

Adolescencia, violencia intrafamiliar, y proceso de construcción de la identidad

Adolescence, Intrafamily violence, and the process of identity construction

Daniela Andreea Glinschi Petre

Psicóloga especialista en psicología clínica
Experta en Psicoterapia Breve con Niños y Adolescentes

Resumen

La adolescencia supone una etapa crucial en el inicio del proceso de diferenciación-individuación de las figuras parentales, así como un cuestionamiento de las bases vinculares previas. Esto tendrá un gran impacto en el tipo de relaciones que estos menores puedan establecer en su salida a lo social. En este trabajo se describirá el caso de una adolescente de 14 años, la cual presenta un daño importante en las relaciones primarias de apego. A lo largo de este paper, se detallará el recorrido biográfico de la misma, así como el proceso de evaluación y tratamiento realizado desde una perspectiva multidisciplinar dentro de un hospital de día infanto-juvenil.

Palabras clave: adolescencia, familia, apego, violencia intrafamiliar, identidad, transmisión transgeneracional del trauma

Abstract

Adolescence is a crucial stage in the beginning of the differentiation-individuation process of parental figures, as well as a questioning of the previous bonding bases. This will have a great impact on the type of relationships that these minors can establish in their social outing. This paper will describe the case of a 14-year-old adolescent, who presents significant damage in primary attachment relationships. Throughout this paper, we will detail the biographical journey of the patient, as well as the process of evaluation and treatment carried out from a multidisciplinary perspective within a child and adolescent day hospital.

Keywords: adolescence, family, attachment, intrafamily violence, identity, transgenerational transmission of trauma

INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

La adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta. Es una etapa de transición que se caracteriza por ser un tiempo de cambios en diferentes áreas de la persona y que está condicionada por diversos procesos biológicos (Calvo, 2020). Los cambios biológicos en esta edad pueden ser tan visibles como el crecimiento o el cambio de voz, y tan invisibles como los cambios madurativos cerebrales. Por cambios psicológicos entendemos fundamentalmente la aceptación de los cambios corporales y sus limitaciones (duelo de la omnipotencia infantil) así como el deseo sexual asociado a la búsqueda de la satisfacción. Los cambios en lo social varían mucho de unos grupos sociales a otros. Los cambios de mayor importancia son los referidos a la desvinculación progresiva de los padres. Estos cambios deberán ser reconocidos, tolerados y, en su caso, validados por el entorno (Delgado, 2015). Por tanto, durante este periodo los adolescentes se enfrentan (cada uno a su tiempo y con sus características de personalidad particulares) a diferentes retos de desarrollo, que Lingiardi, V. y McWilliams, N. (2017) agrupan en cuatro áreas concretas: cambios cognitivos, movimiento hacia la independencia, formación de la identidad (con moralidad) y sexualidad. (Calvo, 2020). En la misma línea, Rother Hornstein (2006) sostiene que los adolescentes se enfrentan a la necesidad de hacerse cargo de intensas demandas psíquicas, biológicas y sociales que ocasionarán transformaciones tanto en su mundo intrapsíquico como en sus procesos interrelacionales.

Un estudio exhaustivo del adolescente, aparte de cuestiones individuales propias, solo puede ser encarado en su interrelación con el medio social y familiar. La adolescencia es un hecho individual, pero transcurre en un medio cultural, social e histórico determinado que marca las características de cada adolescente. Por tanto, en este proceso de comprensión de esta etapa evolutiva, es esencial abordar la relevancia de las funciones parentales vistas igualmente bajo el efecto de las demandas propias del escenario contemporáneo (Monteiro, 2012). Una adecuada definición del escenario actual en el que se ven inmersos y del que forman parte los adolescentes, viene por parte de Khel (2009) quién afirma que la sociedad contemporánea se caracteriza por la temporalidad acelerada, por el imperativo del gozo a cualquier costo, por la pérdida del valor de la experiencia y la tradición y por el debilitamiento de referencias de identificación. La autora afirma que uno de los efectos derivados de la velocidad que caracteriza la época actual, es el empobrecimiento de la imaginación y la presencia de sentimientos de vacío. Todo esto supone una parte importante del marco de referencia para el desarrollo de la estructuración del aparato psíquico del adolescente en la época actual.

Otra parte fundamental de este marco de referencia viene determinada por las relaciones primarias de apego. En este sentido es imprescindible abordar lo vivido durante la etapa de la infancia como preludeo, contexto de comprensión y bagaje de lo acontecido en la adolescencia. En este sentido, sostiene Pitillas (2021) que las relaciones afectivas son el escenario en el que nos convertimos en personas, y que esa "relacionalidad" esencial del bebé humano se materializa en tres aspectos: el bebé está orientado hacia las relaciones, está fabricado para las relaciones y su desarrollo responde a lo que sucede dentro de las relaciones importantes.

Por tanto, el medio familiar en el que nos desarrollamos y atravesamos la infancia hacia la adolescencia supone un factor primordial en la definición de quienes somos y quienes seremos.

Desde el nacimiento el sujeto es permeado por los enunciados de identificación ofrecidos por los padres, quienes van componiendo la noción de sí mismo y del mundo en que vive (Monteiro, 2012). Pero como mencionábamos previamente, uno de los hitos característicos de la adolescencia es la desvinculación progresiva de las figuras parentales y de manera complementaria, la dotación de mayor importancia al grupo de iguales. En este sentido se da el inicio del proceso de individuación/separación que cuestiona la calidad de las bases sobre las que se han establecido las relaciones con las figuras originarias de apego. En este punto, según Rother Hornstein (2006) la adolescencia, además de cuestionar la capacidad de diferenciación del menor, también pone a prueba la capacidad de transformación de los padres. Este movimiento de autonomía con respecto a los padres a su vez, va a suponer una interrogación sobre las bases narcisistas del menor: "¿Tienes lo que se necesita para separarse de los padres?". Aquellos que lo tengan podrán hacerlo, negociar de una forma u otra, mientras que los que están vacíos por dentro (fallos narcisistas, dificultades en el sentimiento de continuidad) van a sentirse atraídos por esos adultos (las figuras parentales), los necesitan para nutrirse de ellos ya que son su "apetencia objetal", y ésta es tal que amenaza con invadirles, con engullirlos. Así, vemos que éste es el dilema central de la adolescencia, el cual se hace más evidente en los llamados estados límite (Jeammet, 1994).

Si este proceso es de por sí complejo dentro de unas dinámicas familiares normativas, la dificultad y sufrimiento que conlleva el mismo, se multiplica exponencialmente en el seno de dinámicas familiares disfuncionales. Por dinámicas familiares disfuncionales entendemos aquellos contextos y propuestas relacionales por parte de los cuidadores hacia el menor, caracterizados por violencia y/o negligencia sostenidos en el tiempo. De manera específica, dentro de estas dinámicas se producirían fallos en algunos procesos que configuran la seguridad en las relaciones tempranas: la influencia bidireccional que configura la relación cuidador-niño como un sistema dinámico de regulación mutua; la regulación externa con la que el cuidador mantiene al niño dentro de un margen óptimo de activación; las secuencias interactivas de ruptura y reparación y la especularización parental entre otras. Estos eventos darían lugar a relaciones de apego marcadas por la inseguridad y el trauma (Pitillas, 2021).

En relación a esto, Stolorow y Atwood (1992) sostienen que el trauma se produce en tres tiempos o pasos. En un primer paso, el niño depende naturalmente de uno o varios adultos de referencia, está en manos de un entorno relacional encargado de protegerlo y estimularlo. En un segundo paso, el niño recibe de este entorno un daño en forma de sobreestimulación (tal y como vemos en el área del maltrato físico, por ejemplo) o en forma de negligencia (tal y como observamos en casos de descuido o abandono). Un tercer paso, crucial para estos autores, entraña la ausencia de reconocimiento, por parte del entorno, de las reacciones emocionales del menor ante el daño recibido. Tras el impacto físico o emocional que recibe el niño, sus protestas, sus expresiones de dolor y su petición de ayuda son desatendidas, prohibidas o distorsionadas por parte del entorno. Así, Stolorow y Atwood entienden el trauma como una experiencia de dolor que se combina con la ausencia de una respuesta empática y reguladora por parte del entorno relacional. El menor necesita que, en

situaciones amenazantes o dolorosas, sus figuras de cuidado aporten consuelo, ayuden al niño a comprender lo que ha pasado y a construir recursos para responder a situaciones semejantes en el futuro. La ausencia de estos procesos implicaría un fracaso una de las dimensiones cruciales para la instauración del sentimiento de seguridad en el niño. Esta falta de sintonía intersubjetiva lleva a la pérdida por parte del menor de su capacidad de regulación de los afectos, y, en consecuencia, a un estado insoportable, aplastante, desintegrado y desorganizado (Stolorow y Atwood, 1992).

Estas prácticas de crianza dañinas, a pesar de su claro carácter disfuncional, ayudan al cuidador a mantener a raya el recuerdo de un pasado doloroso, a poner fuera emociones intolerables o a recuperar cierto grado de equilibrio afectivo. Es importante tener esto presente, ya que tal como menciona Pitillas (2021), la crianza supone un escenario de rememoración para los padres. En la comunicación con el menor y el manejo de sus necesidades, el cuidador revive parte de sus experiencias ligadas a su propia historia de cuidados. Para un adulto cuya historia de apego fue traumática, convertirse en padre supone verse expuesto de nuevo a emociones negativas, frecuentemente irresueltas, difíciles de articular. Por tanto, la mente del padre/madre traumatizado/a pone en marcha, de forma automática, una serie de operaciones defensivas que tratan de recuperar el equilibrio emocional, reducir la sensación de peligro y recuperar el control durante la interacción con el hijo. Las necesidades de apego o exploración del niño van a activar en el cuidador aspectos traumáticos de sus experiencias relacionales tempranas, y esto exige ser manejado de formas que ponen al menor en peligro, precisamente de sufrir de forma análoga a como sufrió el padre. Estaríamos ante dinámicas características de la transmisión intergeneracional del trauma (Pitillas, 2021).

En el caso específico del maltrato físico, se observaría así una relación dialéctica entre la violencia y la inseguridad interna, generando un sentimiento de vulnerabilidad del Yo, de amenaza sobre sus límites y su identidad en el cuidador, una dependencia acrecentada de la realidad perceptiva externa para reasegurarse en ausencia de recursos internos accesibles y, en compensación una necesidad de reaseguramiento y de defensa del Yo mediante conductas de dominio sobre el otro y sobre sí mismo (Jeammet, 2002).

Este tipo de experiencias, que conducen a la desorganización del apego en el niño, han sido descritas como "sentirse solo frente a un dolor insoportable" (Allen 2012). El menor queda expuesto a intensidades crecientes de dolor emocional, que frente a la ausencia de reconocimiento y ayuda por parte del entorno deberá disociar o excluir de su experiencia, ya que el infante prioriza conservar la proximidad afectiva con el cuidador, renunciando a su propia versión y asumiendo la de la figura parental. Esta adaptación que hace el niño, combinada con la renuncia del entorno a ver y reconocer el dolor de aquel, tiene como consecuencia a su vez un fallo en las dinámicas de mentalización (Pitillas 2021). Las capacidades de mentalización de los padres parecen desempeñar un papel crucial en el desarrollo de un apego seguro y, muy especialmente en la protección del menor frente a la transmisión intergeneracional del trauma, tal y como atestigua ampliamente la evidencia empírica (Berthelot et al., 2015; Fonagy et al., 1991; Meins, Fernyhough, Fradley, & Tuckey, 2001; Schechter et al., 2006; Slade, 2005). Desde la perspectiva transgeneracional, las situaciones de violencia se asumen como un aprendizaje que se adquiere en la familia de origen. Si este núcleo familiar fue un espacio con situaciones abusivas o maltratadoras, las creencias y patrones de naturalización con respecto a la violencia se transmitieron (González, 2011). Al transmitir esta conducta a las nuevas generaciones, la

violencia se naturaliza como un estilo de relación legítimo para el sistema familiar, aprendido como un modelo de convivencia que presenta un repertorio conductual que busca según las creencias del sistema, mantener el equilibrio entre lo que cada miembro aporta o recibe, internalizando y legitimando normas y pautas (Palma, 2007). El conflicto se presenta como parte de un proceso interactivo interno y actúa como sistema de control en este tipo de familias con dinámicas abusivas, manifestándose en violencia intrafamiliar (Iturrieta, 2001). Por tanto, en estas familias marcadas por la violencia o el estrés acumulado, se producen alteraciones de la mentalización ligadas a dinámicas comunicacionales empobrecidas. El juego, o el compartir y dialogar acerca de experiencias significativas, son escasas (Pitillas, 2021). La comunicación suele estar centrada en la conducta y en los efectos de la misma, fundamentalmente en lo que estos aportan al bienestar o malestar de los padres (Minuchin, 1967). Se trata de una comunicación muy articulada en torno al poder y la coerción, que impide al menor llevar sus experiencias a un espacio común donde pueden ser pensadas y narradas colaborativamente (Pitillas, 2021).

Para el niño, comprender la mente del adulto maltratante es un reto desbordador. Entre otras cosas, reconocer el odio parental supone experimentarse a uno mismo como un ser odioso. Una solución a esto es evitar el reconocimiento de los estados mentales ajenos (en un primer momento los del cuidador y, más adelante, los de otros) (Fonagy, 1999). Alternativamente, el menor puede hipertrofiar su capacidad mentalizadora: la vigilancia de los estados mentales del cuidador permitiría saber qué va a pasar, y cuándo. Esta tendencia a hipermentalizar ha sido observada en adolescentes y adultos con trastorno límite de personalidad, un cuadro estrechamente vinculado al trauma infantil (Sharp, 2014).

Cualquiera de las dos estrategias de supervivencia (evitar el reconocimiento de los estados mentales ajenos y/o hipermentalizar) supondrían un bagaje frágil y poco sostenedor para el adolescente de cara al inicio de su proceso de autonomía con respecto a las figuras parentales. Como sabemos, el germen de la relación con los demás estará marcado por la interiorización que el menor hizo de las imágenes parentales. En esta etapa, esa interiorización va a ser actualizada de manera primordial en el contacto con sus iguales. Si durante las etapas previas a la "salida al mundo" la violencia se ha naturalizado como un estilo de relación legítimo y un modelo de convivencia, esto supondrá un factor de riesgo importante en cuanto al tipo de relaciones que podrá establecer el menor.

En este sentido es alarmante observar que existe una tendencia general de la presencia de la violencia entre iguales cada vez mayor en los ambientes escolares (Gázquez, Cangas, Pérez, Lucas, 2009) convirtiéndose en uno de los temas fundamentales a considerar en las aulas de toda Europa (Fine-Davis y Faas, 2014; SchultzeKrumholz et al, 2015). Existen distintos términos para referirnos a este fenómeno: acoso escolar, bullying o violencia entre iguales. La forma en que se comete puede ser verbal, física o de aislamiento social hacia la víctima (Pedreira, Bernardino, Cuesta, Bonet, 2011). En este tipo de relaciones entre el agresor y la víctima, se observa un esquema de dominio-sumisión que derivan en un comportamiento de desequilibrio de poder en las relaciones interpersonales (Avilés y Monjas, 2008; Ortega y Mora Merchán, 2008). Otra forma importante de violencia relevante en esta etapa se da en relaciones establecidas en el marco del amor romántico. Las relaciones que se establecen en este marco, relaciones fusionales, son aquellas en las que la individualidad desaparece y la pareja lo inunda todo (el uso del tiempo, del espacio, las actividades etc.),

como en las relaciones de dominio, en las que una parte somete a la otra, que ha dejado de tener autonomía personal, y gestiona el tiempo, el espacio y las actividades de la pareja (Fundación Mujeres, 2009). Según Montserrat Moreno Marimón, Alba González y Marc Ros (2007) estas relaciones se caracterizan por mostrar una idealización del amor y una entrega incondicional a la relación amorosa, una valoración de la autorrenuncia para satisfacer a la otra persona, un elevado sentimiento de protección y cuidado del otro por encima de la satisfacción de sus propias necesidades e intereses, un concepto del amor que implica sacrificio del yo, identificación con el otro y entrega total a sus deseos, y un deseo de conservar los vínculos de pareja por encima de cualquier otro tipo de consideraciones. En este sentido, es importante recordar que el concepto de amor romántico (y los mitos derivados) no sólo no es ajeno a la socialización de género si no que es impulsado y sostenido por ella (Ruiz Repullo, 2009). Blanca Cabral y Carmen García (2001) sostienen que la socialización de las mujeres y las niñas incorpora elementos como la pasividad, la sumisión o la dependencia que las hacen precisamente más vulnerables al padecimiento de comportamientos violentos y a la asunción del rol de víctimas.

Como se puede observar, el haber sufrido dinámicas abusivas en el seno de las relaciones de apego primarias supone una implicación crucial para el tipo de relaciones que el menor puede establecer posteriormente, pero uno de los efectos más devastadores del trauma relacional temprano están en las distorsiones que este provoca sobre el desarrollo de la identidad del menor (Pitillas, 2021). Según Erick Erikson (1980) en esta etapa de la adolescencia, el menor debe pasar por una crisis de identidad, para encontrar su nuevo Yo. A su vez, mencionaba Jeammet (1994) que la adolescencia constituye un interrogatorio de la solidez de las bases de la identidad del niño. Por tanto, aquellos menores que hayan crecido en el marco de interacciones crónicamente inseguras, se ven empujados a disociar o excluir algunos aspectos de su experiencia, por un lado, así como a incorporar en su imagen de ellos mismos aspectos negativos, destructivos, que están en las interacciones traumáticas y pasan a formar parte de su identidad. Estas relaciones de apego traumáticas constituyen una ruptura temprana de los sentimientos básicos de confianza, autonomía y agencia que están en la base de la autoestima y de un funcionamiento social saludable. Como si de una casa embrujada se tratase, la identidad del menor ha sido habitada por "vozes" negativas, persecutorias, que son parte ahora de la historia que el niño y/o adolescente se cuenta acerca de sí mismo (Pitillas, 2021).

Sobre este marco de referencia introductorio, a continuación vamos a exponer el proceso de evaluación y tratamiento psicoterapéutico dentro de un hospital de día de la zona norte de Madrid, de una adolescente de 14 años con una historia que abarca todos los factores mencionados previamente y sus implicaciones: malos tratos físicos y emocionales por parte de las figuras parentales, dinámicas familiares disfuncionales previas a su nacimiento, historial autobiográfico de los padres caracterizado por eventos estresantes, transmisión transgeneracional del trauma, fallas en la mentalización, elección de relaciones con iguales caracterizadas por la violencia vivida en el seno familiar etc. Es importante señalar que el hospital de día en el que se está llevando a cabo el tratamiento (el cual está en curso) forma parte del sistema nacional de salud, y por tanto el tratamiento de la menor que detallaremos a continuación reflejará las características propias de la atención ofrecida en este encuadre.

SITUACIÓN BASAL Y MOTIVO DE CONSULTA

L. es una adolescente de 14 años, de nacionalidad española, con historia previa en salud mental durante la infancia. La paciente retoma el contacto con psiquiatría en febrero del 2022, a los 14 años de edad por autolesiones, ideas pasivas de muerte y sintomatología ansiosa. Ante la dificultad de contención ambulatoria, su psiquiatra realiza la derivación al Hospital de Día de Adolescentes (HD) en el mes de junio de ese mismo año. Se realizan diferentes sesiones de evaluación por parte del equipo multidisciplinar del HD, y la paciente pasa a realizar el tratamiento intensivo en la unidad desde el mes de septiembre del 2022.

La paciente es hija única de padres separados por situación de violencia de género en el año 2016 cuando la menor tenía 8 años. Actualmente la menor convive con la madre en un piso de alquiler desde hace un año. A nivel de escolarización, está cursando 3º ESO con importantes dificultades para acudir al centro escolar, aunque sin problemas referidos en cuanto al rendimiento estrictamente académico. No ha repetido ningún curso. Presenta una escasa red social, caracterizada por vínculos altamente fusionales. Como aficiones comenta que le gusta dibujar, ir a la gatoteca, y la música.

HISTORIA CLÍNICA

A nivel de antecedentes personales somáticos, la paciente no presenta alergias conocidas, enfermedades médicas de interés ni intervenciones quirúrgicas. La paciente describe un historial de molestias gastrointestinales frecuentes del que se descartó origen orgánico.

En cuanto a los tóxicos la menor presenta consumo puntual de alcohol en contexto social, sin llegar a la embriaguez. Ha iniciado hábito tabáquico durante el verano del año 2022, el cual mantiene en la actualidad con el consumo de 1 o 2 unidades al día. Niega el consumo de otros tóxicos.

En cuanto al recorrido en salud mental, la paciente inicia seguimiento con psiquiatría y psicología clínica a los 8 años de edad, en el año 2016, tras ser derivada por su médico de cabecera al verbalizar ideas de suicidio y ánimo bajo en contexto de separación de los progenitores por violencia de género. La menor realiza seguimiento durante un año con ambas especialidades y es dada de alta en el año 2017 con el diagnóstico F43.2 Trastorno de adaptación. Entre los años 2018 y verano del 2022 la menor realiza seguimiento por psicología en un Centro de Atención Psicoeducativa para mujeres y sus hijos víctimas de violencia de género (CAPSEM). Como mencionábamos previamente, la paciente retoma contacto con psiquiatría en el 2022, a los 14 años de edad por autolesiones, ideas pasivas de muerte y sintomatología ansiosa. Debido a la agudización del cuadro, escalada sintomatológica y dificultad de contención desde el centro de salud mental, es derivada al Hospital de día de adolescentes. En el parte de derivación al Hospital de día, la psiquiatra propone como diagnóstico actual de la paciente F98.9 Trastornos de conducta y emociones no especificados cuyo inicio se presenta habitualmente en infancia y adolescencia.

En cuanto a los antecedentes familiares, no refieren antecedentes somáticos de interés. A nivel de salud mental, la madre de la paciente presenta seguimiento psicoterapéutico en el Centro de Atención

Psicoeducativa para mujeres y sus hijos, víctimas de violencia de género (CAPSEM) desde el momento del divorcio hasta la actualidad (2018-2023). A su vez, ésta ha precisado una baja laboral de un mes de duración por sintomatología ansiosa reactiva a la problemática familiar en el año 2022. Tanto la paciente como su madre desconocen antecedentes en la rama paterna.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

De cara a la entrada de la paciente en la unidad se han realizado diferentes sesiones de evaluación a nivel multidisciplinar (psicología, psiquiatría, enfermería y terapia ocupacional) y se ha hecho uso de diferentes herramientas clínicas que permiten una mayor comprensión del estado actual de la menor y favorecen el planteamiento de un plan individualizado de tratamiento ajustado. A continuación, vamos a detallar cada una de las mismas.

- **Entrevistas clínicas iniciales y exploración biográfica**

En las entrevistas clínicas mantenidas inicialmente con la paciente y la madre de ésta, hemos tenido como objetivo poder hacer un repaso por la biografía de la menor, entender la presentación actual del cuadro, poder valorar el nivel de gravedad sintomatológica y sufrimiento psíquico, conocer a la figura principal de referencia de la menor, explorar la hipótesis explicativa de ambas de lo que está ocurriendo a nivel familiar y valorar motivación hacia el tratamiento y la demanda.

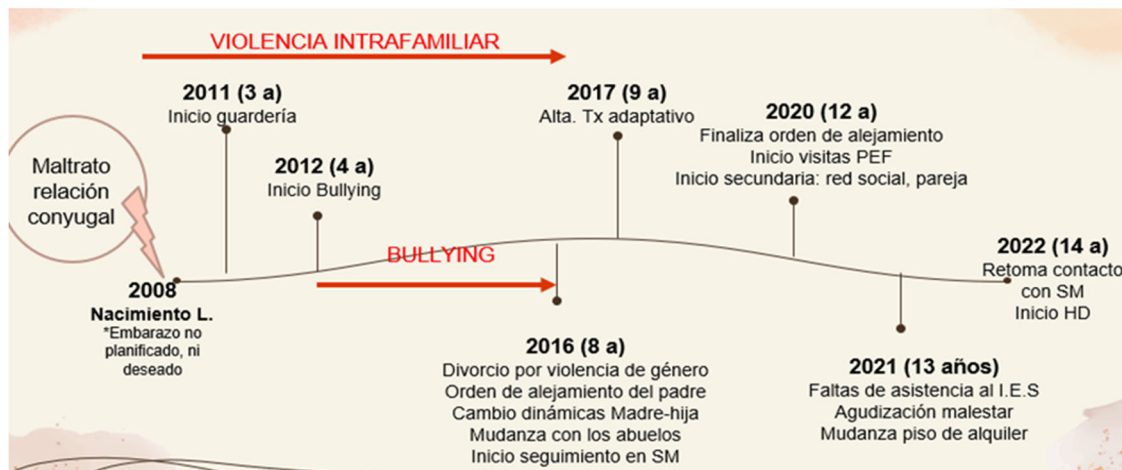
En cuanto al repaso biográfico, comenzaremos por la sesión realizada con la madre de manera individual, dedicada la exploración de los hitos del desarrollo:

La madre nos comenta que se trató de un embarazo no planificado ni deseado. A pesar de ello, fue un embarazo controlado y sin riesgo, con parto vaginal a término y sin complicaciones. El bebé pesó 3,140 kg y midió 49 cm al nacer. Lactancia materna mixta mantenida hasta los 6 años con finalidad de calmar en momentos de malestar. La paciente era buena comedora y no presentó dificultades en la transición a sólidos ni rechazó texturas. A nivel de temperamento la describe como un bebé con rabieta frecuentes que le costaba calmar, aunque el padre presentaba mayor facilidad en poder regularlas según comenta. En cuanto a la psicomotricidad no presentó problemas. Inició marcha deliberada a los 13 meses sin gateo previo. El control de esfínteres se consiguió a los 2 años sin retrocesos. No recuerda si la menor presentó angustia del octavo mes. En relación a esto nos comenta que no dejaban al bebé al cuidado de ningún familiar y/o amigos cercanos, por lo que el contacto inmersivo en lo social no lo presentó hasta la entrada a la guardería a los 3 años. En cuanto al desarrollo del lenguaje la paciente mostró intención comunicativa mediante gestos protodeclarativos y protoimperativos, previo a la adquisición de la palabra. Primeras palabras al año con buen desarrollo del lenguaje posterior, sin precisar logopeda. En cuanto al sueño, la madre expresa dificultades desde bebé para conciliar el sueño y con presentación de despertar precoz. Niega presencia de pesadillas, terrores nocturnos, y/o sonambulismo. En cuanto a la socialización la madre comenta que a la paciente le costó la separación y adaptación a la guardería a los 3 años, pero posteriormente se dio un ajuste adecuado y

socialización con un número reducido de pares. En cuanto a miedos o fobias evolutivas la menor ha presentado miedo a las avispas y a las moscas con repercusión conductual (negación de ir a la piscina o a comer en el exterior), las cuales están resueltas en la actualidad.

En cuanto a la exploración de los eventos importantes en la vida de la menor posteriores a esta etapa, hemos hecho uso del ejercicio de la línea de vida. Se trata de una herramienta clínica extremadamente útil para identificar y destacar momentos clave en la vida de las personas, a la vez que permite ubicarlos en el tiempo. Proporciona una síntesis de la trayectoria personal de cada uno sostenida en una representación gráfica. En el caso de L. hemos decidido realizar dos líneas de vida: una realizada por la paciente de manera individual en el domicilio que posteriormente trajo a sesión y otra elaborada por los profesionales a partir de los datos que fueron aportados por la paciente y la madre, y que mostraron ser relevantes para entender la trayectoria personal de la adolescente.

Comenzaremos planteado la línea de vida elaborada por los profesionales y posteriormente realizaremos el contraste con la que la paciente trajo a consulta:



Iniciaremos el recorrido de su trayectoria vital destacando la situación de maltrato expresada por la madre por parte de su ex pareja, previo al nacimiento de la menor, ya que nos parece un contexto de una enorme influencia en el posterior desarrollo de los acontecimientos. La madre nos comenta que el embarazo de L. no fue planificado ni deseado, pero a pesar de ello deciden tenerlo y es lo que motiva el inicio de la convivencia entre ambos.

Uno de los primeros eventos que identificamos como relevantes, es el inicio de la guardería por parte de L. a los 3 años con dificultades en la separación y la adaptación. A los 4 años la paciente nos comenta que se inicia una situación de bullying por parte de los compañeros hacia la misma, que se mantiene hasta los 8 años. "se reían de mi porque lloraba mucho y era muy sensible" "una vez me tiraron por las escaleras". Refiere que estas situaciones venían por parte de la que ella consideraba su mejor amiga. En sesión nos comenta que no entendía porque lo hacía, pero no lo consideraba como alarmante, y no necesitó cambiar la manera de relacionarse con la misma, ni el estatus de "mejor amiga" en su vida según comenta. Finalmente,

estas situaciones cesaron con el cambio de clase y el consecuente alejamiento por falta de proximidad física y temporal.

El siguiente hito autobiográfico importante ocurre en el 2016 a los 8 años de edad, cuando se produce el divorcio entre sus padres, tras la denuncia por violencia de género interpuesta por la madre. La madre de L. refiere que el desencadenante último de la separación fue revelar en un momento de discusión que estaba manteniendo una relación paralela. Comenta que esto agudizó las situaciones de violencia en el domicilio. Refiere que estas se daban tanto hacia ella, como de manera menos intensa hacia L. La madre nos comenta que esa época fue muy difícil para la menor, quién reaccionó enfadándose con ella y culpándola por haberla engañado a ella también. Sostiene que esa situación marcó la relación con su hija, ya que desde entonces intentó que ésta no se enfadara con ella, intensificó el tiempo compartido con la menor y no realizaba ninguna actividad de ocio sin la misma.

La madre nos comenta que inicia esta relación paralela cuando L. empieza la guardería. La describe como una relación de maltrato a su vez. Decide poner fin a la relación el mismo mes que se separa del padre de L., pero se da una situación de acoso de este hombre hacia ella durante los 4 años posteriores, por lo que interpone una denuncia y finalmente esta pareja tiene una orden de alejamiento hacia ella.

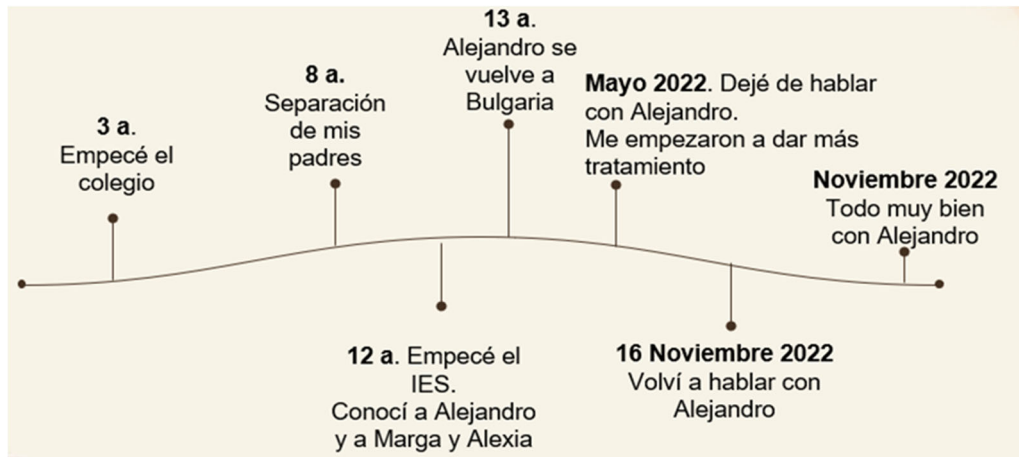
Tras la separación L. y su madre se trasladan a vivir con los abuelos maternos. L. vive a sus abuelos y su casa como un lugar seguro según lo descrito en sesión. Tras 5 años de convivencia con los mismos se trasladan en 2021 ambas a un piso de alquiler.

En 2016, el año de la separación, la menor inicia seguimiento en Salud Mental (SM) con psicología y psiquiatría, por sintomatología ansioso-depresiva, ideas de muerte en momento de mayor agudización y gestos autolesivos.

Tras la separación la madre tiene la guarda y custodia de la menor, manteniéndose la patria potestad para ambos padres. Al padre de L. se le interpone una orden de alejamiento de 4 años hacia ambas. Esta finaliza en 2020 sin ninguna acción del padre contra ellas. Actualmente L. ve a su padre en un punto de encuentro familiar (PEF) cada 15 días. Comenta que ahora disfruta parcialmente de esos encuentros, pero que al principio era una situación difícil, ya que éste se enfadaba con ella y triangulaba a la menor en contra de su madre. Comenta que su padre no sabe nada de sus problemas actuales y que no le gustaría que se enterara ya que es muy agresivo y violento.

En el año 2020 la paciente inicia la secundaria y se produce un traslado de centro escolar. L. refiere tener un buen recuerdo de esa época, ya que conoce a sus dos amigas actuales y a Alejandro con el que inicia una relación amorosa. Describe la relación con el mismo como altamente fusional, intensa, y dependiente, hecho que le agrada ya que cuadra con su idea de amor según refiere. Durante el año 2021 la paciente presenta numerosas faltas de asistencia al centro en relación a episodios de malestar. Esto afecta a la promoción gradual en las diferentes evaluaciones, pero es capaz de recuperar todas las asignaturas a final de año. A raíz del aumento del malestar que se produce en esta época, así como la pérdida de funcionalidad, la paciente retoma contacto con Salud Mental y se inicia el proceso de derivación al Hospital de Día.

A continuación, contrastaremos lo expuesto con la línea de vida que la paciente trae a consulta:



Nos parece muy llamativo lo planteado por la paciente por diferentes motivos. En primer lugar, el gran vacío de información en general, y de manera específica el que se observa entre los 3 y los 8 años, momento en el que se dan números eventos de gran impacto en la misma. Al plantearse a la menor, ésta nos contesta "no lo pongo porque todo era igual y se repetía: mi padre me pegaba y me hacía bullying en el colegio". A su vez nos parece muy sorprendente como todo lo que puede identificar como relevante en su vida está en relación con su vínculo con Alejandro, y a su vez la omisión que hace de su malestar, y de su proceso en Salud Mental. Creemos que se trata de un reflejo importante de la manera en la que L. se cuenta su historia, la cual representa una narrativa muy empobrecida, caracterizada por omisiones, negaciones y falta de integración de eventos de crucial importancia. Esta manera de contarse su historia tiene una relación de peso con el cuadro actual que trae a consulta y la manera de elaborar los retos del momento específico del ciclo vital.

La presentación inicial del cuadro que observamos al inicio del tratamiento en hospital de día se caracteriza por: bajo estado de ánimo y sintomatología ansiosa acompañada de labilidad emocional, con episodios de llanto frecuentes, y frustración ante estresores cotidianos principalmente en contexto relacional con los pares. La paciente refiere ser muy dependiente en las relaciones tanto las de amistad como las de pareja. En relación a esto se muestra muy demandante en los vínculos más cercanos (su madre, sus dos amigas del IES y Alejandro). En este contexto cuando vivencia que su demanda no es correspondida, se producen picos de ansiedad e ideas autolesivas acompañadas de cortes o arañazos, que ocasionalmente han producido visitas a urgencias sin necesidad de ingreso.

Durante la exploración observamos un cuadro similar de sintomatología ansioso depresiva y gestos autolesivos coincidente con el divorcio de sus padres, a los 8 años, el cual llegó a estabilizarse, pero se ha retomado y disparado de manera más compleja en la relación con iguales. Sostiene que, aunque los cortes aparecieron por primera vez a los 8-9 años, se han convertido de una adicción a partir del año 2021, coincidente con el establecimiento de relaciones más íntimas en el Instituto y la consecuente repercusión en el ánimo.

Presenta un autoconcepto frágil. Se define como muy sensible y con una importante tendencia al llanto, el cual siente que se dispara de manera casi automática según comenta. Presenta conductas evitativas en el contexto escolar. Sostiene no percibir la escolarización como un objetivo prioritario, ni le genera malestar la disincronía en cuanto a poder seguir las evaluaciones ordinarias. Durante el último año comenta haber pasado más tiempo fuera de clase o en enfermería los días que llegaba a acudir, realizando demandas frecuentes de que su madre viniera a recogerla, ante las cuales la madre respondía sin demora.

Durante la entrevista inicial con la madre nos comenta ver mejor a la paciente durante los últimos meses, correspondientes al periodo estival, y lo relaciona con que ésta no ha tenido contacto con su amigo Alejandro. Muestra importante preocupación de cara a septiembre, el reinicio del instituto y el volver a entrar en contacto con él.

En cuanto a la motivación inicial hacia el tratamiento y la demanda, la madre refiere que le gustaría que el tratamiento en HD le ayudara a L. para que pudiera estudiar y relacionarse con iguales de forma adecuada, controlar las autolesiones y mejorar su autoestima. A su vez nos demanda pautas para identificar cuando tiene una crisis y saber cómo abordarla, y ponerle límites. En cuanto a la paciente, inicialmente no hace crítica del cuadro actual ni le genera deseo de cambio. Sostiene que quiere recibir ayuda en cuanto a "seguir con ganas de vivir hasta que pueda resolver las cosas con Alejandro".

- **Genograma**

Planteamos la realización del genograma dentro de las sesiones de evaluación inicial con la finalidad de conocer las principales figuras que han configurado el contexto relacional temprano de la menor, la estructura familiar, así como observar patrones relacionales en el marco de estos vínculos.

L. es hija única. Ha convivido con ambas figuras parentales hasta los 8 años de edad, momento en el que se produce la separación entre ambos.

La madre tiene 40 años, es profesora de baile moderno y a su vez está estudiando la carrera de sociología en la actualidad. L. refiere una buena relación con ella, y la describe como su principal figura de apoyo de siempre, y como una persona dulce y sociable. Es interesante destacar el llamativo parecido físico entre ambas, optado las dos por un estilo de corte infantiloides y de apariencia naive. La relación entre ambas presenta tintes fusionales, con importantes dificultades por parte de la madre para poner límites durante el ejercicio parental, y mostrar desacuerdo con conductas de la menor, las cuales ocasionalmente la colocan en una situación de riesgo. Simetría de posición entre ambas dentro del núcleo familiar.

El padre tiene 59 años, es de origen paraguayo, y carece de estabilidad a nivel laboral, realizando actuaciones musicales de manera ocasional. L. le describe como una persona agresiva y explosiva. La relación entre ambos ha estado marcada por la violencia física y emocional ejercida por el padre hacia la menor hasta el momento de separación entre los padres. El padre desconoce el historial en salud mental de la paciente, ya que ésta tiene miedo de compartir sus vivencias personales. Nos comenta sentir que se desdobra en los momentos en los que visita al padre en el punto de encuentro familiar "Soy otra L." A pesar de ello tiene deseo de mantener la relación con él, y conecta emocionalmente con el historial biográfico del progenitor, provocándole una mayor comprensión de sus actos sin llegar a justificarlos.

En cuanto a la rama materna les describe como una familia unida, aunque con conflictos. Los abuelos viven ambos y han sido una base de estabilidad para la menor, ya que, tras la separación de sus padres, ella y la madre se trasladan al domicilio de los abuelos, pasando a convivir durante 5 años, hasta el año 2021. Refiere haberse sentido segura durante la convivencia con los mismos. Expresa que el conflicto viene principalmente entre su tío y su madre, llegando ambos a cortar la comunicación durante dos años. Nos comenta que el

conflicto era en relación a que su tío desaprobaba la relación entre su hermana y el padre de L. Actualmente han retomado contacto, pero refiere que no se trata de un vínculo estrecho.

En cuanto a la rama paterna, L. no llegó a conocer a los abuelos ya que esto fallecieron antes de que la misma naciera. Recientemente nos comenta que se han puesto en contacto con ella dos hermanastros por parte del padre, provenientes de relaciones previas, que viven en Paraguay de los que ni ella ni la madre tenían conocimiento. Desconocen otros datos de la rama paterna.

- **Pruebas psicométricas**

Con el objetivo de completar la evaluación y apoyar el juicio clínico en pruebas psicométricas de carácter más estandarizado, hemos optado por administrar a la paciente las siguientes pruebas:

- **Inventario clínico de Millon para adolescentes (MACI; Millon, 1993)**

El MACI es una prueba que ha sido diseñada para evaluar características de personalidad y síndromes clínicos en adolescentes de 13 a 19 años.

En cuanto a los prototipos de personalidad la paciente presenta una prominencia de un estilo de personalidad caracterizado por los rasgos pesimista (depresivo), sumiso (dependiente) y autopunitivo (autodestructivo).

En cuanto a los síndromes clínicos presenta puntuaciones altas en afecto depresivo y tendencia al suicidio.

Es importante señalar en cuanto a los índices de fiabilidad (transparencia, deseabilidad y alteración) que la paciente presenta una alta puntuación en alteración, que sería un intento de devolver una imagen de sí misma más perturbada de lo que realmente está. A pesar de ello el informe es válido.

- **Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA; Fernández-Pinto, 2015)**

A su vez hemos administrado el SENA, que es un instrumento dirigido a la detección de un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta desde los 3 hasta los 18 años.

En cuanto a las escalas de control, la paciente destaca en inconsistencia (ha respondido a los items de forma inconsistente, sin prestar atención o al azar) e impresión negativa (devuelve una imagen de sí mismo extremadamente desfavorable, negativa o distorsionada) por lo cual los resultados deben ser tenidos en cuenta con precaución.

Dentro de los índices globales, la paciente presenta una alta puntuación en el índice de problemas emocionales, en el índice de problemas contextuales (presenta un comportamiento disruptivo que provoca fricciones con su entorno) y en el índice global de problemas (amplio rango de problemas y un nivel de afectación y malestar importante).

Dentro de las escalas de problemas presenta una puntuación clínicamente significativa en casi todas las escalas de problemas interiorizados: depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas y sintomatología postraumática. Por el contrario, dentro de los problemas exteriorizados solamente puntúa alto en la escala de problemas de atención.

Dentro de los problemas contextuales presenta altas puntuaciones en los problemas en el ámbito familiar y de la escuela.

Dentro de las escalas de vulnerabilidad presenta alta puntuación en la búsqueda de sensaciones. Se trata de un factor de riesgo asociado con la realización de conductas arriesgadas y peligrosas para la salud y seguridad de la persona.

En cuanto a las escalas de recursos personales que contribuyen a una mejor adaptación de la persona a su entorno, la paciente destaca en una autoestima adecuada, integración y conciencia social, así como conciencia de los problemas.

A su vez hemos aplicado la versión del SENA para un informador allegado a la madre. Se observa una concordancia entre ambas en cuanto a la visión de cuáles son los problemas que identifican como relevantes en el cuadro que la paciente actualmente presenta. Como únicas diferencias a destacar, es la capacidad de la madre de identificar cierto trasfondo de problema en el control de la ira, el cual la paciente no identifica como tal, así como el aislamiento dentro de las escalas de vulnerabilidad.

- **Formulación clínica del caso**

La obtención de los datos tras la realización de la evaluación desarrollada previamente, nos permite afirmar que se trata de una menor con unas bases altamente dañadas con las figuras de apego primarias: una relación con el padre marcada por la violencia física y emocional ejercida hacia la menor en un momento vital altamente vulnerable, unido a una madre que a pesar de suponer el elemento de constancia objetal, presenta dificultades en protegerla de ese daño durante muchos años, el cual finalmente se cierra mediante un proceso legal y las consecuencias que esto supone para una niña de 8 años. A su vez son reseñables las dificultades de la madre en poner límites de carácter protector hacia la menor, al vivirlos como un ejercicio de autoridad con el que no se identifica, e impresiona de querer sobrecompensar la figura excesivamente autoritaria del padre. A pesar de ello es importante destacar la presencia estable de la madre durante la crianza de la menor, así como el elemento de base segura que ejercen los abuelos maternos, los cuales han podido dar soporte y estructura en un momento de numerosos cambios. Es relevante señalar como esta base tan frágil ha supuesto un factor determinante en la menor a la hora de formar parte de relaciones de tipo complementariedad rígida (agresor-agredido) y/o altamente fusionales, y propensas a dinámicas violentas, y las consecuencias que todo esto implica en cuanto a la construcción de su identidad, realizando una definición de sí misma poco empoderada y al servicio de los demás.

OBJETIVOS Y PLAN DE TRATAMIENTO

En base a toda la información recogida, planteamos de manera conjunta con la paciente un plan individualizado de tratamiento y compromiso terapéutico uniendo las perspectivas tanto del equipo multidisciplinar como de la menor.

Inicialmente la paciente presenta dificultades a la hora de plantearse algún objetivo en el trabajo psicoterapéutico más allá de no volver a intentar hacerse daño.

En conjunto con la misma, y teniendo en cuenta las distintas áreas a abordar, planteamos los siguientes objetivos terapéuticos:

- Trabajar habilidades de regulación emocional y estrategias de manejo más adaptativas.
- Trabajar habilidades interpersonales y favorecer relaciones con iguales más diferenciadas.
- Trabajar relaciones intrafamiliares, el proceso de separación-individuación y el desarrollo de una narrativa familiar coherente, completa y dotada de significado.
- Trabajar hábitos de vida saludable (alimentación, sueño, capacidad física).
- Tras el planteamiento de los objetivos acordamos que la paciente acudiría cuatro días en semana en horario de tarde. En estos cuatro días, aparte de las sesiones individuales que mantendría con las diferentes especialidades de forma semanal, acudiría a los siguientes grupos:
 - Dos grupos de psicoterapia semanales dirigidos por psicología clínica y psiquiatría para abordar el área de la gestión emocional, las relaciones familiares y las relaciones con los pares.
 - Dos grupos dirigidos por enfermería para trabajar hábitos de vida saludable y estrategias de relajación.
 - Dos grupos dirigidos por terapia ocupacional para aprender a expresarse mediante vehículos diferentes a la palabra (arteterapia y ludoterapia).

Al ser un trabajo tan intensivo, habría un espacio reglado y reservado para el trabajo a nivel académico y de cara al fin de semana se realizaría una planificación supervisada de ocio saludable junto a enfermería y terapia ocupacional.

En cuanto al trabajo familiar, éste se abordaría los viernes en el grupo de padres y semanalmente de forma individual.

Con respecto al plan de tratamiento a nivel farmacológico se realiza inicialmente la siguiente propuesta, la cual es aceptada y tolerada por la paciente:

- Risperidona 1 mg: 1-0-1
- Fluoxetina 20mg/día: 1-0-0
- Lorazepam 1 mg si insomnio o ansiedad

EVOLUCIÓN EN HOSPITAL DE DÍA

La paciente ha mostrado una adherencia regular desde el inicio de HD en septiembre del 2022, lo cual ha permitido realizar un trabajo adecuado y desde una posición activa de la misma.

En primer lugar y ante lo alarmante de la situación hemos abordado de manera intensiva la importancia de poder acudir al centro escolar. En este sentido realizamos una coordinación con el instituto, donde la orientadora nos detalla el malestar emocional y social de la paciente en el IES, pero su alta capacidad en cuanto al rendimiento académico. A su vez nos comenta tener preparado el expediente de absentismo, pero no haberlo puesto en marcha ante las dudas de manejo del caso, el cual viven como desbordante. La paciente nos comenta que este tema es lo último que le preocupa actualmente, ya que además vive el acudir el centro como ponerse en peligro por el miedo de autolesionarse. Nos comenta que cuando no acude al IES se queda

en casa durmiendo o llorando. Se da una actitud altamente permisiva por parte de la madre en cuanto a esta área. Trabajamos con la misma un plan de acción ante la demanda de L. de quedarse en casa: si ésta plantea un malestar físico acudir al médico y si se da un malestar emocional valorar el nivel de gravedad y/o urgencia, y en ese sentido acudir al servicio de urgencias o poder aplazarlo hasta la tarde donde será trabajado en el HD. El objetivo es que no se dé la opción de permanecer en el domicilio, ya que el uso de esta estrategia de corte evitador tiene un alto impacto en su funcionalidad y la aleja de estar en contacto con sus iguales. Mediante este plan de acción se obtienen resultados graduales, llegando la paciente a acudir al instituto 5 días seguidos por primera vez en todo el año en el mes de noviembre, siendo esto el tiempo máximo conseguido en el último un año y medio. Posteriormente la conducta ha sido parcialmente errática, dejando de acudir en los momentos de mayor malestar y ante la falta de compromiso de la madre con el plan acordado. Es importante señalar que más allá de los momentos más agudos, la menor podía mantenerse en las clases por periodos de 3 días consecutivos, lo cual supone un importante logro frente al basal presentado.

A su vez se ha abordado el aspecto identitario, altamente dañado en esta adolescente. La paciente inicialmente planteaba la siguiente definición de sí misma: "Tengo el cuerpo lleno de cicatrices y siempre estoy llorando, pero no tengo problema con eso; se me da bien amar y ser muy servicial y amable. Se me da mal controlarme en situaciones o sentimientos amargos". El objetivo ha sido ir cuestionando cada uno de estos aspectos, e ir introduciendo una versión menos reduccionista y dañina con respecto a su autoconcepto. Esta área se ha trabajado a nivel operativo mediante habilidades de regulación emocional y habilidades interpersonales.

En cuanto a la gestión emocional trabajamos con la paciente principalmente en el área de poder identificar y expresar las emociones, y de manera más específica el desacuerdo y el enfado, el cual se convertía en una rabia internalizada mediante somatizaciones (como dolores de estómago, ganas de vomitar) y mediante las autolesiones como elemento regulador. Se han obtenido resultados medios en este sentido, aunque las autolesiones han dejado de ser el elemento regulador principal, pudiendo hacer uso de otras estrategias más adaptativas como compartirlo en el HD.

En cuanto a lo interpersonal se ha trabajado en el tipo de relaciones que establece caracterizadas por una entrega incondicional y la consecuencia de llegar a ponerse en situaciones de riesgo (ej: uso inapropiado de las redes sociales). Como resultados se observa una actitud más cuestionadora y crítica en las dinámicas relacionales con iguales, aunque siguen permaneciendo las dificultades en poder expresarlo, esperando recobrar la calma mediante señales externas proporcionadas por el otro.

Así mismo se han observado cambios en cuanto al peso que colocaba inicialmente en su aspecto físico, acudiendo al centro con una indumentaria caracterizada por una combinación de características infantiles, aunque con tintes eróticos y/o sexualizados, mascarilla infantil de Hello Kitty y maquillaje extravagante, hecho que a día de hoy ha conseguido regular.

A nivel grupal inicialmente se mostraba callada, ante la pregunta directa de algún terapeuta realizaba comentarios del tipo "yo no tengo opinión, opino lo mismo que las personas a las que quiero". Actualmente toma la iniciativa de manera espontánea y puede mostrar ideas discrepantes con respecto a sus compañeras. Ha entablado buena relación con las mismas, estando actualmente bien integrada.

Otra parte importante del trabajo en HD se realiza a nivel familiar. En este sentido se ha trabajado con la madre principalmente en el restablecimiento de los límites jerárquicos, ya que ambas se colocaban en una posición de simetría, y en la capacidad de poner límites por parte de la misma, la cual era interferida por el miedo a que L. se enfadara con ella. El enfado de L. lo vivía como insoportable, adoptando una actitud complaciente y poco protectora con la misma. A su vez hemos trabajado en la disminución de sus estrategias evitadoras del conflicto y que el conflicto se pueda dar de manera controlada y gradual en casa, pudiendo mostrar desacuerdo con conductas de L. y expresarlo, comprobando que no se produce una ruptura del vínculo y actuando como modelo para la menor. Así mismo se ha abordado la necesidad de la madre de responder de manera urgente ante cualquier demanda de L., pudiendo aumentar su tolerancia a la frustración. El objetivo último que nos planteamos, es que la madre pueda transmitirle a la paciente otros modelos de relación. En este ámbito hay mayores dificultades, ya que la madre se identifica con la posición de la paciente en las relaciones. En este contexto verbaliza que esta forma de relacionarse de L. puede hacer que acabe en una relación de desigualdad, maltrato y abuso, pero no hay un insight ni sintonía emocional ante la gravedad de lo planteado.

Los resultados obtenidos hasta el momento nos parecen congruentes con el tiempo de tratamiento en HD y el nivel de gravedad inicial de la paciente.

Planteamos como objetivos a medio y largo plazo el poder trabajar en la creencia rígida e idealizada del amor romántico en las relaciones y el riesgo consecuente del establecimiento de relaciones de maltrato y desigualdad, la perpetuación de las dinámicas transgeneracionales, y el poder elaborar una narrativa completa, coherente y dotada de significado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Consideramos que el caso de L. constituye una representación ajustada de como una sintomatología aparentemente de corte externalizante caracterizada por autolesiones, ideación autolítica, y una demanda sustancial en los vínculos cercanos, encubren un sufrimiento de tipo más depresivo. Las características mencionadas más arriba, así como lo detallado de su historia clínica, podría encuadrarse dentro de una estructura de tipo borderline o límite en evolución, pero es reseñable destacar que, en el curso de la terapia, al poder disminuir la parte más aguda del cuadro dentro de un contexto de sostén, se puede observar un enorme sentimiento de tristeza, rabia e inseguridad en los vínculos. A pesar de la manifestación más superficial, a lo largo del trabajo con la menor, nos ha sido posible detectar un fondo de corte depresivo de larga data, recibiendo especial mención el retraimiento social y académico que la menor presenta como síntoma más refractario al tratamiento. Así mismo nos parece importante mencionar que cada sujeto "hace síntomas desde donde puede y desde donde le atienden", y en este sentido nos parece fundamental señalar el trabajo con la familia, y contextualizar los síntomas de la menor dentro de las dinámicas familiares "permitidas". Trabajar en el vínculo padre/madre-hijo/a y las dinámicas y patrones relacionales establecidos, suponen la piedra angular en el trabajo con niños y adolescentes. La relativa plasticidad del apego infantil, y su sensibilidad a las intervenciones centradas en el vínculo, constituyen una razón más para desarrollar este

tipo de trabajo terapéutico con los padres. El objetivo sería plantear un abordaje que busque cambiar las relaciones padres-hijos desde dentro. Esto implica un trabajo centrado en las imágenes que los cuidadores tienen del niño y de sí mismos, el sentido que dan a su experiencia de ser padres, o el efecto de sus daños relacionales sobre la relación actual con sus hijos (Pitillas, 2021). La capacidad de los padres de reconocer sus traumas tempranos (en el caso de que los haya) y comprender cómo estos influyen sobre su experiencia de parentalidad, así como de reconocer los estados subjetivos de sus niños, constituye una clave que diferencia los caminos evolutivos saludables de los patológicos, partiendo de condiciones de riesgo (Berthelot et al, 2015; Fonagy et al., 1991). Una de las líneas comunes de intervención centrada en el vínculo consiste en el robustecimiento de la mentalización parental (Pitillas, 2021). La investigación apunta que cuando los padres traumatizados son capaces de mantener una actitud mentalizadora más o menos robusta, el efecto de los riesgos sobre la crianza se ve muy reducido (Pitillas, 2021).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, J. G. (2012). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. Karnac Books
- Avilés, J. M., y Monjas, M. I. (2008). Estudio de la incidencia de la intimidación y el maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria mediante el cuestionario CIMEI (Avilés, 1999), cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales. *Anales de Psicología*, 21(1), 27-41.
- Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P., y Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 200-212
- Calvo, E. (2020). Adolescencia (Manual de diagnóstico psicoanalítico 2 [Lingiardi y McWilliams, 2017]). *Aperturas psicoanalíticas* 65, 1-32.
- Cabral, B. E., & García, C. T. (2001). Deshaciendo el Nudo del Género y la Violencia. *Otras Miradas*, 1(1), 60-76.
- Delgado, C. (2015). *Acciones para el tratamiento de la personalidad en la adolescencia (ATRAPA)*. Madrid, España: Cibersam
- Erikson, E. (1980). *Identidad, juventud y crisis*. Madrid: Ed. Taurus.
- Fine-Davis, M., y Faas, D. (2014). Equality and Diversity in the Classroom: A Comparison of Students' and Teachers' Attitudes in Six European Countries. *Social Indicators Research*, 119(3), 1319-1334. doi 10.1007/s11205-013-0547-9
- Fonagy, P., Steele, H., Moran, G., Steele, M., & Higgitt, A. (1991a). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-217.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991b). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.

- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3. <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000086&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>
- Fundación Mujeres (2009). *Talleres de prevención de violencia de género*. I Foro Internacional Juventud y Violencia de Género. Madrid: INJUVE.
- Gázquez, J.J., Cangas, A., Pérez, M.C., y Lucas, F. (2009). Teachers' perception of school violence in a sample from three european countries. *European Journal of Psychology of Education*, 24(1), 49-59.
- González, M. A. (2011). Mujeres y violencia transgeneracional: mitos y creencias que naturalizan el maltrato en los sistemas familiares. *Revista perspectivas*, 22, 119-137.
- Iturrieta, S. (2001). *Conflictos familiares ¿cómo resolverlos?* Centro de educación a Distancia. Universidad Católica del Norte. Chile.
- Jeammet, P. (octubre de 1994). La identidad y sus trastornos en la adolescencia. Conferencia llevada a cabo en el VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.), Toledo, España.
- Jeammet, P. (noviembre de 2002). La violencia en la adolescencia: una respuesta ante la amenaza de la identidad*. *Psicopatología de la violencia en el niño y en el adolescente*. Conferencia llevada a cabo en el XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, Granada, España.
- Kehl, M. R. (2009). O tempo e o cão: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo.
- Lingiardi, V. y McWilliams, N. (2017). Adolescence. En V. Ligiardi y N. McWilliams, (Eds.), *Psychodynamic Diagnostic Manual, PDM-2* (pp. 263-373). The Guilford Press.
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E. y Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(5), 637-648.
- Minuchin, S. (1967). *Families of the slums: An exploration of their structure and treatment*. Basic Books
- Monteiro, R., Gomes T., Da Luz, L., y Medeiros, M. (2012). Reflexiones sobre la adolescencia y las funciones parentales en la realidad contemporánea. *Aperturas psicoanalíticas*, 41, <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000749&a=Reflexiones-sobre-la-adolescencia-y-las-funciones-parentales-en-la-realidad-contemporanea>
- Moreno-Marimón, M., González, A. y Ros, M. (2007). Enamoramiento y violencia contra las mujeres En Victoria A. Ferrer y Esperanza Bosh (Eds.), *Los feminismos como herramienta de cambio social (II): De la violencia contra las mujeres a la construcción del pensamiento feminista* (pp. 21-34). Palma de Mallorca: UIB.
- Ortega, R., y Mora Merchán, J. A. (2008). Las redes de iguales y el fenómeno del acoso escolar: Explorando el esquema dominio-sumisión. *Infancia y Aprendizaje*, 31(4), 515-528.
- Palma, I. (2007). *Caracterización Teórico Metodológica de las Intervenciones Grupales con Mujeres Víctimas de Violencia en la Pareja*. Universidad de Chile. Santiago de Chile.

- Pedreira, P., Cuesta, B., y Bonet, C. (2011). Acoso escolar. *Pediatría Atención Primaria*, 13(52), 661-670
- Pitillas, C. (2021). *El daño que se hereda: Comprender y abordar la transmisión intergeneracional del trauma*. Bilbao, España: Descleé de Brower
- Rother Hornstein, M. C. (2006). Entre desencantos, apremios e ilusiones: barajar y dar de nuevo. In M. C. Rother Hornstein (Org), *Adolescencias: trayectorias turbulentas*. (pp. 117-135). Buenos Aires: Paidós.
- Ruiz Repullo, C. (2009). *Abre los ojos. El amor no es ciego*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería por la Igualdad y Bienestar Social. Disponible en: [Abre los ojos \(juntadeandalucia.es\)](http://Abre los ojos (juntadeandalucia.es))
- Schechter, D. S., Meyers, M. M., Brunelli, S. A., Coates, S. W., Zeanah, Jr, C. H., Davies, M., ... y Liebowitz, M. R. (2006). Traumatized mothers can change their minds about their toddlers: Understanding how a novel use of videofeedback supports positive change of maternal attributions. *Infant Mental Health Journal*, 27(5), 429-447.
- Schultze-Krumbholz, A., Göbel, K., Scheithauer, H., Brighi, A., Guarini, A., Tsorbatzoudis, H., Barkoukis, V., Pyzalski, J., Plichta, P., Der Rey, R., Casas, J. A., Thompson, F., y Smith, P. (2015). A comparison of classification approaches for cyberbullying and traditional bullying using data from six European countries. *Journal of School Violence*, 14(1), 47-65. doi: 10.1080/15388220.2014.961067
- Sharp, C. (2014). The Social-Cognitive Basis of BPD: A Theory of Hypermentalizing. En Sharp, C. y Tackett, J. L. (Eds.) *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents* (pp.211-225). Springer.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & human development*, 7(3), 269-281.
- Stolorow, R. D. y Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. New York: Routledge