

Informaciones Psiquiátricas

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LOS CENTROS
DE LA CONGREGACIÓN DE HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

Fundada en 1955 por el Dr. D. Parellada

DIRECTOR

Dr. JOSEP TRESERRA TORRES

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Dr. J. A. LARRAZ ROMEO

Dr. CARLOS LINARES DEL RÍO

Dr. I. MADARIAGA ZAMALLOA

Dr. M. MARTÍN CARRASCO

Dr. F. DEL OLMO ROMERO-NIEVA

JEFE DE REDACCIÓN

Dr. J. M. CEBAMANOS MARTÍN

CONSEJO DE REDACCIÓN

Sr. J. M. GARCÍA FERNÁNDEZ

Prof. C. GÓMEZ-RESTREPO

Dr. J. ORRIT CLOTET

Dr. P. PADILLA MENDÍVIL

Dr. P. ROY MILLÁN

ASESORES CIENTÍFICOS

Prof. Dr. E. ÁLVAREZ MARTÍNEZ

Prof. Dr. ARANGO LÓPEZ

Prof. Dr. J. L. AYUSO MATEO

Prof. Dr. A. BULBENA VILARRASA

Prof. Dr. M. CASAS BRUGUE

Prof. Dr. J. L. GONZÁLEZ RIVERA

Prof. Dr. J. GUIMÓN UGARTECHEA

Dr. M. GUTIÉRREZ FRAILE

Prof.^a Dra. C. LEAL CERCOS

Prof. Dr. P. MCKENNA

Dr. M. MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Prof. Dr. L. ORTEGA MONASTERIO

Prof. Dr. J. SÁIZ RUIZ

Prof. Dr. L. SALVADOR CARULLA

Dr. J. TIZÓN GARCÍA

Prof. Dr. M. VALDÉS MIYAR

Dr. E. VIETA PASCUAL

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver:
<http://www.icmje.org>

DIRECTOR ADMINISTRATIVO

Sor Teresa López Beorlegui

BENITO MENNI, COMPLEJO ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL

Dr. Pujadas, 38 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Tel.: 93 652 99 99 / Fax: 93 640 02 68

e-mail: inf-psiuiatrics@hospitalbenitomeni.org / <http://www.hospitalarias.org>

Las referencias de esta revista se publican periódicamente en: IME/Índice Médico Español; PSICO-DOC/Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; CINDOC (ISOC) (CSIC) (IBECS)/Consejo Superior de Investigaciones Científicas; Psiquiatria.com.

Informaciones Psiquiátricas

N.º 206 / 4.º trimestre 2011

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver: <http://www.icmje.org>

INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS aceptará para su publicación, previo informe favorable del Consejo de Redacción, aquellos trabajos que versen sobre temas de Psiquiatría, Psicología o Medicina Psicosomática, y que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los trabajos serán clasificados de acuerdo con las secciones de que consta la Revista y que son las siguientes: Originales, Revisiones de Conjunto, Comunicaciones Breves y Notas Clínicas. A juicio del Comité de Redacción podrán aceptarse aportaciones sobre temas de actualidad, cartas al director, crítica de libros...
2. Los trabajos serán inéditos y no deberán estar pendientes de valoración o publicación en otra revista.
3. Serán remitidos a la Secretaría de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS, calle Doctor Antoni Pujadas, n.º 38, 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona).
4. Los trabajos deberán presentarse en disquete, utilizando el programa Word 97 e impresos en folios numerados escritos a doble espacio por una sola cara.
5. En la primera página deberán constar, exclusivamente, los siguientes datos:
 - Título del trabajo.
 - Filiación completa del autor principal y coautores.
 - Teléfono/s de contacto y correo electrónico.
 - Centro donde se realizó el estudio.
 - Cargo o cargos del autor o autores en el citado centro de trabajo.
6. En la segunda página figurará, nuevamente, el título del trabajo, un resumen del mismo y se deberán añadir de 3 a 6 palabras clave para la elaboración del índice de la revista, todo ello en español e inglés.
7. La estructura del texto se acomodará a la sección donde deberá figurar el trabajo en caso de su publicación.
En el caso de los trabajos originales de investigación, la estructura del texto deberá contar con los siguientes apartados y por el orden que se citan:
 - Introducción.

- Material y Métodos.
 - Resultados.
 - Discusión.
8. Los trabajos deberán ir acompañados de la correspondiente bibliografía, que se presentará en hoja u hojas aparte. Las referencias bibliográficas se citarán numéricamente en el texto y atenderán a las siguientes normas:
 - a) Se dispondrán las citas bibliográficas según orden de aparición en el trabajo, con numeración correlativa, y en el interior del texto constará siempre dicha numeración.
 - b) Las citas de artículos de **revistas** se efectuarán de la siguiente manera:
 - Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
 - Título del trabajo en su lengua original.
 - Abreviatura de la revista, de acuerdo con la norma internacional.
 - Año, número de volumen: página inicial-página final.

Kramer MS, Vogel WH, DiJohnson C, Dewey DA, Sheves P, Cavicchia S, et al. Antidepressants in 'depressed' schizophrenic inpatients. A controlled trial. Arch Gen Psychiatry 1989;46(10):922-8.
 - c) Las citas de **libros** comprenderán por el siguiente orden:
 - Apellidos e iniciales de los nombres de los autores en mayúsculas.
 - En: Título original del libro.
 - Apellidos e inicial de los (ed).
 - Ciudad, Editorial, Año: página inicial-página final.

Thomas P, Vallejo J. Trastornos afectivos y bulimia nerviosa. En: Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Turón J (ed). Barcelona, Masson; 1997: 164-177.
 9. La iconografía que acompañe al texto (tablas, dibujos, gráficos...) deberá tener la suficiente calidad para su reproducción, estar enumerado correlativamente y se adjuntará al final del mismo.
 10. La Redacción de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS comunicará la recepción de los trabajos y, en su caso, la aceptación de los mismos y fecha de su publicación.
El Consejo de Redacción podrá rechazar los trabajos cuya publicación no estime oportuna, comunicándolo, en este caso, al autor principal. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de la Revista.
Una vez publicado el trabajo, el primer autor recibirá 20 separatas, totalmente gratuitas.

ÍNDICE

- 341 INTRODUCCIÓN
FRANCISCO JOSÉ BURGOS BONEL
- 343 LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO EN LOS NIÑOS
Y LOS ADOLESCENTES «EL ARCO IRIS DEL ICEBERG»
ROSA ALMIÑANA MARTORELL, ROGER BALLESCÀ RUIZ, FRANCISCO JOSÉ BURGOS BONEL,
LORENA DELGADO MAGRO, SANDRA LARRUY POUSADA Y ROSA MARÍA PÉREZ CONILL
- 353 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD
(TDA/H) EN LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES:
«*CUERPOS ON/OFF*»
JOAN BEUMALA, MATILDE JIMÉNEZ UTRILLA, JOSÉ CASTILLO,
M.^a CRUZ FERNÁNDEZ-MAYORALAS Y PEDRO RAMOS MIGUEL
- 365 LA SEXUACIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
FRANCISCO JOSÉ BURGOS BONEL, M.^a CRUZ FERNÁNDEZ-MAYORALAS
Y SILVIA TOLCHINSKY
- 375 EL HOSPITAL DE DÍA DE ADOLESCENTES DE MARTORELL
SOLEDAD BERTRÁN, FRANCISCO JOSÉ BURGOS BONEL,
M.^a CRUZ FERNÁNDEZ-MAYORALAS Y SALOMÉ HIELGA
- 385 LA ADOLESCENCIA Y SUS VÍNCULOS: CON LO SOCIAL,
CON LO EDUCATIVO, CON LA TRANSGRESIÓN, CON
EL CUERPO...
JOSÉ CASTILLO, ROGER BALLESCÀ RUIZ, SOLEDAD BERTRÁN Y ALBERTO VALENTINUZZI
- 399 COLABORADORES QUE HAN PARTICIPADO
EN LA EVALUACIÓN DE MANUSCRITOS DURANTE
EL AÑO 2011

INTRODUCCIÓN

FRANCISCO JOSÉ BURGOS BONEL

Psiquiatra Infanto Juvenil del Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Molins de Rei (Barcelona).

Este monográfico sobre salud mental infanto juvenil reúne las presentaciones realizadas en las sesiones clínicas anuales que forman parte del Ciclo General de «Sagrat Cor» Serveis de Salut Mental de Martorell (Barcelona) durante los cursos docentes 2006/7-2010/11.

Las sesiones clínicas forman parte de una tradición que viene de la Psiquiatría europea y que toma como eje central la presentación de un material clínico denominado «caso», a partir del trabajo que los profesionales del equipo llevan a cabo con el paciente. Estas sesiones permiten una discusión entre los asistentes en torno a lo que la presentación pone en el centro del debate.

Varias características, que se exponen en este volumen y que se establecieron como las condiciones particulares de la presentación de los trabajos, acompañaron dichas sesiones clínicas:

- Participación de varios profesionales en la modalidad multidisciplinar; una introducción teórica al tema seguida de las ilustraciones clínicas y/o de las experiencias subjetivas del trabajo de los profesionales.
- Apertura a la participación de la red infanto juvenil, por lo que invitamos a ellas a maestros, profesores, pedagogos y psicólogos de educación, personal de atención primaria de salud, educadores sociales, profesionales de justicia juvenil y de equipos de infancia de bienestar social.

- Un esfuerzo de escritura de lo presentado así como de lo recopilado junto con el trabajo para su edición. De esta manera se han generado textos a partir de lo transmitido oralmente, procurando mantener el sentido de lo conversado.

La clínica infantil y juvenil tiene algunas cuestiones que le son propias y que suponen particularidades a la hora de establecer los tratamientos. De entrada, nos encontramos que la demanda de atención proviene con frecuencia de los padres, de la escuela o en menor medida de la pediatría, por lo tanto son otros los que señalan aquello que no anda en los chicos, e incluso observamos cómo, en ocasiones, son los otros los que verdaderamente se angustian. Surge de inmediato la pregunta por el lugar del chico en lo sintomático. Las presentaciones clínicas son parte de las brújulas que permiten que nos vayamos orientando en las posibles respuestas.

Otra característica de los malestares en estas edades es la dificultad de diferenciar los síntomas que forman parte de una normalidad propia de la evolución del cuerpo y del campo psíquico del sujeto y no de una patología propiamente dicha; así iniciamos el trabajo con «lo normal y lo patológico en la clínica infantil y juvenil». Se trata además de edades en las que la plasticidad, los momentos de constitución o las posibilidades de rectificación forman parte del tiempo y del desarrollo en el que se encuentran estos sujetos.

Si la clínica no es una ciencia según el paradigma actual, las presentaciones que hacen los profesionales de la salud mental, de los trabajos que realizan los pacientes en sus tratamientos, así como sus discursos, sus construcciones e hipótesis, permiten elaborar un saber sobre la clínica —es decir, sobre la causalidad psíquica— en los debates, en la discusión que se genera.

Para finalizar esta introducción quisiera agradecer a todos los que, con su trabajo, han hecho posible esta transmisión: los profesionales que han colaborado en las presentaciones y especialmente los chicos y chicas que nos enseñan día a día en sus tratamientos.

LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO EN LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES: «EL ARCO IRIS DEL ICEBERG»¹

ROSA ALMIÑANA MARTORELL

Psicóloga. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Martorell.

ROGER BALLESCÁ RUIZ

Psicólogo. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Martorell.

FRANCISCO JOSÉ BURGOS BONEL

Psiquiatra. Coordinador del Área Infanto Juvenil de Sagrat Cor.

LORENA DELGADO MAGRO

Psicóloga. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Martorell.

SANDRA LARRUY POUSADA

Trabajadora Social. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Martorell.

ROSA MARÍA PÉREZ CONILL

Psiquiatra. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Martorell.

Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil de Martorell. Germanes Hospitalàries de Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental. Martorell (Barcelona).

Recepción: 28-07-11 / Aceptación: 15-09-11

RESUMEN

A través de varios casos clínicos intentaremos una aproximación a la forma actual en la que se demanda un tratamiento preestablecido a los terapeutas de un equipo de atención en salud mental ambulatoria. En esta época en la que la información satura los hogares y «lo que se ve» impregna nuestro mundo,

como si de una guía privilegiada se tratara, pretendemos reintroducir nuevamente la interrogación sobre lo normal y lo patológico en los niños y adolescentes. En estas edades, cuando los chicos se salen de la norma globalizadora imperante, no solo existe el protocolo, se puede hacer valer lo que de particular puede enseñarnos cada sujeto cuando se trata de su regulación. Cada caso nos ilustrará cómo a veces un comportamiento aparentemente patológico puede ser solo una experiencia, que no hay porqué patologizar aunque así parezca indicar «lo que se ve».

¹ Trabajo realizado a partir de las presentaciones de la Sesión Clínica del Área Infanto Juvenil. Aula de Formación. Programa de Actividades Formativas del Sagrat Cor. Curso docente 2006/2007.

Palabras clave

Normal, patológico, niño, adolescente, sujeto, saber, demanda, experiencia, fenomenología, globalización.

ABSTRACT

Through several clinical cases of a mental health service, we try to make an approximation of how the patients' demand now is to apply a pre-established treatment. In this age where households are saturated with information, «what apparent» impregnates our world as if it was some kind of privileged guide. We try to reintroduce the question: what's normal and pathological in children and adolescents? When a child doesn't obey pre-established norms, there is not only a normative protocol to apply; also it can be worth known what is particular in every subject when it treats its own regulation. Each clinical case will show us that sometimes an apparently pathological behavior is only an experience that there is no reason to pathologize although «its appearance».

Key words

Normal, pathological, children, adolescent, subject, knowledge, demand, experience, phenomenology, globalization.

INTRODUCCIÓN²

Tomamos hoy como referencia para esta sesión clínica que presentamos desde el CSMIJ de Martorell, la cues-

tión de lo normal y lo patológico. En la época actual los diagnósticos son demandados desde el inicio de la atención a un niño, tanto para las cuestiones de la estadística burocrática —a la que por supuesto hay que responder— como a los propios interesados —en estos casos los niños y sus familias— para nombrar lo que aparece en el sujeto como un desconocimiento. Se trata por tanto de dar sentido, lo que se suele vivenciar de manera apaciguante en muchos casos: «*por fin nos dicen de qué se trata*».

Lo que predomina hoy en día es la clínica fenomenológica, la del CIE o del DSM³, es decir, la que privilegia «lo que se ve», pero lo que se ve como en el iceberg no lo es todo y en el caso de los niños y adolescentes, que están en proceso de desarrollo y de constitución de su personalidad, lo que vemos puede desorientarnos si rápidamente lo transformamos en una etiqueta. Sabemos que las manifestaciones de los niños están llenas de versatilidad y eso enriquece la clínica por lo que su reduccionismo es empobrecedor.

Estas etiquetas de «lo que se ve» muchas veces ni siquiera son demandadas en un primer contacto con el CSMIJ sino que cada vez más son de dominio público y lo que se demanda es la mera respuesta burocrática de su certificación y la correspondiente prescripción de los medicamentos que a tal fin están indicados, es decir, solo queda el papel de responder a la etiqueta que el otro ya sabe, en este caso no se trata de un desconocimiento, sino más bien de un total conocimiento y el papel del terapeuta

² FRANCISCO JOSÉ BURGOS BONEL. *Psiquiatra. Coordinador del Área Infanto Juvenil del Sagrat Cor.*

³ La Clasificación Internacional de Enfermedades, publicada por la Organización Mundial de la Salud y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana.

queda reducido a ser un mero prescriptor, no se le pide ningún saber particular. Esto empieza a ser una demanda frecuente, por ejemplo, en los trastornos que tienen que ver con los aprendizajes, nos referimos aquí a los denominados trastornos de la atención, la hiperactividad y/o la dislexia.

Entendemos que se trata de poder estudiar los fenómenos que cada chico presenta en la manifestación de su malestar para poder precisar de qué se trata en cada caso. Sin olvidar que en esta clínica, la demanda suele venir de otros, como la escuela o los padres, y la experiencia nos enseña que en muchas ocasiones traen a los hijos para terminar hablando de cosas que les ocurren a ellos, cuestión que también hay que despejar.

Por lo tanto la figura del arco iris implica lo que puede deslumbrarnos y agradarnos de la fenomenología, mientras que el iceberg representa que lo que se ve, es solo una mínima parte. Esto es lo que nos orienta pero no para tomarlo como tal sino para estudiarlo a partir de esa parte. La clínica infantil es muy versátil y ha quedado reducida a mínimos.

Lo normal y lo patológico

Una de las preguntas que cualquiera que tenga relación con niños se ha hecho más de una vez, es si lo que le pasa o hace es normal o no. Esta pregunta, por lo normal cuando está dirigida a un profesional implica que corresponde a este definir la norma. En la salud mental esta situación está presente continuamente.

Pero, ¿qué quiere decir normal?

Cuando tomamos este concepto lo podemos hacer desde tres definiciones distintas:

1. **Estadística:** es normal todo lo que se aproxime a la media de una población. Se desprende de un estudio estadístico y lo anormal aparece por los dos lados de la curva de Gauss.
2. **Normativa:** lo normal queda definido por criterios impuestos por el ambiente. Se trata de lo que podemos denominar normativización, aunque para muchos sea normalización, no deja de ser finalmente uno de los principales en la clínica, la demanda de «normalizar» al que está por fuera de lo normal. Por lo tanto implica una relación de fuerza entre el que dicta la norma y el que la tiene que cumplir. En ocasiones una sobreadaptación en ciertas edades no necesariamente se corresponde con la «normalidad».
3. **Axiológica:** lo normal es del orden de un ideal. El ideal puede ser en un extremo justamente «ser normal» una posibilidad es la de tratarse de la capacidad para ir evolucionando y creando en la adaptación a situaciones nuevas, esto sería lo que constituiría la normalidad. El problema es definir este ideal. ¿Quién define lo que sería el buen funcionamiento psíquico?

No podemos dejar de referirnos a un autor como *Georges Canguilhem* que ha escrito sobre este tema y sobre lo que significa enfermar en medicina⁴.

«Lo normal» puede tener un carácter doble, ser al mismo tiempo una tipología y a la vez un valor, siendo este carácter el que le procura la capacidad de ser utilizado como *normativo* de las exigencias del grupo social. Introduce una polaridad puesto que si algo es conside-

⁴ Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. México, Siglo XXI, 1986.

rado un valor, lo contrario claramente queda como un disvalor.

Algunas cuestiones sobre lo normal en los niños y adolescentes

En los niños la presencia de sintomatología no es suficiente para distinguir lo patológico de lo normal, ya que algunos síntomas forman parte del desarrollo normal.

Desde el punto de vista del pronóstico, todo aquello que obstaculice con mayor intensidad el desarrollo psíquico será considerado como más patológico, aunque se trate de una manifestación silenciosa.

La adolescencia es un período de la vida donde se lleva a cabo una ruptura con el mundo de la infancia, en el que son características los aspectos de contradicción y de dependencia así como la tendencia a «actuar»; período dominado por una diversidad de conductas y síntomas que dibujan unos límites imprecisos entre lo normal y lo patológico, entre lo que pertenece a la crisis de la adolescencia y lo que sería un franco proceso psicopatológico inicial. En este sentido una de las ilustraciones clínicas versará sobre el uso de drogas, que puede ser del orden de una «experiencia» o bien señalar una patología.

Todo esto hace que tengamos que ser prudentes con «lo que se ve» y también con «lo que no se ve» en la clínica con niños y adolescentes, y más allá de tener que poner un diagnóstico para la contabilidad burocrática, se hace indispensable un estudio más detallado de los fenómenos para evitar etiquetas que, aunque estén a la vanguardia de la moda, impliquen una posible dificultad para la comprensión y evolución del sujeto en cuestión.

CASO CLÍNICO: «UNA NIÑEZ MADURA»⁵

A. acude al CSMIJ por primera vez a los 13 años, remitida por su pediatra a petición de la madre, quien refiere que, a raíz de la reciente separación de los padres, cambia radicalmente de carácter, no quiere ir al instituto, se encierra en la habitación y está insoportable.

De la información recogida en las entrevistas con A. o con su madre (el padre no acude a las visitas a pesar de ser citado), podemos reconstruir la siguiente historia:

Los padres se separan 5 meses antes, tras varios años de matrimonio en el que predomina mucho una actitud del padre muy posesiva hacia la madre, llegando a tener rasgos celotípicos («no la dejaba ni pedir fuego a otro hombre»). Contrasta con esta versión la vivencia de A., quien describe esta época con rasgos de estabilidad familiar y bienestar, con unas figuras parentales relativamente bien conservadas. Para ella todo esto se desmorona en poco tiempo cuando la madre decide separarse del padre.

Con esta ruptura aparecen unos padres poco consistentes que manifiestan serias dificultades para poder arreglárselas por separado. El padre rápidamente encuentra otra pareja, significativamente más joven que él, con la que entabla una relación absorbente, de características adolescentes, y con la que se va a vivir enseguida, cosa que A. vive muy mal. Por otra parte la madre trata de resolver su propia soledad co-

⁵ ROGER BALLESCÁ RUIZ. *Psicólogo. Centro de Salud Mental Infante Juvenil de Martorell.*

SANDRA LARRUY POUSADA. *Trabajadora Social. Centro de Salud Mental Infante Juvenil de Martorell.*

nectada a internet. Pasa largas horas chateando y participa en un grupo virtual de amistades al que se siente muy apegada y con quienes empieza «a salir y a conocer gente».

A. describe la situación de la siguiente manera: «mi padre se ha enganchado a M. y mi madre se ha enganchado al ordenador; parecen dos niños».

De esta manera A. se siente como una molestia para los padres. Piensa que están tan ocupados en sus propios asuntos y en rehacer su vida que no tienen espacio para ella y que cuando lo tienen, más bien le requieren para que sea ella quien alivie la depresión de ellos y no al revés, es decir, no para que ella pueda expresar su malestar y que este pueda ser entendido y contenido (p. ej.: «mi padre me llamó llorando para que fuera a hacerle compañía porque se había discutido con M.»).

Ante todo esto, A. adopta un tono quejoso y reivindicativo, pero sobre todo fuertemente paternalista respecto a los padres, como si se hubieran intercambiado los papeles y, ya que sus padres adoptan un funcionamiento adolescente, se coloca en una posición adulta (adultomorfa) desde la que se relaciona con ellos.

Desde la primera entrevista se observa una gran diferencia en el comportamiento de A. cuando está junto a su madre o cuando está sola en el consultorio. Junto a la madre se muestra arrogante, sarcástica, usando continuamente un lenguaje muy irónico y quejosa respecto a ella. En cambio, cuando ella sale, se pone a llorar inmediatamente y puede aflorar su malestar, explicando lo mal que se siente desde su posición real, que es la de una niña/adolescente.

El problema de A. es que, en realidad (tal y como corresponde a su edad), es

muy inexperta y poco hábil como «madre» de sus padres y adopta actitudes y procedimientos poco adecuados que se convierten en el «motivo de consulta». Así, la madre refiere que A. no le deja hacer nada, se molesta si sale, «se comporta como su padre, igual de celoso que el padre». «Se queja que no estoy por ella, que no le cuido, pero al mismo tiempo boicotea todos los espacios en los que intento que estemos juntas». A. expresa mucho temor a que la madre «se líe con cualquiera» y, respecto al padre, se siente decepcionada porque M. «hace lo que quiere con él, se aprovecha de él... mi padre pasa de un extremo al otro, de decir que M. es el amor de su vida a querer separarse de ella...».

Del trabajo con la madre me parece importante destacar:

- La madre la identifica totalmente con la figura del ex marido. Esto a ella se le hace insostenible por lo absorbente y celotípico que se mostró durante los 16 años de casados. Dice: «ver a A. es como ver a su padre en pequeño».
- Desde que se separaron, cada vez que el padre no pasa la manutención, A. tiene que hacer de mensajera. La madre responsabiliza de esto al padre, pero tampoco muestra intención de cambiar esta situación (por ejemplo, llamando al padre por teléfono o bien hablando con él cara a cara).
- Explica que ahora que podría estar tranquila porque el padre ya no está A. invade su espacio y la absorbe, dice «estoy deseando que llegue el fin de semana y se vayan (ella y su hermana) con su padre para no tener que darle explicaciones». «Por fin este ha decidido que estén todo el mes con él.» Como piensa que a A. no le va a hacer ninguna gracia, le

pide a la hija pequeña que sea ella quien se lo comunique. «*Mientras están con su padre no les diré dónde estoy porque ya me han dicho que me vendrán a ver.*» Explica que cuando se separó avisó que ella tenía que hacer su vida, porque sus hijas dentro de un tiempo también harían la suya. Esto no le impide delegar en su hija los cuidados propios y de la hermana pequeña cuando ella está trabajando. Durante tres meses seguidos es A. quien se hace cargo de la hermana por las noches.

- Nombra continuamente el esfuerzo que hace para que sus hijas se sientan integradas y no noten que «sobran» cuando están con su nueva pareja. La relación pronto se rompe y la madre pasa dos semanas muy mal. Dice que las podía haber dejado con su propia madre pero no lo hace. La sensación es que tienen que estar contentas y agradecidas por estar ella haciendo de «madre», «*encima no está contenta*».
- Antes del verano empieza una nueva relación sentimental y hacen planes de futuro. Justificando la decisión en cuestiones de dinero, dice estar pensando en irse a vivir al piso de él, lejos del pueblo donde han vivido siempre. A. no está de acuerdo pero a la madre le sirve su argumento, «*he vivido en este pueblo toda la vida*».

Como vemos las visitas con la madre nos dieron muchos elementos para comprender a A.: como valoración diría que parece que en estos momentos a esta «mamá» se le hace muy difícil hacer de «mamá» y esto A., por suerte, lo nota. Cómo lo podrá ir elaborando forma parte del tratamiento. De momento quizás el espacio con su terapeuta le haya

dado la oportunidad de ir depositando el malestar sin hacerse tanto daño.

CASO CLÍNICO: «DROGADISPLACENTE»⁶

Se trata de una adolescente de 16 años remitida a nuestro servicio por el médico de cabecera con carácter urgente. Demandan apoyo psicológico tras descubrir que consume drogas. Acude acompañada de la madre.

Tras la ingesta de psicoestimulantes (*polvo de éxtasis*) y cannabis se produce una reacción, falta de fuerza en los brazos, por la que la menor acude a urgencias del Hospital de Martorell acompañada por su novio. Avisan a los padres, estos están separados. El padre es quien se hace cargo de la situación ya que la madre se encuentra de viaje en esos momentos.

La respuesta familiar al problema se ha basado en el aumento de las medidas de control como castigo. La madre reconoce cierto rechazo hacia su hija cuyo inicio sitúa a raíz de este incidente «*le he llamado drogata*», «*he perdido totalmente la confianza*», «*no he podido volver a abrazarla*». El padre ha incrementado su implicación en el problema y refiere sentirse culpable de todo lo sucedido. Ha cambiado su conducta de llamar esporádicamente a su hija por teléfono a llevársela a su casa todos los fines de semana. La madre que siempre se ha quejado de la poca implicación del padre en la educación de su hija, se muestra contenta de que esta vez haya actuado de manera diferente.

No se detectan en la exploración clí-

⁶ LORENA DELGADO MAGRO. *Psicóloga. Centro de Salud Mental Infante Juvenil de Martorell.*

nica antecedentes de problemas en el desarrollo o de desadaptación académica o social. El conflicto se sitúa en el ámbito familiar en forma de rebeldía y aislamiento afectivo para con los padres.

La madre refiere que lleva planteándose pedir ayuda desde hace dos o tres años por la problemática familiar y las dificultades de relación con su hija pero es ahora cuando realmente se han decidido porque ambos padres estiman que la educación de su hija se les va de las manos, «yo siempre le he dado mucha libertad y creo que he pecado de esto».

La hermana menor está conforme en venir al psicólogo pero, a diferencia de sus padres, desde el principio sitúa el problema en la separación de sus padres y no en el consumo de drogas.

La paciente se muestra enfadada de la respuesta dada por sus padres y porque estos la hayan reducido a un sí/no drogas en lugar de un reconocimiento de ella misma y su problemática. Piensa que no volverá a consumir drogas y se muestra asustada por las consecuencias de estas.

CASO CLÍNICO: «UN LÁPIZ GRUESO»⁷

D., de nueve años, llegó al CMSIJ derivado por la pediatra, con un volante de tipo preferente que decía «niño de nueve años con problemas para la escritura, en seguimiento con logopeda, muy inseguro, miedos. Ruego valoración».

Viene con el padre y la madre, quienes me explican que el niño escribe y lee mal, que va a logopedia desde que hacía primero, por decisión de ellos.

Es inseguro y tiene miedo a las cosas desconocidas y a quedarse solo en casa. (Los padres están muy preocupados por la lectoescritura. Es un niño que saca buenas notas y al que siempre le ponen en los informes que debe mejorar la letra.)

En su historia evolutiva no aparecen datos significativos, los hitos de desarrollo se ubican en torno a la normalidad, destacan que solo se pone nervioso cuando tiene que escribir y cuando tiene que quedarse un rato solo.

Los padres lo ven como un niño afable y cariñoso, con buena relación en casa tanto con ellos como con la hermana. Tiene amigos, es de un pequeño grupo. No fue a la guardería. Siempre ha ido a la misma escuela, donde nunca lo han puesto en el aula de refuerzo.

En la primera entrevista: el niño dice que quiere mejorar la letra. Trae unas libretas para que yo vea cómo escribe. Es evidente que las dificultades solo están en la presión del lápiz, no porque haga faltas o por la grafía mal hecha. No tiene escritura disléxica.

Lo hago leer, se pone bastante nervioso pero lo hace bastante bien, incluso las puntuaciones. Tiene una buena comprensión lectora. Me explica que tiene miedo a quedarse solo.

En la siguiente visita el niño dice que ha podido quedarse solo en casa algún rato. Habla del miedo real a leer y a escribir. Le ofrezco dibujar con bolígrafo, él dice que le da miedo equivocarse, yo le digo que puede borrar con tippex. Explica entonces que su tutor también le ha dicho lo mismo. Que es el primer profesor que le deja trabajar con bolígrafo (los otros insisten en que apriete más el lápiz).

Así pues, el tutor ha *normalizado* una «particularidad» del niño que has-

⁷ ROSA ALMIÑANA MARTORELL. *Psicóloga. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Martorell.*

ta ahora había angustiado tanto a él como a los padres.

En la siguiente visita los padres me hablan de la gran mejoría y que poco a poco va dejando de tener miedo.

En junio lo ha aprobado todo, me explica que el profesor al despedirse le regaló un lápiz de mina muy gruesa: «*me lo guardaré para que no se gaste, y me compraré otro igual para escribir*». Me hace un dibujo con el lápiz del profesor.

Podemos pensar que D. es un niño sano, que con algunas visitas ha podido conversar sobre lo que preocupaba a los otros y a él, pudiendo apoyarse en estas conversaciones y en el apoyo de un profesor, su sintomatología se alivia y desaparece.

CASO CLÍNICO: «UN CASO DE AGRESIVIDAD»⁸

P. viene derivado por su pediatra por agresividad, problemas de conducta y falta de concentración en el IES, agrega en el volante una denuncia por agresión verbal a una vecina.

Se trata de un adolescente con un CI de 65, con dificultades cognitivas y poca capacidad mental para la elaboración de conflictos.

Las conductas llamadas agresivas, aparecen cuando cursa por segunda vez 1.º de ESO. P. explica que en el Instituto se aburre, él se da cuenta de que no tiene capacidad para seguir el ritmo escolar. En esta época su madre trabaja en el comedor del centro escolar y los alumnos se ríen de ella.

Un día un compañero lo insulta, como tantas otras veces en que se han burlado de él o de su madre, esta vez se enfada, se pelean y rompe una mesa. A partir de este evento se convierte en un «chulo» como él mismo dice, encontrando un lugar que le permite soportar mejor el maltrato que siente.

En este contexto, una vez ya iniciadas las visitas, nos vemos obligados a convocar una coordinación con el Instituto de manera urgente ya que el tutor, en una de las «múltiples» expulsiones, le amenaza con llevarle a un colegio interno, la madre y él vienen a la consulta muy alterados explicando esta situación.

La visión de la escuela se convierte en una sentencia (al modo de una profecía autocumplidora). Dicen de él que es un vago, que no se esfuerza, que no tiene interés por superarse, no le gusta la autoridad y le gusta hacerse notar. De hecho esto ya lo habían pensado el curso anterior. La decisión de que repitiera primero de ESO la toma unilateralmente la escuela, sin tener en cuenta la opinión de la psicopedagoga, ni de los padres. Nos piden que le demos medicación para calmarlo y para que se porte bien.

En casa no hay problemas de comportamiento, alguna vez contesta mal pero es tomado como «propio de la edad»; con la madre suele tener más conflictos.

Tiene amigos pero hasta la fecha cumple con los horarios que le marcan los padres, no hay evidencia de consumo de tóxicos. Tiene buena relación con la familia extensa (va a pescar con un tío suyo). También tiene afición a construir maquetas de coches y cría chinchillas.

Observamos pues cierto antagonismo, entre lo que ocurre en la escuela y otros ámbitos de su vida.

⁸ ROSA MARÍA PÉREZ CONILL. *Psiquiatra. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Martorell.*

SANDRA LARRUY POUSADA. *Trabajadora Social. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Martorell.*

El plan terapéutico establecido implica entender el caso desde el punto de vista del trabajo social clínico. A veces, la intervención social vehicula una mejoría psicopatológica, en resumen, apostamos para que la intervención con el entorno social (familia, escuela), permita a J. colocarse en un lugar diferente al de «chulo».

Trabajo con la familia

El padre entiende que J. tiene una responsabilidad en todo lo que está sucediendo pero valora que el IES con su actitud no lo ayuda. Lo expulsan absolutamente de todo: de las clases, no le permiten ir de colonias ni recibir ayuda de la psicopedagoga. Como hasta ese momento no le ofrecen otra alternativa, el padre se plantea cambiarlo de IES para el próximo curso, pero parece que la madre no está muy de acuerdo argumentando que en otro IES le sucedería lo mismo. «*Se ha vuelto muy gallito.*»

Se trabaja con la familia para que puedan escuchar a J. quien a pesar de hablar poco, con sus actos dice mucho. El lugar que encuentra es el de «gamberriño» pero si le ofrecemos otras alternativas es posible que escoja alguna de ellas. Cuestionamos también el hecho de que el lugar de gamberro no es tan fácil para él como los demás piensan.

Nos coordinamos con el educador

para que le den a J. un lugar en el Centro Abierto del pueblo. Un lugar diferente al que ha encontrado en el IES y del que sin ayuda parece que no puede moverse. J. vive bien la alternativa, va cada tarde. El educador dice que habla poco pero participa activamente. Nos coordinamos también con la profesional del EAP y la psicopedagoga del IES. Logramos que, desde que empieza en el Centro Abierto, se rompa la dinámica de expulsiones y valoramos junto a ellas alternativas para el próximo curso.

La alternativa de que J. esté todo el curso expulsado ya no es válida. Pensamos que la opción de la UEC (Unidad de Escolarización Compartida) sería lo más indicado para J. debido al interés que muestra por las actividades manuales.

En verano decide ir de colonias con el grupo del Centro Abierto y se apunta al casal de verano. Al regreso de las vacaciones puede iniciar el curso en la UEC y según explican los padres ya no quiere saber nada del IES. El lugar de la expulsión ya no le sirve.

Me parece destacable la apuesta del padre por J.: no se cruza de brazos, en momentos difíciles busca ayuda. Se deja acompañar a partir de una visión positiva de su hijo, confiando en sus posibilidades, tal como lo verbaliza en numerosas oportunidades: «*es un buen chico*».

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDA/H) EN LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES: «CUERPOS ON/OFF»¹

JOAN BEUMALA

Psicólogo. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Igualada.

MATILDE JIMÉNEZ UTRILLA

Psiquiatra. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Molins de Rei.

JOSÉ CASTILLO

Psicólogo. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Igualada.

M.^a CRUZ FERNÁNDEZ-MAYORALAS

Psicóloga. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Igualada.

PEDRO RAMOS MIGUEL

Psicólogo. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Molins de Rei.

*Área de Salud Mental Infanto Juvenil. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón.
Servicios de Salud Mental. Martorell (Barcelona).*

Recepción: 28-07-11 / Aceptación: 15-09-11

RESUMEN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad se ha convertido en los últimos tiempos en una categoría que ha sobrepasado el campo de la Salud Mental y el ámbito educativo. En la práctica, constatamos que el niño hiperactivo ha sustituido al niño inquieto, poniendo el acento en el exceso de movimiento. De la misma manera el déficit de atención puede ser considerado como una respuesta que el niño construye para dar forma a su malestar. Este va más allá de los fenómenos observables ya que la realidad psíquica es más compleja. La atención, la hiperactividad, la impulsividad; estos fenómenos existen. El tema

es ver si estos deben ser tratados en sí mismos o no y, si son tratados, cómo. A través de los casos presentados, se puede visualizar que más allá de la clasificación de los comportamientos, dar lugar a la particularidad del sujeto, permite ubicar una lógica del funcionamiento y las variaciones al mismo a partir del tratamiento.

Palabras clave

Trastorno por déficit de atención, hiperactividad, impulsividad, respuesta, malestar, sujeto, síntoma, tratamiento.

ABSTRACT

The attention deficit hyperactivity disorder has recently become a category that surpasses the fields of mental health and education. In our practice we find that the hyperactive child has

¹ Trabajo realizado a partir de las presentaciones de la Sesión Clínica del Área Infanto Juvenil. Aula de Formación. Programa de Actividades Formativas del Sagrat Cor. Curso docente 2007/2008.

replaced to the restless child, emphasizing the excess of movement. Similarly, the attention deficit hyperactivity disorder can be considered as a response that children can build to shape their malaise. This malaise could go beyond observable phenomena of excessive movement since psychic reality is more complex. The attention, hyperactivity, impulsivity, these phenomena exist; the question is whether these phenomena should be treated as such or not and if they are treated, how. Through the clinical cases presented can be viewed that, beyond the behavior and the classification, to grant a place to the particularity of the subject allows locating a functioning logic and its variations from the treatment.

Key words

Attention deficit disorder, hyperactivity, impulsiveness, response, malaise, subject, treatment, symptom.

INTRODUCCIÓN¹

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad se ha convertido en los últimos tiempos en un síntoma que ha sobrepasado el campo de la Salud Mental y el ámbito educativo, convirtiéndose en un trastorno que preocupa tanto a los profesionales de estos sectores, como también a los padres. En los medios de comunicación (prensa, radio y televisión) es habitual que aparezcan referencias al mismo. Incluso en revistas no especializadas llegan a proponer cuestionarios para determinar el grado de atención e hiperactividad de los lectores.

Conviene destacar que la generalización de un diagnóstico tiene como con-

secuencia un aumento considerable en la detección de casos. Por ejemplo en Estados Unidos en el año 1987 se diagnosticaron con este cuadro 500.000 casos; diez años más tarde la cifra aumentó hasta llegar a 4.400.000.

Se estima que entre un 7 u 8 % de los niños en edad escolar son hiperactivos, y que un 60-70 % continua sufriendo este trastorno en la edad adulta.

En nuestra práctica clínica en los centros de salud mental infantil y juvenil constatamos que las derivaciones para el tratamiento de este trastorno se han incrementado substancialmente.

El niño hiperactivo ha sustituido al niño inquieto. La inquietud hacía referencia a la persona intranquila por sus temores o deseos mientras que la hiperactividad pone el acento en el exceso de movimiento.

Los malestares de la época hipermoderna

Cada época tiene sus propios ideales que intentan organizar los procesos de pensamiento y comportamiento de las personas.

El psiquiatra y psicoanalista Jean Pierre Lebrun en su libro «Un mundo sin límites»² explica que el paisaje social ha cambiado, se ha pasado de una concepción del mundo organizada alrededor de la religión a una concepción organizada alrededor de la ciencia.

Los avances de la ciencia, junto con las transformaciones tecnológicas han comportado mejoras incuestionables en el bienestar de las personas, pero también es importante situar alguno de sus límites.

¹ JOAN BEUMALA. *Psicólogo. Centro de Salud Mental Infante Juvenil de Igualada.*

² Lebrun JP. *Un mundo sin límite. Ensayo para una clínica psicoanalítica de lo social.* Barcelona, Ediciones del Serbal, 2003.

El discurso científico (que no la ciencia) ha ido introduciéndose en el campo de la salud mental, reduciendo el sufrimiento psíquico únicamente a escalas y a cifras, importantes pero no suficientes para explicar los síntomas de las personas.

En nuestra sociedad las coordenadas del tiempo y del espacio se han modificado. En la era de internet los tiempos reales se reducen hasta la sincronía de un momento. La anulación del tiempo entre la comprensión del malestar y sus efectos precipita al sujeto hiperactivo a encontrar una salida por la vía motora.

Centremos nuestra atención en el adolescente en una escena cotidiana: conectado a redes sociales virtuales a la vez que escucha música, ve la serie de televisión, hace sus deberes... Es difícil centrar la atención con tantas opciones abiertas.

De la unidad del trastorno a la pluralidad del síntoma

El concepto de trastorno proviene del inglés *disorder* que se relaciona con el comportamiento que es observable. ¿Pueden los trastornos considerarse exclusivamente como errores cognitivos? ¿Pueden modificarse solo con pautas educativas? ¿Inducen a los sujetos a buscar la causa más allá de los factores orgánicos?

En el momento en que damos lugar a que el sujeto pueda desplegar con palabras su malestar, enunciando las preguntas sobre su sufrimiento, podrá surgir un elemento nuevo que nos diga algo particular de él, es en este sentido que situaríamos el síntoma.

Hay una analogía entre esta localización y lo que desde el registro médico se ubica como fiebre: una respuesta del organismo a partir de la cual tendremos

que buscar la causa, por si es proceso vírico o bacteriano...

De la misma manera el déficit de atención e hiperactividad podría ser considerado como una respuesta que el niño/a construye para dar forma a su malestar. Este va más allá de los fenómenos observables del exceso de movimiento ya que la realidad psíquica es más compleja.

En resumen, se ha producido un desplazamiento del síntoma social como respuesta a los malestares de una época hacia el síntoma subjetivo como respuesta individual al sufrimiento particular de la persona.

EL LLAMADO TDA/H Y EL ACTO DE MEDICAR³

Ética y discurso

En la sociedad actual, el discurso post-moderno subyace en cada ámbito de lo social. Este discurso está fuertemente influenciado por paradigmas tecnocráticos, donde prácticas sociales complejas como criar, educar, diagnosticar y curar quedan reducidas a procedimientos técnicos. De este discurso se desprende que:

- El llamado TDA o TDAH es un ejemplo a debatir de lo que viene pasando cuando a este discurso, basado en el ideal democrático de «para todos lo mismo», se le suma el discurso pseudo-científico en el que está instalada la psiquiatría actual junto a intereses de mercado que aprovechan dicha conjunción entre ideología y tecnología.
- TDAH como fenómeno, que no síntoma, ni síndrome, ni estructura, donde se ve claro que lo visual predomina

³ MATILDE JIMÉNEZ UTRILLA. *Psiquiatra. Centro de Salud Mental Infante Juvenil de Molins de Rei.*

en nuestra cultura de la imagen y donde es justamente la clasificación de conductas visibles la que lo genera.

- TDAH como resultado de la eliminación de sistemas conceptuales generales en los que se basaba la psiquiatría clásica y su degradación hacia una clínica basada en un agregado-sumatoria de «síntomas» que conforman conjuntos sin configurar, basados en manuales estadísticos que sostienen una falta total de creencia en los relatos históricos verbalizados por los pacientes.
- TDAH como paradigma de una clínica que renuncia a cualquier cuestionamiento sobre la causa, que descarta la implicación subjetiva y que hace de la descripción clínica algo intrascendente.
- Y, por fin, TDAH como fenómeno que hace hincapié en lo deficitario biológico generalizable, que deja de lado lo singular de cada sujeto: el síntoma y su angustia asociada. Angustia que es, en primer lugar, una respuesta particular a un malestar propio que implica una pregunta personal intransferible por la causa del mismo, que implica también la puesta en marcha de mecanismos propios de elaboración y posterior rectificación subjetiva, por lo que en todo ello subyace la apelación a la responsabilidad de cada sujeto.

Todo esto nos convoca a una ética, a una posición personal que nos oriente a colocarnos en un lugar que marque una escucha diferente, que respete la subjetividad del paciente, y como decía Paco Burgos⁴, nuestra propia subjetividad como profesionales.

⁴ FRANCISCO JOSÉ BURGOS BONEL. *Psiquiatra. Coordinador del Área Infanto Juvenil del Sagrat Cor.*

Ética que facilite, empuje o sostenga los mecanismos particulares de respuesta interna a la elaboración de cada malestar. Nos convoca, por tanto, a un discurso. Otro que no deje fuera lo singular del síntoma, síntoma (como dice José Ramón Ubieto⁵), como producción, como respuesta, como lazo inherente a cada estructura y a operar a través de él y con él. En una frase, nos convoca a una ética de lo singular, del no para todos igual que nos está conduciendo al todo vale.

La atención, la hiperactividad, la impulsividad; estos fenómenos existen. El tema es ver si estos fenómenos deben ser tratados en sí mismos o no y, si son tratados, cómo.

Como decíamos, este fenómeno hace hincapié en lo deficitario biológico y generalizable, en el para todos igual. Pero, en sí mismos son respuestas, modos de situarse ante algo (estímulos, conflictos...) y no patológicos *per se*. Si resaltamos el lado negativo, los convertimos en déficit o excesos respecto a una norma globalizante desde la que se pone el remedio de manera imperativa. Si resaltamos su lado positivo (impulso para hacer cosas, curiosidad y exploración del entorno) o simplemente puntuamos lo coyuntural, donde observamos un niño «revoltoso», de lo que se trataría es de regulación, de orientación en relación al momento de dificultad.

Habría que diferenciar, pues, entre fenómeno dentro de un discurso social, sea cual sea este, del síntoma fenomenológico (descripciones detalladas de la nosología psiquiátrica clásica), y del síntoma bajo transferencia.

⁵ José Ramón Ubieto: <http://joseramonubieto.blogspot.com>

Diagnóstico estructural versus diagnóstico clasificatorio

Diagnosticar viene del griego διαγνωστικός (*diagnōstikós*), se refiere al procedimiento que permite separar, discernir o distinguir cual es la relación de alteridad entre dos objetos. La práctica del diagnóstico separa, discrimina y reconoce las diferencias que puede haber entre operatorias semejantes. Implica ir más allá de los agrupamientos sintomáticos. Es un proceder que es lo contrario de una objetivación a priori, es la resultante de un pensamiento a posteriori de una implicación, es encuadrar pero teniendo en cuenta una gama de posibilidades de lectura e interpretación de cada síntoma jugando en una escena particular (del sujeto) y en su vertiente de encuentro con el Otro.

Clasificar es una técnica de selección de datos que reúne y engloba relativizando lo que de diferente pueda haber entre los miembros de una misma clase, dejando fuera las consideraciones sobre el modo propio de arreglárselas de cada sujeto con su historia y con sus encuentros con el Otro.

La lógica de un diagnóstico estructural, encuadra una situación de sufrimiento que incluye la singularidad en una categoría, que si bien la particulariza, nunca la agota. Esa particularidad (neurosis, psicosis y perversión), es un trasfondo imaginario, mundo de representaciones, una trama desde donde se pueda inteligir (leer entre líneas) la lógica del síntoma, es decir, permite delimitar y organizar lo que inicialmente se muestra como conjunto desordenado de elementos.

La consistencia de una clasificación, en cambio, se basa en una categoría descriptiva que pasa a ser abarcativa y explicativa en sí misma. Diferentes difi-

cultades de la atención o de la actividad motora pasan a ser leídos como déficit en más o en menos de una norma global, se los incluye en una categoría clasificatoria que se convierte en explicación y se obtura la posibilidad de inteligir sus determinantes.

Esta limitación es evidente si consideramos que la llamada «comorbilidad» oscila entre un 50 % y 90 %. Los cuadros puros son muy pocos, la mayor parte de ellos se asocian a dificultades de aprendizaje, trastornos de conducta, depresión, cuadros de desorganización del pensamiento, TOC, diversos grados de trastornos del lenguaje, cuadros de timidez y cuadros bipolares. Este afán clasificatorio, en lugar de registrar y discriminar lo diferente, engloba lo distinto en la misma clase, convirtiéndose en un cajón de sastre cada vez más lleno y más chapucero.

Como veremos en las viñetas clínicas que expondrán mis compañeros, es a través de la interpretación del juego, del dibujo, del decir del niño y de sus padres cómo podemos operar para detener su persistente movimiento, su impulsividad y su no poder atender.

Vemos también como, bajo este diagnóstico clasificatorio, existe una diversidad clínica importante. Los niños llegan a nuestra consulta etiquetados, lo que tal vez, en un primer momento desangustia, pero a la larga desresponsabiliza y tapona la pregunta por la causa, motor de cualquier movimiento de rectificación subjetiva. En las primeras entrevistas, nuestro trabajo consiste en poder orientarse por el lugar que el niño ocupa para su madre, quedando implícita la función paterna en esta escucha.

De esta escucha se desprenderá si el niño ocupa el lugar de objeto o de síntoma de la pareja parental (y del modo

de objeto o tipo de síntoma puesto en juego).

Así, procuraremos llegar al diagnóstico diferencial entre neurosis y psicosis, pues la maniobra transferencial que debe ponerse en juego en cada estructura es diferente hasta el punto de poder ser iatrogénica la confusión.

El acto de medicar: ¿qué se medica?

No voy a hablar del metilfenidato (Rubifen®, Concerta®), los laboratorios ya hacen una campaña de marketing suficientemente potente, ni de sus efectos secundarios minimizados por los partidarios y resaltados por los detractores.

Hablemos mejor sobre el acto de medicar y de la ética que ello comporta.

Hemos planteado que para abordar un posible tratamiento, la pregunta por la causa está ya a la entrada y que dicho abordaje solo es posible desde la angustia como señal, como señalamiento de un malestar que tiene que hacer un pasaje desde la queja del Otro (parental, escolar, etc.), a la propia y de la propia al síntoma bajo transferencia.

¿Qué se deduce de lo anterior con respecto a prescribir una medicación a la entrada, dejándonos llevar por el fenómeno visible?

- Que la medicación obtura la pregunta sobre la causa.
- Que la medicación desresponsabiliza al sujeto y a la familia (no tengo la culpa de..., no es culpa de él..., soy un TDAH..., mi cerebro no funciona bien...).
- Que la medicación como tal, sin más, redobla el lugar de objeto en el que viene posicionado el niño desde el Otro parental, escolar, social... con consecuencias graves en casos de

psicosis y de fijación sintomática en casos de neurosis (aquí sí que haré una pequeña referencia a la posibilidad de desencadenamiento psicótico que en el acto de medicar en sí mismo, vivido como intrusivo puede ocasionar, y más si la medicación utilizada es el metilfenidato).

- Que la medicación borra la angustia como señal, la cual puede retornar en ansiedades de todo tipo, alteraciones del estado de ánimo, alteraciones de conducta..., que enmascaran por un lado posibles efectos secundarios y por otro se acabe hablando de una comorbilidad cada vez más extensa.

Como diría Lacan: borrada la señal de angustia se borra al sujeto y su pregunta singular, se borran las huellas que podrían construir una escena simbólica propia, se borra la construcción del síntoma enclavado en ella, se borra la dimensión humana propia del sujeto del lenguaje, se borra hasta la necesidad todo el dramatismo de la vida humana.

No se trata de rechazar la medicación como herramienta coadyuvante del tratamiento si es el caso; se trata de hacer un buen uso de ella. Se trata de tener en cuenta de que todo tratamiento debe ir dirigido a una movilización de la estructura, a una rectificación subjetiva y no a incidir directamente sobre el síntoma, del que en todo caso, podemos pretender aminorar el exceso de angustia asociada que impide su elaboración.

Se trata pues, de tener en cuenta que la medicación va al síntoma y que:

- El síntoma tiende a desplazarse a otro lugar y que la nueva emergencia, su nueva manifestación puede empeorar las cosas.
- El síntoma es una señal, una puesta en escena de lo más singular del sujeto.

- El síntoma abre una pregunta.
- El síntoma es una formación de compromiso ante un conflicto neurótico y que su equivalente en la psicosis, el fenómeno elemental es un intento de reconstrucción o un intento de evitar un vacío simbólico (de significación) que abierto conduce a la angustia y a la perplejidad.

Se trata pues de:

- Hacer un buen diagnóstico diferencial.
- Tener en cuenta al niño o al adolescente como sujeto con voz propia.
- Se trata de evitar posibles iatrogenias ya sea por una precipitación que oscurezca la estructura psíquica en juego o por escoger una medicación inapropiada.
- En una palabra, se trata de preguntarnos qué queremos conseguir con el acto de medicar: hay que hacer un cálculo y esto solo puede conseguirse ubicando el síntoma dentro de una escena simbólica, de un discurso, de una historicación utilizando las herramientas propias para ello que son el juego, el dibujo, el decir del niño respetando su subjetividad, su deseo y nuestra propia subjetividad y deseo como terapeutas.

¿Y cómo concluir?

Los efectos iatrogénicos de la forma de proceder que sostiene el discurso actual son muy importantes. Como señala Josep Montseny: hay que replantearse una clínica que se rehumanice, que vuelva a contar con los conocimientos que tenemos de la subjetividad, que dé un papel al sujeto como responsable en su proceso de sufrimiento y curación,

sin que por ello tenga que excluirse el papel de ese Otro del saber, a condición de que ese Otro, esté representado por los agentes de salud mental o por las instituciones políticas, visualice en la asistencia, la misma política de emancipación que supone la curación de los síntomas pero también la realización plena de la singularidad del sujeto.

O como diría Lacan⁶: «de nuestra posición de sujetos somos siempre responsables» y añadir: así nos llamemos padres, hijos, maestros, estudiantes, terapeutas, pacientes, políticos o ciudadanos.

CASO CLÍNICO: «TRAS LAS BAMBALINAS DEL TDA/H, UNA PREGUNTA»⁷

Será a partir de un caso clínico que les comentaré la pertinencia de aislar el sujeto en las denominaciones que la clínica usa en una época y sus coyunturas.

Más allá de nuestras especialidades podemos decir que compartimos la cuestión del niño en la civilización. ¿Qué es un niño? ¿Qué lo caracteriza? Hablamos de las preguntas sobre los niños.

La fenomenología de lo hoy denominado trastorno de hiperactividad con déficit de atención encierra variadas paradojas, y son estas las que nos orientan hacia el sujeto del acto, quien por su exceso o déficit nos indica algo de la solución hallada, aunque fallida ya que perturba el orden público. Las preguntas del sujeto aíslan el síntoma en lo que se trastorna, esas preguntas nos darán la clave para regularizar o civilizar ese fallido.

⁶ Lacan J. La ciencia y la verdad. En *Escritos 2*. México, Editorial Siglo XXI, 1986.

⁷ JOSÉ CASTILLO. *Psicólogo. Centro de Salud Mental Infante Juvenil de Igualada*.

La demanda social

La profesora se queja a los padres de E., definiéndola como hiperactiva, ya que no hace las cosas que le pide. En una entrevista E. explica que todo se debe a «un virus malo» que tiene desde pequeña que le hace portarse mal, además dice que está triste por la pérdida de la que iba a ser su hermana (su madre le había informado hacía unos meses que tendría una hermana, pero la pierde en el quinto mes de embarazo).

La profesora les sugiere dirigirse al pediatra para demandarle un tratamiento por su hiperactividad, demanda a la que los padres responden. El pediatra les facilita una escala para medir esta hiperactividad; a partir de los resultados la deriva al CSMIJ. Así inician el trabajo conmigo. En la primera visita con los padres y ante el pedido de que hablen sobre su hija, explican que desde pequeña ha tenido fama de traviesa, destacando que un año después de su nacimiento ellos deciden separarse, acordando que entre semana estaría con la madre y los fines de semana con el padre.

Luego de la separación, la madre se muda a otro pueblo, mientras que el padre queda residiendo en el mismo lugar, donde convive con una nueva pareja.

Comentarán que E. no fue deseada, había ya dificultades de pareja antes de la concepción. La madre toma la decisión de continuar con el embarazo y al poco tiempo el padre consiente en llevarlo a término. No obstante acuerdan separarse y compartir los cuidados, quedando E. en un constante ir y venir de un domicilio al otro.

E. sitúa que tiene un malestar pero no lo quiere decir porque cree que le haría daño al padre, de esto solo sabe su madre, señala que tiene que ver con su na-

cimiento y con la pérdida de la que iba a ser su futura hermana. Este es el marco de su padecer.

El lugar de una respuesta

Desde el inicio de las sesiones se interesa por hablar de la evolución de los *pokemons*, elemento que le permite historizar un relato sobre las coyunturas de su vida, desarrollando una explicación sobre cómo los niños vienen al mundo y la diferencia entre los sexos.

Los padres constatan las construcciones de E. en relación con las preguntas que ella les dirige, poco a poco va ubicando las identificaciones con sus padres, además del lugar que como hija ocupa para ellos, poniendo de manifiesto su dificultad para situarse en el ir y venir del que es objeto.

Toma especial importancia además, su interrogación sobre las coordenadas del nacimiento, hecho que une a la coyuntura de la separación con un saldo de culpa: ella es la causante con su nacimiento de la separación.

Subrayo que este espacio en construcción para lo particular de la vida de E. ha dado como efecto cierto apaciguamiento y la rectificación subjetiva parental sobre la presencia que ofrecen a su hija.

Para concluir quisiera señalar que es fundamental para la clínica de la época, aislar la implicación del sujeto en lo que le trastorna. E. muestra su dificultad de inscribirse en el reparto del que es objeto entre su madre y su padre, donde la denominación de hiperactividad solo toca la fenomenología de su inquietud. Solo el remitirse a la causa de esta podrá hacer de las preguntas del sujeto, sus construcciones, la vía de inscripción por la cual encontrará una respuesta, un encausamiento a su deseo.

CASO CLÍNICO:
«NO QUERER SABER,
¿CAUSA O TRASTORNO?»⁸

Para hacer un diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención, se toman en cuenta una serie de conductas tipo, enumeradas en la siguiente lista:

1. Inatención o dificultad para sostener la atención por un período de tiempo determinado.
2. Impulsividad.
3. Hiperactividad (en algunos casos).
4. Dificultad para postergar las gratificaciones.
5. Trastornos de la conducta social y escolar.
6. Dificultades para mantener cierto nivel de organización en la vida y en las tareas personales (estudio, trabajo, relaciones interpersonales).
7. Daño crónico en la autoestima.

En cuanto a la etiología, se señalan como causa la genética y los factores biológicos/fisiológicos: disfunción del área del cerebro de control de impulsos, déficit de estos neurotransmisores... descripción que no nos dice nada de la causa, la causa del comportamiento que implica al propio niño, causa subjetiva.

La derivación al CSMIJ la hace el pediatra, quien escribe: «paciente de ocho años, que presenta trastorno de conducta, déficit de atención en la escuela, no acepta imposición de límites, no colabora en la casa, come lo que quiere». De acuerdo con esta descripción el caso contiene las conductas señaladas con los números 1, 2, 4, 5 y 6, es decir, corres-

pondería a un diagnóstico de trastorno por déficit de atención.

O. llega acompañado por su madre, quien repite más o menos lo que dice el pediatra y añade que la mala conducta se inicia un año atrás y ya no saben qué hacer con el niño. Al rellenar la historia clínica, pregunto el nombre de la madre, del padre, si hay hermanos y en este momento la madre solicita verme a solas, por lo que hago salir a O.

La madre se disculpa, con cierta vergüenza me dice que los apellidos del hermano de dos años, no coinciden con los de O., que además no sabe quién es su padre biológico, cree que su padre es su pareja desde hace seis años (y padre del hermano), le conoció precisamente cuando O. tenía dos años y desde entonces ha ejercido como un buen padre.

Sobre el nacimiento me explica que tuvo un embarazo no deseado, que decidió llevarlo adelante sola, rompió la relación con el padre biológico porque a él le interesaban más otras cosas, pero reconoció legalmente a su hijo. Me explica que tendría que haber hablado con O. sobre su origen, pero no se ha atrevido.

Ahora, me dice, «*es un niño que no acepta el no, aunque respeta más al padre*», «*a mí me habla a gritos, me contesta, e incluso el curso pasado, con siete años, falsificó la firma en las notas del colegio*». En la casa no hace nada, no recoge, su comportamiento se resume en «*si no se lo haces tú, él no quiere saber nada*».

El rendimiento en la escuela es muy malo, tanto que la tutora propone que repita curso, porque «*no hay manera de motivarlo, no está quieto, charla con los compañeros, etc.*».

Despido a la madre y hago pasar a O., es un niño despierto, se muestra curioso

⁸ M.^a CRUZ FERNÁNDEZ-MAYORALAS. *Psicóloga. Centro de Salud Mental Infante Juvenil de Igualada.*

y tranquilo, cuando le pregunto por lo que sucede en la escuela me dice muy resuelto «*no me interesa estudiar*», le pregunto desde cuándo y me dice que desde que su hermano cumplió un año, se queja de que como ahora aprendió a hablar le insulta a veces, él le pide permiso a los padres para pegarle cuando se porta mal. También me cuenta que «*le gusta comer lo que a su padre, pizza y carne*», que no quiere comer el resto de las cosas.

Al final de la entrevista hago entrar a la madre de nuevo y, a solas, le sugiero que le cuenten la verdad, es un niño despierto y la diferencia en los apellidos debe resultar obvia también para él.

En la siguiente sesión me dice que hablaron con O., le explicaron con muchos nervios de la existencia de un padre biológico, a lo que el niño no hizo ningún comentario. Para asegurarse de que había entendido, le preguntaron si se había dado cuenta de que su hermano tenía apellidos diferentes, a lo que contesta que sí. La madre se muestra asombrada «*no quiere saber nada*», me dice, y no les ha vuelto a hacer ninguna pregunta. Le indico que tienen que esperar a que el niño pueda formularlas.

En la siguiente visita, O. me cuenta que ayer aprendió a ir en bici solo, que lee libros para mayores que roba de la habitación de sus padres, añade «*he nacido igual que mi padre, a él le gusta leer pero no le gustan las letras*», no menciona la verdad que acaban de revelarle sus padres y yo no le pregunto, no es el tiempo de comprender para él, un tiempo particular para cada persona que es preciso respetar.

La causa subjetiva, los elementos que ordenan el caso inicialmente son tres: la existencia de un secreto mantenido por la madre sobre el origen del paciente,

el nacimiento del hermano (de quien O. sabe que no lleva sus apellidos) y la identificación edípica de O. con su padre, el padre de su vida cotidiana, al que ama, como relata muy claramente (le gusta comer lo que a él, leer), dejando otra afirmación sobre la que tendremos que trabajar en el tratamiento: no le gustan las letras... a qué letras se refiere, ¿las que indican que su apellido no corresponde con el de su padre?

La solución que O. encuentra frente a todos estos acontecimientos, su síntoma, es el rechazo, el desinterés por el saber, que se manifiesta en la falta de atención en la escuela, unido a la rebeldía frente a su madre, que ha funcionado como una denuncia frente al silencio sobre su origen.

Historizar los acontecimientos, escuchar las palabras de los padres y acoger los dichos del paciente es lo que nos marca la dirección de la cura. Nuestro trabajo consiste en acompañarlo para encontrar una solución diferente, le acompañaremos en el tiempo de comprender, de formular un entramado subjetivo que le permita desactivar su síntoma, que le permita acceder a la aventura del saber.

CASO CLÍNICO: «¡ESTÁ CLARO! SU HIJA ES UNA TDA»⁹

En esta exposición les hablaré de la llegada a nuestro Servicio de Clara y de cómo fue su proceso terapéutico. Intento presentarles algunas de las situaciones que frecuentemente podemos observar en nuestra práctica en el área infanto juvenil.

Mi intención es destacar en primer

⁹ PEDRO RAMOS MIGUEL. *Psicólogo. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Molins de Rei.*

lugar las repercusiones que tienen las etiquetas diagnósticas y la medicación sobre los pacientes y las familias; y en segundo lugar, la importancia de cómo se ha estructurado el vínculo relacional entre padres e hijos y las diferentes respuestas que los niños pueden adoptar.

Clara tiene diez años en el momento que llega a mi consulta. Viene derivada por su pediatra de zona con el objetivo de que realicemos un seguimiento del caso según las orientaciones pautadas por otro servicio de psiquiatría y psicología infantil, que ha llevado a cabo el proceso diagnóstico. En el informe se detalla un diagnóstico de TDA sin hiperactividad, indicando la necesidad de un apoyo psicológico y una pauta farmacológica de Rubifen® 10 mg (1-1-0). Yo asumo el soporte psicológico y la psiquiatra del equipo el seguimiento farmacológico.

En la primera entrevista la madre relata que el motivo de la consulta a ese servicio médico se produce porque la niña no atendía en clase, no apuntaba los deberes, no se relacionaba con los otros niños (tenía pocos amigos). En general la exposición de la madre hace referencia a que Clara no se hacía cargo de sus cosas.

En ese proceso de valoración, después de una exploración psicológica con diferentes tests donde no se observan datos significativos a nivel intelectual, de percepción ni de memoria, el psiquiatra concluye que Clara es una TDA. Según relata la madre le dice: «*¡Está claro! Su hija es una TDA*». La madre explica que, desde que toma la medicación, la niña ha mejorado en todo y refiere un cambio casi milagroso.

A lo largo de esta primera entrevista la madre insiste sobre la efectividad de este tratamiento. Afirma: «*no hemos cambiado las pautas y ella está mejor*».

Clara, por otra parte, se presenta diciendo «*soy hiperactiva y tengo un amigo que es también hiperactivo*». Al preguntar por la historia infantil y los avatares familiares, aparecen una serie de datos que me llaman la atención:

- Clara ha padecido crisis asmáticas hasta los siete años, con uso de bronco dilatadores.
- La madre es atendida en un servicio de salud mental por sintomatología ansiosa y toma medicación para la misma.
- El nacimiento de la niña coincide con la pérdida de trabajo del padre. La madre solo puede estar por la bebé durante cuatro meses, luego tiene que trabajar para poder sostener la economía familiar. La madre vive este suceso como una desatención. El padre se queda a cargo de las tareas domésticas y cae en una depresión de la que se recupera al cabo de un tiempo con ayuda de un profesional.

La intervención psicológica a nivel individual y familiar es árida y farragosa, no hay modo de poder hablar de lo que sucede en la familia ni de lo que le pasa a Clara. La frase «*¡Está claro! Su hija es una TDA*», había producido:

- Un efecto de desangustiar y desculpabilizar a la madre que creía que la falta de atención de su hija se debía a la falta de atención como madre durante esos primeros meses de vida.
- En Clara se produjo un cierre sobre cualquier tipo de cuestionamiento personal: ella simplemente era una niña hiperactiva y tomaba una medicación para ello. No se preguntaba sobre nada de lo que le pasaba.

Con la psiquiatra nos marcamos una temporalidad para ver si en las siguientes

tes entrevistas se podía abrir alguna vía de trabajo. De no ser así dejaríamos el caso en un control puramente farmacológico a la espera de que en algún momento se pudiese encontrar una pregunta que permitiese una intervención.

Al llegar las vacaciones de verano la madre deja de darle el Rubifen®. Ve que la mejora se sostiene durante todo el verano e incluso durante el inicio del nuevo curso. Se salta un control farmacológico. El mantenimiento de la mejora sin medicación introduce en la madre la pregunta sobre la efectividad de la misma.

Aquello que en un inicio cierra la posibilidad de hablar de lo que le pasaba a ella y a su hija, permite ahora abrir interrogantes, la madre comienza a hablar de los miedos que Clara le despierta y cómo en muchas ocasiones se hace cargo de cosas de la niña. Estas sesiones posibilitan que poco a poco sea capaz de separar sus propios temores de los de su hija, dejando que la niña se responsabilice por sus deberes escolares, por sus estudios y paulatinamente va construyendo un lazo social más amplio con sus iguales.

Al poder precisar que los temores y miedos tenían que ver con esa primera separación a los cuatro meses y con las angustias de muerte que despertaron las crisis asmáticas de la primera infancia, la madre puede dejar de ser la que controla y supervisa de un modo asfixiante lo que Clara hace o no hace. El padre toma un papel más activo en las decisiones familiares y en la regulación de sus hijos, deja de preguntar constantemente a su mujer sobre los modos de resolver los conflictos (antes acudía a ella para que escuchara y aportara la solución, sin poder operar como padre).

Podríamos decir que el cambio de

actitud de Clara es una respuesta a un cambio significativo en el posicionamiento inconsciente de esta madre ante su hija, lo que ha permitido que ella también se reubique ante los demás de otro modo. Se le da el alta clínica tras unas sesiones y no hemos tenido más noticias desde hace un año.

BIBLIOGRAFÍA

Alemán J, Bassols M, Sinatra ES, Solano E, Tendlarz, SE. Sexualidades Contemporáneas. Caracas, Editorial Pomaire, 2008. Colección Mundo Psicoanalítico.

Alemán J. Lacan en la razón posmoderna. Málaga, Miguel Gómez Ediciones, 2000.

Corominas J. Diccionario Etimológico. Madrid, Editorial Gredos, 1973 (3.ª edición).

Diccionario Enciclopédico. Espasa Calpe S. L. Editores.

Janin B. Niños desatentos e hiperactivos. Buenos Aires, Editorial Noveduc, 2004.

Lacan J. La ética del psicoanálisis. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1990 (2.ª reimpresión).

Lytard JF. La condición postmoderna: informe sobre el saber. Argentina, Buenos Aires, Editorial R.E.I. S.A., 1991 (junio, 2.º edición).

Solano Suárez E. Clínica acaniana. Buenos Aires, Editorial Tres Haches, 2003.

Soler C. El inconsciente a cielo abierto. Buenos Aires, JVE Ediciones, 2004.

Stiglitz G (compilador). DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran. Buenos Aires, Grama editores, 2006.

Tarrab M. En las huellas del síntoma. Buenos Aires, Grama Editores, 2005.

LA SEXUACIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES¹

FRANCISCO JOSÉ BURGOS BONEL

Psiquiatra. Coordinador del Área Infanto Juvenil del Sagrat Cor.

M.^a CRUZ FERNÁNDEZ-MAYORALAS

Psicóloga. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Igualada.

SILVIA TOLCHINSKY

Psicóloga. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Molins de Rei.

Área de Salud Mental Infanto Juvenil. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón. Servicios de Salud Mental.

Recepción: 28-07-11 / Aceptación: 15-09-11

RESUMEN

La pubertad y el tiempo de su subjetivación, es decir, la adolescencia, es una parte de la vida de un sujeto en la que la sexualidad adviene a un primer plano. Aparecen los interrogantes frente a este despertar. La información para transmitir conocimientos que permitan prevenir, no siempre obtiene los resultados que se esperan. El programa *Salut i Escola* propone una salida particularizada a esta cuestión, entre otras, la de ofrecer un lugar posible a la palabra en el que un púber pueda conversar con un adulto (un profesional de enfermería) sobre sus propias preguntas, de esta manera se permite un original trabajo de construcción de su respuesta a la sexualidad.

El concepto de sexuación propuesto

por Jacques Lacan permite entender mejor lo que está en juego y las respuestas posibles para cada uno de nosotros en el encuentro con el otro sexo. Dos trabajos clínicos nos permitirán adentrarnos en las dificultades para responder al despertar puberal.

Palabras clave

Sexuación, sexualidad, pubertad, adolescencia, prevención, programa *Salut i Escola*, Lacan, homosexualidad, transexualismo.

ABSTRACT

Puberty and the time of its subjectification, namely adolescence, is a part of the life of the subject in which sexuality comes to the fore. Many questions appear in this awakening. To transmit knowledge to prevent, do not always allow us to get the results expected. The

¹ Trabajo realizado a partir de las presentaciones de la Sesión Clínica del Área Infanto Juvenil. Aula de Formación. Programa de Actividades Formativas del Sagrat Cor. Curso docente 2008/2009.

Salut i Escola program proposes a particularized exit to this issue; because it offers a place where teenagers can talk to an adult (a nurse) about their concerns to build its own response to sexuality. «Sexuation», concept proposed by Jacques Lacan, allows us to understand better what is at stake and the possible answers for each of us in the encounter with the other sex. Two clinical cases allow us to delve into the difficulties to answer to the awakening of puberty.

Key words

Sexuation, sexuality, puberty, adolescence, prevention, *Salut i Escola* program, Lacan, homosexuality transsexualism.

INTRODUCCIÓN²

La idea de trabajar la construcción de la sexuación en niños y adolescentes, surge de la participación de los CSMIJ del Hospital Sagrat Cor en Martorell, Molins de Rei e Igualada en el programa Salud y Escuela.

Este Programa sitúa en los institutos de enseñanza media a un agente de salud, habitualmente una enfermera, a quien los estudiantes pueden acudir para consultar por interrogantes o problemas relacionados con la salud en general y en particular sobre la conducta alimentaria, uso de tóxicos y otras adicciones y cuestiones relativas a la sexualidad. Abre, de este modo, algo muy valioso: un acceso directo de los jóvenes a un profesional de la salud. El programa lleva varios años en funcionamiento y

es significativo que el 40% del total de las consultas de los adolescentes sean en relación a problemas amorosos y sobre la sexualidad.

Las enfermeras compartieron con nosotros su preocupación por el aumento de los embarazos no deseados entre adolescentes a pesar de las innumerables charlas de información sexual que ellas mismas se encargan de impartir en los institutos. Se preguntaban con razón, ¿cuál es el valor de hacer tanta sesión informativa cuando los resultados no son los esperados? o ¿cómo deberían desarrollarse tales sesiones para ser más efectivas?

Existen dos hechos que se han constatado en la experiencia del programa:

- El primero es que la información o formación que explica con todo detalle técnico el funcionamiento orgánico del cuerpo en cuanto a la reproducción y a los métodos contraceptivos, no evita el comportamiento de riesgo de algunos adolescentes.
- El segundo hecho es que estas formaciones de carácter técnico, no alcanzan a responder a los aspectos subjetivos de la sexualidad humana, de ahí que los adolescentes insistan una y otra vez en sus preguntas sobre el asunto.

En la práctica educativa y en la práctica clínica se verifican las dificultades del ser humano para ubicarse en las cuestiones propias de su sexualidad.

Estas razones son las que nos han puesto al trabajo en un intento de orientarnos en las dificultades que se nos presentan a los profesionales de la salud, de la educación, de los servicios sociales... a la hora de abordar la sexualidad en los niños y jóvenes.

² M.^a CRUZ FERNÁNDEZ-MAYORALAS. *Psicóloga. Centro de Salud Mental Infante Juvenil de Igualada.*

Voy a hacer un pequeño recorrido que espero nos permita llegar a algunas conclusiones.

Michel Foucault en *Historia de la Sexualidad*, escribe que el concepto de sexualidad es un invento relativamente reciente surgido al comienzo del siglo XIX. Según este autor, antes de esta época la sexualidad era «un secreto bien guardado». Y añade que esa «voluntad de saber sobre la sexualidad» no es inocente sino que responde a una estrategia de control del poder y dominación.

Es posible estar de acuerdo o no con Foucault, lo que sí parece cierto es que todo lo relativo a la sexualidad vende mucho, desde los libros de autoayuda, la publicidad, el cine y la extensión de todo tipo de políticas de regulación o desregulación del comportamiento sexual.

Pero la sexualidad no es la sexuación.

Este término fue utilizado por Jacques Lacan, psicoanalista y psiquiatra francés en 1972³. Se puede decir que usó esta palabra para dar cuenta de que el encuentro de un ser humano con la sexualidad es azaroso, no es algo sencillo ni viene a acoplarse «naturalmente» a la vida, más bien es lo contrario, es un asunto sin solución en el que un sujeto logra ubicarse haciendo de ello un síntoma; vamos a tratar de explicarlo.

Sabemos que hay un desarrollo madurativo del organismo desde la niñez a la vida adulta, y también hay un desarrollo de los procesos mentales, sin embargo en lo concerniente a la sexuación no hay tal desarrollo madurativo. La construcción de la sexuación es un proceso subjetivo, de ordenación de ciertos elementos según una lógica subjetiva que, ni se atiene a las leyes físico-

anatómicas del desarrollo, ni responde a una continuidad madurativa.

Sabemos que el bebé nace en un desamparo absoluto, necesita del otro para ser alimentado y cuidado, ese otro, en general la madre, le proporcionará el alimento y los cuidados, pero además también le inicia en el mundo simbólico, poniéndole un nombre, le llamará Oriol o Marionna, dirá que se parece al padre, a la madre o al abuelo y, en el mejor de los casos, hará de ese niño un objeto libidinizado, un objeto de amor y/o de su propia satisfacción. El niño de pocos meses ya conoce, distingue, si el otro le habla con enfado o con dulzura. Y también a los pocos meses ya demanda aquello que le produce su satisfacción, la comida, la compañía o expresa aquello que le desagrada mediante el rechazo o el llanto.

Cuando un bebé nace también se le asigna un sexo, hembra o varón según los órganos sexuales externos. Esta operación se lleva a cabo mediante un acto simbólico que corresponde a la medicina y a lo social con la inscripción en el registro del nacimiento tanto del nombre como del sexo al que corresponde, niña o niño.

Precisamente, esos órganos sexuales nombrados por el otro, por el médico, por los padres, por el entorno social, han de ser leídos de nuevo en la pubertad, cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios. En ese momento el adolescente tendrá que responder a nivel subjetivo y a nivel comportamental de los cambios que de manera disruptiva aparecen en el cuerpo.

Sigmund Freud descubrió hace un siglo que para los seres humanos no hay un manual de instrucciones a seguir sobre cómo comportarse de acuerdo a una posición sexuada. Demostró que hay

³ Lacan J. Los Nombres del Padre. Buenos Aires, Paidós, 2005.

una lógica en el comportamiento humano que no pasa por una escritura en la genética que dé como consecuencia un saber hacer instintivo, tampoco pasa por el razonamiento consciente ni por el desarrollo madurativo. Existe una lógica que corresponde al aparato de lo inconsciente, sujeta a discontinuidades, la lógica subjetiva.

Por ejemplo es posible medir a la edad de 14 años un desarrollo madurativo concreto que se corresponda con unas habilidades sociales y mentales determinadas para esa edad, sin embargo en la lógica del inconsciente un acontecimiento puede aparecer sin estar atado a una temporalidad concreta. Un ejemplo clínico:

María es una adolescente derivada por el programa Salud y Escuela. Sus padres se han separado recientemente, falta mucho al instituto, sale hace poco con un chico y tiene prácticas sexuales de riesgo aunque conoce los métodos anticonceptivos a su alcance. No dice nada de por qué no usa alguno de estos métodos, sin embargo en la conversación surge que para ella *«tener un hijo es hacerse mayor, una mujer»*. El hecho de poder escucharse decir esta frase tuvo como efecto en primer lugar cierta sorpresa, risas y luego el reconocimiento de que *«no me gusta mi vida actual, tengo prisa por hacerme mayor»*.

Podemos hacer un inventario de lo que corresponde al desarrollo madurativo, la aparición de caracteres sexuales secundarios, que diferencian fenotípicamente a los hombres de las mujeres, pero no es posible realizar el inventario de lo que aparece en lo subjetivo de cada persona. Especialmente durante la adolescencia el individuo se ve confrontado a la irrupción de elementos de goce, y tiene que responder a ellos.

Hay diferentes maneras, desde la perspectiva clínica, de acercarse a lo sintomático de la sexuación. Lo que el psicoanálisis nos dice sobre el tema⁴ es que no se trabaja con la única referencia de la biología, ni con lo que se deduce de la observación de los cuerpos. Tampoco tenemos como referencia lo que no se ve pero que se prueba bajo la forma de la investigación genética. No se trata de la sexualidad del imaginario corporal, ni de la sexualidad que proviene del laboratorio.

Según Jacques Lacan en la sexuación se trata de una elección, una elección del individuo, que se superpone al placer del organismo sexuado, una elección de identificación a una posición femenina o masculina y también una elección de objeto de amor.

Esta elección no es el producto de una manera determinada de tratar al niño o adolescente por parte de padres y educadores. Tampoco es un producto que permita hacer una diferencia del lado de la normalidad o del lado de la patología.

Lo que la experiencia clínica muestra es precisamente la labilidad subjetiva y las dificultades para la construcción de una posición sexuada. Como ya se mencionó antes, en la lógica subjetiva no está inscrito qué es ser un hombre y qué es ser una mujer.

Desde lo terapéutico, desde lo clínico, acompañamos a los niños y adolescentes en los avatares de esta elección de goce que se renueva, se actualiza, en la pubertad y es en ese momento cuando se despliega con mayor agudeza.

Sabemos que la polisintomatología del adolescente (anorexia, bulimia, adic-

⁴ Lacan J. Ob. Cit.

ciones, inhibiciones, errancias, violencias, fracasos escolares, conductas de riesgo, conductas desafiantes...) se ubica en esa brecha que supone la aventura de hacerse cargo de un cuerpo sexuado, de una posición sexual y de una elección de objeto sexual.

Ya para terminar, creo que es posible extraer algunas conclusiones de lo dicho anteriormente.

La sexuación no se corresponde a un proceso de desarrollo que vaya del niño al adulto, sino que sigue una lógica subjetiva que actúa de forma discontinua en el psiquismo.

A pesar de que un adolescente pueda razonar conscientemente en muchos aspectos de la vida, la satisfacción sexual no es vivida como ligada a un organismo sexuado como varón o hembra, no proporciona la identidad sexual. El adolescente está empujado a una elección subjetiva, a posicionarse en lo se parece a ser un hombre o lo que se parece a ser una mujer, además de poner en juego su propia satisfacción.

De este modo aunque reciba cursos de formación sobre identidad de género, sexualidad, métodos anticonceptivos... y además razone perfectamente sobre lo aprendido, puede al mismo tiempo actuar de manera sorprendente, de acuerdo a lo que para él o para ella signifique satisfacer un ideal femenino o masculino. Puede, en la búsqueda de una identidad, solicitar cualquiera de las ofertas médicas o de cualquier tipo que permiten hoy quitar o poner algo en el cuerpo, hacerse *pearcing*s que lo agujereen, tatuajes que escriben símbolos en la piel, negarse a hacerse adulto o concebir un hijo. De lo sintomático de las respuestas tenemos muchos ejemplos.

Frente a lo que parece imparable de la actuación de los jóvenes, es posible afir-

mar que las respuestas a sus preguntas están tejidas en el propio discurso, en lo que dice cada adolescente, si uno se para a escucharlo. También es cierto que existen profesionales en contacto directo con ellos, ya sean psicólogos, psiquiatras, enfermeras, pedagogos, profesores, trabajadoras sociales, educadores... que mediante la construcción del caso pueden ayudar a estos jóvenes a transitar por las redes de la oferta social y sanitaria. Construir el caso puede servir para evitar la serie de diagnósticos de comorbilidad que pueden lanzar la maquinaria de los psicofármacos y de paso sumergir el sufrimiento particular de un sujeto en un ir y venir de un diagnóstico a otro.

Es en el uno por uno, en la escucha clínica donde puede hacerse viable una respuesta que acoja y anude el acontecimiento subjetivo con el hacerse cargo del propio cuerpo, eso que al adolescente le produce al mismo tiempo placer y sufrimiento.

CASO CLÍNICO: «LA EDUCACIÓN SEXUAL: ENTRE LA LÓGICA TEMPORAL Y LA CRONOLÓGICA»⁵

En el mundo de la salud, más específicamente de la salud mental, no es infrecuente encontrar como metodología de la prevención la denominada «educación para la salud» o, en la perspectiva de orientación terapéutica, los programas «psicoeducativos». Uno de estos programas de prevención que realizan los municipios en las escuelas públicas, sin excluir por supuesto a las de educación especial, es el que trata sobre la educación en la sexualidad.

⁵ FRANCISCO JOSÉ BURGOS BONEL. *Psiquiatra. Coordinador del Área Infanto Juvenil del Sagrat Cor.*

Estos programas tienen su base en la suposición siguiente: la transmisión de un saber, entendiéndolo como la adquisición de una serie de conocimientos e informaciones, es importante para prevenir o bien para ayudar a afrontar y a resolver, llegado el caso, una problemática en el campo del que trata. Si lo dijéramos con otras palabras: resolver lo que podría llegar a ser un problema a partir de una instrucción e información generalizada y anticipada. ¿Qué puede pasar cuando la cuestión tratada es sobre la sexualidad?

Tomemos un ejemplo de lo que sucedió hace no mucho tiempo con un chico de una escuela de educación especial, que se encontraba entre la pubertad y la adolescencia, después de haber asistido al taller de sexualidad.

Lo llamaremos David. Se trata de un joven que reside en un CRAE⁶ desde hace varios años. Se visita en nuestro servicio por distintas problemáticas sintomáticas que tienen en común el poder englobarse dentro del diagnóstico de trastornos de la conducta.

El inicio de su tratamiento es necesario hacerlo a través de entrevistas con su tutor, de esta manera se facilita el establecimiento de una mínima vinculación que le permite posteriormente acudir a la consulta. En las visitas con David nuestra posición consiste en intentar «mostrar» poco interés en centrar la mirada sobre él, ya que esta es vivida como persecutoria; privilegiamos entonces el diálogo. En estos espacios de conversación cada uno está dedicado a su tarea e intereses, él a la construcción de su juego, lo que le permite, poco a poco, ir introduciendo sus preguntas,

sus interrogaciones. Sin dejar su juego preferido con los muñecos, manteniendo siempre su demanda de si puede traer al consultorio alguna muñeca, lo que hacía pensar a sus educadores que se trataba de un chico con una elección ya decidida de objeto homosexual. Para nosotros no se trata de una elección decidida aún.

Un día, durante la visita, con gestos que nombra como vergüenza, dice que quiere hacer una pregunta y saber si le podríamos ayudar. Como no se decide, antes de terminar le propongo si prefiriere escribirla, así valoraremos si hay posibilidad de ayudarle en función de cómo es su demanda. Nos dice que si le podemos encontrar un médico especialista porque tiene un problema importante: «*tengo ya catorce años y no tengo eyaculación*».

Al principio no entiendo bien lo que significa y le pregunto, pero él insiste en que busquemos un médico especializado en este tema. Ante su insistencia abrimos un espacio de tiempo para trabajar sobre esta cuestión y le transmito que efectivamente nos pondremos a la búsqueda.

Entretanto él podrá ir relatando con «cuentagotas» (como es su estilo), que el médico que sabe sobre la sexualidad, que les dio la clase en su colegio, les dijo textualmente que a los catorce años los chicos eyaculan cuando se masturban. A él esto no le pasa, algo no debe estar funcionando como corresponde, esta es su hipótesis.

Conforme avanza el curso escolar aparecen cuestiones que son inexplicables para él y que no sabe si pertenecen al campo de las mentiras de los chicos o a algo más extraño y enigmático. La principal cuestión es que algunos de los compañeros del colegio que tienen me-

⁶ Centro Residencial de Acción Educativa, dependiente de la *Conselleria de Benestar Social*.

nos de catorce años dicen que eyaculan cuando se masturban, lo que no se corresponde con la edad que dijo el médico que sabe sobre la sexualidad.

Mantener abierto el tiempo al trabajo subjetivo sin contestar de inmediato a la pregunta es difícil ya que David cada vez que viene al consultorio insiste en saber si hemos encontrado a algún especialista que le pueda resolver esta cuestión.

Un día entra contento y comenta que hace muy poco ha sido su cumpleaños ¡ya tiene quince!, a partir de aquí y durante un tiempo no volverá a hablar del tema de la eyaculación. Pasaron los catorce años, él continuará con otras temáticas y construcciones.

En una de sus últimas entrevistas de este recorrido comenta que ya no está tomando la medicación psicotrópica (neuroléptico) que tenía indicada, que se la retirásemos había sido una de sus principales demandas al principio. Está durmiendo bien, han desaparecido las inquietantes *pesadillas*, las puede alejar diciendo en el momento de ir a acostarse «*las pesadillas para otro momento*».

Llegados a este punto quiere hablar de sus *secretos* pero prefiere hacerlo con un terapeuta joven, de esa manera puede vencer su vergüenza.

El secreto del que quiere hablar, para ir resolviéndolo, es que su amigo le ha pedido para salir con él y aunque él ya había salido con chicas previamente, no quiere *desfrondarlo*, le pregunto qué significa esta palabra y me aclara que es dejarlo plantado, porque es su amigo, y añade que aunque esta petición es de noviazgo, se tomará el trabajo de decidir si es gay o no, pero para eso le quedan tres años, pues lo resolverá cuando cumpla los 18.

CASO CLÍNICO: «ALTERACIÓN DE LA IDENTIDAD SEXUAL»⁷

Hablaremos de un adolescente de 15 años al que llamaremos Carlos. Acude derivado por su médico de cabecera; en el volante de derivación consta: «alteración en la identidad sexual».

A la primera visita viene acompañado de sus padres. El que habla es el padre que dice que tenían asumido «*desde siempre*» que su hijo sería homosexual, pero que por una vía indirecta se enteraron de que era transexual, «*lo que Carlos quiere es ser mujer*». «*Nosotros lo único que queremos es la felicidad de nuestro hijo y nosotros lo vamos a acompañar en todo lo que sea necesario*». Llevaban casi un año tratando esta cuestión con otros profesionales.

Veamos algunas notas sobre el transexualismo.

Robert Stoller intenta despejar una estructura clínica propia del transexualismo, al que define como:

La convicción de un sujeto biológicamente normal, de pertenecer al otro sexo, en el adulto a esta creencia le acompaña en nuestros días la demanda de intervención quirúrgica y endocrinológica para modificar la apariencia anatómica en el sentido del otro sexo⁸.

Según Catherine Millot:

«El transexual se siente mujer y siempre se ha sentido tal. Es femenino pero no afeminado. No experimenta

⁷ SILVIA TOLCHINSKY. *Psicóloga. Centro de Salud Mental Infante Juvenil de Molins de Rei.*

⁸ Robert Stoller, citado por Carmen Lafuente en: «Actualidad del transexualismo». En <http://www.psicocoanalisisysociedad.org>

goce sexual llevando ropa femenina. Si bien los hombres le atraen no se siente homosexual puesto que los hombres le agradan en tanto él se siente mujer y solo si estos son heterosexuales⁹...»

Lacan y casi todos sus seguidores colocan el transexualismo del lado de la psicosis. Otros psicoanalistas no son de la misma opinión, dando lugar a otras posibles estructuras. Existen diferentes posiciones en general en torno a las intervenciones de reasignación de sexo que van desde propiciarlas hasta rechazarlas. En todo caso es difícil eludir la cuestión ética en relación a la demanda de cirugía.

Carlos y sus padres se acercan al CSMIJ, según formulan en su demanda para que le acompañemos en el proceso de transformación «*de Carlos a Claudia*». Ellos ya saben cómo será el proceso que se iniciará cuando las condiciones legales lo permitan.

Además aclara el padre, hasta ese momento único relator, que toda la familia acepta la decisión de Carlos y le apoyan.

Cuando Carlos toma la palabra faltan pocos días para que comiencen las clases y él no sabe si ir al colegio como Carlos o como Claudia. El tiempo en que lo insultaban y le decían maricón ya quedó atrás, tiene su grupo y está cómodo en el colegio, «*si no fuera por que hay que trabajar y no me interesa nada*». Académicamente le va fatal, no le gusta ninguna asignatura, en las clases solo piensa en «*el cambio*».

Relata que su primera experiencia como Claudia en la calle fue muy mala, la insultaron y tuvo que volver a la

casa. Abre entonces las posibilidades a conversar acerca de la enorme dificultad de lo que plantea. Hasta ese momento todo tenía que ver con buscar la facilitación del cambio, eludiendo lo problemático de esta elección y sobre todo, de lo que le hacía sufrir. Se refería a «*jugar*» con su imagen hasta encontrar la propia. Su queja iba destinada siempre a su madre, se lamentaba: ¿por qué no era normal?, ¿por qué la naturaleza había producido el error de haberlo puesto en el cuerpo de un hombre? Pasa largas horas frente al espejo, parece buscarse en esa imagen que va inventando con los vestidos femeninos, primero de su madre, ahora ya propios.

Los avatares de todo proceso de sexuación complican la vida de los humanos porque trasciende los márgenes de «*lo natural*» y aquí está Carlos para dar testimonio de ello.

De su historia rescatamos que desde siempre estuvo del lado de las mujeres. La muerte de la abuela marca para él un antes y un después. Desde muy pequeño (tres años) se vestía de mujer quitándole la ropa a la mamá. Una vez vestido de mujer iniciaba su juego. Jugaba a la mamá, «*era una madre soltera*», dice. No había un padre, pero en su decir tampoco una teoría de cómo nacían los niños.

Carlos dice que lo que él más anhela es tener pechos, que es todo lo que quiere, que piensa que cuando tenga pechos todo estará bien. Obsesión que comparte con su madre para sí misma, quien ante la pregunta un tanto ingenua, en relación al nacimiento de Carlos, de si le hubiera hecho ilusión una niña, responde sin ninguna duda: «*lo que me hace ilusión es tener pechos grandes*». En todo caso el padre acepta la intervención en su hijo pero la rechaza en

⁹ Catherine Millot, citada por Carmen Lafuente en: «Actualidad del transexualismo». En <http://www.psicoanalisisysociedad.org>

su mujer. Carlos no habla de amores ni de deseos, no parece interesarle aquello que conflictúa a sus coetáneos sobre los encuentros sexuales, los ligues, los rollos. Él está tratando de hacerse un cuerpo, y en ese hacerse un cuerpo el goce sexual aparece ausente.

Llevamos muy pocas sesiones trabajando. La orientación se encamina a no repetir el discurso facilitador y naturalizador de lo que Carlos está sufriendo, discurso que necesariamente se constituye en un empuje a que concluya, sin tener en cuenta que «*el cambio*» como él lo llama, es de envergadura y sin un trabajo subjetivo previo es difícil prever las consecuencias. En todo caso se trata de ayudarlo a que no se precipite en un acto sino que logre producir como sujeto una elección.

En la transexualidad se trata de identificaciones, en este caso identificado a lo que la madre siente como falta, los pechos y una función paterna no estructurante y en consecuencia con una enorme fragilidad subjetiva colocándose a expensas de consejos y experiencias que no siempre tienen en cuenta lo singular de cada recorrido y lo problemático de la sexuación humana.

Del lado de los otros aparece una aceptación demasiado sospechosa de ser una respuesta fácil para una cuestión demasiado compleja.

Carmen Lafuente en su artículo «Actualidad del transexualismo» plantea: «Responder a estos sujetos aceptando su demanda de cirugía, plantea un verdadero problema ético. Desde el psico-

análisis sabemos que puede haber otros modos de construir una sexuación, sin apoyo de la función fálica, en análisis. Sin embargo hay sujetos que no están dispuestos a intentarlo y que exigen una reasignación de sexo mediante hormonas y/o cirugía»¹⁰.

Las posiciones respecto a esta realidad, son evidentemente muy diversas así como la ausencia de consenso acerca de la estructura que está detrás del transexualismo. Es sin duda un tema de actualidad que requiere un tratamiento cuidadoso. Tanto más si nos referimos a un adolescente frente a la alternativa de abocarse de lleno a incidir en su cuerpo. No decimos aquí que es lo que Carlos debería hacer o no, sino que es una decisión para la que necesitará tiempo y acompañamiento para encontrar el camino que fundamentalmente dé cuentas de su construcción como sujeto.

BIBLIOGRAFÍA

Brodsky G. Clínica de la sexuación. Bogotá, Nueva Escuela Lacaniana, 2004.

Foucault M. Historia de la Sexualidad. Volumen 3. «La inquietud de sí». Méjico, Editorial Siglo XXI, 1987.

Lacan J. Los Nombres del Padre. Buenos Aires, Paidós, 2005.

Lafuente C. Actualidad del transexualismo. <http://www.psicoanalisisysociedad.org>

¹⁰ Lafuente C. Ob. Cit.

EL HOSPITAL DE DÍA DE ADOLESCENTES DE MARTORELL¹

SOLEDAD BERTRÁN

Profesora. Hospital de Día de Adolescentes de Martorell.

FRANCISCO JOSÉ BURGOS BONEL

Psiquiatra. Coordinador del Área Infanto Juvenil del Sagrat Cor.

M.^a CRUZ FERNÁNDEZ-MAYORALAS

Psicóloga. Hospital de Día de Adolescentes de Martorell.

SALOMÉ HIELGA

Cocinera. Hospital de Día de Adolescentes de Martorell.

Área de Salud Mental Infanto Juvenil. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón. Servicios de Salud Mental.

Recepción: 28-07-11 / Aceptación: 15-09-11

RESUMEN

En este trabajo se refleja la experiencia de diversos miembros del equipo del Hospital de Día de Adolescentes de Martorell, un lugar definido por estar al servicio de los adolescentes, por estar dispuesto a acoger el malestar y las crisis que los atraviesan. Lo que aquí se presentan son testimonios de un trabajo clínico orientado por el descompletamiento, la no obligatoriedad del ingreso, el «no querer que» y el recorrido particularizado que se ofrece a los pacientes, para que puedan hacer del Hospital un lugar propio. El coordinador, la profesora, la cocinera y una psicóloga

dan cuenta de su labor y de su aprendizaje a través de viñetas que ilustran, en palabras de los propios adolescentes, cómo, por «ser diferente», «este sitio funciona».

Palabras clave

Destituirse, descompletar, tiempo lógico, estigma, síntoma, hospital de día para adolescentes.

ABSTRACT

This work reflects the experience of diverse members of the Day Hospital for Adolescent in Martorell, which is defined by its service to adolescents and by its willingness to take in the malaise and crises they suffer. What appeared here are testimonies of a clinical work

¹ Trabajo realizado a partir de las presentaciones de la Sesión Clínica del Área Infanto Juvenil. Aula de Formación. Programa de Actividades Formativas del Sagrat Cor. Curso docente 2009/2010.

oriented by «not to complete», by the nonobligatory nature of admission here, the «not wanting to» and the particularized path offered to the patients so that they can make the Hospital a place of their own. The coordinator, the teacher, the cook and the psychologists give account of their work and what they have learnt through short stories that illustrate, in the words of these adolescents, how by «being different this centre works».

Key words

Out-side any position, not to complete, logical time, stigma, symptom, day hospital for adolescents.

INTRODUCCIÓN²

¿Qué es un Hospital de Día?

Si habláramos en términos sanitarios diríamos que se trata de un «dispositivo» intermedio en el cual se atienden pacientes que, no llegando a necesitar una atención en régimen de internación, sí precisan de una atención más intensa que la ambulatoria. Es una definición aceptada y aceptable pero a nosotros nos gusta otra que tiene más que ver con los sujetos que con la institución y es la de que se trata de un *lugar* (que no espacio) dispuesto a *acoger* el malestar y las crisis de los adolescentes, cuando la vida se hace insoportable para ellos y para los que están a su alrededor, sin que sea preciso hacerse cargo de ellos, de sostenerlos, de una manera

más intensa. Esta otra definición permite nombrar ya una de las líneas directrices de nuestra filosofía de trabajo: *el Hospital de Día está al servicio de los adolescentes (sujetos) y no estos al servicio del Hospital de Día.*

¿Por qué es un lugar difícil?

Indudablemente que, en su modo de funcionar, se trata de un lugar que se ofrece de manera temporal, en un momento determinado de la vida de estos sujetos, hecho que implica un tiempo de corte; corte que tiene que ver no solo con cuestiones psicopatológicas (ya de por sí complejas a la hora de tratar), sino que además sucede en una época de la vida en la que se deciden y definen determinadas orientaciones y elecciones subjetivas importantes.

Es por esto que se hace evidente que nos encontramos con que *el tiempo cronológico para este trabajo no siempre coincide con el tiempo lógico del sujeto* en estas edades. Finalmente hay que añadir el corte lógico que se produce en su tratamiento ambulatorio, cuando este venía realizándose, y al que naturalmente retornará cuando reciba el alta.

El Hospital de Día de Adolescentes de Martorell inició su andadura a mediados del año 2007. Trabajamos para sujetos que tienen entre 12 y 18 años, para quienes además de estar inmersos en plena pubertad y crisis adolescente, hay que alojar en relación a sus dificultades subjetivas, las que provienen de su psicopatología, de su situación familiar, de su formación académica, laboral o bien de su inserción en lo social.

Intentamos un trabajo desde un lugar de *destitución profesional*. No siempre lo logramos, iremos corrigiendo. Des-

² FRANCISCO JOSÉ BURGOS BONEL. *Psiquiatra. Coordinador del Área Infanto Juvenil de Sagrat Cor.*

titución que no renuncia a la profesión y al saber adquirido por cada uno de nosotros, sino que trata de privilegiar un ofrecimiento al paciente más allá de la estricta función de lo instituido en la categoría profesional. Será cada uno de los pacientes, uno por uno, quien elija su propio lugar en alguno de nosotros, lugar en el que puede depositar sus actos pero sobre todo sus palabras y que le permitirá hacerse sostener y poder elaborar durante su tiempo de tratamiento.

Otra característica fundamental del trabajo a desarrollar es lo que denominamos *descompletamiento horario*, esto implica que ninguno de los pacientes viene a trabajar todas las horas de la semana. Es la nuestra, una oferta que tiene como marca la no-totalidad. Se trata en cada caso de estudiar mutuamente el plan de trabajo, en el que el paciente y en su caso la familia, forman parte activa de su diseño. Siempre le restará un tiempo del que de su resolución será responsable. Es por tanto una oferta no-total, una oferta que le permita encontrar *un lugar posible para tratar su malestar*. De esta forma se acoge su devenir subjetivo y su malestar a la vez que se intenta que no dimitan de la tarea de hacerse sujetos de su destino.

Como vemos el diseño de trabajo está siempre particularizado, tiene en cuenta el caso por caso, lo que es propio de cada sujeto, no es globalizado ni estandarizado ni anónimo, que podríamos decir también. Es también un intento de *desestigmatizar*, en estos modos actuales en los que las categorías diagnósticas tan precoces nos llevan sin remedio a los protocolos de *actuación*, actuación en la que predomina el anonimato tanto del sujeto como del que lo aplica.

EL ESPACIO DE AULA EN EL HOSPITAL DE DÍA DE ADOLESCENTES³

Mi trabajo en el Hospital de Día comienza en septiembre de 2008; es mi primera experiencia como profesora fuera de un instituto, y supone una nueva etapa, pues me permite entrar en contacto de forma particularizada con chicos diagnosticados de «trastorno mental grave».

He hecho una primera reunión para conocer a los miembros del equipo, y llego sin saber prácticamente nada del funcionamiento del Hospital; lo primero que me supondrá un aprendizaje será integrarme a un grupo que lleva un año funcionando, y cuyos miembros poseen distintas formaciones y recorridos; un equipo «clínico», como señala el coordinador, en el que todos los que estamos en contacto con los chicos participamos de las reuniones diarias para hablar del funcionamiento del centro y de la situación de cada una de las personas ingresadas.

El propósito de dicho planteamiento es constatar que la labor de cada uno de nosotros, y no solo de los psicólogos y psiquiatras, tiene efectos sobre los pacientes, efectos terapéuticos; que el trabajo de la cocinera, el administrativo, la profesora, o los monitores, tiene repercusiones, e influye en el tratamiento. Es un planteamiento acorde a la idea de destitución de los profesionales, cuestión llamativa, que no resulta a veces fácil de entender, pero que se descubre fundamental: la no identificación a la función profesional constantemente, que permitirá, por ejemplo, que pacien-

³ SOLEDAD BERTRÁN. *Profesora. Hospital de Día de Adolescentes de Martorell.*

tes y profesionales pasemos a compartir mesa, en vez de sentarnos por separado. Ahí se abrirá un nuevo espacio, «mucho mejor», como dice uno de los chicos ingresados, que nos permitirá compartir una comida en el sentido del banquete, de poder dialogar mientras comemos, dialogar pero no de cualquier manera, sino dejando de lado la profesión que ejercemos.

Será precisamente este momento compartido el que nos abrirá un nuevo campo de reflexión y discusión: el de limitar la palabra a los espacios creados para ello. Ante el exceso de M. al hablar de su consumo de drogas durante el fin de semana, exceso de goce, de satisfacción exhibicionista, que lo desborda y que provoca la mirada y la escucha del resto de chicos, hablamos sobre la necesidad de limitar ese desborde y reconducirlo a otro espacio; no se trata pues de coartar la palabra, sino de darle un lugar apropiado para que pueda trabajarse en la singularidad, en el caso por caso.

Aquí se refleja nuevamente la orientación del Hospital, que funciona como una institución que se descompleta: cada chico tiene un recorrido propio, no se establece el mismo horario para todos, ni se impone la obligatoriedad de los talleres; no hay que querer que coman, no hay que querer que aprendan. No se trata de buscar el bien de ningún paciente, sino de ofrecer un lugar donde poder apaciguar algo de lo que sustentan, y poder buscar lo que quieren.

L., por ejemplo, llega al Hospital por sus dificultades en la escuela, donde no puede permanecer, durante las clases, sentado y trabajando, y donde a menudo tiene enfrentamientos con algunos profesores. Le permitiremos recorrer el centro cuando se canse de una de las actividades; es su modalidad, entra y

sale de los espacios, entabla conversación, tiene sus circuitos. Busca el abrazo de los demás, el contacto físico; también esto nos lleva a reflexión, pues vemos la importancia de limitar ese contacto, donde aparece un exceso pulsional. Podrá respetar mi «sin tocar», aceptando la propuesta de juntar las palmas de las manos —y añadiendo su propuesta de hacer cosquillas en las palmas—. Sonia, la musicoterapeuta, convierte su pedido de abrazo en un baile, y de vez en cuando se los ve recorrer el Hospital en una especie de pasodoble.

El espacio del aula, impulsado desde *Ensenyament*, funcionará integrándose a las coordenadas del Hospital: también aquí los chicos eligen si quieren asistir; no se les puede obligar a aprender, y eso es lo primero que les transmito. Una vez que consienten, podemos empezar el trabajo; sin demasiado interés por mi parte, sin mirarlos mientras hacen las tareas, sin centrar toda mi atención en lo que hacen; cuando ellos leen, yo leo, cuando me preguntan, contesto, cuando estudian, yo estudio también. Tienen un momento de lectura y de escritura, y otro para hacer deberes o despejar dudas; la exigencia de trabajo es considerable, pero adaptada a las capacidades de cada uno.

En el día a día se observan los efectos positivos de ese recorrido particularizado, a la medida de las necesidades de cada chico; L., el chico con dificultades para poder estar en la escuela, podrá trabajar en el aula toda la hora, tranquilo, cuando obtiene esa atención particular... S., que al ingresar por trastorno de conducta cargaba con el pronóstico de delincuente, ha retomado sus estudios en una escuela para Adultos; durante su estancia no pudo compartir prácticamente espacios con los chicos

de su edad, pero poco a poco pudo ubicarse como un adulto y responder como tal... P., que llegó al centro huraña, rehuyendo la mirada, en tan solo dos semanas comienza un trabajo de escritura con Sonia, y se interesa por continuar estudiando en el aula. «*Este sitio funciona*», me dice, «*aquí se puede elegir, no estás obligado a quedarte si no quieres; es distinto*». Lo mismo nos devuelve otra de las chicas, que hasta ahora no había podido vincularse a ninguna institución: «*este sitio es distinto*».

Efectivamente, sostenemos un espacio distinto; en el Hospital hay muy pocas normas, aunque las que hay las sostenemos; las puertas están abiertas, y los chicos pueden irse si quieren. Desde las primeras entrevistas, antes de ingresar, se les informa, a ellos y a sus padres, de que este es un lugar electivo: solo puede funcionar a condición de que sea el propio deseo del chico el que lo mueva a venir, participar, preguntar. No puede plantearse ni como una vía de escape escolar para adolescentes con problemas de conducta, ni como una guardería a tiempo completo, ni como un lugar de transición para conseguir algo. Ciertamente podemos ofrecer una acogida individualizada porque tenemos la capacidad —y la orientación— para hacerlo, lo cual no suele ser fácil de ofrecer en otros espacios.

Por ello, en el contacto con otros profesionales, como los EAP, y en los institutos, intentamos transmitir esta necesidad de trazar un recorrido diferente para los alumnos, que les permita, por ejemplo, mantener su escolarización: proponemos el graduado a distancia para aquellos alumnos que no pueden sostenerse en un instituto rodeados de gente, o las escuelas de adultos para aquellos que necesitan ubicarse como

tales; frente a «los 29 más que hay en la clase», buscamos centrarnos en ese uno, en ese chico que perturba, para transmitir que detrás de esa perturbación hay un sufrimiento, y detrás de ese sufrimiento, un sujeto.

Componer entre todos Programas Individualizados; buscar lugares o personas con los que un alumno pueda quedarse ante una crisis; ofrecer la posibilidad de salir de clase ante un momento de malestar; flexibilizar el modo de evaluación de un chico que no puede adaptarse a la norma del «para todos igual»; son algunas de las alternativas que nos permiten ir elaborando con los distintos equipos modalidades particularizadas, que pueden permitir a los chicos, y a los profesionales, posicionarse de otra manera.

En el aula del Hospital hemos comenzado el segundo curso escolar, bajo la misma orientación de trabajo, recibiendo enseñanzas mutuamente: los chicos me muestran cada día cómo hacer; ellos aprenden lo que me dejan enseñarles y encuentran, sobre todo, un lugar donde estar tranquilos.

LA COCINA EN EL HOSPITAL DE DÍA PARA ADOLESCENTES⁴

Mi nombre es Salomé Hielga, mi formación además de cocinera, es de monitora de tiempo libre, talleres extraescolares y coordinadora de comedores. Después de dos años de trabajar en el centro y gracias a las indicaciones de los profesionales con los que trabajo y a su paciencia, se me ha hecho más fácil el trato con los chavales ingresados.

Puedo decir que el trabajar en el Hos-

⁴ SALOMÉ HIELGA. *Cocinera. Hospital de Día de Adolescentes de Martorell.*

pital de Día me ha permitido aprender y ver que hay formas diferentes a los cánones establecidos en los comedores escolares en los que el trato es muy impersonal y poco efectivo. Aquí se hace posible que los chavales disfruten de la hora de comer y no les suponga un gran esfuerzo.

La cocina está ubicada en la zona donde se encuentran las salas en las que los pacientes realizan sus actividades y talleres, lo que implica el tener un trato muy directo con ellos.

Actualmente el número de pacientes que utiliza este servicio varía según el día. Ellos, junto a monitores y terapeutas, ponen la mesa y la recogen. Comemos todos juntos siempre que las circunstancias lo permitan y eso crea un ambiente muy familiar en el que se habla de temas muy cotidianos y al mismo tiempo se trabajan los hábitos alimentarios, de higiene y de comportamiento.

Se realizan dos tipos de menús, uno de «dieta», y otro más «casero», digo esto porque con el tiempo lo he ido adecuando a las peticiones y sugerencias tanto de pacientes como de terapeutas. Pero lo mejor de todo y lo más sorprendente es que la mayoría de chavales disfrutan comiendo cosas que según ellos nunca han probado.

Una de las chicas me decía hace poco que yo «*estaba contratada porque era hiperactiva*», me hizo mucha gracia, ellos no me tienen incluida en el grupo de profesionales sino como alguien a quien contar cosas de forma directa, sin miedo a ser juzgados y no relacionadas con su salud mental.

Agradecen que cocine para ellos y una frase que siempre repiten es «*lo que más voy a echar en falta cuando me den el alta es comer en el Hospi*», cosa que me llena de orgullo.

ILUSTRACIONES CLÍNICAS⁵

Como ya conocen ustedes, los pacientes que acuden al Hospital de Día, adolescentes entre 12 y 18 años, llegan en un momento de crisis grave, donde a menudo el vínculo familiar está maltrecho o muy deteriorado (incluso llega a ser violento), el vínculo entre iguales es inexistente o resulta desaforado, el vínculo con su espacio vital más importante, dada su edad, la escuela, está a punto de romperse debido a problemas de comportamiento, o está muy debilitado por continuas ausencias, o simplemente no existe, porque no acude al instituto.

Desde un punto de vista clínico la primera labor del equipo es instalar un lazo terapéutico entre el Hospital y el paciente, tarea que ya de entrada se presenta compleja dada su dificultad para establecer una vinculación regulada con el otro familiar, social y escolar, efecto de las graves patologías que sufren.

El hospital acoge a estos pacientes y como punto de partida, ha de trabajar en que consientan en acudir a la institución, ya que la asistencia es voluntaria, para ello nuestro esfuerzo se dirige a establecer las condiciones necesarias para que ellos puedan hacer del hospital un lugar propio, es decir, que puedan hacer un uso particular de la institución; esto es lo que nos permite tanto a ellos como a nosotros iniciar y manejar el tratamiento terapéutico. Voy a intentar explicar cómo sucede esto en la práctica clínica del Hospital.

Reyes tiene en la actualidad 15 años, los problemas de agresividad comienzan al inicio de la ESO, presenta con-

⁵ M.^a CRUZ FERNÁNDEZ-MAYORALAS. *Psicóloga. Hospital de Día de Adolescentes de Martorell.*

ductas antinormativas, es expulsada de las clases.

Comienza el tratamiento psicológico a los 9 años y a los 13 es derivada al CSMIJ, con el diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante. La derivación al HD se realiza desde la UCA, donde fue ingresada en junio y en julio del pasado año por episodios de heteroagresividad en su domicilio; el ingreso dura aproximadamente dos semanas y en ambas ocasiones ha sido acompañada por los Mossos d'Esquadra.

En la primera entrevista en el hospital, Reyes se muestra habladora, aunque tensa, me dice que *«padezco de falta de autocontrol»*, que *«el depakine me va muy bien»*. Que tiene *«buena relación con las amigas»*. Me explica que en octubre del 2008 dijo que no quería se-guir en el Instituto *«por los compañeros»*, le cambiaron a otro, pero en enero del 2009 fue suspendida de clase, cuenta un acto de vandalismo junto con un compañero por el que fue expulsada.

Describe un episodio de agresión a la madre, diciendo que *«tiene un problema que enseguida se hace cardenales»*, *«yo solo la cogí del brazo y ella se resbaló»*.

Tanto en el relato de sus problemas en la escuela, como en el relato de la agresión a la madre no manifiesta emoción, culpa o vergüenza.

El único punto que le produce «tristeza», es un episodio autoagresivo del padre en el momento de la separación matrimonial que ella presencié y también el ingreso de una amiga de la infancia en un hospital psiquiátrico.

Acepta venir a otras entrevistas, pero no asiste a la segunda, viene a la tercera, y comienza de la misma forma que la anterior *«lo que me pasa es que ac-*

túo». Reyes aporta su auto-diagnóstico, y también el tratamiento que usa frente a los de los psicólogos o psiquiatras en un intento continuado de no hacerse cargo de su sufrimiento, quiere salir con los amigos y que no la molesten.

A la cuarta entrevista no aparece, viene a la quinta, a las siguientes entrevistas tampoco acude, aunque continúa yendo al CSMIJ a ver al psiquiatra para tratamiento farmacológico. Nos encontramos con que repite el esquema de otras ocasiones, los diferentes ingresos en los servicios educativos u hospitalarios que funcionan temporalmente pero que no producen un cambio significativo en su comportamiento ni eliminan su sufrimiento.

El trabajo con la familia, previamente iniciado, en especial con la madre, se intensifica, el padre acepta venir solo en una ocasión, cree que su hija no tiene remedio.

Según la madre una de las razones por la que Reyes no acude al hospital es que duerme hasta la una del mediodía y ella debe ir a trabajar, por lo cual no puede despertarla. Además no sabe qué hacer ante las agresiones a las que dice someterla, ya que en especial por las noches le pide cada hora comida, agua, o cualquier cosa que no supiera dónde encontrar.

Se trabaja con esta madre en dos aspectos: el primero es intentar disminuir la demanda feroz de Reyes hacia ella, haciendo surgir pequeñas sorpresas en su relación diaria, por ejemplo, prepararle con antelación la comida o el agua que ella suele pedirle por la noche. El segundo aspecto trabajado ha sido introducir una separación simbólica en la relación madre-hija, que rebajase la tensión agresiva entre ellas. La madre consiente en introducir un tercero entre

ella y la hija, papel que a veces puede ejercer una amiga de la familia.

A partir de este trabajo, va bajando el nivel de heteroagresividad, y el punto fundamental es que esto contribuye a rebajar la presión materna para que Reyes acuda al hospital.

En el momento actual, Reyes está vinculándose poco a poco; ha reaccionado positivamente a la evidencia de que su asistencia al hospital no es impuesta, y para afianzar este aspecto ha de someterse a algunas pequeñas condiciones, por ejemplo, le solicitamos que llame por teléfono cuando se quiere quedar a comer. De este modo es ella misma quien tiene que dar cuenta de su deseo de asistir. Se trata de que esta paciente no repita sus idas y venidas anteriores y pueda establecer un vínculo diferente al que sostiene con los dispositivos de salud y educación, que permita un trabajo terapéutico en un espacio del que puede hacer un uso particular y regulado.

El siguiente caso es el de Joan, quien tiene también 15 años en la actualidad. Ha sido tratado en el CSMIJ durante un año por la psiquiatra, la trabajadora social y la enfermera. En ese tiempo que coincide con la separación de sus padres, prácticamente no sale de casa, deja la escuela, aumenta mucho su peso, no tiene amigos, su aspecto físico se degrada considerablemente. Su situación familiar es complicada, vive con su madre, quien pasa desde el nacimiento de Joan por episodios depresivos con cambios de humor notables que no le permiten fácilmente sostener una vida laboral continuada.

Acude a la primera entrevista acompañado por su madre, lleva gafas de sol incluso en el interior del despacho, no soporta la mirada del otro y esconde la

suya propia. Solicita hablar con la terapeuta sin la presencia materna, dice no soporta vivir con su madre y quiere vivir con el padre. Tampoco puede asistir al instituto, los gritos de los compañeros de clase le son insoportables, le cuesta mucho conciliar el sueño, las pesadillas le atormentan aún cuando está despierto, «*están en mi cabeza*» me dice, se levanta muy tarde, solo sale para acompañar a su madre, visitar al padre y/o acudir al equipo de fútbol al que este le apunta (no se ve con sus compañeros de equipo fuera de los horarios de juego).

Desde el inicio vive la posibilidad de ingreso en el hospital como «*una salvación*», insiste en que hagamos de mediadores con su madre para que no le «*atiborre de comida*». Su vinculación se establece rápidamente, especialmente con la enfermera y con la cocinera, su relación con sus iguales en el hospital es distante en este primer momento.

El trabajo con la familia se establece de la siguiente forma: creemos que hay una relación de pegoteo manifiesta entre madre e hijo, trabajamos para establecer una separación de lugares, facilitando que la madre pueda soportar mejor la distancia que Joan quiere establecer, disminuyendo el reproche afectivo. Con el padre se le presta el apoyo psicológico requerido y se trabaja en mantener el espacio neutral del hospital en relación a los problemas con su excónyuge.

Joan durante su tratamiento pasa de relacionarse solo con los adultos a admitir de buen grado la compañía de sus iguales. Comienza a ir y venir a menudo solo, a cuidar de su peso. El trabajo clínico y el ajuste de la medicación disminuyeron la sintomatología alucinatoria.

Estas mejoras permitieron que el paciente activara otro tipo de recursos,

apareciendo una sintomatología diversa que ponía en acto, desde desvanecimientos teatrales (siempre en presencia de los otros), hasta disfrutar de una vida social intensa, que ahora la familia y el hospital tenemos trabajo en regular.

La labor terapéutica del equipo en cuanto al vínculo en este caso ha sido ir adaptando los lugares que brinda el hospital a los diferentes momentos sintomáticos por los que ha pasado Joan, desde facilitar casi un horario completo de acogida, hasta disminuir su presencia a medida que el lazo con sus iguales, la familia y la escuela se ha ido regulando.

Las reuniones diarias del equipo son las que sirven de estructura discursiva que ampara lo sintomático de cada caso, y permiten establecer la estrategia a seguir en cada momento de la cura, de este modo los profesionales que llevan a cabo los talleres, las actividades deportivas, la cocina, la enfermería, la música-terapia, el medicamento, el espacio del aula, las entrevistas clínicas, el grupo de padres... forman parte de un tratamiento adaptado a cada paciente y a cada momento sintomático. Por eso es posible decir que el equipo del Hospital

está formado por profesionales destituidos que amparan y sostienen un espacio terapéutico regulado al servicio de los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires, Amorrortu, 2003.

NOTA ACLARATORIA

Destituir (del lat. *destituere*). 1. tr. Separar a alguien del cargo que ejerce (RAE).

Descompletar. 1. tr. Dejar incompleto lo que estaba completo (RAE).

Estigma, es un término que se origina en la Grecia clásica (donde tenían un conocimiento importante de los medios visuales) para referirse a signos corporales, con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quien los presentaba (extractado del libro de Erving Goffman, «Estigma»).

LA ADOLESCENCIA Y SUS VÍNCULOS: CON LO SOCIAL, CON LO EDUCATIVO, CON LA TRANSGRESIÓN, CON EL CUERPO...¹

JOSÉ CASTILLO

Psicólogo. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Igualada.

ROGER BALLESCÀ RUIZ

Psicólogo. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Martorell.

SOLEDAD BERTRÁN

Profesora. Hospital de Día de Adolescentes de Martorell.

ALBERTO VALENTINUZZI

Psicólogo. Hospital de Día de Adolescentes de Martorell.

Área de Salud Mental Infanto Juvenil. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón. Servicios de Salud Mental.

Recepción: 28-07-11 / Aceptación: 15-09-11

RESUMEN

Los adolescentes viven con urgencia un momento social de apogeo de la comunicación inmediata, globalización cultural, consumo de objetos, desigualdad social, democratización de decisiones antes encargadas solo a los adultos, prevalencia de ideales asociados a una imagen corporal de diseño... Sin embargo la adolescencia requiere un *tempo* particular para el sujeto porque es un momento de ruptura y una experiencia íntima marcada por la pubertad, por la necesidad de crearse un lugar propio, a medio camino entre lo familiar y los semejantes, y por el apogeo del momento formativo y educativo en el que está

sumergido. Como marco de este trabajo hemos tomado estos ejes: la adolescencia y sus vínculos con lo social, con lo educativo, con la transgresión, con el cuerpo, para tratar de reflexionar, investigar y trabajar la adolescencia hoy, teniendo en cuenta que solamente cada sujeto es quien a veces habla *un poco* del adolescente que aún es o fue.

Palabras clave

Adolescencia, vínculos, educación, transgresión, pulsión, pubertad, cuerpo, sujeto, realidad subjetiva, síntoma.

ABSTRACT

Teenagers are living with urgency a social time of instant communication peak, cultural globalization, consump-

¹ Trabajo realizado a partir de las presentaciones de la Sesión Clínica del Área Infanto Juvenil. Aula de Formación. Programa de Actividades Formativas del Sagrat Cor. Curso docente 2010/2011.

tion of objects, social inequality, democratization of adults decisions, prevalence of ideals associated with a design corporal image... But adolescence requires a particular *tempo* because it is a moment of rupture. It is an intimate experience marked by puberty, by the need to looking for their own place halfway between the family and the equals, by being immersed in the apogee of a training and educational time. As a framework to this work we have chosen the following lines: adolescence and its links to society, education, transgression and body, to try to think over, research and work about the adolescence today. Considering that only every subject is who sometimes speaks *a little of* the teenager who still is or was.

Key words

Adolescence, links, education, transgression, drive, puberty, body, subject, subjective reality, symptom.

INTRODUCCIÓN: FÍSICA-QUÍMICA Y REALIDAD SUBJETIVA»²

En el marco de lo que este año hemos tomado como marco de investigación en el área infanto juvenil: ***Las adolescencias y sus vínculos: con su cuerpo, con sus objetos y con los semejantes, hoy.***

Propongo el título «*física-química y realidad subjetiva*» como introducción de este trabajo. Para algunos puede que el título les suponga un comentario sobre los avances de la física y las nano-tecnologías y que gracias a Richard

Feynman, a quien se le atribuye ser promotor de estos avances para la física moderna, se pudiera decir que ya se sabe cómo hacer con el intrigante mundo de las adolescencias, indicándonos con cuál aplicación para el último ipad del mercado se encontrará el truco de sus manejos. Como dice en uno de sus libros Feynman: «¡Ojalá lo supiera!»... Ojalá lo supiéramos.

También se puede pensar que estas palabras les van a revelar los avances de la bioquímica moderna y su último neuroléptico, hormona sintetizada, sustancia artificiosa que regulará las adolescencias y que la aplicación de esta dará las claves sobre las efervescencias de esta etapa vital.

Seguimos de cerca estos campos y sus desarrollos, más próximos a la ciencia ficción en el mejor de los casos y en el peor (y más insistente) en cierto uso abusivo de estas disciplinas científicas.

Pero nuestro campo lo definimos más en los fenómenos psicológicos que habitan en el ser hablante; llamemos a este campo: la realidad subjetiva.

Y en todo caso prestamos atención al cómo se ve afectada esta realidad subjetiva con los avances científicos mencionados anteriormente, por ejemplo: en la realidad virtual que abre Internet, la telefonía móvil, en relación con las nuevas redes sociales o en la relación al tiempo que trae la inmediatez de las descargas de lo que se desea.

Son variables que tocan el tiempo y el espacio, fundamentos no solo de la física sino de la realidad subjetiva. En este sentido son muy provechosos los trabajos ya clásicos de un Gustav Fechner, padre de la psicofísica.

¿Cómo inciden las ofertas multimedia en el lazo social? ¿Cómo inciden en este crucial momento de la vida abierto

² JOSÉ CASTILLO. *Psicólogo. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Igualada.*

