

Intervención



Psychological intervention in adoption viewed from the attachment theory and the ecological systemic model

José David Camacho Pérez^a, Alicia Pérez Rodríguez^b

^aHospital Universitario de Guadalajara, España. Correo electrónico: joseg4psique@gmail.com,

^bHospital Universitario de Guadalajara, España.

Historia editorial

Recibido: 17-02-2020

Primera revisión: 23-05-2020

Aceptado: 15-10-2020

Palabras clave

adopción, adolescencia, caso clínico, modelo ecológico-sistémico, teoría del apego

Resumen

En el presente trabajo se realiza una exposición teórica de las principales aportaciones de la teoría del apego y del modelo sistémico ecológico para la comprensión de los casos con historia de adopción. Tras ello, se presenta un caso de una adolescente con historia de abandono primario, institucionalización y adopción por una familia con distintas dificultades emocionales. El paso a la etapa del ciclo vital de la adolescencia supuso la aparición de síntomas floridos, como gestos autolesivos de alta letalidad y deseos y creencias de que una profesora fuera su madre biológica. Teniendo en cuenta las características de apego desorganizado que la paciente establece en las relaciones, se planificó y llevó a cabo un tratamiento integral en el Hospital de Día Juvenil (terapia individual, grupal, familiar y grupo de padres). Este tratamiento estuvo guiado por un modelo sistémico ecológico, resultando en una mejoría en ciertos aspectos psicológicos y relacionales, aunque precisando de un seguimiento a más largo plazo y posiblemente en otros dispositivos de la red de salud mental.

Abstract

Keywords

adoption, adolescent, clinical case, ecological-systemic model, attachment theory

In this paper, we review the main contributions of the attachment theory and ecological systemic model for the understanding of adoption cases. After that, we present a case of an adolescent with a history of primary abandonment, institutionalization and adoption by a family with different emotional difficulties. The transition into the adolescent stage of the life cycle led to the appearance of multiple symptoms, such as high lethal self-injurious gestures as well as wishes and beliefs that a teacher was her biological mother. Considering the characteristics of disorganized attachment that the patient establishes in relationships, integral treatment was planned and carried out at the Adolescent Day Hospital (individual, group, family and parent group therapy). An ecological systemic model, resulting in an improvement in certain psychological and relational aspects, guided this treatment although requiring longer-term follow-up and possibly other services in mental health.

En el presente trabajo se realizará una exposición teórica como base para comprender el caso que se expondrá a continuación y sobre el que se irán analizando los pasos dados en su intervención. Con ello, se pretende realizar un análisis teórico-práctico sobre un caso de adopción.

La adopción es una medida legal que tiene como objetivo proteger a la infancia, manteniendo el derecho de todo niño a tener una familia. Dicho proceso requiere un análisis y una comprensión multidisciplinar: sociológica, antropológica, médica, psicológica, legal, etc. Actualmente, dicha medida tiene tal relevancia que su puesta en práctica se ha incrementado exponencialmente a lo largo de la última década en España, constituyéndose este como el segundo país del mundo en número de adopciones anuales (Grau y Mora, 2005).

Dada la sobrerepresentación en los servicios de Salud Mental de pacientes con antecedentes de adopción en su historia vital (Sánchez-Sandoval, 2002; Van IJzendoorn, Juffer y Klein Poelhuis, 2005, citados en Román y Palacios, 2001), es preciso que los profesionales sanitarios que desarrollan su actividad en estos servicios conozcan la complejidad de dicho fenómeno para poder llevar a cabo intervenciones efectivas.

TEORÍA DEL APEGO (BOLWBY): EL APEGO DESORGANIZADO EN LA ADOPCIÓN

El apego es el vínculo específico y especial que se establece entre padres e hijos y constituye una relación emocional perdurable, que produce sensaciones de seguridad, consuelo, agrado y placer. De forma que la pérdida o la amenaza de la desaparición de esta relación produce ansiedad. Se ha hipotetizado sobre que dicha relación constituye la base sobre la cual se van a asentar las futuras relaciones que el niño va a establecer a lo largo de su vida (Di Bártolo, 2018; Grau y Mora, 2005).

Cuando el cuidador principal responde de forma incoherente, impredecible, rechazante o con falta de empatía, el niño puede llegar a desarrollar modelos operativos internos de apego que se caracterizan por expectativas negativas sobre uno mismo y los adultos (Román y Palacios, 2011). En el caso específico del apego desorganizado, que reúne características del apego evitativo, del ansioso y del seguro (Gonzalo Marrodán, 2015), el niño carece de una estrategia frente al estrés (Di Bártolo, 2018).

En el apego desorganizado, la relación con el cuidador resulta incoherente y/o amenazadora (Di Bártolo, 2018). Este cuidador, que debería transmitir seguridad al niño, atemoriza y genera desconfianza y pánico. Por tanto, se va a producir una activación simultánea de los sistemas de apego y de defensa del niño (Gonzalo Marrodán, 2015). Esta situación se ha denominado “miedo sin solución”, puesto que en una situación estresante, el niño se siente aterrorizado tanto por la propia situación como por la aparición de su cuidador. Ante ello, el niño puede desarrollar el “control de la relación” como estrategia o mecanismo de defensa. Así, los niños con apego desorganizado pueden evitar la cesión del control a los adultos y ser ellos los que gobiernan, utilizando estrategias agresivas en la relación (Gonzalo Marrodán, 2016).

Algunas de las consecuencias descritas del apego desorganizado (Gonzalo Marrodán, 2015) son la incapacidad para un adecuado desarrollo de la teoría de la mente o mentalización (Bateman y Fonagy, 2016), entendida como la capacidad para entender la mente del otro (pensamientos, emociones y deseos) como independiente de la propia, así como las dificultades para la función reflexiva y la integración de los acontecimientos. En estos niños, se ha descrito una alternancia de estados de mente, por ejemplo, de víctima a agresor.

En este sentido, en un metanálisis efectuado por Van den Dries et al. (2009, citado en Román y Palacios, 2011), se encontró que la incidencia del apego desorganizado entre los niños adoptados era del 31%. Este porcentaje supone el doble de lo esperado para muestras normativas. De acuerdo a diversos autores (Román, 2010; Judge, 2004; Chisholm, 1998; Marcovitch et al., 1997; Tizard y Hogdes, 1978, citados en Román y Palacios, 2011), se ha relacionado la seguridad en las conductas de apego de los menores adoptados con un mayor desarrollo cognitivo y una mejor adaptación

INSTITUCIONALIZACIÓN Y CONSECUENCIAS VINCULARES

Spitz fue uno de los primeros autores que señaló la insuficiencia de los cuidados emocionales en las instituciones encargadas del acogimiento de menores. Describió el hospitalismo como un deterioro generalizado progresivo que podía concluir con la muerte del niño (Grau y Mora, 2005).

En la actualidad, en muchos países en los que se adopta, se mantiene esta situación en las instituciones responsables. Dichos contextos de crianza difieren considerablemente de los contextos de las familias al uso. En las instituciones infantiles se proporciona un trato más impersonal y no es posible una vinculación tan selectiva, íntima y estable. Hay que tener en cuenta que en las familias se suele atender a un solo niño, mientras que en las instituciones, los cuidadores están al cargo de un grupo de niños (Grau y Mora, 2005).

Como consecuencia de la institucionalización, se ha encontrado que un inicio más temprano y una mayor duración de la institucionalización está asociado a una disminución de la seguridad y a un aumento de la inseguridad de las representaciones de apego en estos menores (Román y Palacios, 2011). En esta misma línea, otros autores como Provence y Linton (1962, citados en Pedreira, 2008), han descrito carencias en el desarrollo psicosocial y emocional de estos niños. Estos autores encontraron dificultades en los rasgos caracteriales (tendencia al acting-out, escasa tolerancia a la frustración, irritabilidad, terquedad...), en la mayor vulnerabilidad emocional y psicosomática, y en los problemas secundarios a nivel somático y sensorial.

Las consecuencias también han sido descritas a nivel cognitivo. De forma que estos niños pueden presentar retrasos de un mes en su desarrollo por cada 4 o 5 meses que han permanecido en la institución (Jenista, 1997, citado en Grau y Mora, 2005). Se trata de una afectación en atenciones sostenida, selectiva y dividida, así como en función ejecutiva (planificación, fluidez verbal y no verbal, interferencia, formación de conceptos, memoria operativa y secuenciación motora) (Pedreira, 2008). Así, muchos de estos niños pueden ser diagnosticados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (Fernández y Calleja, 2012). Por su parte, los trastornos del lenguaje parecen superarse inicialmente con facilidad, incluso con la barrera idiomática; sin embargo, la mayor parte de los niños tiene problemas escolares relacionados con la lectoescritura (McGuinness y McGuinness, 1999).

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LOS NIÑOS ADOPTADOS

Los niños adoptados parten de experiencias tempranas de pérdida y precariedad, como las descritas en algunas de las instituciones encargadas de los primeros cuidados. En anteriores apartados, ya se han descrito las características de vinculación desorganizada que se pueden desarrollar en estas situaciones. Cabe señalar que el modelo mental de apego tiende a la autoperpetuación y, por tanto, va a ser un factor mediador muy significativo en la relación que se establece con los futuros padres adoptivos (Gonzalo Marrodán, 2017).

La llegada a las familias adoptivas supone una activación de mecanismos de defensa y ansiedad debida al cambio radical en sus vidas. Estos niños se encuentran en ambivalencia, al confrontarse, de forma inconsciente, la necesidad de pertenencia y de amor con la necesidad de odiar como mecanismo de defensa ante la probabilidad de un nuevo abandono. Estos niños utilizan mecanismos de control del entorno, como la desconfianza o la agresión, que les han podido ser útiles en otro momento, pero que dificultan la vinculación en la familia adoptiva (Grau y Mora, 2005). También se ha observado la sociabilidad indiscriminada o el desarrollo de relaciones no selectivas, hipotetizándose sobre su posible función de aumentar la probabilidad de recibir la atención de los cuidadores (Román y Palacios, 2011).

Dadas las experiencias de vinculación primarias descritas, estos niños presentan dificultades para el aprendizaje de la postergación de sus deseos. Así, si las necesidades de un niño no han sido

satisfechas a través del llanto, ese niño deja de llorar porque ha aprendido que no le sirve para calmar sus necesidades, creciendo con falta de confianza sobre la posibilidad de que su malestar pueda transformarse en estados emocionales menos desagradables (Lapastora, 2016).

No obstante, estos sistemas de apego se pueden reorganizar a partir de las experiencias con sus nuevos cuidadores. De hecho, la evolución durante los primeros meses es muy positiva con persistencia de algunas limitaciones en el tiempo. Respecto a esto, se ha encontrado que los niños que llegaban a las familias adoptivas con más de un año de edad mostraban mayor dificultad en la formación del estilo de apego, que aquellos que llegaban antes de ese año. En este último caso, no hay diferencias en la vinculación con respecto a los niños no adoptados (Román y Palacios, 2011).

CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS ADOPTIVAS

Las familias adoptivas parten de pérdidas importantes, como la del hijo biológico. Por ello, es esencial revisar las motivaciones conscientes e inconscientes de la paternidad, puesto que pueden obstaculizar la nueva vinculación. La única motivación posible para adoptar debería ser el deseo de ser padres, puesto que si existieran otras motivaciones puede colocarse al menor en un lugar que no le corresponde (Grau y Mora, 2005). Es bien conocido que estos niños activan sus mecanismos de defensa a la llegada a la familia adoptiva, lo que puede provocar que la familia active su propio sistema de defensa (reproches, castigos, amenazas, rechazos, etc.). Esto supone una confirmación de las expectativas negativas sobre los adultos que estos menores mantienen (Román y Palacios, 2011).

Una de las ideas nucleares es que se trata de un tipo de parentalidad especial, cuyo objetivo es reparar (Gonzalo Marrodán, 2015). Con el fin de que esa crianza sea posible, es imprescindible que los padres adoptivos comprendan que detrás de las conductas de sus hijos existe un daño y unas defensas activadas en la relación, que emergen del contenido de una memoria traumática implícita (Gonzalo Marrodán, 2016). Si las familias no realizan este trabajo pueden sentirse desconcertados y desarrollar sentimientos de rechazo hacia ese niño. Con el propósito de regularse para poder ayudar a sus hijos a regularse, deben llegar a la conclusión de que se trata de un niño desregulado, que no maligno, con una historia traumática en sus orígenes (Gonzalo Marrodán, 2015).

Dentro de los objetivos previstos en la intervención con las familias adoptivas, se ha contemplado un trabajo de revisión de la historia de vida de los padres. Este trabajo incluye la revisión de los estilos de apego en las familias de origen, la elaboración de posibles traumas, la explicitación de los modelos de familia aprendidos, el desarrollo de la empatía y la adquisición de habilidades de regulación de las emociones. La justificación de este trabajo se encuentra en los hallazgos de que los niños adoptados por padres con mayor seguridad en sus vínculos, tienen más probabilidades de desarrollar estilos seguros de apego (Gonzalo Marrodán, 2017).

Diferentes autores han descrito las características que debería tener un contexto adoptivo seguro (Grau y Mora, 2005; Gonzalo Marrodán, 2016, 2017, 2019):

- Las familias adoptivas deben querer y aceptar al hijo adoptivo sin restricciones.
- Los padres adoptivos tienen que acompañar a los hijos en la elaboración de las experiencias negativas previas.
- La familia debe tolerar y apoyar las necesidades de separación y exploración de los menores.
- La familia debe comunicar que la autoridad está en los padres. En anteriores apartados, se ha explicado que estos niños presentan dificultades en la cesión del control, por lo que va a ser imprescindible que se establezcan normas predecibles y consistentes.
- Los padres deben desarrollar una “autoridad calmada”, es decir, ser capaces de manejar sus estados internos para ayudar al niño a regularse.
- Los padres deben adquirir una “capacidad mentalizadora” con el objetivo de que puedan percibir al niño como una persona con un mundo interno y no como un robot con un conjunto de conductas a modelar.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CASO

C. es una niña adoptada, natural de Latinoamérica. Su contexto inicial ha sido de un nivel socioeconómico bajo y con un alto índice de población con problemas de adicción a la clefa (pegamentos). Según consta en los informes, la madre biológica era adicta a la clefa y al alcohol. C. fue una niña que nació prematura con bajo peso y que requirió permanecer en la incubadora al nacimiento. Durante el primer año de vida, residió en una casa cuna. Los padres adoptivos recuerdan que al llegar a la casa cuna *“tenía la cabeza muy plana y como dos cuernitos, de estar tumbada y con los barrotes”*.

Los padres adoptivos han presentado varios informes de la casa cuna, después de estar en tratamiento en Hospital de Día Juvenil (HDJ). En dichos informes aparecen datos sobre la familia biológica de C: una madre con historia de consumos y vida en la calle, así como la existencia otros familiares biológicos.

En los informes aparecen datos sobre el primer año de vida de C. Se señala en él que las actividades con ella estaban muy centradas en las necesidades básicas, como la alimentación. C. es descrita como un bebé con un temperamento complicado (*“llanto que se escuchaba en toda la casa”*) y con un déficit generalizado del desarrollo.

En la evaluación de C., en su primer contacto con la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ), se recogieron datos sobre el desarrollo cognitivo. En dicho momento, se informó de un retraso en el lenguaje, así como dificultades en la adquisición de la lectoescritura. Estas dificultades han obstaculizado la adaptación escolar desde muy temprana edad. En la historia clínica de C. también constan dificultades psicomotoras que requirieron de intervención en el servicio de Rehabilitación. Además, la paciente fue valorada en Neurología, desde donde se descartó la presencia de hallazgos significativos. En lo que respecta al funcionamiento intelectual, a pesar de haber una gran disparidad en los datos de cociente intelectual (CI) recogidos en la historia clínica, la mayoría arroja un CI en torno a 70.

DATOS FAMILIARES

A continuación, se recogen datos sobre la familia nuclear adoptiva en el momento de la llegada de C. al HDJ:

P. (padre) de 58 años. Jubilado. Cuando la paciente tiene 6 años, desarrolla una ceguera por una enfermedad degenerativa, y se le diagnostica de una cardiopatía isquémica. Estos problemas de salud propician que este padre desarrolle síntomas depresivos, presentándose como un hombre callado y apocado.

En cuanto a la familia de origen paterna, destaca un conflicto entre el hermano del padre y la madre. Dicho conflicto está motivado por un desacuerdo en las herencias.

Respecto a la relación con C., aparece como un padre muy ausente. A pesar de ello, mantiene una alta conflictiva, de forma que la familia describe que *“cada vez que le pregunta algo, C. le salta con voces”*.

M. (madre) de 54 años. Ama de casa, con trabajo previo a la maternidad. Desde siempre con un gran deseo de tener el rol o lugar de madre, sin haber un claro deseo de tener un hijo. Es una persona con muchas dificultades para su propio manejo emocional, y desde ahí, poco sensible a las necesidades y dificultades de C. Al principio de la intervención en HDJ, cuando se ha realizado un señalamiento de una hipótesis emocional que explicara las alteraciones conductuales de la menor, la madre ha tenido más dificultades para poder integrarlo que el padre. En consulta, la madre narra sucesos dolorosos sin apenas expresión emocional.

Respecto a la familia de origen materna, en el genograma destaca que todos sus hermanos tienen hijos, lo cual puede tener relación con la necesidad de tener el rol de madre. La creencia nuclear de M. en relación a sus familiares es que sólo la llaman cuando necesitan algo.

En la relación con C., ha mostrado un estilo más sobreprotector y con ausencia de límites. Hay un episodio que lo ejemplifica en el que C. amenaza con romper un juguete de su hermano, ante lo que la madre intenta calmar a éste, indicándole que le comprarán otro, en lugar de poner un límite a C.

H. (hermano) de 9 años. Destaca que se le puso el mismo nombre que al padre y que proviene de una adopción europea. Cuando ha sido convocado, se presenta como hiperresponsable y adulto. Es un niño parentalizado, que ha estado muy centrado en el cuidado de su hermana. En la relación con C., hay una fuerte vinculación entre ambos, aunque al mismo tiempo, esta relación se caracteriza por la conflictiva.

Se trata de una familia con escasa capacidad para el manejo emocional, mostrándose como ausente, fría y distanciada. De manera que han presentado grandes dificultades para poder comprender y regular a C. Por tanto, se establece un círculo vicioso, en el que se activan simultáneamente las defensas de la familia y de C.: a mayor distancia de la familia, C. se encuentra más agresiva y por tanto, se produce mayor distancia familiar.

En la mitología familiar, se ha establecido una polaridad en cuanto a los hijos, respecto a la identificación del hijo mayor como el hijo bueno y de la hija menor (paciente identificada) como la hija mala. Esto implica una parentalización de P. y el señalamiento de C. como el mayor problema de la familia.

Dado el distanciamiento con las familias de origen, tanto paterna como materna, así como la falta de relaciones sociales, se trata de una familia muy aislada y por tanto, con una escasa red social de ayuda y apoyo.

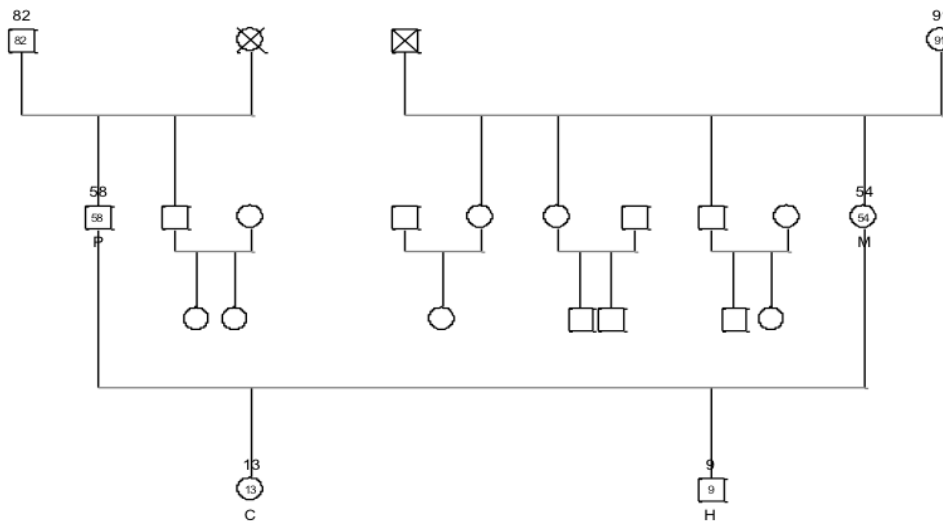


Gráfico 1: Genograma familiar.

MODELO EXPLICATIVO DEL CASO DESDE UN ENFOQUE ECOLÓGICO-SISTÉMICO

Desde el Roberto Clemente Center de Nueva York, se ha desarrollado un modelo ecológico aplicado a las familias inmigrantes (Inclán, 2001; Inclán, 2009; Inclán, et al., 2012, citados en Medina, Laso y Hernández, 2014) a partir del *modelo bioecológico de Bronfenbrenner* (Bronfenbrenner, 1976, citado en Medina, Laso y Hernández, 2014), según el cual, el desarrollo humano implica la acomodación mutua, en evolución constante en el tiempo, entre las personas y sus diferentes medioambientes. Estos medioambientes abarcan desde niveles microsistémicos (hogar, escuela, trabajo...) hasta niveles macrosistémicos (políticas, contexto económico y social...). Por tanto, este modelo ecológico, aplicado también a otras realidades individuales o familiares, abre la posibilidad de trabajar más allá del individuo, permitiendo el trabajo con otros sistemas a niveles más macro (Moreno, A., 2018; Medina, Laso y Hernández, 2014).

Una de las razones principales por las que se escogió este modelo ecológico como el marco de referencia para entender el caso de C. es la escasez, *a priori*, de posibilidades de trabajo psicoterapéutico con la paciente por sus dificultades a nivel cognitivo. Esta aproximación permite conceptualizar el caso a partir de los diferentes sistemas en los que C. está inmersa y así poder intervenir sobre ellos con la finalidad de lograr una mejoría en la menor. A continuación, se procede a describir dichos contextos significativos para C.

En cuanto a su contexto de origen, se trata de un contexto con un nivel socioeconómico muy bajo, en el que una parte significativa de la población tiene problemas de adicciones. En dicho contexto, es en el que nace y se desarrolla la madre biológica, resultando en una adicción a los pegamentos y en diferentes problemáticas sociales (vida en la calle, embarazo no deseado). Esto propicia que C. haya estado en contacto con tóxicos durante el tiempo que estuvo en el vientre materno y que tenga que ser institucionalizada desde su nacimiento, desarrollándose el primer año de vida en un ambiente limitado en cuanto a sus necesidades emocionales.

Respecto al sistema familiar adoptivo, como ya se ha recogido en un anterior apartado, se caracteriza por la ausencia de límites y normas, cayendo en la sobreprotección de la menor. No obstante, el afecto también está ausente, tanto por parte de la madre, quien presenta dificultades en el manejo de sus propios estados emocionales, como por parte del padre, quien no ha podido estar disponible por la elaboración de duelos propios (ceguera). Podemos considerar que existe una disfunción jerárquica, puesto que el hermano está ocupando un lugar familiar que no le corresponde, encargándose del cuidado de su hermana.

En cuanto a los orígenes de C., no ha habido un espacio familiar en el que se compartiera la existencia de la familia biológica en el país de origen. Ni el sistema familiar ha facilitado que se pudieran abrir conversaciones en torno a este tema ni C. ha mostrado interés en sus orígenes preadoptivos. Relacionado con esta cuestión, Inclán ha desarrollado el concepto de “pantalla dividida” para referirse a la necesidad de compartir un mismo espacio y tiempo para el desarrollo de las relaciones humanas en el caso de familias inmigrantes (Moreno, A., 2018; Medina, Laso y Hernández, 2014). De igual forma, podemos asimilar esta conceptualización a nuestro caso, o más ampliamente a los casos de adopciones, puesto que existe un período de la historia vital de C. que no ha sido compartido con su familia adoptiva y que tiene influencia en el desarrollo y estado actual de la menor. Además, el silencio en torno a las circunstancias vitales previas a la adopción ha dificultado que C. pueda organizar parte de su historia vital en una narrativa coherente e integrada, lo cual es imprescindible para el período de crisis de identidad en el que se encuentra, propio de la adolescencia. Por tanto, la incorporación en este sistema no ha supuesto una experiencia reparadora y ha acabado por configurarse un apego desorganizado.

En cuanto a la escuela, en los últimos años de Educación Primaria, se produjeron varias situaciones de acoso hacia C. con insultos racistas y relacionados con sus dificultades cognitivas. Además, coincidiendo con la eclosión de los síntomas más floridos, se produjo el cambio del colegio al instituto. Esto supuso la ruptura de un vínculo, que era significativo para ella, con una de las profesoras del colegio. Finalmente, y como un factor más protector, se ha contado con la coordinación con el equipo de orientación escolar del instituto de C., lo que ha permitido que C. pueda adaptarse más adecuadamente a este contexto.

Considerando un nivel más macrosistémico, hay que considerar el contexto político y social actual, en el que aún se dan ideologías racistas entre parte de la población general. Por último, en relación con la tendencia individualista de la sociedad actual, es imprescindible recordar el hecho de que la familia de C. se encuentra muy aislada, lo que no permite el acceso a la ayuda y apoyo a la crianza de los hijos.

C. se encuentra inmersa en estos diversos contextos, como individuo, con sus dificultades y síntomas, así como sus fortalezas. Uno de los síntomas más relevantes son los gestos autolesivos como forma de regulación emocional. No se puede entender el caso de C. como un trastorno del espectro autista (TEA), pero existe un déficit a nivel de teoría de la mente/mentalización, derivado

tanto de las dificultades cognitivas como de la inseguridad y desorganización en el apego. No es la carencia de la capacidad de ver la mente del otro, sino una distorsión en esta capacidad. La tendencia relacional de C. es el establecimiento de vínculos duales y muy exclusivos, rechazando relaciones que se encuentren fuera de lo dual. Esta forma de vinculación ha propiciado múltiples dificultades en el área social: con los profesionales de HDJ, con los profesores y con sus amistades.

3. INTERVENCIONES PREVIAS EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

TRATAMIENTO AMBULATORIO

El primer contacto de C. con Salud Mental fue a través de la USMIJ cuando tenía 6 años. El motivo de consulta en dicho momento era el bajo rendimiento académico. La derivación se realizó por el equipo de orientación del colegio público al que asistía. Desde Psiquiatría se diagnosticó de TDAH y se inició el tratamiento con la prescripción de un psicoestimulante. Cuando C. tenía 11 años, se decidió la derivación a consulta de Psicología Clínica por “TDAH, déficit intelectual y dificultades en las relaciones con los iguales”. Desde ese momento, se mantuvo el seguimiento en ambas especialidades con falta de respuesta al tratamiento, incluyendo la participación de la paciente en dos encuadres grupales y de los padres en consulta de Trabajo Social y en grupos para padres.

INGRESO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE INFANTO-JUVENIL (UHB-IJ)

Coincidiendo con el paso al instituto, cuando C. tenía 13 años, debutó con un cuadro de autolesiones en brazos y piernas, así como la idealización de una profesora del anterior colegio, verbalizando deseos de que ésta fuera su madre biológica y que la adoptara, con dificultad para hacer crítica de estos pensamientos. En este momento, la profesora estaba embarazada y C. verbalizaba: “*no quiero que tenga ese bebé porque se olvidará de mí*”. C. comenzó a escribir con bastante frecuencia a esta profesora y expresó amenazas autolíticas ante la falta de correspondencia, llegando a realizar gestos autolesivos de alta letalidad con cuchillas.

C. fue desarrollando ideación autolítica cada vez más estructurada y llegó a redactar una carta con posibles formas de suicidarse: cortarse el cuello, pegarse un tiro en la cabeza, tirarse a un coche, colgarse del cuello, etc. Al mismo tiempo, fue disminuyendo el autocontrol sobre las autolesiones y aumentando la frecuencia de éstas.

Dada la progresión del cuadro psicopatológico de la paciente, se decidió su ingreso en la UHB-IJ. Los profesionales de Salud Mental responsables de dicho ingreso descartaron la presencia de sintomatología psicótica y los comportamientos descritos hacia la profesora se explicaron a partir de un cuadro obsesivo en el contexto de la adolescencia y de un pensamiento fantasioso en relación a su nivel cognitivo. Los diagnósticos que se establecieron fueron trastorno de la conducta y de las emociones de inicio en infancia y adolescencia; y CI límite. En este ingreso, C. pudo expresar la situación de acoso en el instituto por sus déficits cognitivos y su procedencia latinoamericana.

A lo largo de su proceso terapéutico en HDJ, ha habido varias ocasiones en las que ha mostrado su deseo por volver a ingresar en la UHB-IJ porque ella pensaba que allí había personas que la podían comprender. En algunas de esas ocasiones ha requerido la visita a Urgencias por autolesiones o amenazas autolesivas, llegándose a poner un cuchillo en el cuello en una de esas ocasiones. Tras unos meses, se decidió un segundo ingreso en la UHB-IJ ante la falta de contención de las autolesiones por parte de la familia y del tratamiento en HDJ. Este ingreso concluyó con un alta por “imposibilidad de trabajar más allá del nivel conductual”.

Tras el primer ingreso en la UHB-IJ, C. comienza a asistir al HDJ. Tras la valoración de la menor por los distintos profesionales del dispositivo (psicóloga clínica, psiquiatra y enfermera) se decide su inclusión en tratamiento grupal, individual, familiar y grupo de padres. A continuación se exponen los principales objetivos y intervenciones llevadas a cabo con la menor y la familia.

TERAPIA INDIVIDUAL

Dado que partimos de un vínculo desorganizado se considera necesario que la terapeuta (la psicóloga clínica, en este caso) se convierta en una figura de apego alternativa (Gonzalo Marrodán, 2019), en la que poder confiar y con la que poder reflexionar y discutir sus problemas para fomentar el desarrollo de la función reflexiva, así como poder elaborar su historia de vida. En el marco de esta relación terapéutica, C. ha ido entregando las cuchillas que utilizaba para autolesionarse, así la terapeuta ha ejercido funciones de cuidado. En el abordaje de las conductas autolesivas, también se han reforzado otras formas más adaptativas de regulación del malestar, como permitirse el llanto. Posteriormente, se ha trabajado en el restablecimiento del vínculo con los padres adoptivos a partir de fotos y vídeos de la infancia. Como se ha indicado anteriormente, C. muestra tendencia a vincularse de forma exclusiva y dual. Al principio de su seguimiento en HDJ, se vinculó con uno de los profesionales del equipo y agredió al resto. En la actualidad, se ha conseguido una relación más normalizada con todos los miembros del equipo.

A pesar de que se trabajó en la elaboración de la historia de vida de C. al comienzo de su seguimiento, no se logró una auténtica integración emocional. Un ejemplo de ello es la entrevista en la que se le pidió que trajera la caja que contiene los recuerdos de su vida previa a la adopción, mostrando los elementos con una alta distancia emocional. Ha habido otros contextos en los que se ha intentando realizar este trabajo de revisión de la historia de vida, como la derivación al programa post-adopciones regional, resultando un fracaso terapéutico por boicot de la paciente. Durante el transcurso de esta intervención, C. lanzó una silla en la sala de espera y se negó a continuar asistiendo. Así, la revisión y elaboración de historia de vida, desde un lugar de protagonista de su propia historia, está aún pendiente de realizarse.

Un punto de apoyo relevante en la intervención ha sido la colaboración del equipo de coordinación escolar, quien ha realizado un seguimiento estrecho por las dificultades de la paciente y la asistencia irregular que se dio durante un período de tiempo. Esta intervención ha sido fundamental para facilitar la integración social de C. y la generalización a este contexto de las estrategias de manejo adquiridas en el trabajo grupal realizado en el HDJ.

TERAPIA FAMILIAR

En esta familia había varios duelos por elaborar. Uno de ellos era el fracaso en una adopción previa a la de C., en la que hubo una falta de correspondencia entre el niño que se les ofreció y el niño que se les presentó cuando fueron al país de procedencia para formalizar la adopción. Dicha situación propició que la adopción de C. se realizara sin demasiada reflexión previa y desde la necesidad de llenar el vacío por la pérdida del hijo deseado. Otro de los duelos por elaborar era la pérdida de visión del padre, lo cual supuso una concomitancia con el inicio de la conflictiva de C. en el colegio, incluyendo una mayor vinculación con la profesora. Por último, había un duelo más implícito que es la pérdida de la expectativa de ser padres de una “hija sana”, puesto que C. ha presentado distintas dificultades en su desarrollo y ha requerido el despliegue de una parentalidad totalmente diferente a la esperada. Esto último alude, una vez más, al duelo por el hijo deseado o esperado.

En cuanto a la parentalidad, se trabajó para que los padres fueran capaces de regularse a sí mismos antes de regular a C. Esto es un requisito en la crianza, ya que un padre no puede constituirse como fuente de seguridad y confianza para acompañar en el dolor del hijo si el primero reacciona de forma agresiva. La madre de C. pudo trabajar este objetivo tanto en entrevistas individuales como en el grupo de padres. En la medida en que esta madre ha sido capaz de comprender lo que había detrás de las conductas tan disruptivas de C. ha podido regularse a sí misma para ayudar a su hija. También ha podido integrar que “*los límites son abrazos*”, es decir, que el establecimiento de éstos va a repercutir positivamente en su hija a largo plazo. Respecto a la cuestión de los límites, es necesario recordar que en los niños adoptados con una vinculación desorganizada debe lograrse

que obedezcan, en un primer momento, por las consecuencias externas y en un momento posterior, por ellos mismos y debido al vínculo. Esto último ha sido una idea que se ha intentando transmitir a esta familia. La intervención realizada en estos aspectos ha sido apoyada a través de la inclusión de un educador de familias por parte de Servicios Sociales, con el que los padres han trabajado pautas educativas y de manejo.

En relación a la falta de espacios familiares en los que se puedan tratar los orígenes preadoptivos de C., es preciso que se pueda continuar explorando sobre el significado que esta familia da a la hipotética apertura de este tema en un futuro. Es un objetivo terapéutico que aún no se ha terminado de trabajar y que su cumplimiento está determinado por los tiempos y las necesidades del proceso psicoterapéutico. De forma que, desde el equipo terapéutico, se ha percibido la necesidad de lograr una mayor estabilización de la paciente antes de profundizar en esta cuestión.

Por último, respecto a la conyugalidad de los padres, se prescribieron diferentes salidas para que pudieran desarrollar esta área más allá de la parentalidad, lo cual ocupaba todo el espacio de la vida familiar.

TERAPIA DE GRUPO

Al comienzo de la intervención grupal, C. tenía muchas dificultades para participar en las actividades propuestas y para obedecer a los adultos/terapeutas del HDJ, lo cual puede estar relacionado con la dificultad para ceder el control a los adultos cuando se ha configurado una vinculación predominantemente desorganizada. También surgieron conflictivas con los compañeros, que fueron disminuyendo en la medida en que se fueron incorporando otros pacientes con rendimiento cognitivo bajo en el grupo del HDJ. Con esta nueva configuración del grupo, C. se permitió señalar que había momentos de las sesiones grupales que no llegaba a comprender, lo cual facilitó que C. pudiera incluirse más en las dinámicas grupales y que tuviera mayor sentimiento de pertenencia grupal.

Uno de los mayores temores de C. es el abandono, el cual se reactiva en el contacto con los iguales. Durante la etapa en que C. sufrió acoso escolar se pudo haber producido una retraumatización, gatillando los contenidos traumáticos almacenados en memoria implícita. De manera que la mayor inclusión de C. en el grupo fue un hito significativo en su proceso psicoterapéutico en la medida que supuso una auténtica experiencia emocional correctiva.

En febrero de 2018, con los cambios producidos por el funcionamiento del dispositivo, en cuanto a altas y salidas del grupo, se produjo un gran cambio en la configuración del grupo. Además, con la repetición de curso de C., que propició que ésta acudiera a clase con compañeros de menor edad y por tanto, con un nivel cognitivo más próximo al de la paciente, ésta empezó a acudir con mayor regularidad al instituto. Dados estos dos factores, el equipo del HDJ decidió potenciar la asistencia al instituto y disminuir la frecuencia de asistencia al HDJ. Así, C. salió del encuadre grupal.

TERAPIA DE GRUPO DE PADRES

Como ya se ha expuesto anteriormente, ser padre adoptivo supone asumir, en la mayoría de las ocasiones, una “parentalidad terapéutica” (Gonzalo Marrodán, 2015) que es cualitativamente diferente a la parentalidad desempeñada en la mayoría de las familias. Esta forma de ser padres supone alcanzar una mayor comprensión de las causas de la desregulación de los niños adoptados. Nos parece que el trabajo realizado a través de un grupo de padres puede facilitar la comprensión necesaria para poner en marcha este tipo de parentalidad específica.

En el caso de los padres de C., el trabajo en este formato fue iniciado, principalmente, por la madre de la menor, quien comenzó a acudir de forma regular a los grupos de padres mensuales. Al inicio, la madre señalaba malestar durante las sesiones, indicando su deseo de abandonarlo en varias ocasiones. De alguna manera, este malestar experimentado por la madre pudo servir para una mejor comprensión de la menor y de sus dificultades tanto emocionales como cognitivas. Además, a partir de compartir con el resto de padres del grupo, la madre de C. pudo empezar a establecer límites como parte de la crianza y así, tener una aproximación más adaptativa a sus hijos. Como ya

se ha indicado en otros apartados, esta organización familiar se ha reflejado en diversas ocasiones, como en las disputas entre hermanos, en las que no se establecían límites a los descontroles de la paciente por protección extrema de ésta, o en las salidas de vacaciones de toda la familia, en las que los síntomas y el malestar de C. suponían una limitación de la vida familiar y no una característica más de su realidad familiar.

La mayor participación del padre de la menor en el grupo de padres vino dada por la mejoría de su estado de ánimo. Esto ha permitido también que pudiera realizar aportaciones útiles al resto de padres, que han supuesto un sentimiento de valía para el subsistema paterno.

En la actualidad, ambos padres son una fuente de conocimiento y entendimiento de los problemas y las estrategias de manejo de los adolescentes, que son muy valoradas por el resto de los padres del grupo.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En casos complejos y graves, como el de C., es preciso realizar una evaluación, reevaluación y tratamiento a largo plazo. Dado que la menor se encuentra en un momento del ciclo vital de mayor fragilidad como es la adolescencia, es imprescindible que la intervención se centre en el aquí y ahora para tratar sus dificultades actuales y proveer de habilidades de manejo. No obstante, al mismo tiempo, se va configurando la estructura y comprensión del caso desde una visión histórica y social. En el caso de C. tenemos claro que su historia de vida, con el abandono primario de base y el estilo de apego desorganizado generado son factores fundamentales de trabajo. Sin embargo, no siempre se puede empezar por ello, ni es lo más conveniente.

La mayor comprensión de la problemática de la menor ha permitido un mayor manejo de las reacciones contratransferenciales de los profesionales y un mayor despliegue de estrategias para ayudar a la menor a desactivar las consecuencias del estilo de apego configurado por parte de los padres. Teniendo en cuenta este marco de referencia, los objetivos de la intervención con esta paciente se han centrado en ayudarle a aumentar la comprensión de las dificultades presentes y a partir de ahí, poder rastrear el origen de sus estilos de afrontamiento, ahora dañinos, pero que fueron posiblemente adaptativos en un contexto de crianza carencial, como fue la institucionalización en la casa cuna.

Durante el proceso de tratamiento de C., se han podido distinguir diferentes momentos. En un primer momento, se fomentó la comprensión de las dificultades de la menor, empleando las primeras sesiones individuales y grupales con una finalidad más evaluativa. En otro momento posterior, en un clima de seguridad favorecido por el dispositivo de HDJ, la intervención se centró en el aquí y ahora de las dificultades relacionales que surgían en el propio dispositivo. Estas pautas disfuncionales se trabajaron primero con los compañeros y después en el contexto natural del instituto, a través de la coordinación con el equipo de orientación. Además, se ha comenzado a realizar un trabajo sobre la historia vital y de crianza a partir de las sesiones individuales y familiares.

Se puede conceptualizar el tratamiento como una multitud de diferentes círculos de intervención con la menor, su familia y su red social, que tendrán que atravesar para alcanzar una mejoría de un proceso de crecimiento que se inició sin guía y sin vínculo seguro que sostuvieran a la menor con las consiguientes secuelas emocionales, cognitivas y vinculares. Esto supone una aproximación sistémico ecológica en cuanto a que la intervención ha implicado tanto a la menor como a los sistemas más significativos en los que está inmersa, como el sistema familiar o el escolar. Bajo un planteamiento así, la intervención realizada hasta el momento se puede entender como el cierre de una vuelta a uno de esos círculos del tratamiento. Aún así, siguen existiendo objetivos terapéuticos por trabajar que deberán plantearse en otro momento evolutivo y posiblemente en otro dispositivo asistencial diferente.

- Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Una guía práctica*. Bilbao: Desclee de Brouwer
- Di Bártolo, I. (2018). *El apego. Cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Fernández, A. y Calleja, B. (2012). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Abordaje multidisciplinar* [en línea]. Recuperado de <http://servicios.educarm.es/templates/portal/imagenes/ficheros/etapasEducativas/secundaria/12/secciones/140/contenidos/2507/hiperactividad.pdf>
- Gonzalo Marrodán, J.L. (2015). *¿Por qué falla el proceso de vinculación de algunos/as niños/as con los acogedores o padres/madres adoptivos/as?* [en línea]. Recuperado de <http://www.buenostratos.com/2015/01/por-que-falla-el-proceso-de-vinculacion.html>
- Gonzalo Marrodán, J.L. (2016). *Niños/as con características de apego desorganizado-controlador* [en línea]. Recuperado de <http://www.buenostratos.com/2016/04/ninosas-con-caracteristicas-de-apego.html>
- Gonzalo Marrodán, J.L. (2017). *Adopción y acogimiento: lo que no debemos hacer como cuidadores y lo que sí debemos hacer (I)* [en línea]. Recuperado de <http://www.buenostratos.com/2017/03/adopcion-y-acogimiento-lo-que-no.html>
- Gonzalo Marrodán, J.L. (2017). *Adopción y acogimiento: lo que no debemos hacer como cuidadores y lo que sí debemos hacer (II)* [en línea]. Recuperado de <http://www.buenostratos.com/2017/04/adopcion-y-acogimiento-lo-que-no.html>
- Gonzalo Marrodán, J.L. (2019). *El apego en niños mayores adoptados. Conclusiones de un estudio longitudinal* [en línea]. Recuperado de <http://www.buenostratos.com/2019/09/el-apego-en-ninos-mayores-adoptados.html>
- Grau, E. y Mora, R. (2005). Vicisitudes en la vinculación entre padres e hijos en adopción internacional. *Revista de psicoterapia*, 16(62), 103-117.
- Lapastora, M. (2016). *La adolescencia de los/as adoptados/as, un reto a las familias adoptivas* [en línea]. Recuperado de <http://www.buenostratos.com/2016/12/la-adolescencia-de-losas-adoptados-un.html>
- McGuinness, T. y McGuinness, J. (1999). Speech and Language Problems in International Adoptees. *American Family Physician*, 60(5), 1322-1333.
- Medina, R., Laso, E. y Hernández, E. (2014). *Pensamiento sistémico. Nuevas perspectivas y contextos de intervención*. México: Litteris Psicología.
- Moreno, A. (2018). *La práctica de la terapia sistémica*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Pedreira, J.L. (2008). Trastornos psicopatológicos en y desde la adopción. *Monografías de psiquiatría*, 20(2), 76-85.
- Román, M. y Palacios, J. (2011). Separación, pérdida y nuevas vinculaciones: El apego en la adopción. *Acción Psicológica*, 8(2), 99-111.