzas de la guardia costera libia (Human Rights Watch, 2018).

El informe de Human Rights Watch del 2019 sigue en la misma línea: “los gobiernos europeos, por ejemplo, no han hecho muchos esfuerzos por evaluar las políticas que no han integrado adecuadamente a comunidades de inmigrantes de larga duración. Ese fracaso, a su vez, facilita

la demonización de los recién llegados. En su lugar, los líderes europeos trataron de cerrar sus fronteras incluso a los solicitantes de asilo, que tienen derecho a la oportunidad de defender las razones por las que creen merecer protección” (Human Rights Watch, 2019).

Antonio Izquierdo (2008) apuntó que el crecimiento económico de los países del primer mundo “ha levantado un modelo migratorio que tiende hacia la exclusión”, pues ampara el empleo precario, la escasa movilidad ocupacional y la permanencia en la irregularidad administrativa. “Los contingentes de mano de obra temporal, las continuas regularizaciones y la reciente normativa sobre retorno voluntario ponen de manifiesto que las políticas migratorias se han fundado en las necesidades coyunturales del mercado laboral” (Izquierdo, 2008).

No sabemos a ciencia cierta cuántos emigrantes se encuentran en situación de riesgo de exclusión social, pero diversos estudios coinciden en señalar que este colectivo sufre condiciones precarias y que su vulnerabilidad está en aumento debido a la crisis económica que ha asolado los países de la Unión Europea del 2008 al 2014 y a la crisis provocada por la pandemia mundial del COVID19 este 2020, que ha impactado directamente en la población migrante.

Esta situación de precariedad ha desencadenado discursos excluyentes hacia los inmigrantes. Se dice de ellos que son una amenaza para la cohesión social y que no quieren integrarse, colocando a esta población en una situación estigmatizada y marginada.

“Las deportaciones de inmigrantes que llegaron en busca de oportunidades económicas, que en su mayoría no tienen derecho a entrar ni permanecer en el país, a menudo se llevaron a cabo de manera inhumana e insegura. Hungría, Bulgaria, Croacia, Polonia, España y Grecia obligaron a muchas personas a regresar a países no pertenecientes a la UE, en algunos casos de forma violenta. Italia dirigió las iniciativas para lograr que la Guardia Costera de Libia devolviera a los migrantes a espantosas condiciones de detención en Libia y bloqueó los esfuerzos de rescate humanitario en el mar Mediterráneo, aparentemente con la despiadada esperanza de que un aumento en el número de muertes en el mar disuadiría a los migrantes. La UE también

reclutó a gobiernos problemáticos como Sudán y Malí para reducir el número de migrantes y solicitantes de asilo que llegan a Europa” (Human Rights Watch, 2019).

Esta situación en la Unión Europea genera unas dificultades sin precedentes a la población migrante, sobre todo a aquellos que se encuentran en una situación de ilegalidad.

## Tipos de migración

Podríamos describir los tipos de migración dependiendo de la procedencia (y por lo tanto hablaríamos de emigración o de inmigración) o podríamos describir el proceso migratorio dependiendo de los niveles de protección psicosocial (y entonces hablaríamos de migración protegida o desprotegida).

En efecto, desde el punto de vista del país de origen, emigrante es el que abandona su casa, su tierra y marcha hacia otro país. En cambio, desde el punto de vista del país de acogida, el inmigrante es el extranjero que llega a su país. Toda emigración exitosa se convierte en inmigración.

Por otro lado, podríamos hablar de migración protegida cuando existe una red de acogida, con suficientes recursos, que se hace cargo del emigrante y lo protege. Un ejemplo de migración protegida sería la expatriación, un directivo de una empresa multinacional, un profesor universitario que realiza un intercambio o un futbolista de fama internacional, son inmigrantes en nuestro país, pero su proceso es muy distinto que el del migrante que cruza el estrecho de Gibraltar jugándose la vida. La migración protegida ayuda al emigrante a soportar mejor la pérdida. Podríamos hablar entonces de *factores protectores de la migración*, que facilitarán el proceso de adaptación al país de acogida. En cambio, en la migración desprotegida, el emigrante añade el miedo, la ilegalidad y el sentimiento de persecución (o el de ser realmente perseguido) al ya complejo sentimiento de pérdida. Hablaríamos entonces de *factores estresores* que dificultan la elaboración del proceso de duelo y lo convierten en una situación extrema (Pérez Testor, 2011).

Otro tipo de migración es la que vive el refugiado. Sería la familia en la cual uno o varios miembros del grupo familiar son perseguidos

por motivos ideológicos o políticos. Françoise Payen utiliza la palabra “exilio” y “exiliado” y la aplica al “exilio político y a las violencias que pueden ser étnica, institucional, policial, ética, etc.” (Payen, 2003). El refugiado o exiliado huye para salvar su vida, se siente (o es) expulsado de su patria y llega a una nueva sociedad de acogida buscando refugio.

Siguiendo a Tizón y colaboradores (Tizón, 1993), podríamos describir diversas etapas por las que pasa la familia que migra en la sociedad de acogida. La primera etapa sería la *acomodación*. La familia llega al nuevo país y pasa por una primera etapa de reorganización para poder asimilar dónde está y qué puede hacer. A veces primero viene el padre y después el resto de la familia, o primero llega la madre y después se intenta la reunificación familiar, o primero viene la pareja junta, etc. Lo fundamental para la familia en ese período es contener las ansiedades que produce enfrentarse a una nueva situación, una nueva tierra, un nuevo idioma. Por ese motivo la familia busca la “red de iguales”, otros emigrantes que han salido de su mismo país con los que compartir miedos y esperanzas (Pérez Testor, 2011).

En una segunda fase, si la familia va desarrollando sus capacidades, puede entrar en una nueva etapa, la de la *adaptación*. La familia puede adaptarse a la nueva realidad, puede encontrar trabajo, puede hacer amigos en la población autóctona y poco a poco puede sentirse aceptado, aunque sus orígenes siguen estando muy marcados.

La tercera etapa sería la de la *integración*. La familia se convierte en uno más, porque quiere quedarse en esta tierra donde vive y trabaja, con los mismos derechos y deberes que la población autóctona, llegándose a sentir uno más de ese país que les ha acogido y ahora es el suyo. Si el objetivo de la familia es volver a su tierra de origen no podrá integrarse, porque se saben de paso, se saben provisionales. Para integrarse es necesario hacer la opción de *enraizarse*, de hundir las raíces en la tierra de acogida. Aunque es importante tener presente que es difícil para la familia integrarse si no es a partir de la segunda o tercera generación, y esto será posible si la primera generación puede hacer un buen trabajo de acomodación y adaptación, si

puede elaborar las pérdidas de la migración y puede hacer un adecuado proceso de duelo.

### La migración como proceso de duelo

La migración es un proceso en el cual aparecen profundas pérdidas. La reacción ante la pérdida se denomina *proceso de duelo*, que empieza antes de partir, con la ambivalencia, y termina con la reintroyección del objeto, cuando aparece la integración de la familia en la sociedad de acogida (Pérez Testor, 1989; Tizón, 1993, 2004; Achotegui, 2005).

Dependiendo de cómo se realiza la migración podrá elaborarse el duelo o fracasará la elaboración, apareciendo entonces situaciones de riesgo por las que la familia puede enfermar. Desde nuestra perspectiva, toda migración supone una pérdida a nivel psicológico y psicosocial, aunque el objetivo sea conseguir cualquier tipo de ganancia. En toda migración se pierden aquellas cosas conocidas, queridas y valoradas que contenían la persona, y cosas odiadas que reaseguran, en la medida en que se constituyen en receptáculos de la proyección de la ansiedad persecutoria. Por eso hemos de hablar de situaciones de pérdida psicológicas y sociales, y, por tanto, de procesos de duelo.

La elaboración normal del duelo lleva hacia la reconstrucción del mundo interno, enriquecido por la nueva experiencia y por una confianza básica fortalecida. Entonces uno puede recomponer los lazos con el mundo externo, deteriorados parcialmente por la pérdida.

Para J. Achotegui el duelo migratorio presenta doce características determinadas:

1. El duelo migratorio es un duelo parcial. El objeto (la tierra de origen) no desaparece definitivamente ya que en la fantasía del emigrante se mantiene la posibilidad de volver.

2. Es un duelo recurrente. La facilidad de comunicarse mediante las nuevas tecnologías con el país de origen provoca una repetición del proceso de elaboración. El emigrante no puede desvincularse.

3. Es un duelo vinculado a aspectos infantiles. Los vínculos que se estructuran en la primera infancia vinculados a la tierra, la lengua, el paisaje, la cultura, no permiten una fácil adaptación en la edad adulta.



4. El duelo migratorio es un duelo múltiple. El hecho de que sea un duelo parcial no significa que sea más benigno que otros duelos. Seguramente es el duelo donde se pierden más cosas. Achotegui (2009) menciona, al menos, siete pérdidas: la familia y los amigos; la lengua; la cultura (costumbres, religión, valores); la tierra (paisaje, colores, olores, luminosidad); el estatus social (tener permisos [visado], trabajo, vivienda); el contacto con el grupo étnico (prejuicios, racismo, xenofobia); los riesgos (viaje peligroso, riesgo de expulsión, indefensión).

5. El duelo migratorio afecta a la identidad: las pérdidas antes mencionadas pueden alterar la situación del emigrante produciendo dificultades de integración con riesgo de despersonalización. No es miembro del país de acogida, pero tampoco es ya miembro del país de origen.

6. El duelo migratorio conlleva una regresión psicológica. La inseguridad y la pérdida de identidad pueden llevar al emigrante a conductas de dependencia, a actitudes de frustración y dolor, a sobrevalorar a los demás, adoptando actitudes regresivas.

7. La elaboración del duelo tiene lugar en una serie de etapas. Siguiendo a J. Bowlby (1968, 1969), diríamos: *negación* (no se puede aceptar la realidad del cambio); *resistencia* (hay protesta y queja ante el esfuerzo que supone la adaptación); *aceptación* (la persona se instala en el país de acogida) y *restitución* (es la reconciliación afectiva con lo que se ha dejado atrás y con la nueva situación).

8. La elaboración del duelo migratorio utiliza defensas psicológicas.

9. La ambivalencia hacia el país de origen y el país de acogida.

10. El duelo migratorio afecta también a los autóctonos y a los que se quedan en su país. No solo cambia la vida del emigrante, sino que también cambia la vida de la población que los acoge y la de los familiares que se han quedado.

11. El regreso del inmigrante es una nueva migración. El emigrante ha cambiado pero el país de origen también. Volver significa otro proceso, a veces más patogénico que la migración de ida. No vuelve la misma persona, ni es el mismo sitio.

12. El duelo migratorio es transgeneracional. El proceso no se agota en la persona del emigrante, sino que continúa con sus hijos. Una mala

elaboración afectará a la segunda y quizás también a la tercera generación. Existen comunidades que emigraron hace centenares de años y todavía ahora no han podido integrarse plenamente en la sociedad de acogida.

## De los síntomas a la patología

Si fracasa la elaboración del duelo migratorio los resultados pueden ser muy aparatosos y enfermizos (Tizón, 1982, 2004; Achotegui, 2005). Veamos algunos ejemplos.

### Utilización de defensas maníacas (Calvo, 1972; Tizón, 1993).

Los sentimientos de control, triunfo y desprecio del objeto fundamentan una reacción hipérbica de la persona que migra, negando la realidad de sus pérdidas y de la afectación que estas pérdidas le producen. El migrante puede empezar así una auténtica huida hacia delante: todo lo que queda atrás se ha de olvidar y rechazar. Entonces se establece una lucha desesperada para la integración rápida y forzada que se convierte, de esta manera, en una pseudo-integración.

Se convierte en una negación de los procesos psicológicos subyacentes a toda migración por la cual el migrante no podrá reconocer sus sentimientos de tristeza, melancolía, añoranza, envidia y celos, provocando una tensión interna difícil de controlar. Entonces será suficiente, por ejemplo, una realidad externa socio-económica difícil, para que la reacción maníaca deje paso a una situación depresiva grave, difícil de solucionar a causa de la larga evolución anterior de los procesos no adaptativos.

### Defensas obsesivas intentando una reparación obsesiva, repetitiva e insuficiente (Calvo, 1972; Tizón, 1993).

La pérdida es vivida y reconocida, pero con el íntimo sentimiento que está profundamente ligada al daño que nosotros hemos hecho al objeto, por razón de nuestro odio y sadismo. El migrante está ambivalente debido al temor de que su marcha no haya estado suficientemente pensada o que haya estado motivada por el desprecio del objeto, o porque quiso poco a su tierra, no la trabajó suficiente, etc.

**Reacciones de duelo basadas en la negación y la escisión pueden provocar regresiones a la posición esquizoparanoide, dando lugar a trastornos psicóticos delirantes.**

Reacciones de duelo basadas en proyecciones pueden dar lugar a reacciones persecutorias: delirios paranoides (trastornos delirantes agudos, delirios crónicos paranoides, etc.) o a trastornos psicósomáticos o hipocondríacos (Tizón 1982, 1993; Coderch, 1982). Son las clásicas reacciones frente al duelo mal elaborado y dominado por las ansiedades persecutorias (Klein, 1934, 1937, 1940, 1948; Calvo, 1972; Tizón, 1982, 1993).

Muchos estudios se han centrado en la salud de la población emigrante (Achotegui y cols., 2012; Davins y cols., 2010). Una investigación a destacar es el proyecto PROMISE (PROmoting in recent Migrating population best managing of Somatitations and Evaluation) de Pere Torán y colaboradores (2013). Uno de los estudios dentro del Proyecto PROMISE fue el de Ana Ibars y cols. (2012). En este estudio, se evaluó a dos poblaciones: una de emigrantes del Magreb y otra población subsahariana que acudían a las consultas del médico de familia en poblaciones de Catalunya. Las dos muestras presentaron una salud mental peor que la población autóctona. Cabe mencionar que las puntuaciones de las mujeres magrebíes superaban las de los pacientes autóctonos más graves, tanto de somatizaciones como de sintomatología psicopatológica en general. Los hombres magrebíes también obtuvieron puntuaciones bastante altas en psicopatología general, superiores a las obtenidas por los pacientes autóctonos y muy altas en somatizaciones. Las mujeres subsaharianas obtienen puntuaciones en la escala de somatización muy próximas a las de los pacientes autóctonos más graves; los hombres subsaharianos son los más sanos en estos aspectos de los dos grupos, pero, sin embargo, también obtienen puntuaciones más altas que la población normal. La población estudiada tiene, por tanto, niveles altos de malestar psicológico, más los magrebíes que los subsaharianos (Ibars, 2012).

Cuando la muestra evaluada se refiere a refugiados, como por ejemplo el conocido estudio de Ghayda Hassan y colaboradores (2015) realizado con población Siria, se encuentran

resultados peores. El malestar psicológico y social entre los refugiados de Siria y los desplazados internos en Siria se manifiesta en una amplia gama de problemas emocionales, cognitivos, físicos, de comportamiento y sociales. Los problemas emocionales incluyen: tristeza, pena, miedo, frustración, ansiedad, ira y desesperación. Los problemas cognitivos, tales como pérdida de control, impotencia, preocupación, reflexiones, aburrimiento y desesperanza, se reportan ampliamente, al igual que los síntomas físicos como fatiga, problemas para dormir, pérdida de apetito y problemas físicos sin explicación médica. Los problemas sociales y de comportamiento, tales como el retiro, la agresión y las dificultades interpersonales también son comunes. Los autores del estudio especifican que la mayoría de estos fenómenos entre los refugiados sirios y para la mayoría de las personas es el resultado de la violencia, el desplazamiento y las difíciles circunstancias en que viven actualmente y no necesariamente indican trastornos mentales. Las circunstancias difíciles de la vida a menudo conducen a la desmoralización y la desesperanza, y pueden estar relacionadas con preocupaciones existenciales profundas y persistentes de seguridad, confianza, coherencia de identidad, rol social y sociedad. Los síntomas relacionados con experiencias pasadas también han sido ampliamente documentados, tales como pesadillas, recuerdos intrusivos, *flashbacks*, comportamiento de evitación e hiperactivación.

Todos estos fenómenos pueden ocurrir en personas que se sienten angustiadas, pero que no tienen un trastorno mental. Sin embargo, cuando la angustia tiene un impacto significativo en el funcionamiento diario, o incluye constelaciones específicas de síntomas característicos, la persona puede terminar sufriendo un trastorno mental. Es probable que las tasas de trastornos mentales entre los sirios hayan aumentado significativamente, pero no hay estimaciones confiables de prevalencia (Hassan, 2015).

Lo que en principio podemos considerar un *síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple* puede acabar convirtiéndose en un verdadero trastorno mental.

Esto no ocurre en una migración protegida, dado que el final del proceso elaborativo del

duelo puede suponer un enriquecimiento psicológico. Sigue siendo una movilidad social que puede ser considerada como un factor de riesgo, porque pone a prueba todas las capacidades elaborativas de los individuos: si estas están atenuadas, la descompensación es probable. Pero si estas capacidades son amplias y la migración está bien protegida a nivel psicosocial, el resultado puede ser un buen desarrollo individual y social.

### Caso clínico

Ricardo es un profesional que emigró de un país de América del Sur buscando una mejora para su familia. Se casó en su país de origen a los 24 años tras terminar la carrera universitaria y tuvo una hija, Bárbara. Se divorció a los cinco años y volvió a vivir en pareja, sin casarse, con una compañera de trabajo, Rosario, con la que tuvo su segunda hija, Lorena. La familia de origen de Ricardo no aceptó ni a la pareja ni a la segunda hija (entre otras cosas por su color de piel), por lo que decidió emigrar a España. Fue a vivir a casa de unos amigos que le alquilaron una habitación. Tras unos meses y a pesar de que no le reconocían sus estudios en España, encontró un trabajo precario en Barcelona que complementó con un segundo trabajo y esto le permitió poder alquilar un piso.

Rosario vino a vivir con él mientras ella encontraba un trabajo, dejando a su hija al cuidado de una amiga contratada para esa función, cuyo hijo Miguel era de la misma edad que Lorena.

Al cabo de un año, Lorena viajó a Barcelona acompañada por Miguel, que se integró también en el grupo familiar. A los pocos meses apareció Bárbara, la primera hija de Ricardo, que vino a estudiar a una universidad de Barcelona, integrándose también a la familia.

Pronto empezaron los conflictos entre Bárbara, quien se consideraba “hija legítima” y que empezaba la universidad, y Lorena, a quien Bárbara consideraba hija de “una mujer que robó a su padre, destruyendo una familia” y que estudiaba la Educación Obligatoria. La convivencia en casa se hizo muy difícil, con reacciones explosivas de Lorena ante las puyas de Bárbara, mientras Miguel hacía el papel de intermediario. Roberto tendía a dar la razón a

Bárbara mientras que Rosario se posicionaba protegiendo a Lorena. Pronto Lorena presentó dificultades con los estudios y con los compañeros del instituto que le hacían *bullying*, llamándola “negra sudaca” y otros apelativos despectivos, reaccionando ella violentamente, siendo diagnosticada de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y tratada farmacológicamente.

Rosario tuvo una recaída de una grave enfermedad que había sufrido en su país de origen y tuvo que dejar de trabajar, situación que agravó la economía del grupo familiar. Ricardo tenía sus dos sueldos y Rosario contaba con un alquiler de una casa en su país de origen, más una mensualidad que la madre de Miguel enviaba por su hijo. Pero no era suficiente para llegar a final de mes.

La pareja consultó en una unidad de atención familiar donde empezaron un tratamiento de pareja. A pesar de que durante la exploración no aparecieron conflictos en la sexualidad, en las primeras sesiones de tratamiento, Rosario pudo expresar el dolor insoportable que le producían las relaciones sexuales debido a su patología, de la que había recaído, cosa que Ricardo desconocía. Rosario no se había atrevido a explicarlo o Ricardo no “había podido” enterarse. Durante el tratamiento apareció el resentimiento de Rosario por el hecho de que Ricardo no se había divorciado, por lo que él seguía casado con la madre de Bárbara. Eso la relegaba a ella al papel de “amante u objeto sexual”, que había abandonado su casa y su país por seguirlo a él en su aventura migratoria. Por su parte, Ricardo defendía que él había venido a España para ayudar a la familia a estructurarse, lejos de las familias de origen, dejando un trabajo bien remunerado para trabajar en algo muy alejado de su especialidad.

Durante el tratamiento se pudo trabajar con la pareja sus dificultades de comunicación, qué significaba para cada uno de ellos el proyecto migratorio, qué pérdidas habían sufrido y qué consideraban que habían ganado. Se trabajó su incapacidad de ponerse de acuerdo en cómo ejercer la parentalidad, la necesidad de poder diferenciar el papel que Bárbara, Lorena y Miguel jugaban en el grupo y su papel como padres.

Ricardo, que representaba el papel del fuerte de la familia, pudo mostrar su dolor y su dificultad durante los primeros meses de acomodación, temores y miedos que no se disiparon hasta que pudo acomodarse a su nueva situación. Pudieron entender que, para sus hijas y para Miguel, el trasplante psicosocial que representaba su proceso migratorio también significaba una pérdida y que era necesario el proceso de duelo para hacer frente a ese dolor.

Pudieron reorganizar su papel en la familia, acoger de forma más adecuada a Miguel, que quedaba relegado dentro del grupo, y tanto Bárbara como Lorena pudieron relacionarse de una manera menos agresiva. También ayudó el hecho de que Lorena pudo beneficiarse de una psicoterapia individual.

## Conclusiones

La migración es un proceso por el cual uno o más miembros de una familia abandonan su país de origen buscando mejoras económicas o mejoras políticas.

La migración será protegida cuando la familia que llega al país de acogida tiene los recursos suficientes para poder llegar a integrarse y será desprotegida cuando la falta de recursos y de reconocimiento social le dificulta poder realizar este proceso.

La familia que emigra pasa por tres etapas para poder llegar a sentirse como uno más de la tierra de acogida: la acomodación, la adaptación y la integración.

Para nosotros, la migración es un proceso en el cual aparecen profundas pérdidas. La reacción ante la pérdida la denominamos *proceso de duelo*, que empieza con la ambivalencia y termina con la reintroyección del objeto perdido, cuando aparece la integración de la familia en la sociedad de acogida.

Dependiendo de cómo se realiza la migración podrá elaborarse el duelo o fracasará la elaboración, apareciendo entonces situaciones de riesgo por los que la familia puede enfermar.

Si se elabora con éxito el proceso de duelo la familia podrá integrarse plenamente a la sociedad de acogida y el resultado puede ser un buen desarrollo individual y social.

## Bibliografía

- Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*. Barcelona: Editorial Mayo.
- Achotegui, J. (2005). Emigrar en situación extrema. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Vertex*, 16(60), 105-113.
- Achotegui, J. (2009). *Emigrar en el siglo XXI: estrés y duelo migratorio en el mundo de hoy. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple-Síndrome de Ulises*. Girona: Editorial el mundo de la mente.
- Achotegui, J., Llopis, A., Morales, M. M. y Espeso, D. (2012). Cefaleas en inmigrantes. Estudio de 1043 casos. Análisis comparativo entre cefaleas en inmigrantes con Síndrome de Ulises y otros diagnósticos. *Norte de Salud Mental*, 44, 34-42.
- Bowlby, J. (1968). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós, 1979.
- Bowlby, J. (1969). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós, 1971.
- Calvo, F. (1972). *Emigración y elaboración del duelo* (Tesis Doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona.
- Coderch, J. (1982). *Psiquiatría dinámica*. Barcelona: Herder.
- Davins Pujols, M., Morán, M., Salamero Baró, M., Aramburu Alegret, I. y Pérez-Testor, C. (2010). Violence dans le couple et migration. *Revue du REDIF*, 3, 37-43.
- Hassan, G., Kirmayer, L. J., Mekki-Berrada, A., Quosh, C., el Chammay, R., Deville-Stoetzel, J. B., Youssef, A., Jefee-Bahloul, H., Barkeel-Oteo, A., Coutts, A., Song, S. y Ventevogel, P. (2015). *Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict*. Geneva: UNHCR.
- Homero (2000). *La Odisea*. Madrid: Espasa Calpe.
- Human Rights Watch (2018). *Informe Mundial 2018* [en línea]. Recuperado de: <https://www.hrw.org/es/world-report/2018/country-chapters/313653>
- Ibars, A., Feixas, G., Segura, J., Muñoz, L., Torán, P., Arnau, J. y Corbella, S. (2012). Malestar

- psicològic i somatització en els pacients immigrants africans, a les consultes d'atenció primària. *ALOMA Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 30(2), 53-62.
- IDESCAT (2017). *Institut d'Estadística de Catalunya* [en línia]. Recuperado de: <https://www.idescat.cat>
- Izquierdo, A. (2008). El modelo de inmigración y los riesgos de exclusión. En Fundación Foessa, *VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2008*. Madrid: Fundación Foessa.
- Klein, M. (1934). Una contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. En M. Klein, *Contribuciones al Psicoanálisis: Obras Completas, Tomo II*. Buenos Aires: Paidós, 1975.
- Klein, M. y Riviere, J. (1937). Amor, odio y reparación. En M. Klein, *Obras Completas, Tomo VI*. Buenos Aires: Paidós, 1975.
- Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. En M. Klein, *Contribuciones al Psicoanálisis: Obras Completas, Tomo II*. Buenos Aires: Paidós, 1975.
- Klein, M. (1948). Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa. En M. Klein, *Desarrollos en Psicoanálisis: Obras Completas, Tomo III*. Buenos Aires: Paidós, 1975.
- Payen, F. (2003). Pareja y exilio. En D. Borobio, *Familia e interculturalidad*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- Pérez Testor, C. (1989). *Conductas adictivas al inicio del servicio militar: una aproximación empírica desde la perspectiva de la incorporación a filas como acontecimiento vital y trasplante psicosocial* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona.
- Pérez Testor, C. (2011). Le processus de deuil dans la famille migrante. En P. Boucaud y G. Eid (coord.), *Familles et Diversités Culturelle*. Paris: Editions L'Harmattan.
- Tizón, J. (1982). *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona: Hora.
- Tizón, J., Salamero, M., Sanjosé, J., Pellejero, N., Achotegui, J. y Sainz, F. (1993). *Migraciones y salud mental*. Barcelona: PPU.
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo*. Barcelona: Paidós.
- Torán-Monserrat, P., Cebrià-Andreu, J., Arnau-Figueras, J., Segura-Bernal, J., Ibars-Verdaguer, A., Massons-Cirera, J., Barreiro-Montaña, M. C., Santamaria-Bayes, S., Limón-Ramírez, E., Montero-Alia, J. J., Pérez-Testor, C., Pera-Blanco, G., Muñoz-Ortiz, L., Palma-Sevillano, C., Segarra-Gutiérrez, G. y Corbella-Santomà, S. (2013). Level of distress, somatisation and beliefs on health-disease in newly arrived immigrant patients attended in primary care centres in Catalonia and definition of professional competences for their most effective management: PROMISE Project. *BMC Family Practice*, 14 (54). Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/54>



# Adaptación y validación preliminar argentina del cuestionario de evaluación del apego (CaMir)

A. LABIN<sup>1A</sup>, A. TABORDA<sup>1A</sup>, G. CRYAN<sup>1B</sup>, M. P. MORETTI<sup>2C</sup>, A. VIDELA PIETRASANTA<sup>2D</sup>,  
M. L. MARTÍNEZ<sup>2A</sup>, V. MORÁN<sup>1E</sup>, M. N. PIORNO<sup>2A</sup> Y B. PIERREHUMBERT<sup>3F</sup>

## RESUMEN

*Adaptación y validación preliminar argentina del cuestionario de evaluación del apego (CaMir).* El propósito de este estudio fue adaptar lingüísticamente y evaluar validez y fiabilidad del instrumento de evaluación de modelos individuales de relación del estilo de apego, *CaMir* (*Cartes: Modèles Individuels de Relation*), en una muestra argentina de adolescentes y adultos. Se trabajó con una muestra de 549 sujetos de ambos sexos de entre 14 y 80 años. El análisis factorial exploratorio develó una estructura de cuatro factores y el análisis factorial confirmatorio corroboró la misma, así como los índices de fiabilidad de los factores. Se confirma que es un instrumento válido y confiable para evaluar los modelos individuales de relación en adolescentes y adultos argentinos. Finalmente, se señalan limitaciones y contribuciones. **Palabras claves:** *CaMir, modelos individuales de relación, estilos de apego, psicometría.*

## ABSTRACT

*Preliminary Argentinean adaptation and validation of the bonding assessment questionnaire (CaMir).* The purpose of this study was to linguistically adapt and evaluate the validity and reliability of the individual models of attachment style relationship assessment instrument, *CaMir* (*Cartes: Modèles Individuels de Relation*), in an Argentinean sample of adolescents and adults. A sample of 549 subjects of both sexes aged between 14 and 80 years was used. The exploratory factor analysis revealed a four-factor structure and the confirmatory factor analysis corroborated it, as well as the reliability indices of the factors. It is confirmed that it is a valid and reliable instrument to assess individual relationship patterns in Argentinean adolescents and adults. Finally, limitations and contributions are pointed out. **Key words:** *CaMir, individual relationship models, bonding styles, psychometrics.*

## RESUM

*Adaptació i validació preliminar argentina del qüestionari d'avaluació de l'aferrament (CaMir).* El propòsit d'aquest estudi va ser adaptar lingüísticament i avaluar la validesa i la fiabilitat de l'instrument d'avaluació de models individuals de relació de l'estil d'aferrament, *CaMir* (*Cartes: Modèles Individuels de Relation*), en una mostra argentina d'adolescents i adults. Es va treballar amb una mostra de 549 subjectes d'ambdós sexes d'entre 14 i 80 anys. L'anàlisi factorial exploratòria va desvetllar una estructura de quatre factors i l'anàlisi factorial confirmatori la va corroborar, així com els índexs de fiabilitat dels factors. Es confirma que és un instrument vàlid i fiable per avaluar els models individuals de relació en adolescents i adults argentins. Finalment, s'assenyalen limitacions i contribucions. **Paraules clau:** *CaMir, models individuals de relació, estils d'aferrament, psicometria.*

## Introducción

Los estilos de apego se constituyen por la

síntesis de repetidos recuerdos procedimentales de la relación interactiva del niño y los cuidadores significativos. La reiteración de las

<sup>1</sup>Doctora en Psicología <sup>2</sup>Licenciada en Psicología <sup>3</sup>Doctor en Psicología del Desarrollo. <sup>4</sup>Universidad Nacional de San Luis (UNSL), Facultad de Psicología, San Luis (Argentina). <sup>5</sup>Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Buenos Aires (Argentina). <sup>6</sup>Universidad Católica Argentina (UCA), Facultad de Humanidades y Ciencias Económicas, Mendoza (Argentina). <sup>7</sup>Universidad del Aconcagua (UDA), Facultad de Psicología, Mendoza, (Argentina). <sup>8</sup>Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Universidad Nacional de Córdoba (UNC) <sup>9</sup>University of Geneva, Institute of Psychology and Educational Sciences, Suiza. Contacto: [morettimariapaula@gmail.com](mailto:morettimariapaula@gmail.com)

Recibido: 21/5/21 - Aceptado: 27/9/21

interacciones que paulatinamente se internalizan arman el mundo interno con las respectivas expectativas, tanto de la disponibilidad de los otros como la percepción de uno mismo, como merecedores de los cuidados (Ainsworth y Bell, 1970).

Desde este enfoque, los modelos mentales y el mundo interno provienen primordialmente de las múltiples y complejas combinaciones de las experiencias interpersonales vividas y, una vez que han sido contruidos, se anteponen, filtran, organizan y les otorgan un sentido a las nuevas experiencias. Así, las relaciones significativas que se entablan, después de la primera infancia, tienden a ser consistentes con las experiencias pasadas. En otras palabras, lo interpersonal configura lo interno y, luego, en circularidad con sus operaciones de nivel inconsciente, configura lo interpersonal.

El término *Internal Working Models* ha sido traducido al español como *Modelos Representativos Internos* o *Modelos Operativos Internos*. Autores contemporáneos, tales como Bleichmar (1997) y Fonagy (1991, 1999), respectivamente nominan este concepto como *Modelos Internos de Trabajo* (MIT). Particularmente, Pierrehumbert, Karmaniola, Sieye, Meisler, Miljkovitch y Halfon (1996) proponen el concepto *Modelos individuales de relación* (MIR). Recientemente, Salinas-Quiroz (2017) presentó la traducción *Modelos Internos Dinámicos* (MID), en la que el acento recae en la cualidad dinámica de las reorganizaciones e integración de experiencias a lo largo de la vida, subyacentes en las representaciones internas.

Más allá de las diferencias en la traducción, los autores mencionados comparten que la concepción central refiere a un esquema o mapa que se internaliza en edades tempranas y representa internamente una realidad poblada de personas y objetos significativos. Bowlby (1995) enfatiza que el desarrollo de la conducta de apego se ve mediatizada por la existencia de una mente. Si bien en los comienzos de la vida estas conductas surgen como dotación natural del bebé humano cuando viene al mundo, a partir de aproximadamente los siete meses de edad, las figuras de apego son claramente identificadas y su relación con ellas son representadas mentalmente en su mundo interno. De este modo, se entiende

a los modelos internos como aquellas representaciones mentales (pensamientos, sentimientos y significados) que el niño construye durante su primera infancia sobre la base de las experiencias de interacción con sus cuidadores, acerca de cómo estos responden a su demanda. Estos modelos operativos internos tienen implicancia en una gran variedad de ámbitos en el transcurrir de la vida, tales como la competencia social, curiosidad, autonomía, exploración, autoestima, cooperación, confianza, predisposición emocional y relacional. En esta línea y en concordancia con la técnica que desarrollaremos, se opta por emplear el concepto *Modelos Individuales De Relación* (MIR).

De este modo, los modelos individuales de relación en su conformación conjugan la presencia de la figura de apego con disponibilidad o sensibilidad para responder adecuadamente a las necesidades de proximidad, el modo en que se emplazaron las ausencias-reencuentros y las respuestas emocionales que los adultos significativos proveen cuando tratan de adaptarse a la separación y/o protesta por ella.

La acepción de *modelo* refiere a los mapas cognitivo-afectivos, representaciones, esquemas o guiones que un individuo tiene de sí mismo, de sus figuras de apego y de su entorno. El modelo permite saber quiénes son los cuidadores significativos, dónde se pueden encontrar y cómo se puede esperar que respondan; es decir, cuán disponibles se encontrarán al momento de ser necesitados (ante el dolor, temor, estrés o desamparo). La acepción *individual* refiere a las representaciones conscientes e inconscientes acerca del mundo y del individuo en él, contruidas a lo largo de la experiencia (personas, lugares, ideas, pautas culturales, estructuras sociales). Por último, la acepción *relacional* refiere al dinamismo y la posibilidad de desarrollo mental de sus modelos relacionales, ya que en el transcurso de la vida existe la posibilidad -afortunadamente- de tener experiencias muy diferentes con los cuidadores significativos. Por ejemplo, una persona que ha vivido una relación de apego inseguro con uno o ambos padres en el curso de su vida puede desarrollar un modelo interno valorando las experiencias de apego saludable y proporcionar a sus propios hijos una base segura (Pierrehumbert et al., 1996).

Por lo tanto, los modelos individuales de relación de apego son representaciones mentales cognitivo-afectivas que articulan pensamientos, sentimientos, planes y objetivos en permanente circularidad con experiencias interpersonales; construcciones de las imágenes del otro y de sí mismo. De este modo, se constituyen en filtros de experiencias interpersonales que regulan el comportamiento interpersonal, propulsores internos de búsqueda de proximidad con figuras de apego y reguladores del comportamiento emocional.

En el marco de su teoría sobre el apego, Bowlby (1995), puntualiza sus aportes en tres categorías centrales: a) tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con personas significativas determinadas como un componente básico de la naturaleza humana que está presente, en forma embrionaria, en el neonato y se mantiene a lo largo de la vida; b) durante la infancia, los lazos se establecen con los padres, a los que se recurre en busca de protección, consuelo y apoyo; c) en el transcurrir de la adolescencia sana y la vida adulta, estos lazos persisten con el complemento de nuevos vínculos afectivos.

La disponibilidad del otro o respuesta sensible se define como la capacidad de captar las señales de búsqueda de apego, interpretarlas apropiadamente y responder tanto afectiva como conductualmente de manera adecuada y rápida. El sustancial predominio de respuesta sensible es un predictor de la seguridad del apego y desempeña un papel importante en propiciar sentimientos de integración del *self* y de representaciones de una valoración personal por parte del otro. Las operacionalizaciones de la respuesta sensible sustentan complejos procesos intrapsíquicos que permiten conectarse emocionalmente con el estado mental del otro, atribuirle significados, reflexionar, notar e interpretar las señales de búsqueda de proximidad y consuelo para adecuar su respuesta. En otras palabras, la atribución de significado implica la puesta en juego de procesos afectivo-cognitivos para entender los estados mentales propios y de los otros (Lanza Castelli y Bilbao, 2019; Zilber, 2017).

Por su parte, la falta de respuesta sensible se define como fracaso de los cuidadores para leer los estados mentales, necesidades o deseos y,

consecuentemente, no proveen el apoyo cuando las necesidades de acogida y amparo se hacen presentes. En las expresiones de falta de sensibilidad puede primar la indiferencia u hostilidad, la sobreprotección o infraprotección, la sobreestimulación o pobre estimulación o, en su defecto, la conjugación y circularidad de los mencionados pares antagónicos, con el concomitante sufrimiento psíquico que proporciona (Lanza Castelli y Bilbao, 2019).

Actualmente, se cuentan con diversas metodologías para la exploración del apego, dividiéndose en dos grupos: las que parten de una *aproximación comportamental* (focalizadas en la observación de conductas) y las que parten de una *aproximación representacional* (basadas en la exploración e indagación de estos modelos internos). En principio, ambas metodologías necesitan introducir el factor estrés (desde lo comportamental o cognitivo) para que se active el sistema de apego. Además, a nivel conceptual, el sistema de apego se encuentra compuesto tanto por conductas como por representaciones mentales, por lo que ambos elementos se interrelacionan íntimamente. Ahora bien, a nivel metodológico, las características y directrices de las metodologías de evaluación y exploración del apego basadas en el enfoque comportamental y representacional difieren en forma significativa (Román, 2011).

Entre las metodologías que parten de una aproximación comportamental, se destacan los aportes de Mary Ainsworth y sus colaboradores, que, en 1964, diseñan el primer procedimiento estandarizado para explorar el apego en la niñez tras el primer año de vida: *procedimiento Situación Extraña* (PSE). Consiste en la exposición del niño a tres componentes estresantes: un medio ambiente extraño desconocido y ajeno para el niño (con juguetes también desconocidos por él), interacción con un extraño y separaciones con su figura de apego. El estudio de estas breves separaciones y reencuentros permitió la descripción de tres patrones de apego: *seguro*, *evitativo* y *ambivalente* (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978), agregando, años más tarde, un cuarto patrón: *desorganizado* o *desorientado* (Main y Salomon, 1990). Años más tarde, se continuaron diseñando instrumentos de evaluación del apego en la primera infan-

cia desde este enfoque comportamental tales como: *The Attachment Q-sort* (AQS) de Waters y Deane (1985) y *Parent Attachment Diary*, de Stovall y Dozier (2000).

Las metodologías que parten de una aproximación representacional surgen a mediados de los ochenta y permiten la evaluación en niños de edad preescolar en adelante, pasando por los adolescentes y llegando a cubrir la etapa adulta. Dicho enfoque se considera imprescindible para la evaluación de las conductas de apego una vez que el niño adquirió las habilidades verbales y las capacidades cognoscitivas necesarias para transmitir sus emociones y reflejar su mundo interno. Conforme avanza el desarrollo del ser humano, el enfoque comportamental deja de ser efectivo, dado que la conducta se vuelve menos explícita ante la activación del sistema de apego; de allí la importancia de recurrir a las representaciones mentales sobre uno mismo, sobre los demás y sobre los vínculos construidos a partir de las relaciones interpersonales. En cuanto a la evaluación del adulto desde este enfoque, el primer instrumento fue construido por Mary Main, en 1984, *Adult Attachment Interview* (AAI), conocida en castellano como *Entrevista de Apego Adulto*. Se trata de una entrevista semiestructurada de aproximadamente una hora de duración, dirigida a evaluar los patrones de apego en adultos mediante la narrativa que realiza el adulto sobre sus relaciones con figuras de apego tempranas (George, Kaplan y Main, 1985). Main y Goldwyn (1982, citados en Main, 2000) describieron tres patrones de apego a partir del estado de la mente: patrón *seguro-autónomo*, patrón *inseguro-rechazante*, patrón *inseguro-preocupado*; a los que más tarde se agregó el patrón *inseguro-desorganizado-desorientado*, para aquellos grupos de sujetos difíciles de clasificar en los tipos anteriores (Main y Salomon, 1990 citado en Main, 2000). Esta modalidad de evaluación del apego en el adulto que inicia Main y sus colaboradores delimita una primera línea de evaluación en el adulto basada en la psicología del desarrollo y centrada en los estados de la mente relacionados a experiencias tempranas con sus principales cuidadores (Bartholomew y Shaver, 1998).

En contraposición a los desarrollos de Main y colaboradores, se incluye una segunda línea

desde el enfoque comportamental basada en la psicología social y la psicología de la personalidad, en la que se utilizan cuestionarios y escalas de autorreporte. Nace de la mano de Hazan y Shaver (1987), que estudiaban la soledad y la depresión en adultos y adolescentes, desde la hipótesis de Weiss, que proponía que la soledad crónica se asociaba al apego inseguro, es decir, a la constitución de un apego romántico (apego con la pareja) de manera insegura. Es así como Hazan y Shaver (1987) construyen el instrumento *Attachment Questionnaire* (AQ). Se trata de un cuestionario de autorreporte basado en los tres tipos de apego propuestos por Ainsworth (apego seguro, evitativo y ambivalente) que el sujeto debe responder en base a su relación de pareja más importante (Bartholomew y Shaver, 1998). Desde esta línea han sido desarrollados múltiples cuestionarios y escalas de autoinforme que evalúan al apego. Gran parte de ellos se aplican a relaciones amorosas y relaciones interpersonales cercanas. Entre los más importantes se incluyen los siguientes: *Adult Attachment Scale* (AAS) de Collins y Read (1990); *Relationship Scales Questionnaire* (RSQ) de Bartholomew y Horowitz (1991); *Peer Attachment Interview* de Bartholomew y Horowitz (1991) y *Experiences in Close Relationships* (ECR) de Brennan, Clark y Shaver (1998).

A pesar de ello, las diferencias entre ambos enfoques (aquel basado en psicología del desarrollo relacionado a experiencias tempranas y el basado en psicología social y de la personalidad relacionado al apego en relaciones amorosas) también se han destacado ciertos puntos de encuentro entre ambos. Ledesma (2018) sostiene que las experiencias emocionales y las conductas asociadas a enamorarse, encontrarse y separarse de una pareja están impulsadas por el sistema de apego, el cual tiene como fin promover seguridad y supervivencia. Bowlby (1969) considera que los sistemas de apego infantiles son similares a los que más tarde se ponen en juego en las relaciones amorosas y existen pocas diferencias entre las relaciones cercanas, sean estas entre padres e hijos o entre pares. En este sentido se explica que patrones de conducta observados durante la infancia y luego adultez en el vínculo romántico tienen la misma raíz, son activados-desactivados por las mismas condiciones

y se expresan con los mismos propósitos (Fraley y Shaver, 2000). Asimismo, se ha planteado que el apego en las relaciones amorosas puede predecir conductas y sentimientos asociados a la parentalidad, mientras que el apego conocido mediante la AAI permite predecir conductas y sentimientos en relaciones de pareja (Shaver, Belsky y Brennan, 2000).

En este artículo se presenta un instrumento de evaluación del apego desarrollado por Pierrehumbert et al., (1996) denominado *CaMir* (*Cartes: Modeles Individuelles de Relation*), que considera tanto la apreciación actual del sujeto acerca de las relaciones vinculares en la infancia como las características del sistema de intercambio interpersonal en su medio familiar actual. Al incluir tres niveles dimensionales que consideran trece escalas y medir los modelos operativos internos a través de las estrategias relacionales de adolescentes y adultos, resulta superior a los instrumentos anteriormente citados.

Hasta el momento, el *CaMir* cuenta con algunas adaptaciones y versiones en distintos países de América (Perú y Chile), Europa (España, Francia, Italia, Alemania e Inglaterra) y Asia (China y Japón).

Tres de estas versiones han sido en lengua castellana (España, Chile y Perú). En España, se ha publicado una versión reducida del *CaMir* (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011; Lacasa y Muela, 2014). Trabajaron con 676 adolescentes con un rango de edad que oscilaba entre los 13 y 19 años. Los resultados arrojaron índices de consistencia interna que oscilaron entre 0,60 y 0,85, siendo una herramienta válida y fiable (a excepción de la dimensión permisividad parental, que no mostró una buena fiabilidad). A su vez, existe una adaptación chilena (Garrido, Santelices, Pierrehumbert y Armijo, 2009; Santelices, Ramirez, Armijo, Pérez y Olhaberry, 2008). Para esta, trabajaron con 578 sujetos, 204 hombres y 374 mujeres, de entre 14 y 80 años. Años más tarde, Nóbrega y Traverso (2013) realizaron una adaptación peruana trabajando con la versión reducida. Para ello, participaron 372 sujetos, 240 mujeres y 132 hombres, de entre 18 y 42 años. En ambos casos, los resultados confirmaron que el *CaMir* es un instrumento confiable y válido en la

evaluación de los modelos internos de relación en adultos.

El objetivo del presente estudio es adecuar lingüísticamente y adaptar el instrumento de evaluación de apego en el adulto *CaMir* (*Cartes Modeles Individuelles de Relation*) elaborado por Pierrehumbert et al. (1996), en una muestra de adolescentes y adultos argentinos ( $n = 549$ ). Su nivel de confiabilidad y validez permitirá contar con un instrumento en la Argentina que permita evaluar las apreciaciones actuales acerca de las relaciones de vínculo en la infancia y las características del sistema de intercambio interpersonal en su medio familiar actual.

## Método

### Participantes

Para la etapa de adaptación lingüística y conceptual, la muestra estuvo conformada por 30 varones y mujeres de entre 14 y 50 años de las provincias de San Luis y Buenos Aires, Argentina. Para la segunda etapa de adaptación del instrumento se trabajó -de manera arbitraria- con 549 sujetos de 14 a 80 años que residen en las provincias de San Luis, Mendoza y Buenos Aires, Argentina. En ambos casos se trabajó con una muestra de carácter no probabilística (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

### Instrumento

Se implementó el cuestionario de evaluación del apego de adultos *CaMir* (*Cartes: Modèles Individuels de Relation*) (Pierrehumbert et al., 1996). El cuestionario permite conocer las representaciones mentales de apego tanto en adolescentes como en adultos a partir de la evaluación de las estrategias relacionales, suponiendo la existencia de modelos individuales de relación sobre uno mismo y del otro en las relaciones interpersonales.

De manera más específica, indaga cuatro niveles dimensionales: 1) las experiencias de apego presentes a partir de preguntas relativas a la familia actual, 2) las relaciones pasadas, con preguntas destinadas a captar los componentes de las experiencias pasadas con los padres de la infancia, 3) el estado de ánimo actual y nivel de elaboración sobre la apreciación de la implicación de los padres sobre las expe-



riencias pasadas reales recordadas y 4) las representaciones generalizadas sobre la parentalidad y las necesidades emocionales de los niños y de los adolescentes y adultos actuales. De este modo, busca conocer tanto la apreciación actual del sujeto acerca de las relaciones vinculares en la infancia como las características del sistema de intercambio interpersonal en su medio familiar actual.

Los ítems exploran estrategias relacionales primarias, a partir de reconocer cómo la persona valora el apoyo social y la seguridad relacional (estilo de apego seguro) y estrategias secundarias donde valora la independencia con distancia emocional (estilo de apego inseguro evitativo) o, por el contrario, valora la implicación interpersonal en desmedro de la autonomía (estilo de apego inseguro preocupado). El cuestionario consta de 72 ítems reagrupados en escalas que implican 13 dimensiones de apego específicas: Interferencia parental, Preocupación familiar, Resentimiento de infantilización, Apoyo parental, Apoyo familiar, Reconocimiento de apoyo parental, Baja disponibilidad parental, Distanciamiento familiar, Rencor contra los padres, Traumatismo infantil, Bloqueo de recuerdos, Dimensión parental y Valoración de la jerarquía.

En base a los datos obtenidos en estas escalas, se calcula un puntaje estandarizado con el cual se puede clasificar las respuestas del adulto o adolescente dentro de un estilo de apego dominante: seguro, inseguro evitativo o inseguro preocupado.

### Procedimiento

En primera instancia, se conformó un equipo de profesionales de las distintas provincias mencionadas (Mendoza, San Luis y Buenos Aires), que se formaron en el instrumento descrito de manera previa a su administración.

En segunda instancia, se llevó a cabo la primera etapa del estudio: la adaptación preliminar lingüística-cultural. En esta primera etapa, se adaptaron los ítems del *CaMir* a la realidad social y cultural argentina desde un punto de vista lingüístico-semántico.

Para ello, se contactó a 30 sujetos de ambos sexos de entre 14 y 50 años residentes en San Luis o Buenos Aires que quisieran participar en el estudio después de brindar su consentimiento

informado. De estos, aleatoriamente, 15 respondieron a la versión española completa y los otros 15 a la versión chilena, siguiendo las recomendaciones del autor de la técnica. Tras dicha administración, los participantes señalaron aquellos ítems que resultaban confusos, tanto en la redacción como en la comprensión.

A su vez, se envió la escala a tres expertos en el área de apego y construcción de instrumentos psicológicos, que analizaron los ítems y sugirieron modificaciones. La validez de contenido mediante el juicio de expertos como parte del proceso permitió reconocer los ítems con mayores dificultades. Para ello, se estableció una escala numérica (1: no expresa, 2: expresa a medias, 3: mejor expresión) a fines de conocer si el ítem era comprensible y claro para cada una de las 72 tarjetas.

Una vez que se computaron los resultados de la escala numérica, se revisaron todas las sugerencias y se procedió a la segunda administración de la prueba para evaluar la pertinencia de la adaptación lingüística realizada. De esta prueba, participaron 15 personas de ambos sexos, con el objeto de evaluar la validez aparente de la nueva versión del instrumento. Aun así, de los 72 ítems, seis continuaban sin ser comprendidos. Por ello, se consultó a expertos en el lenguaje francés y en inglés para que tradujeran las frases al español. Los expertos nuevamente analizaron las frases y se modificaron aquellas que resultaban difíciles de comprender. Por tercera vez, se aplicó el cuestionario logrando una buena comprensión de los 72 ítems.

En tercera instancia, una vez lograda la adaptación lingüística-cultural final, se procedió a la segunda etapa del estudio: la validación del instrumento (la determinación de la fiabilidad y validez del mismo).

Para ello se contactaron a sujetos de entre 14 y 80 años, de ambos sexos, residentes en la provincia de Mendoza, San Luis o Buenos Aires. Después del consentimiento informado se procedió a la administración del instrumento previamente adaptado lingüísticamente. Esta muestra estuvo conformada por un total de 549 sujetos. La administración se realizó de manera completa en dos oportunidades (test-retest) con aproximadamente tres meses de diferencia entre ambas (entre 90 y 110 días).

Es importante señalar que, para asegurar la calidad del proceso de validación, se decidió evaluar de manera individual (en lugar de grupal) a cada uno de los participantes. En cada caso, la administración tuvo una duración promedio de 35 minutos y estuvo a cargo de un licenciado en psicología experto en la administración y evaluación del test.

Tras esta segunda etapa de administración, se procedió al análisis de datos. Se dividió la muestra aleatoriamente en dos partes. Con la primera parte ( $n = 349$ ) se realizó un análisis factorial exploratorio, teniendo en cuenta la ausencia de consenso y de consistencia en los resultados de la estructura interna de la escala en otros países. Mediante el software FACTOR 10.0, se utilizó el método de extracción de mínimos cuadrados no ponderados (ULS) con rotación Promax, dada la naturaleza ordinal de los ítems.

Con la segunda parte ( $n = 200$ ) se realizó una análisis factorial confirmatorio, mediante el software MPlus 7 y se utilizó el método de estimación de mínimos cuadrados ponderados diagonales (DWLS) y los índices de ajuste considerados fueron el estadístico chi-cuadrado, el Índice de Ajuste Comparativo (CFI), el Índice de Tucker-Lewis (TLI), considerando para ambos valores entre .90 y .95 como aceptables a excelentes, el Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA) para el que se esperan valores entre .05 y .08, y la ponderada Media Cuadrática Residual (WRMR) esperando valores menores a 1 (Yu y Muthén, 2002). Para analizar la consistencia interna de las escalas se calculó el índice de fiabilidad compuesta ( $\rho$ ).

Por último, para evaluar la estabilidad de test-retest, se utilizó el Coeficiente de correlación de Pearson entre ambas tomas.

## Resultados

En cuanto a la primera etapa de trabajo, la validez aparente inicial analizada por el equipo de investigación permitió detectar ítems incomprensibles y posibilitó desarrollar la administración del instrumento, en todos los casos de manera individual. De este modo, podían evaluarse las reacciones y acompañar al examinado en el proceso de administración. La validez de contenido develó un alto grado de concordancia

(87-99 %) entre los expertos que analizaron los ítems (Voutilainen y Liukkonen, como se citó en Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner y Oksa, 2003).

En la segunda etapa se trabajó sobre las propiedades psicométricas de la prueba. El análisis factorial exploratorio presentó un índice de adecuación muestral KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) de .87, y el test de esfericidad de Bartlett fue significativo a un nivel  $p < .001$ , lo cual indica una adecuada intercorrelación entre los datos y la factibilidad de realizar el análisis. Utilizando el método de extracción de componentes principales y la regla de Kaiser-Gutman se obtuvo una solución inicial de 18 factores con autovalores superiores a 1, los cuales explicaban en conjunto un 59,22 % de la varianza total de la prueba. De modo similar al procedimiento realizado en las validaciones española, chilena y peruana del *Ca-Mir*, se decidió considerar sólo aquellos factores que explicaban al menos un 2 % de la varianza y que estuvieran compuestos por, al menos, dos ítems significativos en su estructura (Balluerka et al., 2011; Garrido et al., 2009; Nóbrega y Traverso, 2013). Aplicando estos criterios, el número de factores en los que se agrupan las puntuaciones se redujeron a ocho, los cuales explican el 42,77 % de la varianza total. A partir de la inspección de la matriz de componentes se eliminaron los ítems con pesos factoriales bajos (menores a .40), aquellos ítems con cargas compartidas (superiores a .30) con otro factor, y aquellos ítems que no correlacionaban con ningún factor. De esta manera, se retuvieron un total de 43 ítems distribuidos en cuatro factores teóricamente claros que explicaron un 43,1 % de la varianza de respuestas al test (ver Tabla 1 del anexo). Tal como recomiendan Costello y Osbourne (2005), cada factor identificado agrupaba al menos cinco ítems con cargas factoriales cercanas a .50. El primer factor agrupó ítems que refieren a la historización de experiencias pasadas ( $\alpha = .81$ ) y explica un 25,76 % de la varianza; el segundo factor agrupa ítems que corresponden al apoyo familiar ( $\alpha = .71$ ) y explica un 8,8% de la varianza; el tercer factor corresponde a la preocupación familiar ( $\alpha = .76$ ), explicando un 4,42% de la varianza, y el cuarto factor corresponde al reconocimiento de personas significativas sobre la asimetría adulto/niño

( $\alpha = .69$ ), explicando un 4,12 % de la varianza.

El análisis factorial confirmatorio dio como resultado para el modelo especificado según la estructura obtenida en el AFE, un coeficiente  $X^2$  significativo (1181,86;  $p \leq .001$ ). Los resultados mostraron índices de ajuste satisfactorios que demuestran el ajuste del modelo de cuatro factores a los datos (CFI = .94, TLI = .94, RMSEA = .04 [IC 90 % = 0,037 - ,049] y WRMR = 1,07). Los coeficientes de regresión fueron significativos de .47 a .82 ( $p \leq .01$ ). Por último, se calculó la fiabilidad compuesta de las escalas, obteniendo ,87 para el factor 1, ,76 para el factor 2, ,82 para el factor 3, y ,77 para el factor 4. Se observa que todos los constructos latentes presentaron valores considerados buenos por la literatura.

Finalmente, el test-retest dio como resultado una correlación de ,80 para el factor 1, de ,69 para el factor 2, de ,77 para el factor 3, y de ,75 para el factor 4. En todos los casos las correlaciones fueron significativas, indicando la buena estabilidad de las escalas.

## Discusión

La versión argentina del cuestionario *CaMir* demostró suficiente validez aparente, de contenido, estructural y confirmatoria, así como confiabilidad en sus escalas y buena estabilidad test-retest.

La estructura interna del cuestionario develó cuatro dimensiones. La primera invita a una lectura retrospectiva de la propia historia, denominada *historización de experiencias pasadas*; la segunda, referida a las representaciones del apego seguro denominada *apoyo familiar*; la siguiente dimensión de apego preocupado, denominada *preocupación familiar*; y la cuarta, referida a las representaciones de la estructura familiar titulada *reconocimiento de personas significativas*.

La dimensión *historización de experiencias pasadas* invita a bucear en la memoria y en la historia de un tiempo pasado, a través de un trabajo de construcción y reconstrucción de lo vivido. Incluye ítems específicos destinados a explorar tanto experiencias pasadas y actuales como las vivencias suscitadas por el recuerdo de dichas experiencias. De este modo, permite sumergirse y reorganizar un fondo de memoria

y un espacio relacional como una tarea de reaseguramiento de la identidad. Esta dimensión resulta central, ya que posibilita poner en circulación la exploración de experiencias pasadas, las vivencias presentes de lo acontecido y la tendencia a reproducir similitudes en las versiones interrelacionales que devienen. En otras palabras, las apreciaciones actuales acerca de las relaciones de vínculo en la infancia -que siempre implican reorganizaciones cognitivas y afectivas de las experiencias vividas precedentemente- favorecen u obstaculizan el sistema de intercambio interpersonal con su medio familiar. Los recuerdos de haber experimentado falta de disponibilidad, situaciones de violencia y vivencias de amenazas por parte de las figuras de apego durante la infancia y niñez son compatibles con el estilo de apego inseguro preocupado e incluso con la desorganización del apego (Balluerka et al., 2011). En tanto el estilo de apego inseguro evitativo se vislumbra a partir de desactivar en la mente las necesidades de apego como forma de resguardarse, posiblemente no recuerde situaciones del pasado. Defensivamente, los registros de sufrimiento se disocian y con frecuencia se corporizan a nivel fisiológico.

Este complejo factor se compone de un total de 27 ítems que explican el 25,76 % de la varianza. En comparación a la adaptación chilena (Garrido et al., 2009), algunos de estos 27 ítems se agrupan en diversos factores tales como: abandono infantil, desconexión emocional y traumatismo parental. En relación con la adaptación española (Balluerka et al., 2011), algunos de estos 27 ítems se encuentran distribuidos en los siguientes factores: seguridad, disponibilidad y apoyo de las figuras de apego, autosuficiencia y rencor contra los padres y traumatismo infantil. Por último, en la adaptación peruana (Nóbrega y Traverso, 2013), el total de estos 27 ítems se encuentran en la dimensión denominada *indisponibilidad parental y resentimiento de rechazo*.

La dimensión *apoyo familiar* refiere al nivel en que la persona siente a su familia como fuente de soporte y seguridad. Implica el grado de confianza y disponibilidad en estas figuras significativas. Estas representaciones sobre sentirse querido y merecedor del amor familiar coinciden con un estilo de apego seguro. En tanto, como estrategia secundaria, el estilo de apego

inseguro evitativo demuestra distancia y rechazo familiar priorizando una autonomía extrema y distanciamiento emocional. Las estrategias propias del estilo de apego preocupado se caracterizan por una alternancia entre una exagerada disponibilidad familiar y signos-reacciones extremas ante situaciones estresantes con intenso malestar y rumiación continua.

Este factor se compone de cinco ítems, explicando un total del 8,80 % de la varianza. Coincide con la adaptación chilena (Garrido et al., 2009), siendo que, también mediante la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y test de esfericidad de Bartlett, se develó a la dimensión de apoyo familiar como parte de la estructura interna. En este caso, se compone de cinco ítems explicando un 4,14 % de la varianza. Un total de tres de dichos ítems coinciden con la presente adaptación argentina, específicamente con los ítems 1, 10, 15. En la versión peruana (Nóblega y Traverso, 2013), algunos ítems de esta dimensión de apoyo familiar se observan dentro de la dimensión que reconstruye casi en su totalidad la de preocupación familiar, específicamente los ítems 1 y 15 de esta adaptación argentina.

La dimensión *preocupación familiar* está definida en términos de percepción intensa de separación y ansiedad actual por las figuras de apego significativas familiares o del entorno cercano, como así también el grado de malestar y ansiedad frente a la posibilidad de separación de ellas. Al hiperactivar su sistema de apego, la persona evita alejarse de su familia, empleando una estrategia ambivalente que tiene por objetivo mantener la proximidad y asegurar la disponibilidad de sus figuras de apego en todo momento (Balluerka et al., 2011). Entre tanto, la estrategia de apego inseguro evitativo presenta una tendencia evasiva respecto de las relaciones íntimas y bloqueo de todo tipo de pensamientos que reflejen experiencias negativas o ansiosas. Las personas con estilo de apego seguro, frente a situaciones preocupantes, activan una estrategia primaria, caracterizada por la búsqueda de proximidad de la figura de apego como forma de obtener confort y protección sin desplegar ansiedad de separación de los seres queridos o excesiva preocupación actual por las figuras de apego.

Este factor se compone de seis ítems, explicando un 4,42 % de la varianza. Coincide con la adaptación chilena (Garrido et al., 2009), española (Balluerka et al., 2011) y peruana (Nóblega y Traverso, 2013), siendo que, mediante la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y test de esfericidad de Bartlett, también se develó a la dimensión de preocupación familiar como parte de la estructura interna en dichas adaptaciones. En el caso de la adaptación española, la dimensión explica el 9,59 % de la varianza, mientras que, en la adaptación chilena, el 6,06 % y en la peruana, el 6,17 %. En los tres casos, se compone por los mismos seis ítems que la presente adaptación argentina. En la adaptación peruana, además de estos seis ítems, se suman dos más propios de la dimensión de apoyo familiar en esta adaptación argentina, específicamente los ítems 1 y 15.

Por último, la dimensión *reconocimiento de personas significativas* se corresponde con la dimensión originalmente denominada *valoración de la jerarquía*. Dada la amplitud de acepciones que tiene la definición *valoración de la jerarquía* y los ítems que la conforman se tomaron las operacionalizaciones del término para reflejar su significado y renombrar la variable. La relación de apego con los cuidadores principales implica una relación asimétrica en el que el adulto es proveedor de cuidados. De este modo, en el marco de la asimetría el adulto cuidador significativo es reconocido como una persona sabia en la que se confía y acepta su guía, sus recomendaciones e indicaciones. En esta dirección, cabe subrayar que la inversión de funciones es un indicador importante de la presencia de déficit de cuidados (Fonagy, 1991, 1999; Fonagy, Gergely, Jurista y Target, 2002).

Por lo tanto, la escala devela la valoración positiva que hace el sujeto del rol del cuidador significativo en la asimetría adulto-niño y su capacidad para leer los estados mentales, necesidades o deseos y consecuentemente proveer el apoyo cuando las necesidades de acogida y amparo se hacen presentes. Esta dimensión de reconocimiento de personas significativas modula las posibilidades del niño y permite reconocer el estilo de representaciones de apego que prevalece en el sujeto. Reconocer y respetar la presencia de al menos una persona sabia que

puede proveer protección, cuidados, libertades y respetar la alteridad del otro, develaría un estilo de apego seguro. En contraposición, la negación de dicha autoridad y jerarquía acompañada de sentimientos de desconfianza en la disponibilidad parental, incomprensión y falta de ayuda por parte de la/s figura/s de apego, reflejaría un estilo de apego inseguro evitativo. En tanto que el cuestionamiento o inexistencia de la asimetría adulto cuidador significativo- niño en la cual se instala la desconfianza y el resentimiento develaría un estilo de apego obsesivo preocupado.

Este factor se compone de cinco ítems, explicando el 4,12 % de la varianza. Ello coincide con la adaptación chilena (Garrido et al., 2009), española (Balluerka et al., 2011) y peruana (Nóblega y Traverso, 2013), siendo que, mediante la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y test de esfericidad de Bartlett, también se develó a la dimensión de valoración de la asimetría adulto-niño como parte de la estructura interna en dichas adaptaciones. En Chile, el factor se denomina *valoración a autoridad*, compuesta por tres ítems, explicando el 2,56 % de la varianza. Dos de dichos ítems coinciden con la presente adaptación argentina, específicamente con los ítems 20 y 37. En España, el factor se denomina *valor de la autoridad de los padres*, compuesta por tres ítems, explicando el 5,45 % de la varianza. Un total de dos de dichos ítems coinciden con la presente adaptación argentina, específicamente con los ítems 4, 20 y 37. Por último, en Perú, el factor se denomina *valoración de la jerarquía*, compuesto también por tres ítems, explicando el 2,62 % de la varianza. Dichos ítems coinciden con tres ítems de la presente adaptación argentina, específicamente con los ítems 20, 26 y 37.

## Conclusiones

Es importante destacar que, si bien los *modelos individuales de relación* (MIR) tienden a la estabilidad, también pueden modificarse según las circunstancias a las que se enfrente el sujeto (Marrone, 2001). En este sentido, conocer la historización del pasado, el apoyo y preocupación familiar, así como el reconocimiento de la asimetría entre adultos significativos y niños, a partir de la capacidad de mentalización, resulta

un punto de partida inigualable para develar las relaciones de apego de la infancia y su impacto en las representaciones actuales en cuanto a sus necesidades emocionales y las de los demás.

El hecho de contar con cuatro escalas permite hacer un análisis minucioso de los datos, que a nivel clínico y de investigación pueden ser de mucha utilidad. El cuestionario resulta novedoso por la integración de distintos periodos de la historia vital-emocional en el análisis, lo cual conlleva a la realización de comparaciones a nivel de relaciones con la familia de origen y la familia actual, además del estado emocional del sujeto.

La versión argentina del cuestionario solo admite ser administrado por un psicólogo experto en el test. A su vez, la administración debe ser individual. En consecuencia, la autoadministración o aplicaciones grupales podría resultar iatrogénica y conllevar a errores diagnósticos, dada la relevancia de las proposiciones y/o la no comprensión semántica de estas.

A modo de cierre, se remarcan alcances y limitaciones halladas. En cuanto a las desventajas halladas, podría mencionarse la dificultad que presentaron algunos sujetos para comprender ciertos ítems. De este modo, se sugiere, en aquellos casos con poca alfabetización, acompañar al examinado en la lectura de los ítems. Asimismo, es importante recordar que el instrumento no evalúa el estilo de apego desorganizado.

Por otro lado, con respecto a las ventajas, el instrumento quedó conformado por 43 ítems, una versión más acotada, que reduce el tiempo de aplicación, pudiendo así ampliar su administración a diversos contextos más allá del psicodiagnóstico como, por ejemplo, en el sistema de atención de salud primaria. Se trata de un cuestionario de libre acceso y de fácil aplicación.

## Bibliografía

- Ainsworth, M. D. y Bell, S. (1970). Attachment, exploration and separation: Illustrated by the behavior of one-year old in strange situation. *Child Development*, 41 (1), 49-67.  
<https://doi.org/10.2307/1127388>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A*



- psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486-494.  
<https://doi.org/10.2307/3333826>
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bartholomew, K. y Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? En J. A. Simpson y W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (p. 25-45). New York: The Guilford Press.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1969). *Los vínculos afectivos*. Buenos Aires: Paidós.
- Brennan, K. A., Clark, C. L. y Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. En J. A. Simpson y W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (p. 46-76). New York: The Guilford Press.
- Collins, N. L. y Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>
- Costello, A. B. y Osborne, J. W. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Assessment*, 10 (7), 1-9.  
<https://dx.doi.org/10.4135/9781412995627.d8>
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *The International Journal of PsychoAnalysis*, 72 (4), 639-656.  
<https://psycnet.apa.org/record/1992-20749-001>
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: Una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3,1-17.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1256961>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurista, E. L. y Target, M. (2002). *La regulación afectiva, la mentalización y el desarrollo del yo*. New York: Other Press.
- Fraley, R. C. y Shaver, P. R. (2000). Adult Romantic Attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4 (2), 132-154.  
<https://doi.org/10.1037/1089-2680.4.2.132>
- Garrido, L., Santelices, M. P., Pierrehumbert, B. y Armijo, I. (2009). Validación chilena del cuestionario de evaluación de apego en el adulto CAMIR. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (1), 81-98. doi: 10.14349/rlp.v41i1.557
- George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1985). *Attachment Interview for Adults*. California: Berkeley University of California
- Hazan, C. y Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 511-524. doi:10.1037/0022-3514.52.3.511
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Mc Graw Hill Education.
- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K. y Oksa, L. (2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of nursing studies*, 40 (6), 619-625. doi: 10.1016/S0020-7489(03)00036-1
- Lacasa, F. y Muela, A. (2014). Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 24, 83-93. Recuperado de:  
<https://www.fundacioorienta.com/guia-para-la-aplicacion-e-interpretacion-del-cuestionario-de-apego-camir-r/>
- Lanza Castelli, G. y Bilbao Bilbao, I. (2019). Caracterización del Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal (MEMCI). *Aperturas Psicoanalíticas*, 60.  
<http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001055>
- Ledesma, A. C. (2018). Reflexiones entre el amor romántico, el amor maduro, la locura y el amor sin etiqueta en psicoterapia de pareja. *Revista REDES*, 0 (37). Recuperado de:  
<http://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/232>

- Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible and inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48 (4), 1055-1096.  
<https://doi.org/10.1177/00030651000480041801>
- Main, M. y Goldwyn, R. (1982-1998). *Adult attachment scoring and classification system*. Manual no publicado, Berkeley: Department of Psychology, University of California at Berkeley.
- Main, M. y Salomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during Ainsworth Strange Situation. En M. Greenberg, D. Cicchetti y M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: Un enfoque actual*. Madrid, España: Editorial Psimática.
- Nóblega, M. y Traverso, P. (2013). Confiabilidad y validez de constructo del autocuestionario de modelos internos de relaciones de apego adulto, CaMir. *Pensamiento Psicológico*, 11 (1), 7-25.  
<https://psycnet.apa.org/record/2013-25602-001>
- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meisler, C., Miljkovitch, R. y Halfon, O. (1996). Les modèles de relations: Développement d'un autoquestionnaire d'attachement pour adultes, CaMir. *Psychiatrie de l'Enfant*, 39 (1), 161-206.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000183&pid=S1657-8961201300010000100028&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000183&pid=S1657-8961201300010000100028&lng=en)
- Román Rodríguez, M. (2011). Metodologías para la evaluación del apego infantil: De la observación de conductas a la exploración de las representaciones mentales. *Acción Psicológica*, 8 (2), 27-38. Recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030766003>
- Salinas-Quiroz, F. (2017). *Vínculos de apego con cuidadores múltiples: la importancia de las relaciones afectivas en la Educación Inicial*. Recuperado de:  
<http://xplora.ajusco.upn.mx:8080/jspui/handle/123456789/649>
- Santelices Álvarez, M. P., Ramirez, V., Armijo, I., Pérez Salas, C. P. y Olhaberry Huber, M. (2008). Evaluación del apego en adolescentes y adultos. Adaptación chilena del cuestionario de apego CAMIR. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 11, 49-59. Recuperado de:  
<https://www.fundacioorienta.com/evaluacion-del-apego-en-adolescentes-y-adultos-adaptacion-chilena-del-cuestionario-de-apego-camir/>
- Shaver, P. R., Belsky, J. y Brennan, K. A. (2000). The adult attachment interview and self-reports of romantic attachment: Associations across domains and methods. *Personal Relationships*, 7 (1), 25-43. doi: 10.1111/j.1475-6811.2000.tb00002.x
- Stovall, K. C. y Dozier, M. (2000). The development of attachment in new relationships: single subject analyses for 10 foster infants. *Development and Psychopathology*, 12 (2), 133-156. doi: 10.1017/S0954579400002029.
- Voutilainen, P. y Liukkonen, A. (1995). Senior Monitor: laadun arviointimittarin sisällön validiteetin määrittäminen. *Hoitotiede*, 7(1), 51-56.
- Waters, E. y Deane, K. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1), 41-65.  
<https://doi.org/10.2307/3333826>
- Yu, C. Y. y Muthén, B. (2002). *Evaluation of model fit indices for latent variable models with categorical and continuous outcomes (Technical report)*. Los Angeles: UCLA, Graduate School of Education & Information Studies.
- Zilber, A. (2017). Teorías acerca de la Teoría de la Mente. El rol de los procesos cognitivos y emocionales. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 9(3), 1-12.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439554381001>

## Anexos

Tabla 1. Ítems, carga factorial, comunalidad y escala original

| Ítems                                                                              | Carga factorial                                                                                                                                                              | Carga factorial | h <sup>2</sup> | Escala original |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|-----------------|
| Factor 1: Historización de experiencias pasadas (25,76 % de la varianza explicada) |                                                                                                                                                                              |                 |                |                 |
| 2                                                                                  | Las amenazas de separación, mudanza y/o traslado a otros lugares, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos                                            | 0,57            | .29            | T I             |
| 5                                                                                  | Cuando era niño/a, sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos                                                                                              | -0,50           | .43            | A P             |
| 6                                                                                  | En general, las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen positivas.                                                                                    | -0,54           | .41            | R A             |
| 7                                                                                  | Aunque sea difícil de admitir, siento cierto rencor hacia mis padres.                                                                                                        | 0,61            | .34            | R P             |
| 8                                                                                  | Cuando era niño/a, a menudo mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables                                                                                         | 0,69            | .43            | B D             |
| 9                                                                                  | Cuando era niño/a, mis padres renunciaron a su papel de padres.                                                                                                              | 0,45            | .25            | D P             |
| 12                                                                                 | Cuando era niño/a, encontré suficiente cariño en mis seres queridos. Eso hizo que no necesitara buscarlo en otra parte                                                       | -0,53           | .46            | A P             |
| 14                                                                                 | En mi adolescencia, nunca nadie de mi entorno entendía realmente mis preocupaciones                                                                                          | 0,52            | .36            | R I             |
| 16                                                                                 | Mis deseos de niño/a no eran muy tomados en cuenta por los adultos de mi entorno                                                                                             | 0,64            | .42            | B D             |
| 17                                                                                 | Cuando era niño/a, teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia.                                                                                               | 0,61            | .38            | B D             |
| 19                                                                                 | Cuando era niño/a, les tenía miedo a mis padres.                                                                                                                             | 0,74            | .49            | T I             |
| 22                                                                                 | Cuando era niño/a, me estimularon a compartir mis sentimientos.                                                                                                              | -0,49           | .30            | A P             |
| 24                                                                                 | Cuando era niño/a, tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos.                                                                                         | 0,75            | .45            | T I             |
| 25                                                                                 | No me permitieron disfrutar de mi niñez.                                                                                                                                     | 0,71            | .53            | R P             |
| 27                                                                                 | Tengo la sensación de no haber podido apoyarme en el ambiente en donde crecí (familia, amigos, barrio, etc.)                                                                 | 0,60            | .42            | R I             |
| 28                                                                                 | Cuando era niño/a, me inculcaron el temor a expresar mi opinión personal.                                                                                                    | 0,65            | .41            | R I             |
| 30                                                                                 | Nunca he tenido una relación verdadera con mis padres.                                                                                                                       | 0,62            | .50            | R P             |
| 31                                                                                 | Mis padres siempre han tenido confianza en mí.                                                                                                                               | -0,60           | .39            | A P             |
| 32                                                                                 | Cuando yo era niño/a, mis padres abusaban de su autoridad.                                                                                                                   | 0,73            | .50            | T I             |
| 33                                                                                 | Cada vez que trato de pensar en los aspectos buenos de mis padres, recuerdo los malos.                                                                                       | 0,60            | .45            | R P             |
| 34                                                                                 | Tengo la sensación de haber sido un/una niño/a rechazado/a.                                                                                                                  | 0,65            | .40            | T I             |
| 35                                                                                 | Cuando era niño/a, había peleas insoportables en casa.                                                                                                                       | 0,75            | .50            | T I             |
| 36                                                                                 | Con mi familia, vivíamos aislados de los demás.                                                                                                                              | 0,47            | .24            | R I             |
| 38                                                                                 | Cuando era niño/a, mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo                                                                           | -0,53           | .45            | A P             |
| 39                                                                                 | Cuando recuerdo mi infancia, siento un vacío afectivo                                                                                                                        | 0,65            | .58            | R P             |
| 42                                                                                 | Durante mi niñez, sufrí la indiferencia de mis seres queridos                                                                                                                | 0,61            | .40            | B D             |
| 41                                                                                 | Cuando era niño/a, frecuentemente sentía que mis seres queridos exigían cosas, sólo para sentirse obedecidos y respetados.                                                   | 0,56            | .31            | I P             |
| Factor 2: Apoyo familiar (8,80 % de la varianza explicada)                         |                                                                                                                                                                              |                 |                |                 |
| 1                                                                                  | En mi familia, las experiencias vividas por cada uno de los integrantes en ambientes fuera de nuestro entorno familiar son temas de conversación que nos enriquecen a todos. | 0,56            | .31            | A F             |
| 3                                                                                  | Estoy seguro de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo cuando lo necesito.                                                                          | 0,70            | .48            | R A             |
| 10                                                                                 | A menudo, dedico tiempo a conversar con mis seres queridos.                                                                                                                  | 0,67            | .44            | A F             |
| 15                                                                                 | En mi familia, cuando uno de nosotros tiene un problema, los otros se sienten involucrados.                                                                                  | 0,69            | .48            | A F             |
| 21                                                                                 | Yo confío en mis seres queridos.                                                                                                                                             | 0,62            | .44            | A F             |

Factor 3: Preocupación familiar (4,42 % de la varianza explicada)

|    |                                                                                                               |      |     |     |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|-----|
| 11 | Cuando alguno de mis seres queridos tiene problema, me preocupa tanto que no puedo concentrarme en otra cosa. | 0,52 | .39 | P F |
| 13 | Siempre estoy preocupado/a por la tristeza que podría causarles a mis seres queridos si los dejara.           | 0,74 | .47 | P F |
| 18 | Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos.                             | 0,69 | .49 | P F |
| 29 | Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo mismo.                                       | 0,65 | .40 | P F |
| 40 | La idea de separarme momentáneamente de uno de mis seres queridos me deja una sensación de inquietud.         | 0,69 | .46 | P F |
| 43 | A menudo, me siento preocupado sin razón por la salud de mis seres queridos.                                  | 0,65 | .41 | P F |

Factor 4: Reconocimiento de personas significativas (4,12 % de la varianza explicada)

|    |                                                                                        |      |     |     |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|-----|
| 4  | En la vida familiar, el respeto a los padres es muy importante.                        | 0,60 | .47 | V J |
| 20 | Los/las niños/as deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia. | 0,79 | .54 | V J |
| 23 | Los padres deben mostrarle a su hijo/a que se quieren entre ellos.                     | 0,58 | .39 | V J |
| 26 | Es esencial transmitir al niño el sentido de la familia.                               | 0,61 | .36 | V J |
| 37 | Es importante que el/la niño/a aprenda a obedecer.                                     | 0,76 | .55 | V J |

*Nota: TI: Traumatismo infantil, AP: Apoyo parental, RA: Reconocimiento de apoyo, RP: Rencor contra los padres, BD: Baja disponibilidad parental, DP: Dimensión parental, RI: Resentimiento de infantilización, IP: Interferencia Parental, AF: Apoyo Familiar, PF: Preocupación familiar, VJ: Valoración de la jerarquía.*

## Dante Salatino: una singularidad donde confluyen arte, ciencia y humanismo

GUILLERMO CUADRADO E HILDA BOTERO

La revista de *Psicopatología y salud mental del niño y el adolescente* quiere rendir homenaje y reconocimiento a Dante Salatino, investigador, escritor y ser humano, quien acompaña la labor de nuestras producciones, un compañero del difícil camino de la investigación y la escritura. Son logros que sólo se alcanzan si es la Pasión del alma que palpita incesante.

Cedo la palabra a Guillermo Cuadrado, compañero de vida, testigo de su pensamiento y su producción, quien nos introduce en ese mundo particular, privado... y público, por la generosidad del autor, que, con cada acto de conocimiento, “confiesa que ha vivido”. Su producción científica está reseñada con claridad y admiración, haciendo justo reconocimiento a su labor. Vemos entonces en su integridad al maestro, al hombre... esa *persona* que habita nuestro mundo.

Quienes han tenido el gusto de conocer y tratar a Dante Salatino no pueden eludir la sensación de estar ante un científico y un humanista a la vez. Esa conjunción que hoy puede resultar extraña fue normal entre los renacentistas, que impulsaron por igual Ciencia y Humanismo. Por razones que no es el caso explicar aquí, hay que señalar que, a partir del siglo XIX, esas dos facetas de la experiencia humana se distanciaron hasta el punto de ignorarse mutuamente, con las consecuencias que eso implica. Ese fue el motivo por el cual Sir Peter Snow pronunció su famosa conferencia *Rede Las dos Culturas y la revolución científica* (Universidad de Cambridge, 1959). En ella señaló que la escisión entre ciencias y humanidades era un obstáculo importante para resolver los problemas mundiales. Por ese motivo, el hecho de encontrar un intelectual que ha integrado en su persona las

dos vertientes indicadas no es un hecho trivial.

A propósito, fue de esa comunión de intereses científicos y humanísticos que Dante Salatino pudo crear la Lógica Transcursiva (LT). Por ese motivo, no es de extrañar que esta pueda aplicarse en ambos ámbitos e incluso combinarlos entre sí. Así lo prueba su obra y las de aquellos que la adoptaron para explicar asuntos muy diversos. Muchos de los trabajos con aplicaciones de su creación fueron presentados en reuniones científicas realizadas para difundir en la comunidad académico-científica el uso de esa lógica. Tal fue el caso de los cuatro *Foros de Lógica Transcursiva* que se realizaron desde 2017 hasta 2020, en la Facultad Regional Mendoza, Universidad Tecnológica Nacional (Argentina) y en el Simposio *Problemas de Fundamentación en Ciencia y Filosofía* (2018, Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires).

Ahora bien, antes de explicar en qué consiste la LT y cómo funciona, resulta pertinente señalar algunas cuestiones que se encuentran en la base de su formulación. Los inicios de Salatino como médico cardiólogo fueron acompañados por estudios de informática, de Programación primero y de Inteligencia Artificial después. Esa doble formación le permitió codificar cálculos de su especialidad médica y, además, se sirvió de esta última para realizar aplicaciones de gestión a la Informática Médica. Ese itinerario fue complementado con el gusto por la lectura de las obras de Sigmund Freud, Albert Einstein y Jorge Luis Borges.

En fin, la madurez alcanzada en su doble actividad profesional y el interés por los temas de los autores citados desembocaron en el anhelo por sistematizar sus ideas a través de un doctorado. Precisamente, fue en su tesis doctoral que

\*Esta sección pretende dar espacio y voz a las experiencias en primera persona, tanto de profesionales como de pacientes. Si quiere enviarnos la suya o conoce experiencias que considera que pueden ser interesantes, puede hacerlo por correo a [revista@fundacioorienta.com](mailto:revista@fundacioorienta.com). La opinión de los textos no representa la de la Revista sino la de los propios autores.



Salatino desarrolló la LT como método científico complementario, para encarar ciertos estudios sobre el lenguaje y las realidades objetiva y subjetiva que enfrentan las personas. Naturalmente, el sitio donde pueden confluir sin molestarse mutuamente, biología, Inteligencia Artificial, psiquis, racionalismo, realidad, ficción y lenguajes naturales y artificiales, es la subjetividad. Por ese motivo su propuesta es subjetivista.

La ciencia resuelve problemas por el ejercicio de la razón y está organizada para asegurar la objetividad de sus resultados. Sin embargo, ella demanda ciertas habilidades del sujeto que hace ciencia, como entender y realizar correctamente las operaciones pertinentes de cada actividad planteada. Más aún, las razones universales y formales que la ciencia expresa en diversos lenguajes no necesariamente entran en contradicción irreconciliable con ciertas características subjetivas del investigador, como la intuición, las pasiones, la ética y ciertas experiencias personales. Por ese motivo, la consideración del sujeto que investiga es una condición central en el proceso de producir conocimientos. Así lo han considerado autores como J. von Uexküll, M. Polanyi, F. Hayek, J. Bochenski, E. Agazzi, I. Nonaka, H. Takeuchi, entre otros de una extensa lista a la que también habría que agregar a Dante Salatino.

En efecto, en su Tesis Doctoral en Letras, Salatino considera la reorganización de la realidad circundante en niveles, usando cierto tipo de lenguaje entre pares, para adaptarse adecuadamente a ella y no para transmitir información entre ellos. En el contexto de su tesis, ese medio de comunicación se denomina “lenguaje natural” y está inspirado en el código genético. De hecho, la lógica descubierta en esa molécula estructuró el patrón que luego se usa para evaluar las investigaciones. Asimismo, en su tesis, la locución “lenguaje convencional” se usa para designar las lenguas autóctonas usadas por un grupo de hablantes con el propósito de comunicarse entre ellos, como es el caso del español, el inglés o el italiano, entre otras.

Realizar una investigación consiste en combinar ciertos procedimientos para descubrir algo o para validar algo que se ha descubierto. Además, todo método que se adecue al conocimiento científico buscado provee las herramientas

necesarias para validar lo descubierto; sería similar a descubrir algo usando una teoría. En ese mismo sentido, la LT es un método científico complementario que tiene en cuenta la perspectiva del observador de un fenómeno cualquiera, sobrepasando los marcos de referencia que aporta la ciencia.

Es una Lógica porque estudia ciertos procedimientos generales para conocer la realidad, en particular la realidad subjetiva. Es por ese mismo motivo que conviene aclarar que las inferencias de la lógica tradicional no son suficientes para analizar la realidad subjetiva. Además, recibe la calificación de “Transcursiva” porque permite explicar un fenómeno mientras transcurre y, además, va dejando constancia de aquello que afecta al sujeto en esa evolución. Algunas de las posibilidades que ofrece son: relacionar la existencia concreta a la abstracta, vincular sensaciones con ideas o explorar realidades que afectan al sujeto, por indicar algunas.

Hay que destacar que la LT se utiliza para identificar el nicho de conocimiento que se quiere investigar, para seleccionar el objetivo del estudio y plantear cuáles son las relaciones que llevan al éxito en una investigación. Luego se aplica el método tradicional convalidado por la comunidad académico-científica. La LT se puede adoptar en cualquier área de investigación, sea de las Ciencias Formales o de las Empíricas, pero es especialmente aplicable en Ciencias Sociales, donde no se puede hacer experimentos, porque los sujetos tienen memoria. La misma fue desarrollada como un método semiótico de indagación de los sistemas reales, cuyos fundamentos se remiten a la lógica transclásica de Gotthard Günther y a ciertas nociones presentes en las obras de Charles S. Peirce, Evariste Galois y otros autores.

Cabe agregar que la LT permite establecer relaciones y transformaciones de un fenómeno y complementar las manifestaciones evidentes de la porción de realidad investigada, con la perspectiva del agente que la estudia, prescindiendo de cualquier marco de referencia. Este hecho permite acoplar los aspectos subjetivos y objetivos de la realidad, ya sea en forma integral o restringida, de acuerdo con la delimitación del ámbito estudiado. Una de sus características distintivas es que frente a un tema

nuevo, poco teorizado, ofrece la posibilidad de reducir la explosión combinatoria de los posibles factores intervinientes.

Un ejemplo simple permite sintetizar cómo trabaja la LT. Sea un sujeto que observa su mano como objeto. Esta se le presenta al sentido de la vista como un conjunto de dedos unidos por la palma y todos los elementos son distintos entre sí. En esa visión, los objetos son diferentes pero están unidos, es una unión de diferencias. Además, la vista es el atributo intrínseco del observador y la característica inherente de la mano es tener dedos; mientras que en la observación participan tanto la vista como los dedos y su palma. Esa es la realidad objetiva o aparente.

Cabe señalar que, en cuanto interviene la inteligencia, esta encuentra que los dedos son semejantes entre ellos, pero cada uno desempeña una función diferente y, en consecuencia, le asigna un nombre a cada uno de ellos, distinguiendo pulgar, índice, mayor, anular y meñique. Eso significa distinguir elementos semejantes de un conjunto. Ese es un aspecto inteligible del fenómeno observado donde no intervienen los sentidos, es materia de puro conocimiento que constituye la realidad subjetiva o comprensión profunda del fenómeno. Allí los dedos y la vista están ausentes, pero se hacen presentes en la consciencia con solo nombrarlos.

Así como se aplicó la LT al proceso de comprensión de lo que es una mano, la misma se puede adoptar para objetos o fenómenos mucho más complejos. A continuación se mencionan algunos de ellos, tomados de publicaciones ya realizadas: interpretación de la subjetividad del valor en la Escuela Austríaca de Economía, elementos subjetivos en el fundamento del Cálculo Infinitesimal, Programa Psiquis: bases neurobiológicas de una nueva Inteligencia Artificial, nuevo Modelo Nosológico de la Endometritis Crónica, selección natural y melanismo industrial en el caso de la Polilla del Abedul, mapas de conceptos basado en simetrías del Espacio Euclidiano, control de un motor paso a paso con LT, análisis del electromagnetismo con LT, la neurona como un patrón autónomo universal eléctrico, arte y tecnología en los mecanismos cinéticos de Theo Jansen, analizados con LT. Conviene señalar que no importa la complejidad del fenómeno observado ni el

área de conocimiento escogida, el patrón relacional entre los elementos fundamentales que lo determinan es siempre el mismo: *el patrón autónomo universal* (PAU).

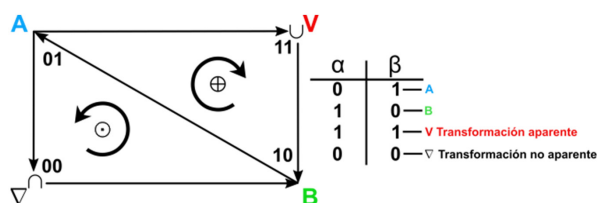
Cabe agregar que, en la observación de un fenómeno cualquiera, la primera etapa es la unión de las diferencias que organiza la realidad observada en forma aparente. Luego, en una segunda etapa, interviene el entendimiento que separa elementos semejantes, confirmando que lo que parece una mano es realmente una mano. Dicho de otro modo: la organización aparente propone asignar el término “mano” al objeto observado por la apariencia que este presenta, mientras que el entendimiento promueve la reorganización que permite comprobar que el objeto observado es efectivamente una mano. De esa manera, comprendemos cabalmente lo que es una mano gracias al sentido que le dimos al objeto observado.

Todo fenómeno tiene elementos básicos que lo caracterizan cuya estructura relevante hay que identificar y delimitar. Justamente, para llevar a cabo esa labor, a veces ardua, la LT puede contribuir. Lo hace buscando los elementos estáticos que guardan la triple relación de oposición, complementariedad y concurrencia, estableciendo un “patrón universal”. Dicho de otro modo, con los aspectos esenciales de la situación identificada se conforma una disposición lógico-estructural llamada PAU que forma un grupo de permutación de Galois porque cumple con las siguientes condiciones: operación de composición, operación opuesta, clausura, elemento neutro, elemento inverso, propiedad asociativa y clausura del conjugado. Una vez que se organiza el PAU, la solución depende solo de los parámetros básicos señalados. Luego, cuando el fenómeno se representa y se codifica, surge el grupo de transformaciones, que luego de recorrer un ciclo vuelven a repetirse, del mismo modo que lo hacen las manecillas de un reloj a cuerda.

Así, por ejemplo, un fenómeno cualquiera, como un sujeto (A) observando su mano (B u objeto) están relacionados por dos transformaciones: una superficial o aparente (V) y otra recóndita o profunda ( $\nabla$ ). Los elementos A y B se identifican individualizando alguna característica propia de cada aspecto esencial ( $\alpha$  y  $\beta$ ),

como el sentido de la vista (propio del sujeto) y los dedos de la mano (propios del objeto), que se encuentra en uno, pero no en el otro y viceversa:  $A(0, \beta)$ , donde A tiene la característica  $\beta$ , pero no la  $\alpha$  y  $B(\alpha, 0)$ , donde B posee  $\alpha$ , pero no la  $\beta$ , como la vista y los dedos, del ejemplo. La transformación superficial posee ambas características,  $V(\alpha, \beta)$ ; es el caso de la observación en el ejemplo mientras que, en la transformación recóndita, ambas características están ausentes  $\nabla(0, 0)$ , como es el conocimiento de la mano del ejemplo, donde la vista y los dedos están ausentes.

Los elementos fundamentales y las transformaciones que los ligam forman un grupo algebraico de permutación, que actúa como “patrón dinámico básico” y, a su vez, asegura que el ajuste metodológico sea el adecuado. Desde el punto de vista operativo, las presencias y ausencias de las características  $\alpha$  y  $\beta$  se codifican con unos y ceros. Esta representación permite aplicar operaciones de lógica *booleana* para emular la dinámica de las transformaciones a las que está sometido el sistema, con los desplazamientos producidos, y, además, confirman que el PAU representa lo que pretende representar.



Ahora bien, en el triángulo superior se aprecian las transformaciones aparentes o cuantitativas que permiten entender la organización estructural del fenómeno o del objeto observado. Es una solución parcial porque se alcanza con haber entendido su significado. Estas se evidencian en el PAU aplicando la operación de disyunción excluyente, lo que provoca un desplazamiento dextrógiro de las relaciones, que sigue la secuencia: 01, 11, 10, ... 01, 11, 10, ...

En cambio, en el triángulo inferior se producen las transformaciones recónditas o cualitativas, que ponen en funcionamiento el sistema y hacen efectiva las relaciones que lo explican, permitiendo alcanzar la comprensión cabal del fenómeno. Estas se emulan aplicando la operación

booleana de equivalencia, que es opuesta a la anterior y que desplaza las relaciones en forma levógira, siguiendo la sucesión: 01, 00, 10, ... 01, 00, 10, ... La apariencia del funcionamiento del sistema analizado se emula mediante la unión de las diferencias entre los elementos estáticos, mientras que lo recóndito, lo determinante, es la separación por las similitudes o semejanzas de los elementos dinámicos del sistema.

Es oportuno señalar que cualquier transformación que no pertenezca al “patrón básico” puede transferirse a un nuevo sistema que represente otro fenómeno, usando los aspectos fundamentales de sistemas conocidos. Una vez que se ajustan al patrón genérico pueden brindar una explicación del nuevo fenómeno.

Ahora bien, el PAU descrito se denomina “estructural”, pero conviene advertir que la LT tiene otros patrones: funcional, cíclico, bicíclico y dos hemicíclicos, uno endógeno y otro exógeno. Estos tienen distintas secuencias de aplicación de los mismos elementos genéricos y fundamentales, que permiten enfrentar una diversidad importante de fenómenos. Hay que destacar que estos instrumentos permiten elaborar teorías, modelos y metodologías, promoviendo la inventiva y alentando la creatividad.

La LT no es Matemática, sólo emplea dos operaciones del Álgebra de (George) Boole que sólo se usan para que se entienda cuáles son las relaciones que tienen esos elementos. Todo lo demás es una cuestión conceptual y relacional. El observador va eligiendo las cuestiones a las que puede aplicar la LT para obtener un fundamento, una aplicación de funcionamiento o una relación. Se trata de encontrar un invariante que, de alguna manera, explique por qué se conservan las leyes naturales o por qué un comportamiento social es de determinada manera y no de otra.

Después de esta mirada perspicaz de Guillermo a la obra de Dante, me acercaré desde otro vértice a las orillas de la existencia asombrosa de un hombre que deja huella, indiscutible y auténtica, en quienes sentimos los ecos de la sagacidad de su conocimiento. Intento hacer una instantánea de su espíritu inquieto, sin tiempo, sin espacio, sin presencia y aún así, vibrando en cada rincón de existencia.

*Sorprendente...* es la auténtica expresión de quienes saben de la vida de Dante Salatino. Sorprendente su recorrido por diferentes ámbitos del conocimiento. Fértil cada semilla sembrada por su intelecto y, especialmente, por su humanidad. Son frutos incuestionables que recogemos cuando leemos cualquier nota, pensamiento, pregunta, de este autor. Más que investigador, escritor... es un poeta apasionado en cada suspiro de su existencia. Mi cercanía a Dante ha sido en la distancia que presupone, no sólo la geografía, sino la imposibilidad de seguir al pie una mente fructífera. Su estado natural lo ubica en la *preñez* permanente de ideas, pensamientos, inventos, excavaciones profundas legadas por habitantes sin tiempo, por pasiones profundas que alimentaron su espíritu de ciudadano de universos curiosos, intensos y creativos.

Dante tiene una cualidad enorme para penetrar el alma de los seres que conquistan su mirada. No sólo los lee, los habita... y encuentra los diseños profundos que edificaron su existencia y productividad. Mira y respira el aire ancestral de sus creaciones. Y no sólo los entiende: nos trae remotos mensajes de vida que no deja al descuido, son hijos de sus entrañas... habitan sus espacios. Son memorias de tiempos pasados o futuros...

*Mis Pasiones* es la fresca, apasionada incursión de este autor en sus laberintos emocionales. Sólo hay que leer este texto ameno, profundo, para ver al hombre que anida en él. De sus civilizaciones de infancia surge con herramientas agudas con las que elige, entre sus amores epistemológicos, tres personalidades intensas: S. Freud, A. Einstein, J. L. Borges. Representantes precisamente del pensamiento, la ciencia y la poesía, son seres de vidas *vividas* intensamente. Universos de encuentros, desencuentros, amores, desamores... como tal cual es la realidad.

Mi primer encuentro con Dante fue en relación con la publicación de sus artículos en *Psicoanálisis*, Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana, acerca de su lectura aguda de la obra de S. Freud. Estos artículos dan fe

del concentrado interés y penetrante estudio de este autor. Fueron contribuciones valiosas y reconocidas en el ámbito psicoanalítico. Es imposible en este homenaje mencionar todos sus libros y trabajos, enorme producción. Resalto sin embargo, de 2019, su libro *Los Lenguajes de Freud*. Y, recién salido del horno, 2021, un recorrido del mismo autor por su vida y obra y que, como hemos mencionado, no hay mejor título que la pasión que ha acompañado su producción: *Mis Pasiones*. Recientemente, el 4 de agosto de 2021 se ha hecho homenaje a su enorme trayectoria en varias ramas del conocimiento y se ha Reconocido como "Ciudadano Ilustre de Godoy Cruz" - Mendoza, Argentina, en donde reside.

Saludamos a este personaje y agradecemos su compañía en este viaje a lo desconocido. Toda su obra está abierta a ser escudriñada, indagada. Hay una enorme generosidad en el encuentro con el autor, el maestro. Invitamos a nuestros lectores a ingresar a este paraíso de pasiones.

**Guillermo Cuadrado** es Ingeniero Industrial, Dr. en Filosofía y docente-investigador, Director del Grupo de Investigación y Educación en Matemática para Ingeniería y Gestión (Facultad Regional Mendoza, Universidad Tecnológica Nacional) y hasta 2020 estuvo al frente de Análisis Matemático I. También es miembro del Instituto de Filosofía (Facultad de Filosofía, Universidad Nacional de Cuyo) y hasta 2020 estuvo al frente de Fundamentos Filosóficos de las Ciencias Físico-Matemáticas.

**Hilda Botero** es psicóloga, psicoanalista, Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Colombiana, docente de Maestría en Clínica psicoanalítica en la Universidad Pontificia Javeriana (Bogotá), asesora en Atención Emocional en Unidades de Recién Nacidos y Programas Canguro (Bogotá) y coordinadora de la Asociación Latinoamericana de Observadores de Bebés método Bick (ALOB).

### **Consejo Directivo Fundador (2003-2017)**

Alfons Icart (director)  
Alberto Lasa (vocal)  
Jorge L. Tizón (vocal)  
Francisco Palacio (vocal)  
Juan Manzano (vocal)  
Mercè Mitjavila (vocal)  
Eulàlia Torras de Beà (vocal)

### **Consejo Asesor Fundador (2003-2017)**

|                                                     |                                           |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Jaume Aguilar (Barcelona)                           | Ana Jiménez Pascual (Alcázar de San Juan) |
| Charo Alonso (Sevilla)                              | Paulina F. Kernberg (USA)                 |
| Marina Altmann (Uruguay)                            | Lluís Lalucat (Barcelona)                 |
| Delza María S. F. Araujo (Brasil)                   | José María López Sánchez (Granada)        |
| Alejandro Ávila-Espada (Salamanca)                  | Montserrat Martínez (Barcelona)           |
| Josep Ballester (Barcelona)                         | Maite Miró (Barcelona)                    |
| Valentín Barenblit (Barcelona)                      | Josep Moya (Sabadell)                     |
| Jaume Baró (Lleida)                                 | Eulàlia Navarro (Sant Boi de Llobregat)   |
| Lluís Barraquer Bordas (Barcelona)                  | Montserrat Palau (Sant Boi del Llobregat) |
| Hilda Botero C (Colombia)                           | Fàtima Pegenaute (Barcelona)              |
| Teresa Brouard Aldamiz (Bilbao)                     | Fernando Pêgo (Portugal)                  |
| María Jesús Buxó (Barcelona)                        | Alberto Péndola (Perú)                    |
| Maria Jose Cordeiro (Portugal)                      | Esperanza Pérez de Plá (México)           |
| Júlia Corominas (Barcelona)                         | Roser Pérez Simó (Barcelona)              |
| Bettina Cuevas (Paraguay)                           | Carles Pérez Testor (Barcelona)           |
| Fernando Delgado Bermúdez (Sevilla)                 | María Angeles Quiroga (Madrid)            |
| M <sup>a</sup> Dolores Domínguez (S. de Compostela) | Ignasi Riera (Barcelona)                  |
| Robert N. Emde (USA)                                | Giancarlo Rigon (Italia)                  |
| Leticia Escario (Barcelona)                         | Jaume Sabrià (Sant Vicenç dels Horts)     |
| Consuelo Escudero (Madrid)                          | Manuel Salamero (Barcelona)               |
| María Edelmira Estrada (Argentina)                  | Paloma San Román Villalón (Albacete)      |
| Anna Fornós (Barcelona)                             | Elena Toranzo (Argentina)                 |
| Cayetano García-Castrillón (Sevilla)                | Josep Toro (Barcelona)                    |
| Pablo García Túnez (Granada)                        | Marta Trepas (Lleida)                     |
| José García Ibáñez (Reus)                           | Maren Ulriksen de Viñar (Uruguay)         |
| María Dolores Hierro (Tarragona)                    | Mercedes Valcarce Avello (Madrid)         |
| Guillem Homet (Premià de Dalt)                      | Mercedes Valle Trapero (Madrid)           |
| Joaquín Ingelmo (Badajoz)                           | Llúcia Viloca Novellas (Barcelona)        |



# Publicación de originales

La revista Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente se propone como objetivo prioritario profundizar en el conocimiento teórico, la investigación, la práctica clínica y la atención psiquiátrica, en salud mental de la infancia y la adolescencia. También quiere ser en un espacio de difusión y defensa de un modelo asistencial sustentado en la psicología relacional.

Los originales a presentar podrán referirse a los ámbitos siguientes: clínico (temas de psicopatología infantil y juvenil); institucional (experiencias sobre atención ambulatoria, hospitalización total y parcial, trabajo grupal); interdisciplinar (aportaciones desde el campo de la pediatría, neurología, ciencias sociales, jurídicas, pedagogía) e investigación (informes sobre estudios y trabajos de investigación epidemiológica, psicoterapéutica y psicofarmacológica). La revista tendrá, además, secciones independientes dedicadas a reseñas bibliográficas y de actividades, cartas de los lectores, así como un apartado dedicado a «segunda publicación» en el que por su especial interés –y de acuerdo con los criterios y recomendaciones Vancouver–, se darán a conocer artículos o trabajos que ya han sido publicados en otra revista y/o idioma.

## Información para el envío de manuscritos

1. Los trabajos a publicar deberán ser inéditos.
2. Los originales se presentarán a doble espacio en su totalidad y tendrán, en general, una extensión máxima de 30.000 caracteres (aproximadamente una 13 páginas Din-A4). Estarán ordenados de este modo: página del título, resumen y palabras claves, texto, agradecimientos, bibliografía y tablas. Cada uno de estos apartados se iniciará en una página nueva, numeradas correlativamente.

**Página del título.** Será la primera página y constará de: a) título del artículo; b) nombre del autor o autores, profesión y lugar de trabajo de cada uno de ellos; c) nombre del centro o institución a los que el trabajo debe atribuirse; d) renunciadas, si las hubiera; e) e-mail de contacto.

**Resumen y palabras claves.** La segunda página constará de un resumen en castellano y en inglés de no más de 450 caracteres (aproximadamente unas 7 líneas de texto). Este resumen incluirá los aspectos más relevantes del trabajo presentado e irá acompañado de tres a cinco palabras claves, también en castellano e inglés.

**Texto.** Se iniciará en la tercera página. En general, y siempre que sea oportuno, el texto del trabajo constará de: introducción –exponiendo los objetivos y antecedentes–, material/método, resultados y discusión –destacando los aspectos nuevos y relevantes del trabajo, así como las conclusiones que de ellos se derivan.

**Agradecimientos.** Esta nueva página incluirá, si los hubiera, los nombres de aquellas personas y/o instituciones que los autores consideran que deben ser citadas y el tipo de contribución.

**Bibliografía.** Las referencias bibliográficas se incluirán en una lista ordenada alfabéticamente. En el texto se presentarán de la forma «(Icart y Freixas, 2003)». Los autores comprobarán que las referencias del texto y la lista concuerden y se añadirá «et al.» cuando haya seis o más autores. Las referencias de un mismo autor(es) que correspondan a años diferentes se ordenarán comenzando por la más antigua.

- Libros. Se citarán de esta forma: Autor, A., Autor, B. y Autor, C. (año). *Título*. Lugar: Editorial.

Ejemplo: Icart, A. y Freixas, J. (2013). *La familia*. Barcelona: Herder.

- Revistas. Se citarán de esta forma:

Autor, A., Autor, B. y Autor, C. (año). Título del artículo. *Título de la revista*. XX, pp.

Ejemplo: Larbán, J. (2013). Transmisión psíquica inconsciente de contenido traumático. *Psicopatol. Salud ment.*, 22, 19-25.

**Tablas y gráficos.** Se presentarán en una hoja independiente, numeradas correlativamente según el orden en que aparecen en el texto, con un breve título para cada tabla y/o gráfico. En caso de que se utilicen abreviaturas o símbolos, la explicación se colocará en la base de la figura o tabla correspondiente.

#### Protocolo de publicación:

1. Los materiales recibidos serán revisados anónimamente por un Comité Lector, integrado por expertos en los diferentes ámbitos. A los autores se les informará de la aceptación de los originales y, en el caso de que deban ser modificados, recibirán los comentarios del Comité Lector que puedan serles útiles para su posterior publicación.
2. Los manuscritos aceptados se someterán a un proceso de edición y corrección siguiendo el libro de estilo de la revista. El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva del autor(es).
3. Cartas de los Lectores es una sección que desea promover y facilitar el debate y la exposición de opiniones y comentarios sobre los materiales publicados, así como sobre aquellas cuestiones que conciernen a la salud mental infantil y juvenil. Las declaraciones expresadas en esta sección sólo son atribuibles a sus autores y no reflejan la postura de la revista. La cartas no deberán superar los 5000 caracteres y se presentarán a doble espacio y firmadas. La decisión de publicar las cartas recibidas recaerá exclusivamente en el Consejo Directivo.
4. Siempre que sea posible los originales se enviarán por correo electrónico o soporte informático, etiquetado con el título del artículo, nombre del autor y del archivo) en formato Word (haciendo constar la versión empleada).

Además de los textos en formato electrónico, también se enviarán dos copias en papel que incluyan el texto completo y los gráficos, junto con una carta de presentación. En todas las copias se indicará un autor responsable de la correspondencia con su dirección completa, teléfono y e-mail. Cuando el envío se realice en formato electrónico, en la carta de presentación se hará constar que la versión electrónica y la impresa son idénticas. Todos los artículos enviados tendrán acuse de recibo.

Los trabajos deberán enviarse a:

Jefe de Redacción  
PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL  
C/ Cardenal Vidal i Barraquer, 28  
08830 Sant Boi del Llobregat (Barcelona) - España  
E-mail: [revista@fundacioorienta.com](mailto:revista@fundacioorienta.com)

## BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN Y PEDIDO DE REVISTAS

Apreciado lector: Indique sus datos personales y la forma de pago en el cupón que encontrará a continuación y envíelo a: FUNDACIÓ ORIENTA, C/ Vidal i Barraquer, 28 - 08830 Sant Boi del Llobregat (Barcelona) - España  
 También puede formalizar la suscripción en:  
**www.fundacioorienta.com** o llamando al teléfono: **+34 93 635 88 10**

Deseo recibir la *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*

- |                                                                                         |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Suscripción anual papel (2 números): 20 euros                  | (España y América Latina*) |
| <input type="checkbox"/> Suscripción anual papel (2 números): 28 euros                  | (Otros Países)             |
| <input type="checkbox"/> Suscripción anual <b>on line</b> (2 números): 15 euros         |                            |
| <input type="checkbox"/> Suscripción anual papel + <b>on line</b> (2 números): 25 euros | (España y América Latina*) |
| <input type="checkbox"/> Suscripción anual papel + <b>on line</b> (2 números): 30 euros | (Otros Países)             |

• • •

- ☐ Ejemplar individual papel: 14 euros (España y América Latina\*) N°   
☐ Ejemplar individual papel: 18 euros (Otros Países) N°   
☐ Ejemplar individual **on line**: 10 euros N°   
☐ Artículo individual **on line**: 5 euros Título y autor:

Nombre y Apellidos:.....  
Dirección:..... núm..... piso.....  
Población:..... Cód. postal:..... Provincia:..... País:.....  
Tel:..... Fax:..... e-mail:.....

Forma de pago:

- [illegible]

Firma:

Ruego tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por Fundació Orienta

\*Para América Latina, la Fundació Orienta colabora subvencionando los gastos de envío de la revista.

### En el próximo número

Desempeño sociocomunicativo en niños con TEA.

Un análisis desde la Lógica Transcursiva (2)

*Dante Roberto Salatino (Mendoza, Argentina)*

El Servicio de Atención y Apoyo Emocional en los centros educativos:

experiencias de una nueva cultura escolar

*Laia Mas-Expósito, Olga Canet, Rocío Casañas, Juan Antonio Amador-Campos,*

*Mercè Triay y Lluís Lalucat-Jo (Barcelona)*

El concepto de problema en el desarrollo en la clínica interdisciplinaria

*Fernando Pedro Maciel (Buenos Aires)*

## NÚMERO 38 - NOVIEMBRE 2021

### **La video intervención terapéutica: una psicoterapia de apego y mentalización en la asistencia pública**

*Fernando Lacasa Saludas y George Downing*

### **Desempeño sociocomunicativo en niños con TEA. Un análisis desde la Lógica Transcursiva (1)**

*Dante Salatino*

### **Eficacia de la terapia de juego virtual durante la pandemia de COVID-19 para el acompañamiento de niños con TEA**

*Amalia Gómez, Fernando López-Armenta y José Luis Acosta*

### **Adolescencias en pandemia: acerca de las conductas de riesgo y la construcción del “cuidado de sí”**

*Jorge Eduardo Catelli*

### **Evaluación del impacto del confinamiento en jóvenes atendidos en centros comunitarios de salud mental**

*R. Casañas, L. Mas-Expósito, M. Teixidó, A. Barajas-Vélez, M. Udina, P. Escalona, M. Triay, A. Moreno, E. Murgui, M. T. Carbonero, C. Franco y L. Lalucat-Jo*

### **Intervención grupal con adolescentes con epilepsia refractaria: programa terapéutico educativo**

*Laia Portolés Costa, Ángel Aledo-Serrano, Adrián Trejo De la Rosa, Lucy Dougherty De Miguel, Francesca D’Errico y Neus Marí Cardona*

### **Apego y representaciones internas de adolescentes de familias homoparentales**

*Viviana Alzate y Elisabeth Ballús*

### **El proceso de duelo en la familia que emigra: del «Síndrome de Ulises» a la patología**

*Carles Pérez Testor*

### **Adaptación y validación argentina del cuestionario de evaluación del apego (CaMir)**

*A. Labin, A. Taborda, G. Cryan, M. P. Moretti, A. Videla Pietrasanta, M. L. Martínez, V. Morán, M. N. Pioro y B. Pierrehumbert*