UNIVERSITAT RAMON LLULL

Estudio de las consecuencias psicopatológicas de las adversidades relacionales en la infancia y de la transmisión del trauma transgeneracional

Mark Philip Dangerfield

http://hdl.handle.net/10803/668739

C.I.F. G: 59069740 Universitat Ramon Llull Fundació Rgtre. Fund. Generalitat de Catalunya núm. 472 (28-02-90)

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

C.I.F. G: 59069740 Universitat Ramon Llull Fundació Rgtre. Fund. Generalitat de Catalunya núm. 472 (28-02-90)

TESIS DOCTORAL

Título: Estudio de las consecuencias psicopatológicas de las adversidades relacionales en la infancia y de la transmisión del trauma transgeneracional

Realizada por: Mark Dangerfield

en el Centro: Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna

y en el Departamento: Psicología

Dirigida per:
Dr. Victor Cabré Segarra
Dr. Jorge L. Tizón García

Programa de Doctorado en Psicología
Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna
Universitat Ramon Llull

TESIS DOCTORAL

Estudio de las consecuencias psicopatológicas de las adversidades relacionales en la infancia y de la transmisión del trauma transgeneracional

Mark Dangerfield

Directores:

Dr. Victor Cabré Segarra

Dr. Jorge L. Tizón García

Tutor: Dr. Carles Pérez Testor

La presente tesis se enmarca en el *Grup de Recerca de Parella i Família* (Grupo de investigación consolidado -2014 SGR 953-) de la Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y el Deporte Blanquerna y del Instituto Universitario de Salud Mental Vidal y Barraquer (IUSM) de la Universidad Ramón Llull.

Nada puede el hombre con la vida
ni el drama y la belleza que contiene
y no puede por siempre sentir dicha
pues la vida es un regalo que no entiende.

Nada puede el hombre con la muerte
pues el tiempo no alcanza ni es eterno
y la vida queda corta y hiere
al saberse efímero y pequeño.

Nada puede el hombre con el amor
ni forzarlo ni hallarlo cuando quiere
aún sabiendo que le salva del dolor
de vivir esta vida con la muerte.
(Javier Aragonés, 2002)

Tú justificas mi existencia:
si no te conozco, no he vivido;
si muero sin conocerte, no muero, porque no he vivido.
(Luís Cernuda, 1931)

Act so that the effects of your action
are compatible with the permanence of genuine human life.
(Hans Jonas, 1984)

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a los adolescentes y sus familias que he atendido a lo largo de los últimos 25 años, y que tanto me han enseñado.

Darles las gracias por permitirme acompañarles en momentos tan difíciles de sus vidas y por compartir su sufrimiento conmigo. A todos ellos mi admiración y mi más profundo respeto. La mayor parte de las veces he tenido la sensación de que la ayuda profesional llegaba a estos jóvenes demasiado tarde, algo que me llevó hace años a iniciar la recogida de datos que se convirtió en esta tesis doctoral. Espero que este trabajo contribuya a facilitar la detección precoz de las adversidades que sufren tantos menores, así como a dar mayor visibilidad y respuesta a su sufrimiento.

Al Dr. Jorge Tizón. Es muy difícil transmitir en pocas palabras lo que he aprendido y todo lo que he recibido del Dr. Tizón desde finales de los años 90 del siglo pasado, como diría él. Sin su inestimable ayuda, supervisión, generosidad y afecto durante tantos años, este trabajo no hubiera sido posible, así como tampoco lo sería mi trayectoria profesional. Creo que, en gran medida, gracias a haberle conocido y trabajado con él desde hace tanto tiempo, he podido seguir adelante con esta difícil pero apasionante profesión.

Al Dr. Victor Cabré, por su constante estímulo, apoyo y contribución a que esta tesis haya sido una realidad. Por su paciencia durante los momentos en los que no podía cumplir con los plazos previstos y por transmitir su confianza. También porque, ya hace casi diez años, me dio la oportunidad de poder iniciar mi actividad docente en el Instituto Universitario de Salud Mental Vidal y Barraquer, abriéndome las puertas de una actividad que me permite aprender y disfrutar mucho.

Al Dr. Carles Pérez Testor, por su apoyo y estímulo en mi trabajo de investigación y, sobre todo, por convencerme de que podía convertir mi proyecto de investigación sobre las experiencias relacionales adversas en esta tesis doctoral. Por su capacidad de facilitar el puente hacia la investigación desde el trabajo clínico, algo muy valioso y necesario para mejorar la asistencia.

A los compañeros del Hospital de Día de Badalona, con los que compartí casi 10 años de intenso y muy difícil trabajo clínico. Quiero agradecer especialmente a la Dra. Loreto Mundó por haber confiado en mi para que me incorporara al equipo del Hospital de Día desde su inauguración en el año 2008, así como agradecerle a ella y al resto del equipo su valiosa contribución al proceso de recogida de datos de la muestra estudiada.

A mis actuales compañeros de trabajo en el Equipo Clínico de Intervención a Domicilio (ECID): Anna Oriol, Jordi Artigue, Marta Montaner, Valentina Bruno, David López, Eli Rodríguez, Elsa Coll, Gemma Segura, Laia Ferrer, Lina Gutiérrez y Oriol Canalías, con quienes estamos aprendiendo y compartiendo esta nueva aventura del trabajo con adolescentes de alto riesgo desde nuevas perspectivas. Gracias por vuestro compromiso, sensibilidad y humildad con los pacientes; por vuestra generosidad y comprensión con la red asistencial; por vuestra confianza, afecto y determinación en el trabajo con el equipo; y por vuestro esfuerzo y tolerancia a enfrentar el reto del aprendizaje diario. Os agradezco también vuestra vitalidad, vuestro sentido del humor y, muy especialmente, que aceptaseis uniros a este proyecto.

A Dickon Bevington y Peter Fuggle, por su amistad, por todo lo que he aprendido con ellos y por haber confiado en mi para embarcarme en el fascinante proyecto AMBIT del Anna Freud National Centre for Children and Families de Londres. También por su valiosa ayuda y colaboración en el proyecto ECID.

A todos los colegas y amigos de profesión con los que he tenido la suerte de poder trabajar y aprender durante tantos años de actividad clínica, con una mención especial para Daniel Cruz, compañero y amigo desde principios de los años 90, época en la que coincidimos en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, y con quien hemos compartido mucho.

A Nuria Mora por su valiosa ayuda en aspectos metodológicos de los estudios y en el trabajo estadístico de los datos.

A mis padres y mis hermanos, por su estima incondicional y por haberme ayudado a tener confianza en las relaciones humanas.

A Nuria, por los años compartidos, y a nuestro hijo Nicolás, por haberme hecho vivir la maravillosa experiencia de ser padre, por su amor y vitalidad.

A Arantzu Sumalla, por su inestimable ayuda en la corrección del texto de esta tesis y por la valiosa amistad que nos une desde la adolescencia.

A Norka Malberg, por su inspiración y apoyo en el difícil tramo final del proceso. Gracias por el estímulo, confianza y por haberme ayudado a ver que es posible desafiar la adversidad.

Abreviaturas

ACE	*Adverse Childhood Experiences*
AMBIT	*Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment*
AFNCCF	*Anna Freud National Centre for Children and Families (London)*
CSMIJ	*Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil*
CSMA	*Centro de Salud Mental de Adultos*
DGAIA	*Direcció General d'Atenció a la Infància i Adolescència (Generalitat de Catalunya)*
EAIA	*Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia*
EAP	*Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico*
ECID	*Equipo Clínico de Intervención a Domicilio*
EMAR	*Estado Mental de Alto Riesgo*
ERA	*Experiencia Relacional Adversa*
ERA-A	*Experiencias Relacionales Adversas Acumulativas*
FVB	*Fundación Vidal y Barraquer*
HD	*Hospital de Día*
IUSM	*Instituto Universitario de Salud Mental Vidal y Barraquer (Universidad Ramón Llull)*
MBT	*Mentalization Based Treatment (Tratamiento Basado en la Mentalización)*
MBT-A	*Mentalization Based Treatment for Adolescents (Tratamiento Basado en la Mentalización para Adolescentes)*
MBT-C	*Mentalization Based Treatment for Children (Tratamiento Basado en la Mentalización para Niños)*
OMS	*Organización Mundial de la Salud*
TA	*Trauma Acumulativo*

Índice General

Agradecimientos **4**

Abreviaturas **7**

Índice de Tablas **10**

Índice de Gráficos **11**

Índice de Anexos **12**

1. Introducción **14**

2. Justificación de la tesis doctoral **22**

3. Reflexiones e ideas preliminares **30**

3.1 "Si la vida es esto, entonces me quiero morir" 30

3.2 Un modelo para comprender las consecuencias psicológicas de las experiencias relacionales adversas: la mentalización 35

3.3 Desarrollo de la capacidad de mentalización y sus trastornos 41

3.4 Experiencias relacionales adversas en la infancia y fallas en La capacidad de mentalización en la adolescencia 50

3.5 Transmisión transgeneracional del trauma relacional 54

4. Fundamentación teórica **58**

5. Objetivos **75**

5.1 Objetivo general 75

5.2 Objetivos específicos 75

6. Variables **76**

7. Hipótesis **77**

7.1 Hipótesis general 77

7.2 Hipótesis específicas 77

8. Método **78**

8.1 Participantes 80

8.2 Instrumentos 81

8.3 Procedimiento 95

8.4 Tipo de estudios 96

8.5 Aspectos éticos 99

9. Resultados: análisis estadísticos **107**

9.1 Resultados Estudio I 107

9.2 Resultados Estudio II 111
9.3 Resultados Estudio III 119
9.4 Resultados Estudio IV 124
9.5 Resultados Estudio V 125
9.6 Resultados Estudio VI 127
10. Discusión y conclusiones 130
10.1 Estudio I 130
10.2 Estudio II 138
10.3 Estudio III 147
10.4 Estudio IV 151
10.5 Estudio V 157
10.6 Estudio VI 160
10.7 Conclusiones generales 163
11. Nuevas aportaciones y aplicaciones prácticas I 165
12. Nuevas aportaciones y aplicaciones prácticas II 170
13. Limitaciones y líneas futuras de investigación 196
14. Referencias bibliográficas 200
15. Anexos 228

Índice de Tablas

Tabla 1: Síntesis de los seis estudios que componen la tesis doctoral 21
Tabla 2: Edades en el momento del ingreso 80
Tabla 3: Presencia de ERA en los adolescentes 107
Tabla 4: Distribución de ERA sufridas en función del género 108
Tabla 5: Distribución del abuso sexual en cuanto al género 109
Tabla 6: Resultados Estudio I - Abuso Sexual 109
Tabla 7: Distribución de ERA en función del diagnóstico 116
Tabla 8: Distribución de diagnósticos en función de ERA-A o no ERA-A 117
Tabla 9: Resultados Estudio II: ERA-A y riesgo psicopatológico 117
Tabla 10: Intentos de suicidio en función de las ERA 119
Tabla 11: Intentos de suicidio en función de las ERA (2) 119
Tabla 12: Intentos de suicidio y su relación con ERA-A 120
Tabla 13: Resultados Estudio III 121
Tabla 14: Detección del abuso sexual antes del ingreso en HD 124
Tabla 15: Relación entre los intentos de suicidio de los adolescentes y la falta de detección del abuso sexual 125
Tabla 16: Relación entre los intentos de suicidio de los adolescentes y la falta de detección del abuso sexual (2) 125
Tabla 17: Adolescentes con ERA y presencia de ERA en sus progenitores 127
Tabla 18: Resultados estudio VI 129
Tabla 19: Síntesis de resultados de diferentes estudios 131
Tabla 20: Prevalencia de ERA-A en diferentes estudios 145

Índice de Gráficos

Gráfico 1: distribución de adolescentes por género 80
Gráfico 2: Presencia de ERA en los adolescentes 107
Gráfico 3: Distribución de las ERA 108
Gráfico 4: Porcentaje de víctimas de abuso sexual en función del género 110
Gráfico 5: Diagnósticos en adolescentes sin ERA 111
Gráfico 6: Diagnósticos en adolescentes con 1 ERA 112
Gráfico 7: Diagnósticos en adolescentes con 2 ERA 113
Gráfico 8: Diagnósticos en adolescentes con 3 ERA 114
Gráfico 9: Diagnósticos en adolescentes con 4 ERA 115
Gráfico 10: Diagnósticos en adolescentes con 5 ERA 116
Gráfico 11: Relación entre ERA-A y porcentaje de psicosis o riesgo de psicosis 117
Gráfico 12: Correlación entre ERA-A y riesgo de psicosis 118
Gráfico 13: Número de ERA y porcentaje de adolescentes con intento de suicidio 120
Gráfico 14: Evolución de la prevalencia de los intentos de suicidio en función del número de ERA 122
Gráfico 15: Correlación positiva entre ERA-A y riesgo de intentos de suicidio 123
Gráfico 16: Detección del abuso sexual antes del ingreso en HD 124
Gráfico 17: Intentos de suicido en adolescentes con abuso sexual no detectado 126
Gráfico 18: Intentos de suicido en adolescentes con abuso sexual Detectado 126
Gráfico 19: Porcentaje de adolescentes con ERA en el grupo de progenitores con ERA 128
Gráfico 20: Porcentaje de adolescentes con ERA en grupo de progenitores sin ERA 128
Gráfico 21: La Negligencia es la forma más prevalente de maltrato infantil 134
Gráfico 22: Porcentaje de diagnósticos en función de ERA 139
Gráfico 23: Ejes de exclusión social de los jóvenes atendidos en el ECID 176

Índice de Anexos

Anexo 1: Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre ERA (2014) 228
Anexo 2: Costes derivados de los principales trastornos mentales 229
Anexo 3: Coste social por trastorno y tipos de costes en España 229
Anexo 4: Precio por proceso de hospitalización convencional 230
Anexo 5: Documentos relativos al proceso de exploración diagnóstica y exploración de la ERA llevados a cabo en el momento del ingreso en el Hospital de Día de Badalona 232
Anexo 6: ACE International Questionnaire 255
Anexo 7: Cuestionario ERIRAOS 260
Anexo 8: Certificado del Comité de Ética del IUSM de la Universidad Ramón Lull 264
Anexo 9: Certificado ISO 90001:2015 265
Anexo 10: Presentaciones en congresos y jornadas 266
Anexo 11: Otras presentaciones orales 270
Anexo 12: Actividades formativas en las que se explicaron y difundieron datos y resultados de las investigaciones de la tesis doctoral 272
Anexo 13: Datos de la OMS sobre ERA (2002) 274
Anexo 14: Datos de la OMS sobre ERA (2016) 276
Anexo 15: Medidas propuestas por INSPIRE para prevenir y combatir la violencia contra menores 280
Anexo 16: Aparición del ECID en medios de comunicación 281
Anexo 17: Embudo de preguntas para la exploración de las ERA 286

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó el año 2014 (ver anexo 1) unos datos alarmantes sobre las estimaciones del abuso sexual y el maltrato que sufren los menores en Europa. La OMS afirma que de los 190 millones de menores de edad censados en Europa ese año, 18 millones sufrieron abuso sexual, 44 millones maltrato físico y 55 millones maltrato psicológico. Si 55 millones de menores sufrieron maltrato psicológico, esto significa que, como mínimo, un 30% de los menores en Europa sufre algún tipo de maltrato.

Siguiendo estas cifras de la OMS, podemos inferir que unos siete u ocho niños y niñas de entre los 25 alumnos que puede haber en la mayoría de las aulas de los casi treinta mil centros educativos que hay en España (Ministerio de Educación, 2018), sufren algún tipo de maltrato. Es importante añadir que, en estas estimaciones, la OMS no contabiliza la negligencia parental, que es el tipo de experiencia adversa en la infancia más frecuente, tal como nos mostrarán los resultados que presentaré en esta tesis, así como los datos de la misma OMS (WHO, 2014) y los datos aportados por el *Center on the Developing Child* de la Universidad de Harvard. Según este reputado Centro de investigación sobre la infancia de la Universidad de Harvard, la negligencia representa el 78% de todos los casos de maltrato infantil, mucho más que el abuso sexual, el maltrato físico y el maltrato psicológico combinados (National Scientific Council on the Developing Child, 2012). Además, la negligencia parental también conlleva graves consecuencias psicopatológicas para los menores, y la negligencia crónica se asocia con una gama más amplia de daños que el abuso y el maltrato activo, pero recibe menos atención en políticas y prácticas asistenciales (National Scientific Council on the Developing Child, 2012).

Son datos muy preocupantes, pero lo más alarmante es que la misma OMS afirma que el 90% de los casos de maltrato nunca son detectados, tampoco en nuestro país. A pesar de su alta prevalencia, esta clase de violencia a menudo se oculta, pasa desapercibida o no se denuncia (OMS, 2016).

Sabemos que el abuso sexual, el maltrato –físico y psicológico– y la negligencia parental sufridos durante la infancia son experiencias muy comunes entre las personas que desarrollan graves problemas de salud mental (Goff et al.,

1991; Mullen et al., 1993; Read & Fraser, 1998; Janssen et al., 2004; Read et al., 2005; Bendall et al., 2008; Shevlin et al., 2008; Sorensen et al., 2010; Dangerfield 2012 & 2017; Varese et al., 2012; Artigue & Tizón, 2014; Artigue et al., 2016). Sabemos que las víctimas suelen ser reacias a revelar sus historias de abuso (Read et al., 2007 y 2017; Pereda et al. 2014) y, como desgraciadamente nos confirma la OMS (anexo 1), los profesionales solemos ser reacios a explorarlas. Por este motivo, en la mayoría de las ocasiones estas historias de abuso nunca son detectadas (Read et al., 2007 y 2017; OMS, 2014; Dangerfield 2012 y 2017).

Una historia de trauma o abuso ha sido claramente identificada como un factor de riesgo de trastornos mentales graves, así como un factor de riesgo de suicidio en la adolescencia, como muestran muchos estudios que detallaré en el capítulo 4. En el año 2016, la revista *Nature* publica un trabajo que afirma que las experiencias adversas en la infancia relacionadas con el maltrato son el principal factor de riesgo prevenible de los trastornos mentales y del abuso de sustancias (Teicher et al., 2016). Bessel van der Kolk (2015), un reconocido investigador sobre esta temática, nos recuerda los datos del estudio sobre las experiencias adversas en la infancia –ACE en sus siglas en inglés– donde se encontró que las adversidades relacionales en la infancia son la causa más evitable de trastorno mental, la causa más común de abuso de drogas y alcohol, y un contribuyente importante a las principales causas de muerte, como la diabetes, las enfermedades cardíacas, el cáncer, los accidentes cerebrovasculares y el suicidio.

En un artículo publicado muy recientemente en la revista *The Lancet* (Bellis et al., 2019), los autores llevan a cabo una revisión sistemática y metanálisis con la intención de valorar los principales factores de riesgo y factores causales de diversos trastornos mentales y enfermedades físicas atribuibles a las ACE, así como los costos financieros asociados. Los resultados de este estudio muestran que los costos anuales totales atribuibles a las ACE se estiman en 581 mil millones de dólares en Europa y 748 mil millones de dólares en Estados Unidos. Más del 75% de estos costos surgieron en individuos con dos o más ACE.

Estos mismos autores afirman que millones de adultos en Europa y Estados Unidos viven sufriendo consecuencias de las ACE. Los hallazgos de este estudio sugieren que una reducción del 10% en la prevalencia de ACE podría equivaler a ahorros anuales 105 mil millones de dólares, concluyendo que invertir en

prevención de las ACE para garantizar una infancia segura sería económicamente beneficioso y aliviaría las presiones sobre el sistema de salud. Además, obviamente, de reducir el intenso sufrimiento de tantos seres humanos.

Con la intención de contribuir a esta necesaria línea de investigación y para dar mayor visibilidad a la evidencia existente sobre la relación entre las experiencias relacionales adversas en la infancia (ERA) y los trastornos mentales graves que suelen debutar en la adolescencia, esta tesis doctoral tiene como objetivo estudiar la presencia de ERA en un grupo de adolescentes (N=251) que presentan trastornos mentales que requieren de un ingreso en un Hospital de Día de salud mental: los adolescentes ingresados en el Hospital de Día de Badalona (Barcelona), de la Fundación Vidal y Barraquer, en el período comprendido entre Noviembre de 2008 y Julio de 2017. La intención de esta tesis es también poner énfasis en la necesidad de la prevención y detección precoz de las ERA, así como contribuir a un proceso de cambio en el modelo asistencial actual en la red pública de salud mental en nuestro país. Un proceso de cambio en el modelo asistencial que considero necesario sobre todo para atender a los adolescentes de alto riesgo que, como esta tesis contribuye a demostrar, son en su gran mayoría jóvenes que han sido víctimas de ERA.

En esta tesis introduzco el concepto de *experiencias relacionales adversas en la infancia* –ERA– como traducción ampliada de las *adverse childhood experiences* –ACE–, cuya traducción literal sería experiencias adversas en la infancia. Considero que añadir el término *relacionales* enfatiza la importancia y hace más explícito el nivel en el que se dan estas experiencias adversas en la infancia: la relación.

La tesis incluye seis estudios diferentes: un primer estudio sobre la prevalencia de ERA en los adolescentes atendidos; un segundo y tercer estudios sobre la presencia de experiencias relacionales adversas acumulativas –menores que han sufrido cuatro o más de los distintos tipos de ERA que son objeto de estudio– y el riesgo psicopatológico asociado, estudiando tanto la relación entre ERA-A y el riesgo de psicosis, como la relación entre ERA-A y el riesgo de suicidio; un cuarto estudio dedicado a la cuantificación de la falta de detección por parte de los profesionales de salud mental del abuso sexual en la muestra de población incluida; un quinto estudio sobre la relación entre esta falta de detección del abuso sexual y un aumento del riesgo de intentos de suicidio en los adolescentes atendidos; y un último estudio sobre la relación entre el hecho de que los

progenitores hayan sufrido ERA en su propia infancia y la presencia de ERA en sus hijos. En el Hospital de Día siempre se atiende a los padres o tutores legales de los menores, por lo que es un dispositivo privilegiado para el estudio de la transmisión transgeneracional del trauma relacional, al poder valorar las ERA sufridas por los progenitores en su propia infancia y su relación con la presencia de ERA en los adolescentes.

Hay pocas experiencias tempranas con consecuencias tan devastadoras como el abuso, el maltrato y la negligencia. Los estudios sobre los efectos del maltrato infantil típicamente incluyen actos de abusos sexuales, físicos y emocionales, así como episodios de abandono o negligencia física y/o emocional (Teicher et al., 2016). Por cuestiones metodológicas y de diseño de los estudios, en esta tesis doctoral me centro en el estudio de las experiencias relacionales adversas en la infancia siguiendo los criterios de inclusión del metanálisis de Varese et al. (2012): abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia parental –que incluye la negligencia física y emocional–, muerte parental y *bullying*.

Zsuzsanna Jakab, directora regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud en el año 2013, afirmaba en unas declaraciones públicas por aquel entonces: «Ha llegado el momento de que se reconozca el maltrato infantil como un problema de salud pública y no sólo como un problema de justicia penal o social». Desgraciadamente todavía estamos lejos de ese momento, aunque es complejo o quizás debería decir preocupante entender los motivos por los que no se está llevando a cabo este cambio (Dangerfield, 2017).

En este sentido, en el año 2015 se llevó a cabo una iniciativa en el Reino Unido que implica un reconocimiento explícito por parte del Gobierno de cómo las instituciones y los servicios asistenciales fallan en la detección e intervención sobre una de las experiencias relacionales adversas más graves: el abuso sexual infantil. Se creó una entidad llamada *Independent Inquiry into Child Sexual Abuse* (IICSA, www.iicsa.org.uk), Investigación Independiente sobre el Abuso Sexual Infantil. Como su nombre indica, su función es investigar en qué medida las instituciones han fallado a la hora de proteger a los menores del abuso sexual. Investiga si los organismos públicos y otras instituciones no estatales se han tomado en serio su deber de diligencia para proteger a los niños del abuso sexual en Inglaterra y Gales. La investigación es independiente del gobierno: no forma parte del gobierno y no

depende de ningún departamento gubernamental, aunque está financiada por el mismo. Además, nombraron a una juez de Nueva Zelanda como directora de esta entidad a mediados de 2015 –la juez Lowell Goddard–, que recibía el apoyo de un grupo especial de profesionales expertos: el Panel Consultivo de personas que han sufrido abusos y otros asesores expertos. Tanto este nombramiento como el hecho de que esta entidad no dependa de ningún departamento gubernamental fue una decisión del Gobierno Británico, en un movimiento para restaurar la confianza después de las denuncias de un encubrimiento oficial (Bentham & Cecil, 2015), al parecer, llevado a cabo por parte de las anteriores directoras del IICSA. Las dos directoras anteriores, la baronesa Butler-Sloss y Fiona Woolf, se retiraron tras las acusaciones de que se hallaban vinculadas a de figuras del *establishment,* cuyas acciones podrían haber sido objeto de investigación por parte del IICSA. Este reconocimiento pone en evidencia un gravísimo hecho: el encubrimiento de los abusos a menores que se produce de forma sistemática por parte de gobiernos e instituciones en todo el mundo.

Este encubrimiento es algo habitual en la mayor parte de los casos de abusos y maltrato, tanto a nivel intrafamiliar como cuando se da fuera de la familia. A modo de ejemplo tenemos los gravísimos casos de encubrimiento de abusos por parte de la iglesia católica. El Papa Francisco reconoció en el año 2018 el fracaso de la Iglesia en afrontar adecuadamente lo que denominó «crímenes repugnantes de los abusos a menores» y pidió esfuerzos para adoptar normas severas y para evitar que se repitan.

Una investigación realizada por el gran jurado de Pensilvania en 2018 (en prensa), que relata los abusos sexuales a más de 1.000 menores por más de 300 religiosos durante siete décadas, revela que desde al menos 1963 el Vaticano conocía esos casos y que se mostró tolerante. Este encubrimiento institucionalizado de los abusos sexuales a menores ha supuesto una grave crisis en el seno de la iglesia católica, aunque forma parte también del catálogo de horrores de otros grupos religiosos. El dalái lama, líder del budismo tibetano, reconoció en septiembre de 2018 que era conocedor de los abusos sexuales –también a menores– por parte de maestros budistas desde los años noventa, y que en 1993 ya discutió el tema con líderes budistas occidentales.

En nuestro país, Noemí Pereda ha llevado a cabo una investigación sobre el abuso sexual en la iglesia católica, que presentó en una conferencia en la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales (Chile) en agosto de 2019. Pereda nos plantea el manejo ingenuo que ha hecho la iglesia del abuso y de los religiosos abusadores –manejo que yo me atrevería a calificar más bien como perverso– al tratar el abuso como un pecado y al abusador como un pecador. Esto implica que el abusador podrá ser perdonado y continuar con su vida, algo que solo aumentará el daño en la víctima al negarse el acto de violencia, tortura física y psicológica reiterada al que ha sido sometido durante largos períodos de tiempo.

Es el drama habitual del encubrimiento del abusador por parte de personas cercanas, sea en el caso de las instituciones religiosas o en el caso mucho más frecuente del abuso intrafamiliar. Mi experiencia clínica de más de 25 años trabajando con adolescentes, me ha mostrado que es muy habitual ver como familiares cercanos a la víctima son conocedores del abuso, pero no lo denuncian ni pueden proteger a la víctima, muchas veces porque están igualmente atrapados en la dinámica de sometimiento al abusador, una dinámica relacional altamente destructiva que describiré con más detalle en el capítulo 3. Esta dramática situación niega el daño sufrido por las víctimas y niega también el grave hecho delictivo, algo que a mi modo de ver solo aumenta el valor patogénico del abuso sobre el menor, como también trataré de demostrar en el estudio V de esta tesis.

Por desgracia, estos casos de abuso por parte de la iglesia, que acaban teniendo una comprensible y necesaria repercusión mediática, solo representan una pequeña parte de los abusos, maltrato y negligencias severas que sufren diariamente los menores en todo el mundo, puesto que sabemos que el tipo de abuso y maltrato más frecuente es el que se da en las familias –según diversas estimaciones, alrededor del 80%; informe Síndic de Greuges de Catalunya, 2016–. Este abuso y maltrato intrafamiliar es además el más difícil de detectar y el que puede tener peores consecuencias psicopatológicas sobre los menores, puesto que los adultos abusadores, maltratadores y/o negligentes, son las mismas personas responsables de la crianza de estos niños. En un informe presentado en 2016, el Síndic de Greuges de Cataluña –el Defensor del Pueblo Catalán– afirmaba que la mayor parte del abuso y el maltrato se produce en el ámbito familiar y de forma mantenida en el tiempo.

En relación con esta cuestión, un dato que puede contribuir a su comprensión y que desarrollaré en la discusión es que, en la mayor parte de los casos, el progenitor o progenitores que infligen el maltrato han sido víctimas en su propia infancia de experiencias similares. Considero que es muy importante resaltar este punto para comprender que, con demasiada frecuencia, estos padres no han recibido ningún tipo de ayuda por el daño sufrido cuando ellos eran menores, por lo que no tendrán los recursos emocionales y relacionales suficientes ni adecuados para poder ofrecer algo distinto a sus hijos. Este es el drama de la transmisión transgeneracional del trauma relacional, que también es objeto de estudio en esta tesis.

Para facilitar la lectura, incluyo a continuación una tabla con una síntesis de los seis estudios que componen esta tesis doctoral.

	ESTUDIO I	ESTUDIO II	ESTUDIO III	ESTUDIO IV	ESTUDIO V	ESTUDIO VI
OBJETIVO	Estudiar la presencia y distribución de ERA en los adolescentes con un trastorno mental que requiere de un ingreso en un Hospital de Día de Salud Mental.	Estudiar la relación entre las ERA acumulativas (ERA-A) y el riesgo de psicosis.	Estudiar la relación entre las ERA acumulativas y el riesgo de intentos de suicidio en la adolescencia.	Estudiar la falta de detección del abuso sexual por parte de los profesionales de salud mental que han atendido a los adolescentes con anterioridad al ingreso en el HD.	Estudiar la relación entre el riesgo de intentos de suicidio de los adolescentes y la falta de detección del abuso sexual.	Estudiar la relación entre las ERA de los adolescentes y el hecho de que sus padres también hayan sufrido ERA en su propia infancia.
VARIABLE EXPLICATIVA	Estudio descriptivo que cuantifica la presencia de ERA y describe su distribución.	Haber sufrido ERA acumulativas: presencia de cuatro o más ERA.	Haber sufrido ERA acumulativas: presencia de cuatro o más ERA.	Estudio descriptivo que cuantifica la falta de detección del abuso sexual.	Haber sufrido abuso sexual y que éste no haya sido detectado antes del ingreso en el Hospital de Día.	Uno o ambos progenitores han sufrido ERA en su propia infancia.
VARIABLE RESPUESTA		Diagnóstico de trastorno psicótico o EMAR.	Presencia de uno o más intentos de suicidio.		Presencia de uno o más intentos de suicidio.	El menor ha sufrido ERA en su infancia.
HIPÓTESIS	Se espera encontrar un alto porcentaje de experiencias relacionales adversas (ERA) en el grupo de adolescentes ingresados en el HD.	Existe una relación entre sufrir ERA-A y un mayor riesgo de psicosis o de sufrir un trastorno mental grave.	Los adolescentes que han sufrido ERA acumulativas en su infancia presentan un mayor riesgo de intentos de suicidio en la adolescencia.	Los profesionales de salud mental exploran de forma insuficiente las experiencias relacionales adversas sufridas en la infancia.	Los adolescentes que han sufrido abuso sexual sin que éste haya sido detectado presentan un mayor riesgo de intentos de suicidio que los adolescentes con el abuso detectado.	Los adolescentes cuyos padres sufrieron ERA en su infancia tienen mayor riesgo de sufrir ERA que los adolescentes cuyos padres no sufrieron ERA en su infancia.
RESULTADOS	El 94% de los adolescentes (N=251) han sufrido una o más experiencias relacionales adversas en la infancia.	El 84% de los pacientes con 4 o más ERA presentan un diagnóstico de trastorno psicótico o EMAR, comparado con el 58% de los pacientes con menos de 4 ERA. Estas diferencias son significativas, según la prueba estadística Chi-cuadrado.	El 38% de los pacientes que han sufrido ERA acumulativas presentan, al menos, un intento de suicidio, comparado con el 13% de los pacientes sin ERA acumulativas. Estas diferencias son significativas, según la prueba estadística Chi-cuadrado.	El 79% de los casos de adolescentes que habían sufrido abuso sexual NO habían sido detectados antes del ingreso en HD, a pesar de ser atendidos en otros servicios. Solo el 21% de casos de abuso sexual había sido detectado antes del ingreso.	Un 48% de los adolescentes que han sufrido abuso sexual que no ha sido detectado antes del ingreso en HD se han intentado suicidar, frente al 0% de casos de intento de suicidio entre los adolescentes que han sufrido abuso sexual pero que éste ha sido detectado con anterioridad al ingreso en HD.	El 95% de los pacientes que han sufrido ERA, sus padres también habían sufrido ERA, comparado con el 20% de pacientes que no han sufrido ERA y sus progenitores sí. Estas diferencias son significativas, según la prueba estadística de Chi-cuadrado.
CONCLUSIONES	Aunque no se pueda probar la relación entre haber sufrido ERA y presentar un trastorno mental que requiere de un ingreso en HD, el alto porcentaje de adolescentes con ERA hace pensar que las ERA tienen relación con la presencia de trastornos.	Existe una relación significativa entre el hecho de haber sufrido ERA-A y presentar un trastorno psicótico o EMAR. Sufrir ERA-A implica una probabilidad 3,75 veces mayor de sufrir un trastorno psicótico o EMAR, frente a no sufrir ERA-A.	Existe una relación significativa entre el hecho de haber sufrido ERA-A y la presencia de intentos de suicidio en la adolescencia. Para un adolescente que ha sufrido ERA-A, la probabilidad de sufrir un intento de suicidio es 4,04 veces mayor que para un adolescente que no ha sufrido ERA-A.	Los datos demuestran que hay una insuficiencia en la detección de abuso sexual en la infancia por parte de los profesionales de salud mental.	Aunque los datos no permiten explorar significativamente esta relación (al haber una cifra que es 0), la diferencia entre los dos porcentajes indica que la falta de detección del abuso por parte de los profesionales aumenta el riesgo de intentos de suicidio en este grupo de adolescentes.	Existe una relación significativa entre el hecho de haber sufrido ERA y el hecho que los progenitores hayan sufrido ERA en su propia infancia. Los adolescentes cuyos padres sufrieron ERA tienen una probabilidad de sufrir ERA 73,67 veces mayor que los adolescentes cuyos progenitores no sufrieron ERA.

Tabla 1. Síntesis de los seis estudios que componen la tesis doctoral

2. Justificación de la tesis doctoral

Desde el año 1994 trabajo como psicólogo clínico con adolescentes que presentan diferentes problemas de salud mental. Lo que mejor define mi identidad profesional es el trabajo clínico, siendo precisamente esta actividad profesional la que me llevó a la investigación y al proyecto de esta tesis doctoral. Fue incluso una necesidad, a raíz del trabajo con adolescentes de alto riesgo psicopatológico y de constatar a lo largo de los años la enorme frecuencia con la que este grupo de menores presentaban experiencias relacionales adversas en su infancia, la relación de estas ERA con los trastornos mentales diagnosticados y, a mi modo de ver, la insuficiente relevancia que tiene este hecho en los ámbitos académico y asistencial de la salud mental. Como detallaré en el capítulo 8, el hecho de que el trabajo de investigación de esta tesis derive de mi trabajo clínico-asistencial, determina el tipo de diseño de los seis estudios que componen la tesis doctoral.

Desde el año 2008 me he dedicado más intensivamente al trabajo con adolescentes de alto riesgo psicopatológico y alto riesgo de exclusión social en el Hospital de Día para Adolescentes de Badalona de la Fundación Vidal y Barraquer, en el que trabajé hasta el mes de septiembre de 2017. A partir de entonces y gracias en gran parte al apoyo empírico de los resultados de esta tesis doctoral, –que sirvió para avalar la necesidad de implementar un equipo asistencial que plantea un cambio en el modelo asistencial– dirijo un proyecto piloto pionero en España: el Equipo Clínico de Intervención a Domicilio (ECID) de la Fundación Vidal y Barraquer de Barcelona. El ECID está dedicado a la asistencia en salud mental para adolescentes de alto riesgo psicopatológico y alto riesgo de exclusión social, que tienen como característica común importantes dificultades de vinculación con los servicios asistenciales ordinarios de la red pública de salud mental. El ECID es un proyecto piloto asistencial concertado con la red pública de salud mental de Cataluña (CatSalut), basado en el proyecto Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment (AMBIT) del Anna Freud National Centre for Children and Families de Londres. AMBIT (Bevington et al., 2012, 2015 y 2017) es un modelo basado en la mentalización para equipos que trabajan con jóvenes que presentan dificultades múltiples y complejas. AMBIT amplía el campo de intervención al proporcionar herramientas para estimular la mentalización, aplicando principios y prácticas

basadas en la misma en cuatro niveles diferentes: trabajar con los jóvenes y sus familias, trabajar con los equipos, trabajar con nuestra red y apoyar a los equipos para adoptar una posición de aprendizaje con respecto a nuestra propia práctica.

Pero antes de llegar al ECID, como he dicho, estuve trabajando casi 10 años en el Hospital de Día para Adolescentes de Badalona, que es un dispositivo asistencial que atiende a adolescentes entre 12 y 18 años y a sus familias. Son pacientes que con mucha frecuencia presentan cuadros compatibles con trastornos mentales graves. Los adolescentes atendidos en el Hospital de Día tienen en común un nivel de sufrimiento que les desborda y que nos comunican masivamente a través de los diferentes síntomas y cuadros psicopatológicos que presentan: descompensaciones psicóticas, estados mentales de alto riesgo (EMAR), intentos de suicidio, trastornos de conducta graves, cuadros depresivos y de ansiedad graves, etc. A la vez, las familias de los pacientes presentan prácticamente siempre experiencias relacionales adversas transgeneracionales, que tienen una decisiva influencia sobre la situación clínica de los adolescentes (Dangerfield, 2012), tal como también veremos en los resultados del estudio VI de esta tesis.

Lo que he ido constatando a lo largo de los casi 10 años de trabajo en el Hospital de Día, y que demostraré con datos en esta tesis doctoral, es el hecho de que la mayoría de los adolescentes con trastornos mentales graves atendidos en este dispositivo han sufrido experiencias relacionales adversas en la infancia. A la vez, en muchos casos, estas adversidades no han sido detectadas por los profesionales de salud mental que les han atendido con anterioridad, lo cual implica que en muchos casos no se han podido implementar medidas protectoras, así como tampoco diseñar planes terapéuticos adecuados para las dificultades reales de estos adolescentes y sus familias. La consecuencia es que, con frecuencia, los adolescentes terminan viviendo la relación asistencial como una reedición de la experiencia adversa vivida en el entorno relacional más cercano –la familia–, algo que sólo acentuará el riesgo psicopatológico y comprometerá las posibilidades de poderse beneficiar de una ayuda en un futuro, además del riesgo que se deriva de una intervención iatrogénica de los equipos asistenciales que no han detectado las experiencias relacionales adversas e inician programas de intervención terapéutica basados en comprensiones muy parciales, superficiales o inadecuadas de las dificultades de estos adolescentes y sus familias.

La falta de detección por parte de los profesionales de salud mental de las experiencias relacionales adversas sufridas en la infancia es algo que ha sido estudiado por investigadores de otros países (Read et al, 2007 y 2017), pero no he encontrado estudios que lo hayan investigado en el territorio español. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud estima (anexo 1) que en los países europeos al menos el 30% de los menores sufre algún tipo de maltrato o abuso, y que en el 90% de los casos estas ERA nunca son detectadas, por lo que los menores no reciben ningún tipo de ayuda en forma de protección ni tratamiento adaptado a sus necesidades reales. En este sentido, esta tesis doctoral pretende ser innovadora puesto que supone estudiar concretamente la falta de detección del abuso sexual en una población de alto riesgo psicopatológico, es decir, en una población que ya está sufriendo las consecuencias de las ERA y su falta de detección precoz.

En el Hospital de Día de Badalona se sistematizó la recogida de datos relativos a las adversidades sufridas por los adolescentes atendidos, incorporando esta recogida sistemática en el proceso psicodiagnóstico habitual del centro, así como una exploración de las adversidades sufridas en la infancia de los progenitores de estos adolescentes, con el fin de estudiar la presencia de la transmisión transgeneracional del trauma relacional. Este último punto trata de abrir una vía de investigación también poco estudiada en el estado español, y también relativamente poco a nivel internacional. Como detallaré en el apartado de fundamentación teórica, hay bastantes estudios que se dedican a investigar las consecuencias psicopatológicas de las ERA en la infancia, pero pocos estudios empíricos, aunque sí clínicos, que incluyan también el estudio de las adversidades en los progenitores de la población estudiada, aspecto sobre el que hemos estado recogiendo datos desde el inicio de este proyecto de investigación. En este sentido, la valoración y detección de indicadores de las ERA en la infancia la hemos hecho desde el inicio del trabajo en el Hospital de Día, tanto de los pacientes como de sus progenitores, algo que hicimos protocolizar en la fase exploratoria de todos los casos atendidos.

Hay muchos trabajos de investigación llevados a cabo en los últimos años con el fin de estudiar la relación entre el hecho de sufrir ERA en la infancia y el riesgo de padecer trastornos mentales graves en la adolescencia y la vida adulta. También hay evidencia de que las ERA en la infancia no son sistemáticamente exploradas por parte de los profesionales de salud mental, lo que, como he mencionado con

anterioridad, hace que no se puedan llevar a cabo planes terapéuticos adecuados a las necesidades reales de las personas atendidas, aumentando el riesgo de intervenciones iatrogénicas.

Por todo lo mencionado, considero que es de suma importancia poder aportar datos que apoyen la evidencia ya existente que demuestra la relación entre el hecho de sufrir ERA en la infancia y un mayor riesgo psicopatológico, así como aportar datos para tratar de demostrar la relación entre las ERA sufridas en la infancia de los adolescentes atendidos con el hecho de que sus progenitores también sufrieran ERA a su propia infancia. Este hecho ayudará a entender la transmisión transgeneracional del trauma relacional y sus repercusiones a nivel conductual, psicosocial y antropológico. A nivel psicoanalítico y psicológico-relacional, puede proporcionar elementos para el estudio de la organización intrusiva o perversa de la relación (Tizón, 2015 y 2019), así como de la comprensión de su psicogenética y transmisión.

Ambos grupos de elementos son fundamentales para implementar planes terapéuticos y medidas preventivas adecuadas en la población que ya ha sufrido situaciones traumáticas relacionales, pensando también en la prevención de alteraciones o trastornos relacionales cuando estas personas se conviertan en padres. Asimismo, el objetivo general y los objetivos específicos de la tesis pueden ayudar a sensibilizar a los profesionales de salud mental y al resto de profesiones asistenciales de cara a mejorar la detección precoz de estas experiencias relacionales traumáticas en la infancia, así como para prevenir las graves consecuencias psicopatológicas que de ellas se derivan.

Tenemos evidencia de que las ERA en la infancia son el principal factor de riesgo prevenible de los trastornos mentales y del abuso de sustancias (Teicher et al., 2016). También tenemos datos sobre el elevadísimo coste que suponen los principales trastornos mentales en España (Parés-Badell et al., 2014), por lo que la prevención y la detección precoz son cuestiones fundamentales. Son fundamentales para disminuir el enorme sufrimiento derivado de los distintos cuadros psicopatológicos, pero también para tratar de reducir el coste derivado de los trastornos mentales, en caso de que esta prevención y detección precoz permita reducir la incidencia de los mismos.

Las graves consecuencias de la falta de detección de las ERA en la infancia, el sufrimiento derivado de las mismas, la grave psicopatología asociada, los déficits en la red asistencial a nivel preventivo y de intervención precoz, implican un coste elevadísimo para los menores, así como para las futuras generaciones que sufrirán las consecuencias de la transmisión transgeneracional del trauma relacional. Este coste humano es enorme, pero también es importante mencionar el coste económico que suponen los trastornos mentales, más aún teniendo en cuenta la sólida evidencia –que citaré en el punto sobre fundamentación empírica– de la relación entre el hecho de sufrir experiencias relacionales adversas en la infancia y trastornos mentales en la adolescencia y en la vida adulta.

En este trabajo publicado en 2014 (Parés-Badell et al., 2014) los autores afirman que el coste anual derivado de los trastornos mentales en España es de 42.364 millones de euros, incluyendo en esta cifra los costes directos sanitarios, los costes directos no sanitarios y los costes indirectos (ver anexo 2 y 3). En este estudio vemos que el coste total derivado de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia en España en 2014 fue de 1.638 millones de euros, que pasa en la etapa adulta a 2.085 millones de euros por trastornos de personalidad, 5.056 millones de euros por adicciones, 7.973 millones de euros por trastornos psicóticos, 10.365 millones de euros por trastornos de ansiedad y 10.763 millones de euros por trastornos del estado de ánimo.

Volviendo a la evidencia aportada por Teicher et al. (2016), que demuestra que las experiencias adversas en la infancia relacionadas con el maltrato son el principal factor de riesgo prevenible de los trastornos mentales y del abuso de sustancias, junto con las elevadas cifras del coste anual en España derivado de los trastornos mentales, tenemos otro argumento de peso para insistir en la necesidad de implementar en los planes de formación de los profesionales de salud y de los profesionales asistenciales –pediatras, médicos de cabecera, psiquiatras, psicólogos clínicos, profesionales de enfermería y de trabajo social– formación específica sobre cómo explorar las experiencias relacionales adversas en la infancia y sobre cómo responder adecuadamente ante la detección de las mismas. El sufrimiento de tantos menores y las gravísimas consecuencias derivadas del mismo así lo exigen, al igual que estas cifras elevadísimas de los costes derivados de los trastornos mentales.

Esta tesis doctoral tiene la intención de poder contribuir de alguna manera a este cometido.

Pensando en el tema de la formación de los profesionales de la salud, una de las cuestiones que creo que interfieren y dificultan una mirada más incisiva sobre lo que sucede en las vidas de los menores, es la teoría psicopatológica dominante demasiado centrada en una perspectiva sintomática y fenomenológica de los trastornos mentales. Esta limitada perspectiva interfiere en la necesaria curiosidad desde una posición de reconocimiento y tolerancia al no saber del profesional sobre la realidad del paciente, imprescindible para una adecuada comprensión de lo que sucede en la vida del mismo.

En este sentido, sabemos que hay un sector creciente de los profesionales de la salud mental que cuestionan este modelo psicopatológico imperante, que viene determinado por los criterios diagnósticos de los manuales DSM y CIE. Como ejemplo, la reciente decisión del Gobierno de Bélgica que se ha posicionado en contra del DSM, apostando por un cambio de paradigma definitivo en salud mental (Superior Health Council, 2019). Esta iniciativa del Gobierno de Bélgica defiende una perspectiva más dimensional sobre los trastornos mentales, frente a la perspectiva categorial del DSM (Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) o del CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades).

Considero que esta psicopatología categorial, demasiado exclusivamente centrada en el nivel sintomático, interfiere también en una actitud de exploración activa del profesional sobre las esferas emocionales y relacionales, sobre todo de las dinámicas familiares, ámbito en el que también hay déficits importantes en la formación de los profesionales de salud mental en nuestro país. En este sentido, creo que es imprescindible poder cuestionar la parcialidad y limitación de las exploraciones psicopatológicas basadas exclusivamente en la dimensión sintomática o fenomenológica, que dejan fuera el mundo interno del menor, la comprensión de su entorno relacional más cercano y la psicogenética.

Un valioso modelo para una comprensión profunda de la psicopatología es el propuesto por Tizón (Tizón, 1998, 2003, 2004, 2007, 2014, 2015, 2018, 2019), que este autor denomina una psicopatología basada en la relación. Desde hace muchos años este modelo me sirve para poder acercarme con mayor profundidad y

posibilidades de comprensión del sufrimiento de las personas que atiendo. Es además muy pertinente para el tema de esta tesis doctoral: el estudio de las experiencias relacionales adversas en la infancia desde una psicopatología basada en la relación. Precisamente porque es la relación lo que nos hace humanos y porque corremos el riesgo de que la asistencia en salud mental pierda esta imprescindible cualidad si obvia la dimensión relacional en el sufrimiento, el trastorno y su etiología. Por este motivo propongo utilizar el concepto ERA para referirnos a las ACE, puesto que incluye más explícitamente la dimensión relacional de la adversidad.

Desde la misma perspectiva, hace unos años que un grupo de expertos internacionales coordinados por Lingiardi y McWilliams (Lingiardi & McWilliams, eds., 2008) ha desarrollado el *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM), del que en 2017 se publicó la segunda edición, y que es una valiosa alternativa a la aproximación categorial del DSM. El *Psychodynamic Diagnostic Manual* permite obtener una visión más compleja y multidimensional de los cuadros clínicos, algo que nos permite comprender la vida emocional y relacional de las personas atendidas una manera más detallada, describir las complejidades del funcionamiento humano, así como las distintas formas de implicarse los pacientes en los procesos terapéuticos.

En este sentido, Bessel van der Kolk (2015) afirma que el 82% de los menores que han sufrido experiencias relacionales adversas atendidos en la *National Child Traumatic Stress Network* de los Estados Unidos (la Red Nacional de Estrés Traumático de Menores), no cumplen con los criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático, mostrándose disociados, desconfiados o agresivos. Este autor afirma que estos menores reciben todo tipo de diagnósticos categoriales basados en el DSM por parte de profesionales de salud mental, diagnósticos que no reflejan la realidad de su situación y solo describen una parte de la reacción sintomática a toda la situación traumática que no ha sido detectada: trastorno negativista desafiante, trastorno explosivo intermitente, etc. En el citado estudio describe el hecho que estos menores acaban recibiendo cuatro, cinco o hasta seis diagnósticos distintos, así como tratamientos para estos diagnósticos que «raras veces funcionan y a menudo causan más daño» (Van der Kolk, 2015). En la misma línea, López-Soler (2008), también afirma que los menores que han sufrido

experiencias relacionales adversas en las relaciones familiares, «pueden desarrollar traumas cuyos síntomas no se incluyen en el diagnóstico de trastorno por estrés post-traumático».

También en Estados Unidos, el trabajo *Experiencias adversas en la infancia* –ACE, en sus siglas en inglés– del Centro de Control de Enfermedades (Felitti et al., 1998) reveló que las experiencias relacionales adversas durante la infancia y la adolescencia son mucho más comunes de lo esperado. Los encuestados en el estudio eran en su mayoría blancos, de clase media, de mediana edad, con buenos niveles de estudios y financieramente solventes y, sin embargo, solo un tercio de los encuestados no informaron haber sufrido experiencias relacionales adversas en su infancia. De los dos tercios de los encuestados que informaron una experiencia relacional adversa, la gran mayoría obtuvo dos o más. El estudio ACE concluyó que el maltrato infantil era el problema de salud pública más costoso en los Estados Unidos, calculando que los costes totales excedían los del cáncer o de las enfermedades cardiovasculares, y que erradicar las experiencias relacionales adversas en la infancia en Estados Unidos reduciría la tasa general de depresión en más de la mitad, el alcoholismo en dos tercios y el suicidio, el abuso grave de drogas y la violencia doméstica en tres cuartas partes. También tendría un efecto significativamente positivo en el rendimiento en el lugar de trabajo, y disminuiría enormemente la población encarcelada. Este estudio también habla sobre la evidencia de que hay una fuerte relación dimensional entre la magnitud de la exposición a la experiencia relacional adversa y los múltiples factores de riesgo para varias de las principales causas de muerte en adultos.

Considero que los datos aportados justifican no solo esta tesis doctoral, sino la imperiosa necesidad de dar mucha mayor importancia a la formación y sensibilización de los profesionales de la salud mental –y de muchos otros ámbitos: salud y sanidad, trabajo social, derecho, política, ciencias de la comunicación, etc. – en este tema, así como de tomarnos muy seriamente las palabras de la directora regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, Zsuzsanna Jakab, cuando en el año 2013 afirmaba que se debe reconocer el maltrato infantil como un problema de salud pública y no sólo como un problema de justicia penal o social (Sethi et al., 2013. WHO).

3. Reflexiones e ideas preliminares

El ser humano es un ser relacional y desde el momento del nacimiento necesitamos de la presencia constante, continuada y disponible de seres humanos que asuman nuestra crianza. El desarrollo del cerebro está dirigido por los genes, pero esculpido por las experiencias, especialmente las que tienen lugar durante los períodos sensibles y críticos de los primeros años de vida (Teicher et al., 2016).

Todos llegamos a este mundo con un potencial biológico y genético para aprender un idioma, pero el idioma que aprendemos y que se constituye como lengua materna, dependerá de la lengua que hablen las personas de nuestro entorno relacional más cercano y que asuman nuestra crianza. De la misma manera, todos llegamos a este mundo con un potencial biológico y genético para sentir emociones y establecer relaciones, así como para aprender y desarrollar estilos de organización relacional para la gestión de nuestra vida emocional y relacional. En este sentido, la experiencia clínica nos muestra que el estilo de organización relacional que iremos desarrollando a lo largo de nuestro proceso de maduración psicológica y emocional, dependerá del estilo relacional predominante en nuestro entorno relacional más cercano.

3.1 "Si la vida es esto, entonces me quiero morir"

En nuestra cultura y en nuestra organización social contemporánea, sufrir abuso sexual, maltrato y/o negligencia parental durante la infancia es una situación traumática relacional de nefastas consecuencias para el menor. En términos muy generales e independientemente de las manifestaciones a nivel clínico-fenomenológico, podemos entender las experiencias relacionales adversas sufridas durante la infancia como experiencias traumáticas –entendido como trauma relacional, que se debe diferenciar de los sucesos traumáticos aislados– que han causado importantes daños en la organización de la esfera emocional, afectando la capacidad de modular las emociones, la capacidad de dar sentido a la propia experiencia emocional y la capacidad de mentalización (Dangerfield, 2016, 2017 y 2019). El daño ocasionado aumenta si este abuso es intrafamiliar, ya que el entorno relacional en el que crece el menor estará dominado por una dinámica relacional perturbada y podemos entender que en este contexto no recibirá de sus

progenitores los cuidados físicos y emocionales, el apoyo y la protección imprescindibles para un buen desarrollo físico y psíquico. Además, el menor incorporará estilos de gestión de su vida emocional y relacional altamente perturbados.

Nacer y crecer en un entorno relacional donde predominan las experiencias relacionales adversas, implica crecer con un nivel de abandonado extremo ante impactos emocionales que no podrán ser contenidos ni elaborados. Las dinámicas relacionales perturbadas estimulan la confusión, la negación, la disociación y la sensación de amenaza. A lo largo del proceso de maduración psíquica, la experiencia emocional del menor no será reconocida ni contenida, sino despreciada. Este escenario establece las bases para procesos de pensamiento dañados y desorganizados en el frágil psiquismo en desarrollo del menor, afectando seriamente la capacidad para modular las emociones y las capacidades de mentalización, como nos muestra la evidencia que expondré en el capítulo 4 de esta tesis. Todo ello contribuye a una falta de integración de la estructura mental, aumentando el riesgo psicopatológico.

Los casos más mediáticos suelen ser los de los abusos que son llevados a cabo en instituciones religiosas o en colegios, pero según todos los estudios, estos casos son los menos frecuentes. El Síndic de Greuges de Cataluña –el Defensor del Pueblo en Cataluña–, publicó en octubre de 2016 un informe sobre el abuso sexual en Cataluña donde, entre otras cosas, afirmaba que la mayor parte del abuso se produce en el ámbito familiar y de forma mantenida en el tiempo, añadiendo además que esta forma de abuso sexual infantil presenta una gran dificultad para el diagnóstico. Este informe concluye que el abuso sexual infantil está infra-detectado en Cataluña y denuncia las carencias en las medidas para combatirlo (Síndic de Greuges de Catalunya, 2016).

Un dramático ejemplo sería uno de los casos que más me ha impactado en mi trayectoria de más de 25 años de trabajo clínico con adolescentes de alto riesgo. Se trata del caso de una chica de tan solo 13 años que había intentado suicidarse con una sobre ingesta de psicofármacos potencialmente letal. Fue encontrada inconsciente en su casa y llevada a urgencias, donde le salvaron la vida. Cuando la atendí en la primera visita, al preguntarle por qué había intentado quitarse la vida, la chica respondió en un tono de voz que transmitía mucho sufrimiento: «si la vida

es esto, entonces me quiero morir». Le pregunté qué sucedía en su vida para que fuese tan insoportable que le hiciese sentir que sería mejor estar muerta. Entonces sucedió algo que en ninguna otra ocasión me ha pasado de forma tan inmediata después de empezar a atender a un paciente y, sobre todo, sin una exploración activa y cuidadosa de las experiencias relacionales adversas en la infancia: empezó a hablar de los abusos sufridos. Sabemos que las personas que han sufrido abuso y maltrato no suelen hablar de forma espontánea sobre sus ERA (Read et al., 2007 y 2017; Pereda et al. 2014). La experiencia clínica nos muestra cómo diversos factores pueden incidir en esta reticencia a compartir tales experiencias traumáticas: la confusión, la disociación, la negación, el miedo, la vergüenza, la culpa, la falta de confianza en una respuesta protectora, una necesidad de proteger al abusador o maltratador, etc.

Volviendo al caso, esta menor empezó a hablar de los abusos sexuales que había sufrido por parte de su abuelo desde que era muy pequeña. La madre, presente en esta primera entrevista, confirmó los abusos y su relato solo añadió más horror al de su hija. La madre dijo que hacía unos años un familiar sorprendió al abuelo abusando de la niña en su domicilio. Al hacerse explícito el abuso en ese momento –que era algo conocido y silenciado en la familia, como desgraciadamente sucede a menudo– la madre intentó suicidarse, motivo por el que fue ingresada en una unidad psiquiátrica de agudos. Durante el tiempo en que la madre estuvo ingresada, la familia decidió que la niña se quedase viviendo en casa de los abuelos. En casa del abuelo abusador. Creo que no hace falta añadir más comentarios a esta terrorífica historia, que sucedió en el seno de una familia de clase media, con varios miembros con estudios universitarios, incluso uno de ellos médico en ejercicio que era conocedor y cómplice de todos los hechos relatados.

Creo que es muy importante insistir en la gravedad del hecho de la falta de detección del abuso por parte de los profesionales de salud mental que habían atendido a esta menor desde hacía unos años. Cuatro años antes del intento de suicidio, esta menor fue atendida en su centro de salud mental de referencia porque, muy comprensiblemente, presentaba problemas de aprendizaje y de atención en el colegio. Fue atendida sin que nadie se interesara por lo que sucedía en su vida, ni explorara adecuadamente las ERA y la dinámica familiar, ya que cumplía criterios sintomáticos compatibles con diversos trastornos que fueron diagnosticados, sin

que se explorara más allá de esta presentación superficial. Se inició un trabajo "terapéutico" orientado a ayudarla con estas dificultades. Un plan de intervención supuestamente terapéutico que no solo no sirvió para nada, sino que además aumentó su desesperación y desconfianza hacia las relaciones humanas, puesto que confirmaba que seguiría sola y aislada con su terrible sufrimiento y sin que nadie la protegiera de los terribles abusos sufridos. Una intervención obviamente iatrogénica, porque, ¿cómo es posible que se inicien supuestos programas terapéuticos en salud mental sin preguntar en profundidad a las personas atendidas por lo que sucede en sus vidas? Por desgracia, ocurre con mucha frecuencia, siendo algo no solo constatable en mi experiencia cínica sino en la evidencia existente sobre el tema, como detallaré en el capítulo 4. A esta menor nadie le había preguntado por lo que sucedía en su vida, por lo que al cabo de unos pocos años, muy comprensiblemente, decidió que no podía más y que «si la vida era esto», entonces ella prefería morir.

Desgraciadamente, en todos los casos en los que un adolescente me ha revelado una historia de abuso, al interesarme sobre los motivos por los que estos terribles hechos no habían salido a la luz con anterioridad, la respuesta más común siempre ha sido: «es que nadie me lo había preguntado» o «es que nunca había hablado con alguien de la manera en la que lo estamos haciendo ahora». Debo decir que este tipo de comunicaciones de los adolescentes fue uno de los principales motivos que me empujó a escribir esta tesis doctoral, para dar algo más de voz y visibilidad al drama sufrido por tantos menores, así como para sensibilizar a colegas de profesión sobre este tema central, que deberíamos tener muy presente en nuestra práctica cotidiana. Es inconcebible que no se incluya formación a los residentes de Psiquiatría y de Psicología Clínica en la detección de las ERA. Es muy preocupante y negligente que no se incluya una formación específica sobre cómo preguntar y sobre cómo responder ante la comunicación de ERA por parte de menores, sobre todo teniendo en cuenta la prevalencia de las ERA, tal como veremos en los resultados del estudio I de esta tesis.

Siguiendo con el caso de la adolescente víctima de abuso que he comentado, decir que en las primeras entrevistas me comunicaba su desesperación por la imposibilidad de confiar en nadie, sintiéndose terriblemente sola y transmitiendo un estado de profundo sufrimiento, sin concebir otra posibilidad en esta vida. Me

decía que vivir así no tenía sentido y que por eso había intentado suicidarse. Lo que ocurrió en este caso fue que la experiencia de la menor en la relación asistencial anterior al ingreso en el Hospital de Día, reeditaba una experiencia de negligencia que le confirmaba que no sería protegida del terrible abuso al que era sometida desde hacía tantos años. Es la confirmación para estos menores de que no pueden esperar nada bueno de una relación con otro ser humano. Tizón (2019) también incide en esta cuestión, preguntándose qué es más patogénico, si el abuso en sí, o el hecho de que no haya nadie en quien confiar, compartir el horror, ni siquiera los familiares.

Sufrir abusos sexuales por parte de una persona de la que se espera que cuide de uno, que se haga cargo de las necesidades afectivas de uno, que ofrezca un vínculo afectivo seguro, una relación afectiva sincera y amorosa, es algo realmente devastador para el frágil psiquismo en desarrollo de cualquier niño. A la brutalidad del acto en sí mismo, hay que añadir la violencia y el carácter destructivo del estilo de relación que los abusadores establecen con los menores, y en el que suelen quedar atrapados los demás miembros del entorno familiar más cercano. Es auténtico veneno para el aparato psíquico en desarrollo del menor, algo que daña gravemente la organización y desarrollo de los procesos de pensamiento (Dangerfield, 2012).

En este terrible caso donde se pone de manifiesto una dinámica familiar altamente perturbada, vemos que el abusador ha conseguido imponer su voluntad de forma violenta, desde su mundo relacional donde se da una corrupción de la norma y una corrupción de la conciencia moral, provocando una situación perversa donde, como diría Donald Meltzer (1973) «el mal se convierte en su bien», donde lo destructivo es la normalidad, aquello que organiza las interacciones cotidianas y daña de forma muchas veces irreversible el desarrollo psíquico de los menores. Se organiza una dinámica relacional muy destructiva, donde predomina el ataque a la verdad, al pensamiento, un desmantelamiento de la mente del niño para utilizarlo a conveniencia. Se ataca envidiosamente a la bondad, la generosidad, la creatividad, la armonía y la belleza de las buenas relaciones humanas.

3.2 Un modelo para comprender las consecuencias psicológicas de las experiencias relacionales adversas en la infancia: el apego y la mentalización

La relación de apego es el vínculo afectivo que establece un ser humano con otro, caracterizado por conductas de búsqueda de proximidad, interacción íntima y base de referencia y apoyo en las relaciones. Es la relación establecida por el recién nacido con las personas que asuman las funciones principales de crianza, que es el aspecto central de las primeras experiencias de todo ser humano. Esta última afirmación sustenta la totalidad de las teorías del apego y de los sistemas familiares, que postulan que los entornos relacionales de los niños desempeñarán un papel fundamental en su desarrollo psicosocial (Stob et al., 2019).

La teoría del apego ha proporcionado un modelo para comprender la importancia de las experiencias de la primera infancia y la importancia de la dinámica relacional entre las figuras parentales y el niño (Holmes y Slade, 2017). Desde el principio de la vida, los bebés empiezan a reconocer y anticipar las respuestas de sus cuidadores a su malestar, así como su capacidad de regularlo. Se ha observado como desde estadios bien tempranos los bebés adaptan su conducta en consonancia con estas capacidades de sus cuidadores (Ainsworth et al., 1978; Sroufe, 1988; Van IJzendoorn et al., 1999). Stob et al. (2019) sintetizan las ideas de Bowlby (1969, 1973 y 1980) describiendo cómo las experiencias de pérdida, amenaza y separación tienen un impacto sobre las representaciones internas de uno mismo y de los demás, condicionadas por la forma en que el cuidador responde a las demandas de cuidado, protección y apoyo emocional del niño en momentos de necesidad (Bowlby, 1969, 1973, 1980).

Más allá de la primera infancia, se ha encontrado que el estilo de apego y las alteraciones relacionales predicen el desarrollo psicológico del adolescente e impactan tanto en el estilo relacional que establece la persona con los demás, como en las prácticas de crianza de los propios hijos (Bowlby y Ainsworth, 1951; Fraiberg et al., 1975; Fearon et al., 2010; Grossmann et al., 2005; Slade, 2014; Steel et al., 1996).

En el año 1991, Fonagy, Steel, Steel, Moran y Higgitt introducen el concepto de Función Reflexiva –*Reflective functioning*–, que se refiere a la capacidad humana esencial para comprender el comportamiento a la luz de los estados mentales e intenciones subyacentes. Este concepto se fue desarrollando a lo largo de los años y

ha tenido un considerable impacto en la teoría del desarrollo y la práctica clínica (Slade, 2005).

La Función Reflexiva viene a ser un sinónimo del concepto de Mentalización, aunque Slade (2005) describe la Función Reflexiva como «una manifestación abierta, narrada, de la capacidad de mentalización de un individuo».

El concepto de mentalización fue desarrollado a principios de la década de los 90 por Fonagy y un grupo de investigadores de orientación psicoanalítica muy interesados en la investigación sobre la teoría del apego, encontrándose en el equipo inicial Miriam Steele, Howard Steele y Mary Target (Fonagy et al., 1991; Fonagy et al., 1995). Combinando el marco de la teoría psicoanalítica, la teoría del apego y aspectos de la investigación sobre el desarrollo social-cognitivo, este grupo de profesionales de salud mental liderados por Peter Fonagy propusieron un marco de referencia para la psicopatología y la psicoterapia. El propio Fonagy dice que se trata de un intento consciente de agrupar conocimientos de diferentes disciplinas académicas y prácticas clínicas, creando una terminología común y dando una importancia capital a la investigación y la evaluación de la intervención terapéutica.

Estos autores entienden la mentalización como la capacidad de comprender las acciones propias y ajenas en términos de pensamientos, sentimientos, esperanzas y deseos. Es una función que permite comprender y comunicar sobre la conducta propia y ajena en términos de estados mentales intencionales. Definen la mentalización como una forma de actividad mental imaginativa, es decir, percibir e interpretar el comportamiento humano en términos de estados mentales intencionales –por ejemplo, necesidades, deseos, sentimientos, creencias, objetivos, propósitos y razones– (Bateman y Fonagy, 2016). Es una capacidad humana esencial para la regulación afectiva y para posibilitar unas relaciones sociales productivas y saludables.

Una definición sencilla que suelo utilizar con los pacientes dice así: la mentalización es la capacidad de vernos a nosotros mismos desde fuera y a los otros desde dentro. Esta definición sintetiza los dos aspectos principales de la mentalización: la capacidad de introspección, es decir, de poder acercarnos a dar sentido a las emociones que sentimos en relación con lo que estemos viviendo, así como la capacidad de poder pensar sobre lo que nos está pasando, y también la capacidad de poder ponernos en el lugar del otro y acercarnos con curiosidad e

interés a lo que puede estar sintiendo y pensando la otra persona, es decir, la capacidad empática.

La mentalización es la capacidad para entender que las ideas y las emociones, tanto propias como ajenas, son representaciones mentales y no copias fieles de la realidad externa (Fonagy y Target, 1997). En este sentido, la mentalización es un proceso y no un contenido. Un proceso según el cual el individuo trata de dar un sentido al mundo que le rodea, atribuyéndose a sí mismo y a los demás estados mentales. Esto le permite prever y comprender su propio comportamiento, el de los demás y las relaciones interpersonales, algo imprescindible para desenvolvernos en este mundo como seres humanos.

Un concepto desarrollado Fonagy que considero fundamental es la confianza epistémica (Fonagy y Allison, 2014) –de la palabra griega episteme: conocimiento o las raíces del conocimiento–, que se refiere al tipo específico de confianza requerida para permitir una disponibilidad a aprender del otro, en concreto, el aprendizaje de competencias sociales. La confianza epistémica es un tipo de confianza particular en la que predomina un sentimiento de que la información humana y el conocimiento humano comunicados por otros seres humanos son fiables. Esto implica que podemos confiar en aquello que nos es comunicado por el otro, que lo mantendremos en nuestra mente como algo bueno y que podremos recurrir a ello en nuestra vida cotidiana. A la vez, determina una actitud de disponibilidad hacia la ayuda ofrecida por las relaciones benignas y benévolas de nuestro entorno, así como una disponibilidad hacia el aprendizaje de los demás.

Fonagy describe cómo en la relación terapéutica esta confianza se basa en –o se estimula por– el conocimiento que el paciente tiene sobre el hecho de que el terapeuta ha conectado con autenticidad y empatía con él, entendiendo fundamentalmente su sufrimiento. Esta conexión empática, que podemos entender como el hecho de que el paciente se ha sentido adecuadamente mentalizado, es lo que permite sentir al paciente que puede confiar en lo que el terapeuta ofrecerá en términos de conocimiento. Es lo que permitirá que el paciente pueda aprender sobre sí mismo a través de la mente de alguien en quien confía. A la vez, cuando el paciente tenga experiencias de falta de contingencia por parte del terapeuta, las probabilidades de una apertura del paciente hacia recibir aprendizaje de la relación con este profesional disminuirán. Esta teoría deriva del trabajo experimental de

Gergely y Csibra (Gergely y Csibra, 2005) sobre la construcción social del yo subjetivo.

Si pensamos en el perfil de adolescentes que han sufrido ERA, siguiendo lo descrito por Fonagy con relación a la confianza epistémica, podemos entender que en su historia relacional las ERA los han llevado a un cierre de esta vía de aprendizaje, quedando dañada su capacidad de aprender a través de la experiencia emocional con otros, mostrándose más inflexibles y rígidos ante el cambio. Este es un obstáculo fundamental al que nos enfrentamos en el trabajo terapéutico, ya que configura un escenario inicial de la relación donde el joven muy a menudo no pide ayuda, sino que más bien la puede rechazar activamente.

Mentalizar, la representación de nuestros estados mentales es la columna vertebral de nuestro sentido de sí mismo y de nuestra identidad (Fonagy y Target, 1997). Vernos a nosotros mismos y a los demás como seres intencionales conducidos por estados mentales que son significativos y comprensibles, crea la coherencia psicológica sobre uno mismo y los demás que es esencial para manejarse en el complejo mundo social (Bateman y Fonagy, 2016). Implica también la capacidad de diferenciarnos psicológicamente de los demás y, además, está fuera de toda duda que los estados mentales influencian la conducta: creencias, deseos, sentimientos y pensamientos, tanto si somos conscientes de ellos como si no, siempre influencian lo que hacemos (Bateman y Fonagy, 2016).

Una mentalización efectiva implica tener curiosidad por los estados mentales propios y ajenos, conciencia del impacto emocional que pueden tener las cosas que decimos y que hacemos sobre los demás, conciencia de que los estados mentales son opacos –una obviedad, aunque vale la pena recordar que por mucha experiencia que tenga un profesional de salud mental nunca será, afortunadamente, un *lector de mentes*–, capacidad de adoptar diferentes perspectivas sobre una misma realidad, una actitud no-paranoide y poder tener confianza en los demás.

La mentalización tiene una naturaleza multidimensional, ya que desde la neurociencia han identificado 4 dimensiones diferentes (Lieberman, 2007) que son muy útiles en contextos clínicos: 1. La mentalización automática vs controlada o mentalización implícita vs explícita. Es imposible estar mentalizando todo el tiempo, pero eso no quiere decir que en ciertos momentos no esté en marcha a pesar de que no seamos conscientes de ello. El trabajo terapéutico siempre va encaminado a

estimular la mentalización explícita del paciente. 2. Mentalización de uno mismo vs de los demás. 3. Mentalización de las características internas vs externas. 4. Mentalización cognitiva vs afectiva: mentalizar lo que tanto nosotros como la otra persona podemos estar pensando, o bien mentalizar lo que podemos estar sintiendo.

La mentalización será efectiva si el individuo puede mantener un equilibrio a través de estas dimensiones y si las aplica de manera apropiada en función del contexto. Si lo pensamos, podremos ver cómo diferentes tipos de trastornos psicopatológicos pueden distinguirse en base a diferentes combinaciones de alteraciones a lo largo de las 4 dimensiones.

Debemos recordar que la mentalización es frágil y que el ser humano no es demasiado bueno en mentalizar, ya que estamos diseñados para perder esta capacidad de forma continuada. Es una capacidad que se ve muy fácilmente desbordada por estados emocionales intensos, tanto agradables como desagradables, y nunca es enteramente estable, consistente o unidimensional.

Cuando recibimos un impacto emocional que perturba nuestra capacidad de mentalización recurrimos a una figura de apego que nos dé tranquilidad y confianza, para recuperarnos, o bien a las experiencias de relación suficientemente buenas que hemos internalizado –en caso de que hayan existido en nuestro entorno familiar durante la primera infancia– que nos acompañan desde dentro y nos permiten reencontrar cierta calma para recuperar las capacidades de mentalización mermadas por la ansiedad vivida. Todos tenemos más dificultades para mentalizar en situaciones de ansiedad elevada, mientras que la capacidad de recuperar la mentalización en estas situaciones nos hace más resilientes. En este sentido, el proceso terapéutico tiene como objetivo principal que los adolescentes desarrollen mejores capacidades de mentalización en situaciones potencialmente desestabilizantes que los llevan a actuaciones de riesgo, sobre todo los adolescentes que han sufrido ERA, con peores capacidades de mentalización.

Cuando se pierde la capacidad de mentalización se da una reemergencia de unos modos de experimentarse a uno mismo y a los demás que tienen paralelismos con las formas en las que se comportan los niños pequeños antes de que hayan desarrollado plenas capacidades de mentalización. Son los modos de no mentalización, que se denominan equivalencia psíquica, el modo teleológico y el

modo simulado o de fingimiento. Son el resultado de desequilibrios entre las dimensiones de la mentalización mencionadas anteriormente. Es importante para el clínico poder reconocer y entender estos modos de no mentalización para tratarlos cuando aparezcan ya que suelen ser causa de importantes dificultades interpersonales y resultar en conductas destructivas (Bateman y Fonagy, 2016).

La equivalencia psíquica implica tratar la propia mente y los contenidos de esta como si fueran hechos concretos de la realidad externa, es decir, estados donde la realidad mental es vivida como la realidad externa, sin posibilidad de tomar una perspectiva diferente. Es lo que a menudo denominamos un pensamiento muy concreto en los jóvenes que atendemos (Bateman y Fonagy, 2016).

En el modo simulado o de fingimiento, se observa una tendencia a llenar el discurso de palabras o teorías que están muy desconectadas de la emoción y de la realidad que estamos viviendo. El discurso del paciente suena vacío, sin sentido, inconsecuente y circular. Son estados donde predomina la disociación y en casos extremos la desrealización. En este estado el paciente puede hipermentalizar o pseudomentalizar, que son estados en los que hay mucho discurso sobre supuestos estados mentales, pero con muy poca conexión con la realidad (Bateman y Fonagy, 2016). Este estado es también observable en ciertos momentos de reuniones de equipos o sesiones clínicas donde se entra en grandes discusiones teóricas sobre un caso, pero alejándonos del contacto con la realidad del estado emocional y sufrimiento del paciente.

En el modo teleológico, o pensamiento tipo *quick fix thinking*, de soluciones concretas rápidas y mágicas, se comprenden las acciones en términos de lo físico en lugar de lo que sucede a nivel mental, buscando el alivio rápido del malestar a través de acciones sin pensamiento. En este modo de funcionamiento hay mucha actuación y los estados mentales son reconocidos sólo si sus resultados son físicamente observables (Bateman y Fonagy, 2016). También se observan con cierta frecuencia en equipos cuando la ansiedad de un determinado caso que nos ocupa nos mueve a una actuación precipitada.

3.3 Desarrollo de la capacidad de mentalización y sus trastornos

En el momento de nacer, el bebé es incapaz de regular sus emociones. Para ello, necesita un vínculo seguro con alguien que entienda y responda a los cambios momento-a-momento en su estado emocional. La capacidad de mentalización no se hereda biológicamente, sino que se desarrolla en el contexto de relaciones de apego o de vínculo temprano (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). La capacidad de mentalización se desarrolla de manera óptima en el contexto de un vínculo seguro (Main, 1991; Fonagy, 2006; Allen, 2013; Allen & Fonagy, 2008; Bleiberg, Rossouw, & Fonagy, 2012). Midgley, Malberg y otros autores (Midgley et al., 2017) describen como Fonagy y colaboradores proponen en 2004 «un modelo de desarrollo mediante el cual la conciencia de los estados mentales surge en el contexto de las relaciones de apego tempranas, en las que el niño aprende a identificar y representar mentalmente sus propios afectos a través del interés de los padres en la experiencia subjetiva del niño y las demostraciones emocionales pedagógicas de los padres centradas en la mente y los sentimientos del niño. En este modelo, se considera que la capacidad de los padres para imaginar la experiencia subjetiva de su hijo pequeño facilita el desarrollo de la autorregulación y el autocontrol, a través del uso eficiente de estrategias de regulación de la atención para modular la angustia, así como la representación y comunicación sobre afectos».

Los bebés y los niños pequeños no pueden dar sentido a su vida emocional, por lo que dependen del interés de los padres sobre su propia experiencia subjetiva, y de la capacidad de sus padres para hacer que el comportamiento del niño sea comprensible al interpretarlo en términos de estados mentales subyacentes. Fonagy et al. (1991) demostraron que la capacidad de las madres para mentalizar sobre sus propias experiencias de apego tempranas predijo la seguridad del apego infantil más de 16 meses después. Siguiendo esta evidencia, propusieron que la mentalización juega un papel importante en la transmisión transgeneracional del apego, proponiendo un patrón intergeneracional donde la mentalización y la capacidad de los padres para imaginar lo que comunica el comportamiento del bebé sobre lo que siente, necesita y quiere, subyace a la respuesta sensible y promueve la seguridad del apego (Fonagy y Target, 1997).

La mentalización adecuada de los progenitores promueve el apego seguro y, a su vez, el desarrollo de las mejores capacidades de mentalización se da en el

contexto de la relación de apego seguro, cuando los bebés descubren sus mentes a través de una relación con alguien que los trata como alguien con una mente. El funcionamiento reflexivo se ve como una respuesta sensible subyacente al ayudar a las madres a ponerse mentalmente en el lugar del bebé e imaginar la experiencia del bebé (Fonagy y Target, 1997). Siguiendo esta idea, existe evidencia de que el funcionamiento reflexivo de los padres sobre sus propias relaciones de apego, tanto en el pasado como en el presente, subyace a la sensibilidad en la interacción con sus propios hijos y, además, el funcionamiento reflexivo más elevado se asocia con menos comportamientos negativos (Ensink, Normandin, Plamondon, Berthelot & Fonagy, 2016; Slade, Grienenberger, Bernbach, Levy, & Locker, 2005; Suchman et al., 2010).

En este sentido, la capacidad de mentalización de los progenitores promueve una crianza sensible al ayudar a los padres y madres a mirar más allá de los comportamientos, pudiendo imaginarse lo que el niño puede estar sintiendo y responder en sintonía con dichas representaciones mentales de los estados emocionales del menor. A la vez, la capacidad de mentalización de los progenitores permite inhibir las interacciones negativas con sus hijos, al ayudarles a ser observadores de lo que está sucediendo en la interacción con sus hijos, ser conscientes de su propio estado emocional y así regular sus propias reacciones negativas, pudiendo permanecer de esta manera centrados en el niño y en la tarea central de su propia responsabilidad de ayudar a su hijo en el proceso de regulación de su vida emocional. Además, se ha demostrado que el funcionamiento reflexivo de los padres está asociado con el desarrollo del funcionamiento reflexivo en niños (Ensink et al., 2014) y adolescentes (Benbassat y Priel, 2012).

Como vemos, la capacidad de mentalización de los padres y su interés en la subjetividad y la mente del niño son factores claves en el desarrollo de la regulación afectiva y posteriormente en el desarrollo de la función reflexiva en el propio niño. En consecuencia, vemos que los estados mentales surgen en el contexto de las relaciones de apego tempranas, donde el niño aprende a identificar y representar mentalmente su propia vida emocional a través del interés de los padres en su propia experiencia subjetiva (Ensink et al., 2016).

Las ERA intrafamiliares tienen un impacto en el estilo de apego que los progenitores establecen con sus hijos. Un menor que es criado en una familia donde

predomina la negligencia crónica, el maltrato psicológico, el maltrato físico y/o el abuso sexual, vivirá en un entorno relacional donde no se darán las condiciones necesarias para el establecimiento de un estilo de vínculo seguro. Para que se den las condiciones que permitan el establecimiento de un vínculo seguro, es necesario que el niño tenga cuidadores sensibles a sus necesidades, que respondan y les ayuden en las situaciones de ansiedad y malestar. En un estilo de vínculo seguro predomina la confianza en la disponibilidad de las figuras parentales, algo que no puede darse en los menores criados en entornos relacionales dominados por las experiencias relacionales adversas.

Hemos visto que existe mucha evidencia sobre la relación entre el estilo de apego y el impacto que tiene en el desarrollo de la capacidad de mentalización (Fonagy & Target, 2005; Slade et al., 2005), por lo que podemos pensar en el impacto negativo de las experiencias relacionales adversas intrafamiliares sobre el desarrollo de la capacidad de mentalización.

Independientemente de las manifestaciones a nivel sintomático, podemos entender las ERA sufridas durante la infancia a menudo como experiencias traumáticas preconceptuales (Grimalt, 2012; López-Corvo, 2013 y 2014), que han causado un daño significativo a la organización de la esfera emocional, que afecta la capacidad de modular las emociones, de dar sentido a la experiencia emocional y a la capacidad de mentalización. Esto también se explica por el hecho conocido de que «el vínculo entre el apego y la mentalización es claro» y que «los contextos de apego proporcionan las condiciones ideales para fomentar la mentalización» (Fonagy et al., 2014).

Ensink y colaboradores (2016) describen cómo una mejor mentalización también ayuda a las madres a detectar sus propias respuestas negativas, intrusivas, agresivas y retraídas que socavan el desarrollo de la seguridad y la organización del apego. Estos autores afirman que «las madres con una mejor función reflexiva pueden ser mejores filtrando sus propios afectos de agresión, ansiedad y miedo, protegiendo a sus bebés de comportamientos negativos, porque son más conscientes de sus propios efectos y pueden verse desde afuera e imaginar la angustia de los bebés. La mentalización también implica una comprensión implícita de que los afectos se vuelven menos intensos con el tiempo y se pueden cambiar a través de pensar y ver situaciones de manera diferente, y esto puede ayudar a las

madres con una mayor función reflexiva a tolerar sentimientos difíciles. Al mismo tiempo, las madres que no están en contacto con los estados mentales pueden estar en mayor riesgo de recurrir a acciones teleológicas no mentalizadoras en las que los estados mentales se traducen de manera cruda en comportamientos que ignoran la intencionalidad del bebé (…) Tales comportamientos pueden interrumpir las acciones intencionales del bebé y desorientarle, socavando su auto organización en desarrollo, mientras que las reacciones agresivas y la falta de respuesta pueden tener un impacto desorganizador aumentando los estados de malestar».

Trabajar con jóvenes que han estado expuestos al estrés tóxico de las ERA es una tarea difícil y compleja, especialmente por lo que significa tener que recibir y atender sus intensas ansiedades no mentalizadas y su dañada esfera emocional: un sufrimiento muy intenso y sin palabras que predomina en su vida psíquica. Necesitan ayuda desesperadamente, pero es común ver cómo el contacto con sus necesidades emocionales es muy amenazante, ya que desestabiliza su frágil sistema de supervivencia, por lo que rechazar la ayuda profesional es una respuesta adaptativa comprensible a un entorno negligente y abusivo.

Con frecuencia, tolerar la dependencia y la necesidad de afecto es algo catastrófico para ellos, debido a la falta de confianza en una relación suficientemente disponible y confiable, por lo que es muy común observar cómo experimentan el contacto con otro ser humano como algo que implica el miedo de una repetición traumática de la experiencia de abandono, desprecio y abuso. No es seguro acercarse a la mente de otra persona si no hemos tenido una experiencia de apego predecible y consistente. En este contexto relacional, la posición más neutral y distante del profesional, basada en la técnica psicodinámica clásica, falla, siendo necesario adoptar una mirada que tenga en cuenta y se centre en los trastornos del proceso del desarrollo psíquico del menor.

Es necesaria una actitud terapéutica más activa para establecer una confianza básica en la relación con los jóvenes que presentan déficits tan tempranos en la experiencia relacional, jóvenes a quienes les falta la experiencia de haber sido tenidos en mente de manera predecible y consistente. Como Slade describe (2014): «la relación dinámica entre la experiencia de la amenaza y el apego configura el desarrollo y el mantenimiento de las relaciones principales, la organización de la estructura psíquica y la naturaleza de las defensas y la adaptación. Este elemento de

la teoría del apego es particularmente relevante para la situación clínica. Nos ayuda a imaginar momentos de ansiedades amenazantes en el pasado de nuestros pacientes, atender sus manifestaciones en el presente y comprender el sufrimiento actual a la luz de las secuelas a largo plazo de las adaptaciones que fueron cruciales para la supervivencia. Finalmente, nos ayuda a encontrar un lenguaje que da vida o mentaliza estos aspectos de la experiencia temprana del paciente, de modo que la transformación sea posible».

Los déficits en la capacidad de mentalización deberán ser tenidos muy en cuenta a nivel asistencial. El trabajo de esta tesis pretende abordar esta cuestión, con la contribución a la puesta en marcha del ECID, tal como detallaré en el capítulo 12.

Vemos que el concepto de mentalización de Bateman y Fonagy (Bateman & Fonagy, 2008, 2009 & 2016) es muy pertinente para describir las consecuencias de las experiencias relacionales adversas sobre el desarrollo psíquico de los menores que las sufren. En las familias en las que se dan con mayor frecuencia las experiencias relacionales adversas en la infancia, los estilos de vinculación afectiva están en el extremo opuesto del vínculo seguro, que hemos visto que es el marco óptimo para estimular unas buenas capacidades de mentalización en el menor. Lo que vemos que predomina en las familias con mayores dificultades y mayor presencia de ERA son los tipos de vínculo desorganizado e inseguro. El apego desorganizado es más común entre los menores que han sufrido experiencias relacionales adversas en la infancia, pero es importante matizar que, el hecho que un menor presente un estilo de apego desorganizado no indica necesariamente que haya sufrido maltrato o abuso (Granqvist, P. et al., 2017).

En este reciente trabajo de Granqvist et al. (2017), afirman que otras vías para desarrollar un apego desorganizado son las conductas parentales dominadas por estilos de funcionamiento que atemorizan a los hijos, una conducta parental dominada por el propio miedo de los progenitores o por un funcionamiento disociativo. Estos tipos de funcionamiento son más comunes entre los progenitores que han sufrido experiencias relacionales adversas no resueltas –apartado que retomaré en la discusión del Estudio VI de esta tesis doctoral– y/o factores importantes de riesgo socioeconómico.

También sabemos que estos tipos de vínculo desorganizado e inseguro son los que predominan en personas con mayores dificultades de mentalización, con el consiguiente riesgo psicopatológico implícito. En una reciente revisión sistemática de la literatura científica sobre el tema, Malda et al. (2018) afirman que la mentalización es un mecanismo que opera a un nivel neurobiológico, que está influenciado por las relaciones de apego y que afecta a la capacidad de reflexionar sobre uno mismos y los demás. Estos autores nos recuerdan también que la dificultad para establecer un diálogo reflexivo sobre las emociones y pensamientos propios o ajenos, es decir, la capacidad de mentalización es relevante para una amplia gama de trastornos mentales. Sabemos que una buena capacidad de mentalización es lo que permite la posibilidad de diálogos reflexivos que facilitan la toma de perspectivas distintas sobre la realidad externa e interna. Esta capacidad es lo que nos ayuda a sobrellevar las demandas cotidianas del mundo social, disminuyendo la posibilidad de experimentar momentos de desregulación emocional o de patrones de pensamiento distorsionados (Malda-Castillo et al. 2018). Además, sabemos también que en todos los trastornos mentales un elemento central son precisamente las alteraciones en la capacidad de mentalización, que se ponen en evidencia en la dificultad para manejar los diversos estados emocionales negativos, desagradables o que desbordan los recursos de la persona.

En otra definición, Malberg y Midgley (2017) describen como la mentalización es una capacidad que se desarrolla en el contexto de las relaciones de apego y que promueve un sentimiento de confianza y seguridad. Estos autores describen también cómo el desarrollo de un *self nuclear* ocurre en el contexto de dicha relación de apego, en una relación que se caracterice por lo que los investigadores del desarrollo han denominado *marked mirroring*. Este concepto sería similar a la función de *reverie* descrita por Bion (1962), a la preocupación maternal primaria descrita por Winnicott (1956) o la entonación afectiva descrita por Stern (1985). La capacidad de *marked mirroring* es la capacidad de recoger verbal y no verbalmente, de representar y de devolver una versión metabolizada de lo que parece que está comunicando el niño sobre su experiencia emocional (Malberg & Midgley, 2017).

Como resultado de la experiencia repetida vivida por el niño, de un progenitor disponible y con curiosidad para imaginar lo que su hijo esté

experimentando, se desarrollará un sentido de sí mismo como *ser intencional,* con sus propios pensamientos y sentimientos (Malberg & Midgley, 2017). Por todo ello, la capacidad de los padres de pensar sobre la experiencia interna de su hijo como separada, intencional y contextualizada en el proceso evolutivo del mismo, determinará la capacidad del menor de funcionar y manejarse de forma adecuada en el mundo de las relaciones (Malberg & Midgley, 2017), es decir, en la vida. Pensando nuevamente en el grupo de menores que sufren patrones relacionales transgeneracionales marcados por las experiencias relacionales adversas que determinan un patrón de trauma relacional, podemos suponer que este grupo de menores tendrá un mayor riesgo psicopatológico, algo que esta tesis doctoral tiene la intención de corroborar con datos sobre un amplio grupo de jóvenes atendidos en un Hospital de Día para adolescentes.

Malberg y Midgley (2017), detallan también de una forma muy precisa y valiosa el concepto de mentalización, cuando nos hablan de es un proceso «complejo e incierto por distintas razones, incluyendo el hecho de que una persona puede actuar en función a una creencia equivocada. Además, las creencias surgen a través de una complicada interacción entre percepciones sensoriales, la memoria y la motivación, por lo que pueden cambiar por muchas razones: quizás porque el entorno ha cambiado, o porque ha ocurrido algún proceso mental oculto. Debido a que las creencias son representaciones de la realidad, las personas pueden tener creencias bien diversas y sentir emociones bien distintas sobre aparentemente cosas similares. En el contexto de la adolescencia, este cuadro es todavía más complicado debido al nivel de turbulencias físicas, cognitivas, sociales y emocionales de este estadio del desarrollo» (Malberg y Midgley, 2017).

Hemos visto que la mentalización se da por el retorno al bebé de su experiencia emocional de manera marcada –*marked mirroring*–, algo que etiqueta la emoción y comunica que es controlable. Esto va formando lo que se conoce como *representación secundaria* de la experiencia del niño en su mente (Bateman y Fonagy, 2004). Esta experiencia repetida gradualmente formará el *sí mismo* nuclear del niño (Fonagy, 2000), que es una representación basada en la comprensión de los sentimientos del niño por parte del cuidador en el contexto de un vínculo seguro, así como la percepción del niño por parte del adulto como un ser intencional. Esto lleva a una representación interna de sí mismo como ser intencional y como agente, que

se generaliza a la representación de los otros dando lugar al desarrollo de un modelo de mentalización del mundo (Fonagy, 2000). Este modelo ayuda al niño a percibir el mundo relacional con sentido y en cierto modo predecible, así como responder a las complejidades de la realidad social con resiliencia (Fonagy, 2000).

En el caso en que este proceso no se desarrolle de forma mínimamente adecuada, lo que sobre todo sucede en las relaciones donde predomina un tipo de vínculo desorganizado, como sucede en aquellos entornos familiares donde predominan las experiencias relacionales adversas en la infancia, puede dar lugar a la constitución de lo que Fonagy ha llamado *alien self* (Fonagy, 2000). Para definir este concepto, propondría hacer un ejercicio de imaginación de ponernos en el lugar de un niño muy pequeño, poniendo palabras –que este niño aún no tiene– a cómo nos explicaría lo que representa este proceso desajustado y de falta de contingencia del adulto desde su perspectiva. Podríamos imaginar que podría decirnos algo como: «si quien me cuida percibe mal mi estado interno, si se asusta o se enfada por mi malestar, lo que yo veré y experimentaré es el miedo o rabia en el otro. Entonces, la experiencia que internalizo es la experiencia que mi malestar asusta o enfada al otro a quien necesito mucho, lo que me lleva a la experiencia interna que yo doy miedo o hago rabiar al otro, cuando lo que realmente me ocurre es que estoy solo y aterrorizado». Sería como si ese niño fuese incorporando esta experiencia relacional negligente como un aspecto nuclear de su sentido de *sí mismo*, cuando en realidad es un estado de quien le cuida que se convierte en un *estado alien* del niño, mientras que su estado real es que está solo y muy asustado por ansiedades que le desbordan y no puede procesar.

Este concepto de *alien self* se refiere al proceso en el que las representaciones del cuidador sobre el niño están basadas en atribuciones erróneas, algo que promoverá que el niño internalice representaciones desajustadas de sí mismo. La representación secundaria en la mente del niño será ajena, extraña al estado mental e intencionalidad auténtica del niño. Esta representación extraña se convierte en parte del concepto interno del self: *alien self* (Fonagy, 2000). Si la relación con los cuidadores está predominantemente marcada por experiencias repetidas de este tipo, se dará una situación donde la mente del niño esté dominada por un *alien self*.

La experiencia interna del *alien self* es similar a la experiencia de un atormentador interno: constante autocrítica, odio a sí mismo, ausencia de validación

interna y expectativa de fracaso. El *self* es odiado y, a través de las lentes proyectadas del *alien self*, el mundo externo puede ser percibido como potencialmente hostil, humillante y persecutorio (Roussouw, 2012). A la vez, las representaciones internas son incongruentes con las propias experiencias y las representaciones de los otros serán también desajustadas y llevarán a la experiencia que el mundo relacional no tiene sentido ni es predecible o manejable.

El *alien self*, este aspecto altamente patógeno del mundo interno, se hace más presente cuando el niño experimenta un momento de malestar emocional, cuando lo que se activará en su mente será el patrón relacional desadaptativo de una respuesta hostil a su malestar, algo que solo aumentará el sufrimiento y desencadenará una escalada de desesperación, pérdida de la mentalización y presencia de los modos de no mentalización –sobre todo equivalencia psíquica y teleología– en un nivel extremo que resulta en un alto riesgo de actuación destructiva. De todo ello se desprende que el *alien self* impide el desarrollo de la mentalización (Rossouw y Fonagy, 2012) y es un elemento importante para comprender aspectos del funcionamiento de los adolescentes que han sufrido experiencias relacionales adversas en la infancia.

Estas experiencias relacionales adversas vividas por los adolescentes en su infancia hacen que hayan sido poco capaces de internalizar e integrar una *presencia de mente* (Mitrani, 2007) capaz de recibir, digerir y transformar las experiencias emocionales desde las etapas más tempranas de la su vida. Por este motivo, tal como describe Mitrani, se pueden sentir empujados a utilizar su propio cuerpo y las sensaciones de su cuerpo como continente para los hechos no mentalizados, algo que desde el modelo de la mentalización se explica también como una necesidad de recuperar un cierto control frente las muy intensas ansiedades vividas a través de las actuaciones auto o heterodestructivas. Unas ansiedades que tienen una fuerte relación con la vivencia primitiva del abismo catastrófico delante del cuidador impermeable o el cuidador ausente, que forman parte de sus experiencias relacionales tempranas.

3.4 Experiencias relacionales adversas en la infancia y fallas en la capacidad de mentalización en la adolescencia

Tal como hemos visto, es en las relaciones de vínculo temprano donde los niños aprenden a mentalizar. Todos hemos tenido experiencias de falta de sintonía con nuestros cuidadores, incluso hay datos que dicen que la media de veces en las que la percepción de la madre está en sintonía con el estado mental de su hijo pequeño es de un 30% (Bateman & Fonagy, 2016). Entonces, ¿cómo podemos entender el hecho de que no todos tenemos un *alien self* similar? La respuesta es bien sencilla, ya que tiene que ver con la intensidad de falta de sintonía en las relaciones de apego tempranas, con la calidad de la relación cuando hay sintonía y con la presencia de la reparación que nos valida.

La posibilidad de que esta falta de sintonía sea reconocida y reparada es también una experiencia valiosa de cara a favorecer la mentalización. El problema aparece cuando la falta de sintonía se convierte en una negligencia: cuando el cuidador es consistentemente desajustado o ausente. El niño no desarrollará la representación secundaria del mundo interno que le ayuda a darle sentido y tendrá mucha más probabilidad de actuar las experiencias internas –sobre todo las que implican malestar– en lugar de ser capaz de regularlas por sí mismo. En estos casos nos encontramos con niños con un mundo interno dominado por una prevalencia de experiencias emocionales no integradas, en el contexto de dinámicas patológicas de las relaciones tempranas que han sido internalizadas. Esto incidirá en diferentes esferas fundamentales de la organización de su vida emocional y relacional, aumentando a la vez considerablemente el riesgo psicopatológico. La capacidad de mentalización queda seriamente dañada.

En la adolescencia, estas mermadas capacidades de mentalización tienen una incidencia directa en una mayor dificultad para encontrar sentido a la conducta de los demás, una mayor dificultad para saber o entender nuestros propios sentimientos, mayor ansiedad, sensación de pérdida, rabia y desesperación. También hay más presencia de sentimientos paranoides y de miedo a perder a las personas más cercanas. Pero uno de los sentimientos que es fuente de un sufrimiento más intenso y de un mayor riesgo de actuaciones tanto auto como heterodestructivas es el sentirse malo, el sentirse destruido desde dentro. Es muy frecuente encontrarnos con jóvenes que se sienten desbordados por un intenso odio

hacia sí mismos y pensamientos tipo: «soy horrible, me odio, debería estar muerto/a, nadie me echará de menos…». Como consecuencia, el joven tiene la necesidad de recuperar el control sobre la espiral de ansiedades confusionales y catastróficas que le invaden, por lo que recurre a la actuación como forma desesperada de sentir que vuelve a tener cierto sentimiento de agencia sobre su propia vida.

Al perder capacidad de mentalización hay un sentimiento de fragmentación, de pérdida de coherencia y pérdida del sentimiento de agencia sobre la propia vida. La búsqueda de la figura de apego no contiene, por la negligencia severa y/o el maltrato imperante en la relación o sencillamente por ausencia. Las experiencias internalizadas de relación a las que uno recurre para buscar contención desde el mundo interno tampoco sirven, ya que no hay una presencia suficiente de estas experiencias de relación suficientemente buenas y continentes internalizadas, sino más bien un predominio del *alien self* que aumenta la desesperación. Esta situación estimula la actuación violenta, tanto auto como heterodestructiva, una violencia que podemos entender como escudo ante estas ansiedades catastróficas, como una especie de ilusión de recuperar un control ante la vivencia catastrófica y no sólo como una evacuación de un malestar que no puede ser procesado de otra manera.

Una experiencia violenta intensa crea un foco y contiene la fragmentación, ya que hace sentir que se recupera un control frente al caos y el vacío. Estas actuaciones son claros síntomas de los déficits en la capacidad de mentalización (Bateman y Fonagy, 2004) así como también desesperados intentos de liberar al self del *alien self* (Fonagy et al., 2002).

En las autolesiones de los adolescentes encontramos un dramático ejemplo de este desesperado mecanismo de supervivencia, ya que además de toda la lectura que podemos hacer desde la dimensión sensorial del acto autolesivo, es valioso pensarlo también desde la sensación de recuperar un cierto control sobre un dolor psíquico insoportable para el adolescente.

Cuando los adolescentes se encuentran dominados por estados en los que se pierde la capacidad de mentalizar, cualquier mecanismo que haga sentir que se detiene la fragmentación es valioso, como el moverse hacia atribuciones –o proyecciones– masivas de ansiedades insoportables sobre figuras externas estimulando vivencias altamente persecutorias que observamos en los estados

mentales de alto riesgo o en las descompensaciones psicóticas. Una ansiedad persecutoria es algo mentalizable ya que hay un perseguidor, mientras que la vivencia más primitiva y catastrófica de la ausencia sería el vacío no mentalizable, el dolor no mentalizable del que se puede huir volviendo a la esfera sensorial, aferrándose a las sensaciones como forma de supervivencia psíquica (Coromines, 1991, 1994), algo que permite recuperar un cierto control sobre la amenaza catastrófica de la des-mentalización, aunque implicando daños importantes en la misma capacidad de mentalización.

En la necesidad de recuperar un cierto control vemos como las acciones y las asunciones reemplazan al pensamiento. Esto es algo que nos pasa a todos cuando perdemos nuestra capacidad de mentalización: nos sentimos seguros de que tenemos la razón; aumentan las certezas que tenemos sobre los demás y sobre nosotros mismos; hacemos más generalizaciones, etiquetamos y actuamos; nos sentimos seguros sobre lo que los demás están sintiendo y/o pensando; asumimos que los demás se sienten exactamente como nosotros. Todo queda al servicio de tratar de controlar lo que sentimos como fuera de control.

El adolescente con déficits de mentalización que no se siente entendido, puede sentir el mundo en contra de él, algo que ataca y destruye su sentido de *sí mismo* que, además, está en proceso de formación. Esto destruye lo que él es y desata ansiedades de fragmentación, lo que conforma una realidad insoportable que le empuja a la actuación auto o heterodestructiva.

Los adolescentes que han crecido en entornos relacionales donde han predominado las ERA de forma continuada y severa, viven dominados por intensas ansiedades no mentalizadas y por el predominio de los vacíos emocionales en su vida psíquica. Un muy intenso sufrimiento sin palabras que predomina en su mundo interno. Necesitan ayuda de forma desesperada, pero es frecuente ver que el contacto con sus necesidades emocionales es algo muy amenazador, por cómo desestabiliza su frágil sistema de supervivencia.

Si los abusos son continuados el daño psicológico es muy importante. Pero hay que tener en cuenta que, aunque los abusos hayan cedido, si éstos han sido silenciados y ocultados por el entorno del menor, entonces la situación de maltrato continúa muy viva y activa sobre el mismo, al mantenerse el entrono relacional perturbado en el que vive inmerso.

El menor no puede confiar en la benevolencia de las relaciones humanas, porque no ha tenido experiencias suficientemente buenas que les permitan esperar algo bueno del otro. Poder confiar en que sus necesidades emocionales serán atendidas en una relación humana es algo que no forma parte de su experiencia vital. Tolerar la dependencia y la necesidad de afecto es algo vivido a menudo como catastrófico, por la falta de confianza en una relación suficientemente disponible y fiable, siendo muy frecuente observar en jóvenes que acumulan ERA, el hecho que viven el contacto con otro ser humano como algo que implica el miedo a una repetición traumática de la vivencia de abandono, de desprecio y de maltrato. Una vivencia de no existir para los demás o de una profunda desconfianza en las relaciones humanas que le ha acompañado casi siempre y que, a su vez, le hace vivir mucha rabia hacia el mundo, algo que comprensiblemente también le causa terror.

Para un menor que no haya conocido otra opción en esta vida, el mundo no es fiable y se convierte en un lugar inhóspito. Un lugar en el que sobrevive organizando una coraza que lo sostenga, pero que esconde una enorme fragilidad y déficits a nivel emocional. Su experiencia emocional no ha sido reconocida y contenida, sino despreciada. Unas ERA que han dañado la organización y el desarrollo de sus procesos de pensamiento, su capacidad para modular las emociones y sus capacidades de mentalización. Todo esto tiene una función anti-integradora de su mente, algo que sabemos que es un factor de alto riesgo para los trastornos mentales graves (Quijada et al., 2010).

Nos encontramos con menores que han vivido muy aislados emocionalmente en situaciones de intenso sufrimiento, algo que configura un mundo interno lleno de dolor sin palabras. Esto tiene implicaciones importantes a nivel asistencial, puesto que son adolescentes que muy a menudo no piden ayuda, sino que más bien la pueden rechazar activamente, al vivir profundamente desconfiados y desesperanzados frente a lo que las relaciones humanas pueden ofrecer.

En estos casos puede ser frecuente que el clínico o el equipo asistencial trate de encontrar la manera de introducir algún cambio en esta forma de pensar o de sentirse del joven, cuando desde la intervención centrada en la mentalización y concretamente desde el proyecto AMBIT, lo primero que deberíamos preguntarnos es «¿qué debemos cambiar en nuestra propia mente, en nuestro propio equipo, servicio y en la red asistencial para poder llegar a este joven que no espera nada

bueno de una relación con un adulto, y todavía menos si es un adulto que trabaja en un equipo de salud mental?».

AMBIT propone implementar una intervención que se adapte a las características de estos jóvenes, con modificaciones técnicas considerables de la forma en la que están organizados los equipos asistenciales ordinarios en la red pública de salud mental en nuestro país, algo que expondré con más detalle en el capítulo 12.

3.5 Transmisión transgeneracional del trauma relacional

Tenemos evidencia sobre el hecho que las experiencias relacionales adversas son los antecedentes más habituales de la psicopatología (Belsky & Pluess, 2013; Tomoda et al. 2011). A su vez, si sobre algo tenemos evidencia indiscutible en este mundo es sobre el hecho que todos los niños dependen de los adultos que les rodean para su supervivencia y les necesitan de forma constante, continuada, incondicional y con disponibilidad emocional por parte del adulto para poder crecer y desarrollarse física y, sobre todo, psicológica y emocionalmente.

El niño y posterior adolescente podrá hacer frente y manejar con mayor éxito las dificultades que la vida le vaya planteando, siempre y cuando se sienta acompañado, protegido y atendido física y emocionalmente. Pero cuando la dificultad o, mejor dicho, las experiencias relacionales adversas, son consecuencia de la relación con los progenitores o adultos que asuman las funciones parentales, cuando debe protegerse al menor de su propio cuidador, es cuando se generan dinámicas con un alto potencial patogénico o, como dicen Teicher y Samson: «factores estresantes con ramificaciones de gran alcance» (Teicher & Samson, 2013).

Los déficits en la capacidad de mentalización de los padres inhiben su capacidad de proporcionar una experiencia de mutualidad y curiosidad reflexiva sobre la experiencia interna de las relaciones de sus hijos. La incapacidad de los padres para regular sus propios estados afectivos crea un entorno relacional impredecible e inconsistente para que crezcan sus hijos. El ciclo de transmisión transgeneracional del trauma relacional se hace evidente y se facilita en este contexto.

En este sentido Mészáros (2012) establece una interesante diferenciación entre lo que denomina el *trauma de persona-contra-persona* –donde queda incluido el trauma que ocurre en la familia de primer grado o en la familia extensa y en las comunidades– y el trauma producido por *desastres naturales* o accidentes de masas. Afirma que existe una gran diferencia entre ambos tipos de trauma, diferencia que tiene que ver con el fenómeno de solidaridad, un concepto que podemos entender siguiendo a Tizón (2018) cuando habla del sistema emocional del cuidado para modular la importancia del miedo, la ira, las ansiedades de separación o pena, etc. Siguiendo con Mészáros, la autora describe como en la segunda categoría de traumas, las muestras de solidaridad y ayuda –médica, psicológica, social, etc. – por parte del entorno son inmediatas, mientras que en el trauma de persona-contra-persona producido en la familia, estas muestras de solidaridad y ayuda son muchas veces inexistentes, ya que el abusador y demás miembros de la familia suelen encubrir y silenciar el suceso traumático. Esta falta de respuesta del entorno es lo que implica una perpetuación del maltrato, por mucho que haya cedido el abuso, al quedar el menor profundamente solo a nivel emocional, algo que tiene una relación causal con el desarrollo de reacciones patológicas en relación con el trauma. Es lo que, según dice Mészáros (2012) y tal y como nos demuestra nuestra experiencia clínica, establece el escenario para la repetición del trauma, dando lugar al trauma transgeneracional.

De forma similar, Robles et al. (2009), establecen una diferenciación entre el trauma provocado por la naturaleza (desastres naturales, etc.) y el trauma provocado por el hombre. Este último lo dividen entre los traumas provocados por personas y los traumas provocados por la sociedad (p.ej. pobreza extrema). Los traumas provocados por las personas los dividen entre los traumas de un solo episodio (o tipo I) y los traumas complejos. Estos últimos, incluyen episodios repetidos y similares que cesan (tipo II) y episodios repetidos y similares que continúan (tipo III). Para estos autores, el trauma acumulativo (tipo IV) sería la combinación de todos ellos.

Son estos casos, por desgracia demasiado frecuentes, en los que nos encontramos con historias de abuso que se repiten, también a través de las generaciones. Si una madre fue abusada en su infancia y este abuso se silenció, muy probablemente no tendrá los recursos internos necesarios como para poder confiar

en la relación humana íntima. En estos casos es importante no dejarse llevar por la impresión externa, ya que no tiene nada que ver con la realidad del mundo interno, donde no existe la posibilidad de alguien en quien confiar (Tizón, 2019). Si en las experiencias de relación internalizadas domina el transigir y aguantar, el someterse al abuso como única posibilidad, entonces no podrán hacerle frente a la reedición de ese abuso sobre sus hijos. Para ser capaz de proteger, hay que tener experiencias de relación internalizadas confiables, hay que sentir la esperanza de que alguien se vaya a poner de tu lado, la posibilidad de confiar en alguien que nos pueda ayudar. De no ser así, la historia se repite: para un adulto que no haya conocido otra opción en esta vida, el mundo no es fiable y se convierte en un lugar inhóspito, un lugar en el que se sobrevive organizando una coraza que le sostenga, pero que esconde una enorme fragilidad y déficit a nivel emocional. Las víctimas del maltrato se muestran torpes en las relaciones afectivas profundas, con importantes dificultades en la capacidad de gestionar su propia vida emocional y, en consecuencia, la relación con los demás. Nos encontramos siempre con intensas vivencias de abandono, ira, miedo, rabia, pena, desesperación y fracaso del sistema emocional del cuidado (Tizón, 2019).

Como consecuencia, los adolescentes presentan importantes déficits o trastornos en la capacidad de mentalización, es decir, en la capacidad para dar sentido a su experiencia emocional. Nos encontramos con un predominio de experiencias emocionales no integradas en el contexto de dinámicas familiares patológicas. En estas condiciones, lo verdaderamente desesperante para el menor es no poder confiar en nadie, el tremendo aislamiento en el que vive. A la gran cantidad de sentimientos contradictorios se le añade el «no tengo a nadie» y, además, la expectativa de que este es su lugar en el mundo, es decir, «no tengo a nadie y jamás lo tendré». Existe el riesgo de que se vaya configurando como fantasía que acabará actuándose si no lo trabajamos en la relación terapéutica.

John Read, uno de los principales investigadores sobre las consecuencias psicopatológicas del abuso, habla también sobre la importancia de entender los problemas familiares transgeneracionales y su relación con los trastornos mentales que presentan los pacientes que atendemos, planteándolo desde su modelo «traumagenético del desarrollo neurológico» (Read, J., Perry, B.D., Moskowitz, A. Connolly, J., 2001). Desde esta perspectiva, Read nos recuerda cómo el cerebro está

diseñado para responder al entorno y que los cambios cerebrales existen en los trastornos mentales, pero afirma que estos cambios cerebrales son explicables en términos de sucesos vitales. En una jornada en la que tuve la oportunidad de conocer a Read (Jornada Baetulae, Barcelona 2012) éste afirmó que, basándonos en los resultados de múltiples trabajos de investigación, podemos afirmar que todos los problemas de salud mental tienen relación con «cosas que nos hacemos los unos a los otros», así como que todos los trastornos mentales son comprensibles si conocemos la historia vital del paciente. Read et al. (2008), exponen estudios que reflejan que prácticamente en todos los países donde se han realizado encuestas, el público cree que los trastornos mentales graves son principalmente una reacción «a las cosas malas que les ocurren a las personas en lugar de enfermedades de origen biogenético» (Angermeyer & Dietrich, 2006; Read, 2007).

Las implicaciones clínicas de estas investigaciones son muy valiosas para los procesos diagnósticos, los planes terapéuticos y la prevención en salud mental, algo en lo que espero que esta tesis doctoral pueda contribuir de alguna manera.

4. Fundamentación teórica

En la introducción ya he mencionado la evidencia existente que demuestra que las ERA sufridas durante la infancia, que incluyo en los estudios de esta tesis –abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia parental, muerte parental y *bullying*–, son experiencias muy comunes entre las personas que desarrollan graves problemas de salud mental. Las ERA mencionadas son las mismas que las utilizadas por Varese et al. (2012) en el conocido metanálisis con un título concluyente: *Las adversidades en la infancia aumentan el riesgo de psicosis*.

Según el conocido trabajo de Felleti et al. (1998), los estudios sobre la asociación entre la violencia sufrida en la infancia y los riesgos sobre la salud mental y física en adultos empiezan a ser más frecuentes a principios de los años 90 del siglo pasado, con estudios como los del mismo Felleti (1991 y 1993), Springs & Friedrich (1992), Gould et al. (1994) y McCauley et al. (1997). Considerando la magnitud de del problema y la clara asociación evidenciada en la actualidad, es sintomático y preocupante, o incluso debería decir negligente, ver lo recientes que son estos estudios y la poca atención e interés de la comunidad científica en la investigación de estas asociaciones en décadas anteriores.

Actualmente tenemos una gran cantidad de estudios que abordan la cuestión desde distintas perspectivas, pero todos ellos demostrando la evidencia de la relación existente entre haber sufrido experiencias relacionales adversas en la infancia y el hecho de sufrir un trastorno mental en la adolescencia y en la vida adulta (Goff, Brotman, Kindlon, Wait & Amico, 1991; Mullen, Martin, Anderson, Roamns & Herbison, 1993; Turner y Lloyd, 1995; van der Kolk et al., 1996; Verhulst & Vander Ende, 1997; Read & Fraser, 1998; Bradley & Corwyn, 2002; Banyard, Williams & Siegel, 2003; Courtois, 2004; Janssen, Krabbendam, Bak, Hanssen, Vollebergh, de Graaf & Van Os, 2004; Read, Van Os, Morrison & Ross, 2005; Bendall, Jackson, Hulbert & McGorry, 2008; Cohen, Hien, & Batchelder, 2008; Shevlin et al., 2008; Sorensen et al., 2010; Dangerfield 2012 & 2016; Varese et al., 2012; Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant, & Maercker, 2013; Artigue & Tizón, 2014; van der Kolk, 2015; Artigue, Tizón & Salamero, 2016; Cook et al., 2017).

Hay autores que hablan del trauma relacional infantil o las ERA en la infancia, y de la evidencia que los asocia con un amplio espectro de trastornos mentales en

adultos, como trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de conducta y trastornos por uso de sustancias (Green et al., 2010).

Un amplio estudio llevado a cabo por Kessler et al. en 2010, examinó las asociaciones conjuntas de 12 experiencias adversas en la infancia con el inicio de 20 trastornos DSM-IV en las Encuestas de Salud Mental Mundial (WMH) en 21 países distintos. Encontraron que las ERA sufridas en la infancia asociadas con el funcionamiento familiar desadaptativo fueron los predictores más fuertes de trastornos mentales. También concluyen que las ERA tienen fuertes asociaciones con todas las clases de trastornos en todas las etapas del ciclo de vida en todos los países estudiados.

Existe también evidencia que sugiere que las adversidades sufridas en la infancia están relacionadas con el riesgo de sufrir trastornos psicóticos (Matheson et al., 2013; de Vos et al., 2019). Hay estudios que incluso hablan de la gran proporción de pacientes con trastornos psicóticos (85%) que informa haber experimentado adversidades durante la infancia (Larsson et al., 2013). Además, el trauma relacional infantil parece estar relacionado con la intensidad de los síntomas psicóticos. En otro estudio (Bourgeois, Lecomte y Daigneault, 2018) demostraron que los jóvenes que han sufrido abusos sexuales tienen casi 10 veces más probabilidades de desarrollar un trastorno psicótico que los jóvenes no abusados de la población general.

En este sentido, un trabajo de investigación muy relevante publicado hace ya unos años en la revista Schizophrenia Bulletin (Oxford University Press) –y que influenció decisivamente el planteamiento de aspectos metodológicos de los estudios contenidos en esta tesis–, es el primer meta-análisis llevado a cabo sobre trabajos de investigación publicados entre 1980 y noviembre de 2011, con la idea de examinar la relación entre la psicosis y las adversidades sufridas en la infancia (Varese et al., 2012). Los autores, destacados investigadores de universidades del Reino Unido, Países Bajos y Nueva Zelanda, explican que el metanálisis demuestra que existe una relación estadísticamente significativa entre el hecho de haber sufrido experiencias relacionales adversas en la infancia –abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia parental, muerte parental y *bullying*– y los diversos trastornos psicóticos diagnosticados. Los resultados de la investigación indican que sufrir alguna o varias de estas dramáticas situaciones en la infancia está

fuertemente relacionado con un aumento del riesgo de desarrollar algún trastorno psicótico.

Este estudio de Varese et al. (2012) concluye que «La asociación entre adversidad infantil y psicosis es responsable de la presencia de síntomas psicóticos en la población general, así como para el desarrollo de trastorno psicótico en los estudios prospectivos». Los autores también concluyen que «todos los tipos de adversidad fueron relacionados con un riesgo elevado de psicosis, indicando que la exposición a experiencias adversas, en general, incrementa el riesgo de psicosis, independiente de la naturaleza exacta de la exposición». Este estudio no muestra evidencia que un tipo de experiencia relacional adversa sea un mayor predictor de psicosis que otro, sino que los autores sugieren que otras variables pueden estar más fuertemente relacionadas con un riesgo de psicosis que el tipo específico de ERA que haya sufrido el menor. En este sentido, plantean que la edad del menor en el momento de sufrir la ERA y la victimización múltiple pueden estar más fuertemente relacionadas con un riesgo de psicosis que un tipo específico de ERA, algo que los autores dicen que ya ha sido argumentado en un estudio de Schreier et al. (2009).

En relación con la recogida de datos sobre las ERA, los autores del metanálisis (Varese et al., 2012) afirman que, aunque se utilizaron autoinformes retrospectivos de las experiencias relacionales adversas en algunos de los estudios revisados en el metanálisis, la relación con los trastornos psicóticos se detectó también en estudios que utilizaron otros métodos para valorar la exposición a la ERA. De todas formas, en relación con la valoración retrospectiva de las ERA, afirman que existe evidencia que esta valoración tiende a subestimar más que exagerar la tasa real de incidencia (Hardt et al., 2004). Además, también citan estudios que han demostrado la validez y confiabilidad de los estudios retrospectivos de ERA en muestras de pacientes con psicosis, que evidencian que son estables en el tiempo, no se ven afectados por los síntomas actuales y son, generalmente, concordantes con otras fuentes de información (Fisher et al., 2011).

Por otra parte, en un estudio de Hailes et al. (2019) publicado muy recientemente en *The Lancet Psychiatry*, se recomienda el uso de estudios tanto retrospectivos como prospectivos para la investigación del abuso sexual y sus consecuencias psicopatológicas. Los autores afirman que es probable que otros

factores como las características familiares, factores protectores como un entorno familiar estable y las relaciones de apoyo existentes en el entorno del menor, las características del abuso o la superposición con otros tipos de maltrato infantil, moderen o medien la asociación entre el abuso sexual y las consecuencias posteriores, por lo que no tenerlos en cuenta podría llevar a una sobreestimación del efecto del abuso sexual. Por este motivo consideran que son necesarios futuros estudios para una estimación más precisa de la relación entre abuso sexual sus consecuencias a nivel psicosocial y de salud física, así como la investigación del resultado del tratamiento en individuos que han experimentado abuso sexual infantil.

La referencia a la necesidad de tener en cuenta la superposición de distintos tipos de maltrato, lo que en esta tesis denomino ERA-A, es una consideración recurrente en la mayor parte de los estudios más recientes. Sanci, (2019) en un comentario sobre el trabajo de Hailes et al. (2019), afirma que las medidas de prevalencia del abuso sexual varían y se subestiman como resultado de los diferentes criterios a la hora de definir lo que se considera abuso, o los problemas derivados de una definición inconsistente del abuso sexual en diferentes estudios, de los desacuerdos en los métodos de valoración del mismo y de la dificultad para identificar el abuso en niños pequeños. A la vez, la autora considera que la asociación entre el abuso sexual infantil y sus consecuencias a largo plazo es también poco consistente entre distintos estudios por los mismos motivos, además de las dificultades existentes a la hora de diferenciar el impacto del abuso sexual infantil de otro tipo de adversidades co-ocurrentes.

Como he mencionado, muchos estudios se centran actualmente en la valoración del impacto de esta coocurrencia de ERA, como un metanálisis reciente, que nos muestra la evidencia de una correlación positiva entre el hecho de haber sufrido trauma infantil y la gravedad de las alucinaciones y los delirios en población clínica con psicosis (Bailey et al., 2018).

En otro trabajo también muy reciente, de Vos et al. (2019), explican que la evidencia acumulada sobre la asociación entre las experiencias relacionales adversas y la psicosis ha llevado a algunos investigadores a postular que el trauma infantil debe considerarse como un factor de riesgo ambiental etiológico importante para los trastornos psicóticos. De Vos et al. (2019) citan un trabajo de Morgan &

Gayer-Anderson (2016), en el que los autores concluyen que la evidencia actual demuestra que la acumulación de múltiples experiencias adversas en la infancia que involucren hostilidad y amenaza sobre el menor, contribuyen, en algunas personas, a la aparición de experiencias psicóticas y trastornos psicóticos.

En otro trabajo, Murray et al. (2017) describen el proceso de transformación del modelo basado en la comprensión de la esquizofrenia como un trastorno del neurodesarrollo hacia un modelo de comprensión de la esquizofrenia basado en la presencia de factores de riesgo en el proceso del desarrollo emocional del ser humano. Los factores de riesgo estudiados son las ERA, los procesos migratorios, vivir en entornos urbanos y el uso de drogas. Estos autores describen cómo se han obtenido nuevas pruebas, incluso a nivel neurológico, que vinculan los factores de riesgo mencionados con los síntomas psicóticos.

En otro estudio sobre pacientes con alucinaciones auditivas, los autores describen como la investigación sugiere que es el contenido de las alucinaciones auditivas lo que determina el nivel de sufrimiento o disfunción de la persona. Cuando las voces son hostiles, críticas, amenazantes o vergonzantes, la persona tiene mayor probabilidad de recibir un diagnóstico de esquizofrenia y de convertirse en paciente psiquiátrico (Rosen et al., 2018). Este estudio también describe como hay evidencia que demuestra que las personas que han sufrido experiencias relacionales adversas en la infancia tienen más probabilidades de oír voces con contenido negativo. Este estudio puso de manifiesto que el 94% de las personas que oían voces podían ligar el contenido de las voces a sucesos traumáticos del pasado (Rosen et al., 2018). Según este estudio, el contenido negativo de las voces intervenía completamente en la relación entre la adversidad infantil y la angustia relacionada con la voz. Esto significa que la relación entre la adversidad infantil y la angustia relacionada con la voz se explica completamente por la presencia de voces negativas, o que la adversidad infantil se asocia con la angustia relacionada con la voz porque las personas experimentan voces negativas.

De Vos et al. (2019) describen cómo recientemente la investigación sobre la asociación entre las adversidades en la infancia y la psicosis se ha expandido para incluir a personas en alto riesgo de desarrollar un trastorno psicótico. Estos autores nos detallan que los estudios realizados hasta la fecha indican que la prevalencia de

ERA en la población con EMAR es similar a la de los pacientes con trastornos psicóticos.

En esta misma línea de investigación, un metanálisis (Kraan et al., 2015) indicó que la tasa de prevalencia media del trauma infantil en las muestras de pacientes que presentaban cuadros compatibles con EMAR fue del 86.8%, que es significativamente mayor que en la población general, que, según Kraan et al. (2015), citando estudios de Addington et al. (2013) y Tikka et al. (2013), oscila entre el 43% y el 60%. La evidencia reciente corrobora las estimaciones de prevalencia más altas de trauma en pacientes menores de edad –entre los 7 y los 18 años– con cuadros compatibles con EMAR, en comparación con jóvenes sanos (Morelli et al., 2018).

Siguiendo con el concepto de EMAR, Fusar-Poli et al. (2013) en su trabajo titulado *El estado de alto riesgo de psicosis* describen cómo «durante las últimas 2 décadas, se ha producido una transición en la caracterización clínica de los trastornos psicóticos. La construcción de un estado clínico de alto riesgo para psicosis (también conocido como el estado mental de alto riesgo [EMAR], prodrómico y estado de riesgo ultra alto [UHR]) ha evolucionado para capturar la fase pre-psicótica, describiendo a las personas que presentan síntomas potencialmente prodrómicos. La importancia de esta etapa de alto riesgo de psicosis se ha reconocido cada vez más hasta el punto de que un síndrome de psicosis atenuada se considera una nueva categoría de diagnóstico en el DSM V. Esta categoría se introdujo con el objetivo de desarrollar tratamientos para la prevención de los trastornos psicóticos. Sin embargo, se está debatiendo su papel como diagnóstico».

Por otra parte, El Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS) describe tres grupos de jóvenes a los que se puede incluir en la categoría de EMAR. Primero, aquellos que han presentado señales de riesgo en los últimos 12 meses. Esto incluiría a menores que se hayan retirado de la escuela, la universidad o el trabajo o que sean reticentes a las relaciones interpersonales, evitando pasar tiempo con familiares o amigos. En segundo lugar, los menores con síntomas de psicosis de corta duración o más leves en los últimos tres meses, y tercero, los menores que experimentan síntomas psicóticos intermitentes breves o limitados. Estos son síntomas de nivel psicótico que cesaron de forma natural en siete días o menos.

A pesar de este debate existente en cuanto a su uso diagnóstico, en esta tesis doctoral he incluido los Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) como categoría diagnóstica, siguiendo la terminología imperante en los servicios de la red pública de salud mental catalana, así como su utilidad clínica a la hora de describir y definir los cuadros psicopatológicos, y el valor que tiene para definir e implementar planes terapéuticos individuales adaptados a las necesidades concretas de este perfil de jóvenes. Como vemos, el concepto de EMAR es una de las formas de referirse a lo que se conoce como el síndrome de psicosis atenuada.

Al año siguiente del trabajo de Fusar-Poli (2013), Silva y Jerez (2014) publican otro trabajo en el que describen la forma en que se ha incluido el síndrome de psicosis atenuada en el DSM-V: «La aparición de la psicosis en la esquizofrenia es precedida de un pródromo bastante característico, caracterizado por síntomas psicóticos atenuados. Los sujetos con un Síndrome de Psicosis Atenuada bien definido tienen muchas más posibilidades que la población general de desarrollar un trastorno psicótico durante el año siguiente. Sin embargo, la mayoría no desarrolla esquizofrenia y una gran proporción tiene síntomas anímicos o ansiosos. La demostración de una adecuada fiabilidad del diagnóstico era esencial para que fuse incluido en el texto. No obstante, los ensayos de campo del DSM-5 consideraron una cohorte insuficiente para poder probar adecuadamente su fiabilidad. Por lo tanto, el Síndrome de Psicosis Atenuada se añadió en el Capítulo 3 del DSM-5 como condición para su estudio ulterior. Una consideración final fue armonizar el DSM-5 con el futuro ICD-11, para lograr la mayor consistencia posible con las opiniones de cada grupo de trabajo».

En un estudio de 2013 (Sahin et al., 2013) los autores investigaron la gravedad de las ERA y su relación con las características clínicas en dos grupos diferentes: un grupo de pacientes con un primer episodio de esquizofrenia y los grupos de ultra alto riesgo de psicosis o EMAR. Los datos obtenidos en la valoración del maltrato físico, el maltrato psicológico y la negligencia parental física y emocional, así como los datos totales de ERA, fueron más altos en los grupos de pacientes con primer episodio de esquizofrenia y de pacientes con EMAR que en el grupo control. Un dato relevante es que no se encontraron diferencias significativas en la presencia de ERA entre los grupos de pacientes con primer episodio de

esquizofrenia y de pacientes con EMAR. También encontraron que las ERA están relacionadas con la gravedad de los síntomas psicóticos en ambos grupos.

En el estudio mencionado de Vos et al. (2019), la prevalencia de ERA en los pacientes con EMAR es también muy similar a la prevalencia de traumas infantiles informados por pacientes con trastornos del espectro esquizofrénico, que en un estudio de Larsson et al. (2013) es del 85%. De Vos et al. (2019) dicen que es una cifra considerablemente más alta que la prevalencia de traumas infantiles en la población general, que según un estudio de Affifi et al. (2011) es del 30%.

Este estudio (de Vos et al., 2019) también obtiene un resultado interesante en relación con el riesgo de intentos de suicidio, puesto que los autores describen que los resultados revelaron que una historia de trauma infantil se asoció con tendencias suicidas y autolesiones. Este hallazgo es congruente con los resultados de un estudio reciente en el que se descubrió que una historia de trauma infantil estaba asociada con ideación suicida en una gran muestra de pacientes con EMAR (Salokangas et al., 2018). En otro estudio, Taylor, Hutton & Wood (2015), concluyen que la asociación entre el trauma infantil y el aumento de la tendencia suicida y la autolesión merecen una atención especial, ya que el riesgo de suicidio y la autolesión es muy pronunciado en pacientes con EMAR, con tasas similares a las observadas en pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico (Taylor, Hutton & Wood, 2015).

Sabemos que las ERA tienden a coocurrir y a persistir en el tiempo, retroalimentándose entre sí, dándose un aumento y empeoramiento de los ciclos de desventaja y vulnerabilidad, en los que una adversidad conduce y agrava a otras (Morgan & Gayer-Anderson, 2016). Siguiendo esta idea, en esta tesis hay dos estudios que investigan la relación entre la acumulación de adversidades y un mayor riesgo de psicosis, así como la relación entre esta misma acumulación de ERA, o ERA-A, y un mayor riesgo de presentar intentos de suicidio en la adolescencia. En este punto, querría matizar que cuando hablamos de adversidades acumulativas crónicas, creo que es importante poder utilizar una terminología más precisa, por lo que deberíamos hablar de trauma relacional crónico o ERA-A, que es el término que introduzco en esta tesis doctoral.

La primera evidencia que he encontrado sobre la importancia de la adversidad relacional acumulativa en salud mental, según el nivel de exposición a una amplia gama de eventos potencialmente traumáticos, es un estudio de Turner y

Lloyd, del año 1995. Los resultados de este estudio demuestran relaciones claras entre la presencia de adversidades relacionales acumulativas, sobre todo si son situaciones crónicas, y un aumentado malestar psicológico, así como mayor presencia de trastorno mental.

Unos años más tarde, Higgins y McCabe (2001) publican una revisión de estudios en la que las personas que habían sufrido maltrato múltiple, que definen como la coexistencia de más de una forma de maltrato –abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia parental y presenciar violencia familiar–, mostraron que el maltrato múltiple está generalmente asociado con peores consecuencias que las que se observan en personas que han sufrido una sola forma de maltrato (Higgins & McCabe, 2001).

En el mismo sentido, Pereda et al. (2014), y utilizando una forma distinta de conceptualizar las ERA, describen cómo la mayor parte de estudios se han centrado en tipos particulares de victimización y no han analizado esta coocurrencia de distintos tipos de victimización que caracterizan muchos de estos casos. Afirman que el concepto de polivictimización ha sido «en gran medida negligido en los estudios de victimización infantil». Estas autoras citan a Finkelhor et al., (2005a) para afirmar que los estudios que incluyen la valoración de la interrelación entre distintos tipos de victimización son recientes, citando algunos de los estudios llevados a cabo sobre la polivictimización en Canadá, China, Malasia, Reino Unido, Finlandia y Suecia. Los resultados de este estudio (Pereda et al., 2014) llevado a cabo sobre una muestra comunitaria, muestran casi un 20% de los adolescentes fueron considerados como polivíctimas, que, siguiendo los criterios establecidos por Finkelhor et al. (2005 b), son los adolescentes que han sufrido 4 o más formas de victimización. Los dominios explorados son los siguientes: crimen convencional; crimen contra personas; victimización del cuidador, que incluye maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia e interferencia de la custodia; victimización de iguales o *bullying*; victimización sexual; ser testigo de victimización o victimización indirecta, y victimización electrónica, tanto sexual como *cyberbullying.*

En esta tesis doctoral, al seguir los criterios de inclusión para categorizar las distintas ERA estudiadas de Varese et al. (2012) y, en contraste con el estudio de Pereda et al. (2014), contabilizamos como ERA los siguientes dominios: victimización del cuidador –maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia

parental–; victimización sexual, y victimización de iguales –*bullying*–, que en nuestro estudio también incluye el *cyberbullying.* El dominio de ser testigo de victimización familiar –la violencia entre progenitores– estaría clasificado en el grupo de maltrato psicológico que, según los criterios utilizados en esta tesis para definir las distintas ERA –ver capítulo 8–, también incluye el hecho que los adultos de la familia ofrezcan un modelo de vida inadecuado, en el cual se observa que el hogar en el que vive el niño constituye un modelo de vida inadecuado para su normal desarrollo, por contener pautas de relación violentas o destructivas. Por los motivos mencionados, en la cuantificación de las ERA de los distintos estudios de esta tesis, no incluimos los dominios de crimen convencional ni crimen contra personas, por lo que el número total de ERA contabilizadas será menor en algunos casos.

Siguiendo con los estudios que muestran la evidencia existente de que los menores los que han experimentado una forma de victimización generalmente están expuestos a otras formas, citar también el estudio de Álvarez-Lister et al. (2013), que, en la misma línea que otros estudios mencionados, afirma que el enfoque fragmentado que con frecuencia predomina en los estudios de la valoración del impacto de las ERA de forma individual, hace que sea imposible evaluar el impacto total de estas experiencias desde la perspectiva de la acumulación de las mismas en el desarrollo infantil, así como el hecho que las consecuencias adversas asociadas con cada tipo de victimización probablemente se han sobreestimado.

Este estudio (Álvarez-Lister et al., 2013) se examinó la relación entre las experiencias acumuladas de victimización y los síntomas de la psicopatología en 132 pacientes ambulatorios adolescentes de 12-17 años. Los resultados muestran un subgrupo de 17 adolescentes que cumplen criterios de polivictimización, cuyo deterioro psicológico general fue significativamente peor y que presentó también de forma significativa más síntomas externalizantes e internalizantes en comparación con el resto de la muestra. Esta diferencia seguía siendo significativa cuando se tuvo en cuenta la gravedad clínica de estos síntomas.

La experiencia de diferentes formas de victimización durante la infancia se ha abordado desde una variedad de perspectivas. En una de ellas, Higgins y McCabe (2000) consideran la acción acumulativa de cinco tipos distintos de ERA: abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia parental y ser testigo de la violencia familiar. Higgins (2004) afirma que a pesar de que hablar de diferentes

tipos de maltrato sea conveniente para los investigadores y los servicios de protección a la infancia, lo que resulta evidente de estos análisis es que puede ser más significativo hablar sobre los niveles y la gravedad del maltrato sufrido: alto, medio o bajo, en lugar de hablar sobre el tipo de maltrato.

En este estudio (Higgins, 2004), el autor concluye que solo hubo tres agrupaciones reflejadas en los análisis estadísticos y estos mismos análisis respaldaron particularmente la distinción entre los grupos de maltrato alto y bajo. La falta de diferenciación entre los tipos de maltrato respalda el enfoque de los investigadores en el maltrato múltiple y las consecuencias negativas de experimentar más de un tipo de maltrato (Higgins, 2004).

A pesar de esta línea de investigación centrada en el impacto de las ERA-A, citar también que hay muchos otros trabajos centrados específicamente en el estudio de las consecuencias del abuso sexual. Además de haberse demostrado la relación entre las adversidades sufridas en la infancia y el riesgo aumentado de padecer un trastorno psicótico, también se ha estudiado concretamente la relación entre los abusos sexuales en la infancia y el riesgo de sufrir algún trastorno mental en la edad adulta.

Desde hace ya unos cuantos años. diferentes estudios hablan de la evidencia sobre el hecho que sufrir abusos sexuales en la infancia tiene una relación causal con la posibilidad de que en la edad adulta se sufran trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno por estrés postraumático, trastornos alimentarios, adicciones, disfunciones sexuales, trastornos de la personalidad y trastornos disociativos (Mullen, Martin, Anderson, Roamns & Herbison, 1993; Fergusson, Horwood & Lynskey, 1996; Kendler et al., 2000; Cavanagh, Read & New, 2004; Lysaker, Wickett, Lancaster & Davis, 2004).

Hay una relación entre la severidad del abuso y la mayor probabilidad de sufrir trastornos mentales en la vida adulta (Mullen et al., 1993; Read et al., 2003; Cavanagh, Read & New, 2004; Janssen et al., 2004).

Los pacientes que han sufrido abuso sexual en la infancia o que han sido víctimas de maltrato físico en la infancia, tienen más probabilidad de autolesionarse y tener más severidad sintomática global (Goff, Brotman, Kindlon, Wait & Amico, 1991; Rose, Peabody & Stratigeas, 1991; Mullen et al., 1993; Brière et al., 1997; Read, Agar, Barker-Collo, Davies & Moskowitz, 2001; Cavanagh, Read & New, 2004), así

como un mayor número de intentos de suicidio que los pacientes que no han sido abusados (Brière et al., 1997; Mullen et al., 1993; Read, 1998).

En otro estudio titulado *La evaluación de las tendencias suicidas en adultos: la integración del trauma de la infancia como factor de riesgo importante* (Read, Agar, Barker-Collo, Davies, Moskowitz, 2001), los autores concluyen que el abuso sexual en la infancia tiene relación con un mayor número de ingresos psiquiátricos y una menor edad en el primer tratamiento y primer ingreso, así como con un mayor riesgo de suicidio en el pasado y en el presente. También concluyen que el abuso sexual sufrido en la infancia predice mejor el riesgo de suicidio actual que el diagnóstico de trastorno depresivo.

También hay evidencia de que los acontecimientos adversos en la infancia son insuficientemente explorados en el ámbito de la salud mental. Las historias de abuso no se tienen en cuenta o muchas veces ni siquiera se exploran (Cavanagh, Read y New, 2004). Estudios realizados en Estados Unidos y el Reino Unido han descubierto que los profesionales de salud mental identifican menos de la mitad de los casos de abuso reportados a los investigadores. La proporción identificada por los clínicos varía de 48% a 0% (Jacobson & Richardson, 1987; Craine et al, 1988; Muenzenmaier et al, 1993; Wurr & Partridge, 1996; Read, Hammersley & Rudegeair, 2007).

Ante la magnitud de estos datos, Read et al. (2007) nos recuerdan que los profesionales de salud mental no deben estar convencidos de la relación causal con las diferentes categorías diagnósticas para entender la importancia de preguntar a la gente a la que están tratando de ayudar sobre lo que ha sucedido en sus vidas.

A la vez, hay varios autores, entre los que destacaría a Tizón (2015), plantean la hipótesis sobre la transmisión transgeneracional de los patrones de relación predominantes en las dinámicas familiares. En concreto, se ha estudiado en la transmisión transgeneracional de la organización perversa de la relación. Desde la concepción de la psicopatología entendida como la organización de conductas y representaciones mentales engendradas en relaciones, que afectan sustancialmente el desarrollo individual y/o social (Tizón, 2015, 2018 y 2019), hay muchos elementos que apoyan la hipótesis de que el hecho de crecer en un entorno relacional negligente, con importantes carencias afectivas, sufrimiento emocional intenso y/o un entorno relacional con un predominio de la organización relacional

perversa, tienen una mayor probabilidad de desarrollar un funcionamiento donde predomine la organización perversa de la relación.

En relación con el sexto estudio que planteo en esta tesis, que analiza la asociación entre el hecho que los progenitores hayan sufrido ERA en su propia infancia con la presencia de ERA en sus hijos, decir hay evidencia que se remonta al año 1975, cuando Fraiberg y colaboradores fueron de los primeros en describir los desafíos que deben enfrentar los adultos con historias de experiencias relacionales adversas en su propia infancia en el momento en el que tienen hijos. Berthelot et al. (2015) describen como para Fraiberg y colaboradores el problema era la presencia de aquello que la experiencia relacional traumática había dejado en el progenitor, mientras que posteriormente, para Fonagy (1993), el problema es descrito como la ausencia de mentalización, entendida como consecuencia de haber crecido en un ambiente donde la dinámica relacional predominante es compatible con las experiencias relacionales adversas.

Más recientemente, Ensink y colaboradores (2014), han encontrado que se trataría más de la ausencia de mentalización sobre el trauma relacional, que de una ausencia de mentalización en general, lo que explicaría el impacto transgeneracional del trauma relacional (Ensink, Berthelot, Bernazzani, Normandin y Fonagy, 2014). Estos autores describen como los adultos que sufrieron ERA muestran importantes dificultades en el proceso de mentalización sobre sus experiencias traumáticas (Ensink et al., 2014).

Hay evidencia empírica sobre la naturaleza multigeneracional y fijada del trauma en la infancia y la psicopatología, identificando conexiones entre las propias experiencias infantiles de los padres y los estilos relacionales y de cuidados que éstos despliegan y que, a su vez, afectan el bienestar de sus hijos (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016).

Además, se encontró que la función reflexiva de las madres sobre traumas pasados predice la desorganización del apego infantil (Berthelot et al., 2015) en una muestra en la que todas las madres tenían antecedentes de abuso y negligencia.

En relación al estilo de apego desorganizado, hay un estudio que encontró que el porcentaje en población no clínica es relativamente bajo, alrededor del 15% (van Ijzendoorn, Schuengel y Bakermans-Kranenburg, 1999), mientras que los porcentajes de apego desorganizado en menores que han sufrido ERA son muy altos,

entre el 77 y el 90% (Barnett, Ganiban & Cicchetti, 1999; Carlson, Cicchetti, Barnett & Braunwald, 1989; Cicchetti, Rogosch & Toth, 2006; van IJzendoorn, 1995).

Teicher y Samson (2013) también abordan el tema del trauma transgeneracional, afirmando que los padres de niños maltratados a menudo fueron maltratados y muestran altas tasas de psicopatología no tratada (Kaufman et al., 1998). Por lo tanto, la transmisión intergeneracional implica una combinación de estrés en la vida temprana, habilidades parentales deficientes, riesgo genético o epigenético y estresores familiares (Kaufman & Charney, 2001).

Como ya he mencionado anteriormente, hay evidencia empírica que demuestra la relación entre problemas de salud mental y el hecho de provenir de una familia donde predominan dinámicas marcadas por el trauma relacional o experiencias relacionales adversas (Bradley & Corwyn, 2002; Cook et al., 2017; Stob et al., 2019; Turner y Lloyd, 1995; Verhulst & Vander Ende, 1997)

Un interesante estudio de Berthelot et al. (2015), examina las contribuciones de la función reflexiva respecto a las relaciones de apego y especialmente al trauma, así como la contribución del estilo de apego materno a la desorganización del apego en sus hijos, en una muestra de madres que han sufrido experiencias relacionales adversas y sus hijos, usando un modelo con seguimiento a los 20 meses.

La afectividad y la función reflexiva de la madre fueron evaluadas durante el embarazo con la Entrevista de Apego del Adulto –AAI: Adult Attachment Interview– . El estilo de apego del menor fue evaluado con el Procedimiento de la Situación Extraña. Un 83% de las madres que habían sufrido experiencias relacionales adversas –abuso y maltrato– tenían hijos con apego inseguro y un 44% presentaban apego desorganizado. Había una fuerte concordancia entre el estilo de apego de la madre y del menor, algo que los autores explican como indicativo de la transmisión transgeneracional del apego entre padres que han sufrido experiencias relacionales adversas en la infancia y sus hijos.

En otra línea de investigaciones relacionada con la neuroimagen, el trabajo de Teicher et al. (2016) mencionado anteriormente, afirma que las experiencias relacionales adversas en la infancia –específicamente, una gran parte de las ERA estudiadas en esta tesis doctoral: el abuso sexual, el maltrato físico y psicológico y el abandono o negligencia física y emocional– ejercen una influencia predominante en las trayectorias del desarrollo cerebral infantil y constituyen un importante

factor de riesgo para la psicopatología en adultos. Los autores afirman que se ha demostrado que las alteraciones cerebrales resultantes de las experiencias relacionales adversas son altamente específicas, dependiendo incluso del tipo y el momento de la exposición. Estos autores encuentran que estas experiencias relacionales adversas en la infancia se asocian con alteraciones radiológicas fiables en el córtex prefrontal, alterando también el desarrollo de los sistemas sensoriales que procesan y transmiten las experiencias estresantes.

Hay evidencia empírica (Denny et al., 2012) sobre el hecho que la capacidad de mentalización está localizada en el córtex prefrontal, por lo que con los resultados de la investigación de Teicher et al. (2016) sobre la evidencia de las alteraciones de esta zona cerebral en pacientes que han sufrido ERA, se demuestra también con neuroimagen que las experiencias relacionales adversas en la infancia inciden en el desarrollo de la capacidad de mentalización.

Teicher et al. (2016) describen también una respuesta aumentada de la amígdala a estímulos amenazantes, una disminución de la respuesta del ventrículo ventral a la anticipación o recepción de recompensa, una disminución de la conectividad entre las regiones prefrontales y la amígdala, y un aumento del volumen y centralidad de la red del precúneo en individuos que han sufrido estas experiencias adversas en la infancia. Este trabajo de Teicher (2016), nos recuerda lo que sabemos acerca del dañino efecto del estrés sobre el cerebro, especialmente para el cerebro en desarrollo. Desde esta perspectiva, los autores explican que el cerebro se daña por la exposición excesiva al estrés, siendo la psicopatología una consecuencia directa de esta exposición excesiva. La evidencia existente confirma que las personas que han sufrido experiencias relacionales adversas en la infancia y que sufren trastornos depresivos, de ansiedad y/o toxicomanías, presentan una edad más temprana de inicio de dichos trastornos, mayor severidad sintomática, mayor comorbilidad, un riesgo aumentado de suicidio y una peor respuesta al tratamiento que personas con los mismos diagnósticos pero que no hayan sufrido experiencias relacionales adversas (Teicher et al., 2016).

Según un trabajo de Bessel van der Kolk (2015), la investigación ha demostrado consistentemente que el maltrato infantil altera los sistemas cerebrales dedicados a la evaluación del riesgo y la seguridad, lo que resulta en dificultades duraderas que regulan la homeostasis biológica y las respuestas emocionales a lo

largo de la vida. Este autor comenta que a pesar de los numerosos estudios y de la sólida evidencia recogida en los últimos 30 años, que recogen los efectos devastadores a nivel de salud mental y física, el papel del trauma, refiriéndose más concretamente al trauma relacional, se sigue teniendo poco en cuenta tanto en nuestras clasificaciones diagnósticas como en nuestros programas terapéuticos.

Los hallazgos de imagen asociados con estos trastornos, como la reducción del volumen del hipocampo y la hiperreactividad de la amígdala, se observan de manera más consistente en individuos maltratados y pueden representar un factor de riesgo relacionado con el maltrato. Las personas maltratadas también difieren de otras debido a modificaciones epigenéticas y polimorfismos genéticos que interactúan con la experiencia para aumentar el riesgo de psicopatología. Este estudio concluye que la expresión fenotípica de la psicopatología puede estar fuertemente influenciada por la exposición al maltrato (van der Kolk, 2015).

Finalmente, otro estudio de Teicher & Samson (2013) sobre el maltrato infantil y la psicopatología, concluye que los niños maltratados tienen más probabilidades de sufrir un trastorno psiquiátrico en el transcurso de su vida. En particular, los autores afirman que los menores maltratados tienen más probabilidades de desarrollar depresión mayor, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, abuso de sustancias, trastornos de la personalidad y psicosis.

Además, los menores que son víctimas de maltrato temprano difieren de otras personas con los mismos diagnósticos psiquiátricos. Los trastornos surgen antes en individuos que han sufrido maltrato, con mayor severidad, más comorbilidad y muestran una respuesta menos favorable al tratamiento. También puede haber anormalidades cerebrales discernibles en individuos maltratados que no están presentes en personas no maltratadas. Por último, el maltrato infantil también está relacionado con una amplia gama de trastornos médicos, acorta la esperanza de vida y reduce la longitud de los telómeros, que son los extremos de los cromosomas cuya función principal es la estabilidad estructural de los cromosomas en diversas funciones, estando además involucrados en diversas enfermedades, entre ellas el cáncer (Teicher & Samson, 2013).

Por todo ello, los autores concluyen que la comprensión del maltrato como un factor de riesgo etiológico es crucial para el desarrollo de una ciencia de la

psiquiatría preventiva, para el diseño de regímenes terapéuticos efectivos y para la delineación de una nosología precisa (Teicher & Samson, 2013).

Citaré más estudios empíricos en el capítulo 10, dedicado a la discusión y conclusiones de los seis estudios de los que se compone esta tesis.

5. Objetivos

5.1 Objetivo general:

El objetivo general de esta tesis es el estudio de la relación entre las experiencias relacionales adversas en la infancia (ERA) y la psicopatología en la adolescencia.

Siguiendo los criterios del metanálisis de Varese et al. (2012), los estudios se centrarán en 6 grupos de ERA, con las delimitaciones que se incluirán en cada estudio: abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia parental, muerte parental y *bullying* o acoso escolar.

5.2 Objetivos específicos:

5.2.1 Estudio I: estudiar la presencia y distribución de ERA en los adolescentes con un trastorno mental que requiere de un ingreso en Hospital de Día de Salud Mental.

5.2.2 Estudio II: estudiar la relación entre el las ERA acumulativas o trauma relacional acumulativo (sufrir 4 o más ERA) y el riesgo psicopatológico.

5.2.3 Estudio III: estudiar la relación entre las ERA acumulativas o trauma relacional acumulativo (sufrir 4 o más ERA) y el riesgo de intentos de suicidio en la adolescencia.

5.2.4 Estudio IV: estudiar la falta de detección del abuso sexual por parte de los profesionales de salud mental que han atendido a los adolescentes con anterioridad al ingreso en el HD.

5.2.5 Estudio V: estudiar la relación entre el riesgo de intentos de suicidio de los adolescentes y la falta de detección del abuso sexual.

5.2.6 Estudio VI: estudiar la relación entre las ERA de los adolescentes y el hecho de que sus padres también las hayan sufrido en su propia infancia.

6. Variables

6.1 Variables Estudio I

Este estudio es puramente descriptivo, y cuantifica la presencia de ERA en los menores ingresados en el Hospital de Día, describiendo la distribución de las ERA en el mismo grupo de adolescentes.

6.2 Variables Estudio II

6.2.1 Variable explicativa Estudio II: Haber sufrido ERA acumulativas o trauma relacional acumulativo (presencia de cuatro o más ERA).

6.2.2 Variable de respuesta Estudio II: Diagnóstico de trastorno psicótico o EMAR.

6.3 Variables Estudio III

6.3.1 Variable explicativa Estudio III: Haber sufrido ERA acumulativas o trauma relacional acumulativo: presencia de cuatro o más ERA.

6.3.2 Variable de respuesta Estudio III: Presencia de uno o más intentos de suicidio.

6.4 Variables Estudio IV

Este estudio es puramente descriptivo, cuantificando la falta de detección del abuso sexual por parte de los profesionales de salud mental que han atendido a los adolescentes con anterioridad al ingreso en el Hospital de Día.

6.5 Variables Estudio V

6.5.1 Variable explicativa Estudio V: Haber sufrido abuso sexual y que éste no haya sido detectado antes del ingreso en el Hospital de Día

6.5.2 Variable de respuesta Estudio V: Presencia de uno o más intentos de suicidio.

6.6 Variables Estudio VI

6.6.1 Variable explicativa Estudio VI: Uno o ambos progenitores han sufrido ERA en su propia infancia.

6.6.2 Variable de respuesta Estudio VI: El menor ha sufrido ERA en su infancia.

7. Hipótesis

7.1 Hipótesis general:

Hay una relación entre el riesgo psicopatológico en la adolescencia y el hecho de haber sufrido experiencias relacionales adversas en la infancia.

7.2 Hipótesis específicas

7.2.1 Estudio I: Se espera encontrar un alto porcentaje de experiencias relacionales adversas en el grupo de adolescentes ingresados en el Hospital de Día.

7.2.2 Estudio II: existe una relación significativa entre el hecho de haber sufrido ERA acumulativas o trauma relacional acumulativo (sufrir cuatro o más ERA) y el hecho de sufrir un trastorno psicótico o presentar un cuadro compatible con un EMAR, es decir, de presentar un trastorno mental grave.

7.2.3 Estudio III: los adolescentes que han sufrido ERA acumulativas o trauma relacional acumulativo, presentan un mayor riesgo de intentos de suicidio en la adolescencia que los adolescentes que no las han sufrido.

7.2.4 Estudio IV: en nuestro medio y cultura, los profesionales de salud mental exploran de forma insuficiente las experiencias relacionales adversas sufridas en la infancia.

7.2.5 Estudio V: los adolescentes que han sufrido abuso sexual sin que éste haya sido detectado por los servicios de salud mental que les atienden, presentan un mayor riesgo de intentos de suicidio que los adolescentes a los que se ha detectado el abuso sexual sufrido.

7.2.6 Estudio VI: los adolescentes cuyos padres sufrieron ERA en su infancia tienen mayor riesgo de sufrir ERA que los adolescentes cuyos padres no sufrieron ERA en su infancia.

8. Método

Como he comentado en el capítulo 2, esta tesis está basada exclusivamente en mi trabajo como psicólogo clínico en el Hospital de Día de Adolescentes de Badalona, de la Fundación Vidal y Barraquer. El trabajo de investigación se ha llevado a cabo exclusivamente a partir de los datos recogidos en el trabajo asistencial habitual. En consecuencia, los seis distintos estudios son todos observacionales descriptivos, limitándome a medir las variables definidas en cada estudio.

En los estudios I y IV el objetivo es puramente descriptivo, con la intención de cuantificar la presencia de ERA en la muestra y la frecuencia de la falta de detección del abuso sexual en la misma muestra, respectivamente. En el estudio I se llevó a cabo una prueba de Chi-cuadrado para valorar la relación significativa en los datos de prevalencia de las ERA en función del género.

En los estudios II, III, V y VI, además de los análisis descriptivos de los datos recogidos, el objetivo es determinar si existen relaciones significativas entre las variables explicativas y las variables de respuesta, por lo que se llevan a cabo pruebas estadísticas de Chi-cuadrado y cálculos de correlación.

La Fundación Vidal y Barraquer es una institución creada en 1964 y dedicada al ámbito de la Salud y específicamente al de la Salud Mental. Integra la asistencia, la docencia y la investigación en la salud mental, con una mirada psicológica, social, biológica y espiritual www.fvb.cat. El Hospital de Día de Adolescentes de Badalona es un centro perteneciente a la Fundación Vidal y Barraquer concertado con el Servicio Catalán de la Salud –CatSalut–, dentro de la red pública de salud mental de Cataluña, que inicia su actividad asistencial en Noviembre de 2008. Mi vinculación con la Fundación Vidal y Barraquer se remonta a ese momento, como psicólogo clínico en el Hospital de Día de Adolescentes de Badalona desde el mes de octubre de 2008, justo antes del inicio de la actividad asistencial del mismo.

El Hospital de Día de Adolescentes de Badalona atiende a una población de 274.938 habitantes (Institut d'Estadística de Catalunya, 2018) correspondientes a las poblaciones de Badalona, Tiana, Montgat y Sant Adrià del Besós. Los pacientes atendidos son adolescentes –chicos y chicas– de entre 12 y 18 años, derivados desde los siguientes servicios de la red pública de salud mental, de enseñanza y centros privados:

- Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) Creu Verda de Badalona.
- Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) Joan Obiols de Badalona.
- Unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos para adolescentes del Hospital Clínic de Barcelona.
- Unidad de Crisis de Adolescentes (UCA) de Sant Boi del Llobregat.
- Equipos de Asesoramiento y orientación Psicopedagógica de Badalona (EAP). Los equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógica (EAP) son servicios educativos que apoyan al profesorado de los centros docentes para ofrecer la respuesta educativa más adecuada al conjunto del alumnado, especialmente aquel que presenta discapacidades o más dificultades en el proceso de aprendizaje, a sus familias, los centros educativos y el sector. Tienen un ámbito de intervención comarcal o sub-comarcal. Muchos, sin embargo, tienen un ámbito local o de distrito, en función de las necesidades específicas de cada zona. Los profesionales de los EAP trabajan como equipo multidisciplinar en su ámbito territorial en la evaluación, el seguimiento y la orientación del alumnado, sobre todo lo que tiene necesidades educativas especiales, y en el asesoramiento al profesorado de los centros docentes.
- Equipo de Atención a la Infancia y a la Adolescencia (EAIA) de Badalona. El EAIA es un servicio especializado de atención a la infancia y adolescencia que tiene por objetivo el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los niños y jóvenes de 0 a 18 años en situación de riesgo o desamparo de sus familias. También tienen como función la prevención, entendida de una manera amplia, y el apoyo a servicios y profesionales del territorio.
- Servicios de salud mental privados de las poblaciones para las cuales somos el Hospital de Día de referencia.

8.1 Participantes. Procedimiento de recogida de datos

Todos los adolescentes que ingresaron en el Hospital de Día de Adolescentes de Badalona, de la Fundación Vidal y Barraquer, entre el periodo comprendido entre diciembre de 2008 y junio de 2017 (N = 251).

Algo más del 80% de los adolescentes atendidos son residentes en la ciudad de Badalona. Cerca del 20% restante son de las poblaciones de Tiana, Mongat y Sant Adrià del Besós, de las que el Hospital de Día de Badalona es también el centro de referencia. Una pequeña proporción de pacientes son de otras poblaciones de las que el HD de Badalona no es centro de referencia, pero que fueron son atendidos por nosotros a petición de algún servicio de la red asistencial de la zona, por motivos diversos.

Las franjas de edad en el momento del ingreso son las siguientes:

Tabla 2: Edades en el momento del ingreso

Edades	Porcentaje de menores atendidos
11 años	3%
12 años	9%
13 años	14%
14 años	19%
15 años	21%
16 años	18%
17 años	10%
18 años	6%

La distribución de la población por género es la siguiente: 145 chicos y 106 chicas.

Gráfico 1: distribución de adolescentes por género

8.2 Instrumentos

8.2.1 Entrevistas semi-estructuradas siguiendo los distintos procesos y protocolos de exploración diagnóstica del Hospital de Día de Adolescentes de Badalona, llevados a cabo en el momento del ingreso (ver anexo 5). Estas entrevistas incluyen una exploración de las experiencias relacionales adversas en la infancia de todos los menores atendidos, siguiendo el modelo propuesto por Read et al. (2007) sobre cuándo y cómo preguntar sobre el abuso infantil. Este modelo de Read et al. (2007) no cuenta con un cuestionario concreto para llevar a cabo esta exploración de las experiencias relacionales adversas, por lo que, estrictamente a nivel metodológico, este aspecto viene a suponer una limitación de los estudios de esta tesis, tal como detallaré en el capítulo 13. El modelo de Read et al. (2007), que puede considerarse próximo a una entrevista semi-estructurada, propone una forma de organizar la exploración con una serie de grupos de preguntas que se plantean de forma progresiva siguiendo un orden que nos va acercando a las ERA, algo que facilita el abordaje de la exploración sobre aspectos tan delicados y difíciles de hablar como las ERA.

Además, el modelo propuesto por Read et al. (2007) era el que consideramos más adecuado para la formación de profesionales de salud mental en la exploración de las ERA cuando iniciamos la recogida de datos en 2008, por lo que quedó establecido como el modelo a seguir en los procesos de exploración psicopatológica. Cabe decir que John Read es uno de los investigadores que ha contribuido de forma significativa en la comunidad científica internacional al estudio de la falta de detección de las ERA y al estudio de la relación de las ERA con el riesgo psicopatológico, más concretamente, con el riesgo de psicosis (Read, 1997 & 1998; Read et al., 1998, 2001, 2003, 2004, 2005, 2007, 2008, 2009, 2015 & 2017). John Read es también uno de los investigadores que participó en el metanálisis de Varese et al. (2012), metanálisis que sirvió de referencia para establecer las experiencias adversas en la infancia que se incluirían en los estudios de esta tesis doctoral: abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia parental, *bullying* y muerte parental. En la recogida de datos de esta tesis

doctoral se cuantificaron las experiencias relacionales adversas siguiendo estas seis categorías del metanálisis de Varese et al. (2012).

También querría mencionar que, en el año 2008, cuando se inició la recogida de datos de esta tesis, no estaba publicado el cuestionario ACE para valorar las adversidades en la infancia. Este cuestionario no se publicó hasta el año 2011. De todas formas, aunque hubiera existido, obviamente no habría podido ser utilizado ya que está diseñado y validado para mayores de 18 años. A pesar de ello, se consideró que probablemente no hubiese sido adecuado utilizar este u otro cuestionario, puesto que la población estudiada en esta tesis son los adolescentes ingresados en el Hospital de Día, que en el momento del ingreso se encuentran todos en fase aguda de algún trastorno mental grave: adolescentes en estado agudo de algún trastorno psicótico, adolescentes que ingresan después de un intento de suicidio, adolescentes con trastornos graves de conducta, adolescentes con un cuadro depresivo severo, adolescentes que presentan un EMAR con serias dificultades de vinculación, etc. En estas condiciones, los profesionales que atendíamos a los menores teníamos como prioridad la estabilización del cuadro clínico y el establecimiento de una relación de confianza con el menor, que es el elemento central del éxito de cualquier intervención terapéutica. Además, la prioridad ha sido siempre la asistencia a los menores atendidos, por lo que en ningún momento nos planteamos diseñar o introducir un cuestionario que pudiese interferir en el establecimiento de la relación terapéutica con el adolescente. Este es uno de los desafíos de la investigación clínica, aunque conlleve una limitación metodológica: mantener la máxima calidad asistencial a pesar de que implique limitaciones en la metodología de la investigación. A pesar de ello, las ERA eran siempre sistemáticamente exploradas, siendo además la relación de confianza establecida con el menor el mejor contexto para la exploración de aspectos vitales tan cargados de sufrimiento y dolor. En este sentido, la relación intensiva y continuada del adolescente con el profesional del Hospital de Día, es un entorno privilegiado para dicha exploración.

Siguiendo las pautas establecidas en el modelo de Read et al. (2007), la exploración de las ERA se llevaba a cabo según los siguientes principios:

- Se pregunta a todos los menores atendidos: tal como describen Read et al. en su trabajo de 2007 «A causa de la alta prevalencia de maltrato en casi todas las categorías diagnósticas, es esencial preguntar a todos los pacientes (…) Dado el índice tan escaso de declaraciones espontáneas documentado anteriormente, esperar a que los pacientes revelen el abuso no funciona. Los profesionales de salud mental deben obtener activamente la narración de cada persona» (Read et al., 2007). En este sentido, es importante insistir en la necesidad de preguntar activamente sobre las ERA a todos los pacientes atendidos, sin descartar a ninguno a pesar del hecho que no muestren indicios claros de que puedan haber sufrido ERA.
- Se pregunta en la valoración inicial, una vez que la relación de confianza haya podido ser establecida. De todas formas, debido a la relación tan intensiva entre los adolescentes ingresados en el Hospital de Día y los profesionales –puesto que la mayor parte de los menores acudían al HD de lunes a viernes entre las 10h y las 16h–, nos encontramos que los menores podían dar falsos negativos a preguntas para valorar las ERA en la exploración inicial, pero comunicar estas ERA más adelante, al cabo de un cierto tiempo de ingreso en el HD, cuando se había tenido una experiencia de relación que confirmaba la confianza y la seguridad de la misma, así como la seguridad que podía sentir el menor en el momento de hacer la comunicación, sobre todo si esta comunicación implicaba que se tomaran mediadas legales para protegerle. En este sentido, creo que es importante tener en cuenta que los cuestionarios para valorar ERA pueden dar falsos negativos en estos contextos clínicos y de agudos, sobre todo si tenemos en cuenta las dificultades que viven los menores a la hora de hacer explícitas estas experiencias vitales: el miedo, la vergüenza, la culpa, etc., además de las frecuentes amenazas reales que pueden sufrir ante la posibilidad de hacerlas explícitas, y aún más, cuando conviven con los abusadores o maltratadores. Nuestra experiencia de cerca de 10 años en el Hospital de Día nos muestra que las comunicaciones solo se dan cuando se han establecido vínculos seguros con los profesionales, algo que minimiza el temor a hacer explícita la ERA y aumenta la confianza en

la seguridad de la relación con los profesionales para hacer frente a lo que suceda a partir de dicha comunicación. En este sentido, los positivos posteriores se han considerado positivos reales, pues aumentan enormemente la fiabilidad de los datos.

- Contexto: siguiendo el modelo de entrevista de Read et al. (2007), las preguntas sobre las ERA no deben ser planteadas cerca del comienzo de la exploración, ni deben «surgir de la nada sin un prefacio o contexto claro. El momento para preguntar es cuando se recoge la información de la anamnesis, que obviamente incluye la infancia. Tal como proponen Read et al. (2007) el tema de las ERA lo abordamos usando un *embudo* de preguntas (ver anexo 17) que va desde preguntas más generales a preguntas específicas para valorar las ERA. Es una forma de ir acompañando al paciente en la exploración, y también preparándole para los aspectos más delicados sobre los que iremos preguntando. Tal como recomienda el modelo de Read et al. (2007), preguntamos primero sobre recuerdos de buenas experiencias vividas, algo que puede dar un poco de «tierra firme sobre la que sostenerse o una especie un recordatorio para el paciente y el profesional de que no todo era malo» (Read et al., 2007), para después avanzar hacia preguntas específicas sobre las ERA.
- Preámbulo: Tal como recomiendan Read et al. (2007), «no es esencial prologar las preguntas, más allá de aquello que se explica con el propósito de recoger la historia psicosocial. Una introducción adecuada podría ser voy a preguntarle acerca de algunas cosas desagradables que les suceden a algunas personas en la infancia. Lo preguntamos porque a veces ayuda a entender algunas dificultades que se dan más adelante en la vida». También proponen que se puede añadir: «está bien si prefieres no responder a estas preguntas» (Read et al., 2007).
- Hacer preguntas específicas y objetivas sobre la conducta: En este punto, Read et al. (2007) dicen que preguntar directamente «¿fuiste sexual o físicamente abusado/a?» no es una manera efectiva de explorar, ya que muchos pacientes no habrán utilizado ese término para nombrar sus experiencias. Los autores de este modelo continúan diciendo: «Si se les pregunta directamente, algunos dirán que no eran maltratados

físicamente, pero si se les pregunta cómo se gestionaba la disciplina en su familia dirán algo como 'oh, lo de siempre, un buen golpe de cinturón'». Read et al. (2007) citan a Dill et al. (1991), diciendo que estos autores «encontraron que la elaboración de las preguntas en términos de abuso en general revelaba sólo alrededor de la mitad de los maltratos identificados por preguntas sobre el comportamiento específico. Por lo tanto, las preguntas deben ser sobre ejemplos de hechos específico. Por ejemplo: 'cuando eras pequeño, ¿alguna vez un adulto te lastimó o castigó de manera que te dejara moretones, cortes o rasguños?' y 'cuando eras pequeño, ¿alguna vez alguien hizo algo sexual que te hiciera sentir incómodo?'» (Read et al., 2007). En este momento de la exploración también hacemos preguntas específicas similares que abarquen la adolescencia, incluyendo el momento presente.

- Siguiendo también las propuestas de Read et al. (2007), seguimos los siguientes principios sobre cómo responder ante la comunicación de una ERA, siempre con el principio rector de que debemos centrarnos en la relación con el adolescente más que en la historia de abuso o maltrato que haya revelado:
    - Validación: validamos la experiencia del menor y su reacción al hecho de revelarla. Afirmamos que ha sido algo bueno poderlo compartir con nosotros, siendo muy importante que el menor encuentre una respuesta positiva en el profesional. «Es importante calibrar cómo el individuo se está sintiendo sobre el hecho de revelarlo, más que hacer juicios sobre lo que deberían sentir. El tipo de respuestas que podrían ser útiles incluye: 'según mi experiencia, la gente suele encontrar que, aunque es difícil, puede ser realmente útil hablar sobre ello. ¿Cómo te está resultando a ti ahora?'. Las personas que han sido abusadas suelen culparse a ellas mismas. Si esta culpa aparece, es importante afirmar que es una reacción habitual y afirmar que el abuso que experimentaron de niños no fue culpa suya» (Read et al., 2007).
    - No intentar recoger todos los detalles: después de la comunicación de una ERA por parte de un adolescente, no es necesario ni

deseable recoger todos los detalles, ya que estos se recogerán en momentos posteriores. Los profesionales preguntarán lo esencial para comprobar que entienden adecuadamente lo que el adolescente esté explicando, algo que también sirve para validarle.

- Preguntar si lo había contado antes a alguien y cómo le fue: Read et al. (2007) también nos recuerdan que hay una gran diferencia entre una situación en la que el paciente «le contó a un adulto el abuso sufrido –o cualquier otro tipo de ERA–, fue creído y se tomó una actuación adecuada y una en la que el menor nunca lo ha revelado antes. Para los primeros, es importante preguntar cuál fue la respuesta, incluyendo si recibieron algún tipo de ayuda y si fueron protegidos adecuadamente. Si el profesional que está llevando a cabo la exploración es la primera persona en la que el paciente ha confiado en contarlo, es muy importante evaluar su estado emocional al final de la sesión y ofrecer seguimiento inmediato» (Read et al., 2007).
- Ofrecer acompañamiento asegurándonos de la disponibilidad: Read et al. (2007) también describen la importancia de discutir con el paciente el modo de proceder a partir de la revelación de las ERA. Es importante discutir el tratamiento y acompañamiento para los efectos de la revelación de las ERA. En el HD este acompañamiento estaba asegurado de forma intensiva, así como el poner en marcha medidas de protección a través de Fiscalía de Menores y la Dirección General de Atención a la Infancia (DGAIA) de la Generalitat de Cataluña, en caso de que fuese necesario.
- Comprobar la seguridad actual si las ERA se están dando en la actualidad: este punto tiene que ver con lo mencionado en el punto anterior sobre la puesta en marcha de medidas de protección a través de Fiscalía de Menores y de la DGAIA.
- Preguntar al paciente si encuentra alguna relación entre las ERA y las dificultades actuales.
- Comprobar el estado emocional al final de la visita o sesión en la que se hayan hecho explícitas las ERA.

- Tomar buenas notas del discurso literal del paciente: es recomendable usar siempre un estilo indirecto o citas literales del discurso del menor en la historia clínica o en los informes, ya que serán muy probablemente utilizados en futuros procesos judiciales.

8.2.2 En estas entrevistas se exploraban tanto las experiencias relacionales adversas sufridas por los menores, como aquellas sufridas por sus progenitores. Como he mencionada en el punto anterior, seguimos los criterios de inclusión establecidos en el metanálisis de Varese et al. (2012), por lo que las ERA exploradas son las siguientes: abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia parental, muerte parental y *bullying*. Siguiendo también los criterios metodológicos definidos en el metanálisis de Varese et al. (2012), las mediciones de adversidad en la infancia y trauma fueron consideradas elegibles si: (1) los eventos adversos fueron valorados a nivel individual y (2) si la exposición fue específicamente medida antes de los 18 años.

Este grupo de experiencias adversas en la infancia definido por Varese et al. (2012), incluye principalmente experiencias de victimización, tal como la define Finkelhor (2007). Además, incluye la muerte parental, que no sería estrictamente una experiencia de victimización, sino una experiencia adversa en la infancia. Como ya ha sido mencionado anteriormente, en esta tesis doctoral decidimos seguir los criterios de inclusión de experiencias adversas en la infancia del metanálisis de Varese et al. (2012), por lo que se cuantificaron los mismos seis tipos de experiencias adversas, incluyendo los cinco que se corresponderían a experiencias de victimización –abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia parental tanto física como emocional y *bullying*–, más la muerte parental. A este grupo de experiencias Varese et al. (2012) las denominan *childhood adversity and trauma,* es decir, adversidades y traumas en la infancia. Según la definición de la OMS (WHO, 2018) y los criterios que explora el cuestionario ACE, tanto las experiencias de victimización mencionadas como la muerte parental, están incluidas en las *Adverse Childhood Experiences.*

Para referirnos a estas experiencias adversas incluidas en el trabajo de Varese et al. (2012), hemos decidido modificar el término *Adverse Childhood Experiences,* ACE en sus siglas en inglés, que literalmente se traduce como Experiencias Adversas en la Infancia, para pasar a denominarlo Experiencias Relacionales Adversas (ERA), porque entendemos que así se hace referencia desde el propio título no tan solo a los factores de riesgo externos, sino a cómo estos son incorporados a nivel psicológico y en las interacciones con allegados y el medio: la relación. Como he descrito en el capítulo 3, la teoría del apego describe y demuestra empíricamente el valor crucial de la relación con las personas que asumen las funciones de crianza de cualquier niño, siendo en este mismo contexto donde se dan las adversidades en la infancia. A su vez, los estudios llevados a cabo desde hace años por el equipo del *Center on the Developing Child*, el Centro sobre el Niño en Desarrollo de la Universidad de Harvard, dirigido por el profesor Shonkoff, demuestran que «la ausencia de relaciones receptivas plantea una seria amenaza para el desarrollo y el bienestar del niño. La detección de la amenaza activa los sistemas biológicos de respuesta al estrés, y la activación excesiva de esos sistemas puede tener un efecto tóxico en el desarrollo del circuito cerebral. Cuando la falta de capacidad de respuesta persiste, los efectos adversos del estrés tóxico pueden agravar las oportunidades perdidas de desarrollo asociadas con una interacción limitada o ineficaz. Este complejo impacto de la negligencia en el cerebro en desarrollo subraya por qué es tan dañino en los primeros años de vida. También demuestra por qué es probable que las intervenciones tempranas efectivas paguen dividendos significativos en mejores resultados a largo plazo en el logro educativo, la salud de por vida y la crianza exitosa de la próxima generación» (información actualizada obtenida en la web: www.developingchild.harvard.edu).

Por este conjunto de razones decidimos incluir de forma explícita la consecuencia relacional de las ERA para definir el concepto al que nos estamos refiriendo. Consecuentemente, a lo largo de la tesis, nos referiremos con el acrónimo ERA a las experiencias relacionales adversas, y con el acrónimo ERA-A a las experiencias relacionales adversas acumulativas.

La operacionalización del concepto experiencias relacionales adversas sería la siguiente: experiencias que tienen un impacto de demostrado estrés tóxico que sufre el menor, que amenaza su sentido de seguridad y bienestar a nivel emocional y físico, así como su desarrollo psico-evolutivo. Estas experiencias pueden ser tanto la exposición al trauma relacional –abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico y negligencia parental– o la muerte de un progenitor, algo que implica la pérdida de una de las figuras de apego. También a otra serie de experiencias que en esta tesis no hemos podido considerar dadas las dificultades metodológicas que su exploración supone. Lo importante es que estos factores aumentan el nivel de estrés tóxico, hecho que tiene repercusiones a nivel neuroendocrino-inmunitario y afecta a la globalidad del desarrollo y funcionamiento psicosocial (National Scientific Council on the Developing Child, 2005/2014).

La OMS también menciona las mismas categorías de ERA cuando se refiere a la violencia ejercida contra los menores. En un documento publicado en 2016, afirma que la violencia contra los niños y los adolescentes incluye el abuso sexual, el maltrato físico, el maltrato psicológico y la desatención o negligencia tanto física como emocional. En el caso de los lactantes y los niños pequeños, la OMS dice que la violencia toma principalmente la forma del maltrato a manos de los padres, los cuidadores y otras figuras de autoridad.

El maltrato se caracteriza por la exposición sostenida o repetida a eventos que generalmente implican una traición a la confianza (Teicher y Samson, 2013). Los ejemplos activos incluyen formas sexuales, físicas y diversas formas de maltrato psicológico o emocional en la infancia. Los ejemplos pasivos incluyen el abandono o negligencia emocional y física.

También para esa definición genérica de maltrato seguimos las utilizadas por la Generalitat de Cataluña en diversas publicaciones (Generalitat de Catalunya, 2010): el maltrato es una situación en la cual un niño o adolescente es objeto de violencia, física o psíquica, sexual y/o emocional, o privación de sus derechos y de su bienestar, por acción o por omisión, por parte de los padres, tutores legales o guardadores, las personas de quienes generalmente depende para su desarrollo correcto o por parte de cualquier otra persona.

En definitiva, los tipos de experiencia relacional adversa incluidos en la presente tesis doctoral fueron definidos como:

1. Abuso sexual infantil: toda actividad sexual impuesta por un adulto sobre un menor. El menor puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. Incluye todos los actos sexuales hacia un menor, como tocamientos, relación sexual, etc. También se considerará abuso las actividades sexuales impuestas por un menor de edad a otro, si el primero es considerablemente mayor que la víctima o utiliza la fuerza, las amenazas u otros medios de presión. Las actividades sexuales entre menores no se considerarán abuso sexual cuando los niños superen el límite de edad establecido por el estado para las relaciones sexuales consentidas, que en España es de 16 años.
2. Maltrato físico: cualquier acción no accidental por parte de los padres o tutores legales que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en un grave riesgo de padecerlo. Son actos violentos como el castigo físico severo.
3. Maltrato Psicológico: hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles –desde la evitación hasta el encierro o confinamiento– por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar. Implica la exposición a conductas que pueden resultar traumáticas, tales como crueldad, maltrato verbal descalificación, humillación, discriminación, sometimiento a la voluntad del adulto, que inciden en la dignidad, autoestima e integridad psíquica y moral del menor, por parte de los padres durante la infancia. Incluye también la inducción a la violencia, en la que los adultos promueven o refuerzan en el niño conductas desviadas incapacitándole para experiencias sociales normales. Este tipo de maltrato incluye situaciones en las que los adultos utilizan a los menores para la realización de acciones delictivas, como

por ejemplo transporte de drogas o hurtos. También incluye que los adultos de la familia ofrezcan un modelo de vida inadecuado, en el cual se observa que el hogar en el que vive el niño constituye un modelo de vida inadecuado para su normal desarrollo, por contener pautas destructivas, antisociales, delictivas o autodestructivas.

4. Negligencia física en la infancia: las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el menor. Se da un fallo de los progenitores o tutores legales del menor en brindar el cuidado físico durante la infancia.
5. Negligencia emocional: falta persistente a las necesidades emocionales, señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción indicadas por el niño, y falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de una figura adulta estable. Incluye el fallo de los progenitores o tutores legales del menor de proporcionar cuidado emocional en la infancia, como, por ejemplo, no responder a las necesidades emocionales del niño.
6. *Bullying:* conducta repetidamente violenta ejercida por un compañero con la intención de lastimar al niño, tal como golpear o intimidar o insultarle repetidamente.
7. La muerte parental es definida como la muerte de uno de los progenitores antes de los 18 años del menor.

Para una mejor definición de los tipos de ERA, en la descripción de los distintos tipos de ERA hemos diferenciado la negligencia física de la psicológica, aunque en todos los estudios de esta tesis doctoral ambas categorías se contabilizan en el mismo grupo de negligencia, siguiendo los criterios establecidos por Varese et al. (2012).

Para facilitar la valoración de estas experiencias relacionales adversas, seguimos también los criterios establecidos en las listas de indicadores y factores de riesgo y protección necesarios para la valoración de las situaciones de desprotección de los niños y adolescentes del Departament de Bienestar Social y Familia de la Generalitat de Catalunya, en aplicación del artículo 79 de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia (Parlament de Catalunya, 2011).

En los estudios de esta tesis nos interesaba comparar el grupo de menores con menor presencia de ERA con el grupo de menores con una mayor presencia de ERA, con la idea de valorar si hay diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto al riesgo de psicosis y el riesgo de intentos de suicidio. A pesar de no utilizar los instrumentos de los trabajos de investigación de Finkelhor et al. (2005b) y haciendo una analogía con el criterio que establecen en el que se considera polivictimización cuando se han sufrido cuatro o más experiencias relacionales adversas, en nuestros estudios se agruparon los pacientes en función del número de ERA que presentaban, estableciendo dos grupos diferenciados:

1. Grupo de adolecentes que presenta entre 0 y 3 ERA.
2. Grupo de adolescentes que presenta 4 o más ERA. Este grupo lo denominaré a partir de ahora como ERA-A: experiencias relacionales adversas acumulativas.

Decir que, debido a que las ERA cuantificadas en los estudios de esta tesis son las establecidas por Varese et al. (2012) en su metanálisis, al no tener más de 6 categorías distintas de ERA no podemos establecer una diferencia entre un grupo de polivictimización baja –de 4 a 6 ERA– y uno de polivictimización alta –7 o más ERA–, tal como establecen Finkelhor et al. (2005b). Lo que sí nos ha parecido importante ha sido mantener el punto de corte de 4 ERA, a partir del cual se considera que se cumplen criterios para ser considerado como ERA-A, aunque, como he mencionado, se trata de adoptar un punto de corte similar al de Finkelhor, sin que ello suponga ninguna pretensión de replicar su estudio.

Además, para ayudar en la exploración de las ERA, se utilizaron como complemento los criterios del cuestionario ACE de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, Adverse Childhood Experiences International Questionnaire, ver anexo 6), aunque debido a que el cuestionario ACE estuvo en fase de pruebas de campo a nivel internacional desde 2009 hasta 2011 (OMS, 2018), los criterios de este cuestionario solo sirvieron de refuerzo de los procesos de exploración de las ERA.

En cuanto a la validez de la información aportada de forma retrospectiva sobre las ERA sufridas por los menores, Varese et al., (2012) afirman en su metanálisis que, «aunque se utilizaron autoinformes retrospectivos de las experiencias relacionales adversas en algunos de los estudios revisados en el metanálisis, la relación con los trastornos psicóticos se detectó también en estudios que utilizaron otros métodos para valorar la exposición a la ERA». De todas formas, en relación con la valoración retrospectiva de las ERA, los autores del metanálisis citan a Hardt et al. (2004) que afirman que existe evidencia que esta valoración tiende a subestimar más que exagerar la tasa real de incidencia. Además, también citan estudios que han demostrado la validez y confiabilidad de los estudios retrospectivos de ERA en muestras de pacientes con psicosis, que evidencian que son estables en el tiempo, no se ven afectados por los síntomas actuales y son, generalmente, concordantes con otras fuentes de información (Fisher et al., 2011). A pesar de ello, más recientemente (Hailes et al., 2019) recomiendan el uso de valoraciones retrospectivas y prospectivas.

8.2.3 En cuanto a los diagnósticos psicopatológicos, las diferentes categorías diagnósticas se han codificado siguiendo los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica, que es el procedimiento diagnóstico habitual del Hospital de Día de Badalona, siguiendo los criterios establecidos en los Servicios de la Red Pública de Salud Mental en Cataluña por el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut).

Para la valoración de los EMAR, en el Hospital de Día utilizamos el cuestionario ERIRAOS (Maurer, Hörrmann & Häfner, en su versión traducida al castellano por Tizón, Oriol y Rosenberg, 2008) (ver anexo 7).

También, siguiendo los criterios metodológicos del metanálisis de Varese et al. (2012), en el proceso psicodiagnóstico tanto el diagnóstico como las mediciones dimensionales de psicosis fueron considerados elegibles. Los diagnósticos incluidos son todos los trastornos mentales definidos en el CIE-9-MC, con codificaciones desde la 290 hasta la 319 inclusive. Los resultados dimensionales fueron definidos en términos de pacientes con síntomas psicóticos, incluyendo experiencias psicóticas subclínicas (EMAR).

Para terminar, tal vez nos permitiríamos insistir que, si bien nuestros estudios poseen déficits metodológicos, motivados tanto por la naturaleza de la relación clínica en la que se recogieron las muestras como por la ausencia de cuestionarios estandarizados de investigación de las ERA en directo, sin embargo, desde el punto de vista de la fiabilidad de los datos y de su validez externa, pueden ser más grandes que en otro tipo de investigaciones. Esto se explica en gran medida porque el Hospital de Día es un entorno privilegiado para la valoración diagnóstica y para la valoración de las ERA sufridas por los menores, debido a la intensidad de la relación establecida con los menores gracias a la convivencia diaria de lunes a viernes y a la ratio profesionales-pacientes. El Hospital de Día de Badalona dispone de 20 plazas para adolescentes y cuenta con 10 profesionales en su plantilla. Los adolescentes ingresados conviven diariamente con los profesionales, llegando a pasar hasta 7 horas al día de lunes a viernes, algo que facilita una relación de confianza y un conocimiento profundo del funcionamiento mental del joven.

8.3 Procedimiento:

La población objeto de estudio de esta tesis doctoral son los adolescentes ingresados en el Hospital de Día de Badalona, por lo que se siguió en todos los casos el protocolo de exploración psicopatológica y de exploración psicosocial que se lleva a cabo de forma sistemática en la fase de valoración previa al ingreso. Las exploraciones psicopatológicas fueron llevadas a cabo en todos los casos por un médico especialista en psiquiatría y por un psicólogo especialista en psicología clínica. En estas exploraciones se incluye de forma sistemática la exploración de las adversidades sufridas en la infancia según las categorías de inclusión definidas en Varese et al. (2012) y el modelo para la exploración de Read et al. (2007).

La asistencia médica, psicológica y social que se ofrece a los adolescentes en el Hospital de Día no se ha visto alterada ni modificada en absoluto por la presente tesis doctoral, sino que los datos que se estudian en esta tesis son obtenidos a partir de los procedimientos habituales y protocolizados en la fase de valoración inicial de cada adolescente y su familia. Toda la información obtenida: diagnóstico psicopatológico, presencia de ERA, dinámica familiar, presencia de ERA en los progenitores, otros factores de riesgo asociados y situación socioeconómica de la familia, son utilizados para definir el plan terapéutico individualizado más indicado en cada caso, con un foco puesto en intentar adaptar la intervención a las necesidades detectadas en cada caso.

Se darán más detalles sobre este aspecto en el apartado dedicado a los aspectos éticos.

8.4 Tipo de estudios

8.4.1 Estudio I

Estudio de la presencia de ERA en los adolescentes ingresados en el HD: estudio observacional y descriptivo de carácter retrospectivo de todos los adolescentes ingresados en el Hospital de Día de Badalona. Este estudio tiene como finalidad cuantificar la presencia de ERA en los adolescentes ingresados, así como su distribución, siguiendo los criterios de inclusión en las experiencias adversas en la infancia definidos por Varese et al. (2012): abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia parental, muerte parental y *bullying*.

8.4.2 Estudio II

Estudio de cohorte, observacional y descriptivo de carácter retrospectivo de la relación entre la presencia de ERA-A y un mayor riesgo psicopatológico, en el que se hace una comparación de la frecuencia de los diagnósticos de Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) y trastorno psicótico entre dos poblaciones. Este estudio tiene la finalidad de medir la relación entre los factores de riesgo y la presencia de patología psicótica o alto riesgo de psicosis. Los individuos que componen los dos grupos de estudio se seleccionan en función de la presencia de los siguientes factores de riesgo:

- Grupo de pacientes que han sufrido ERA-A: presencia de cuatro o más experiencias relacionales adversas.
- Grupo de pacientes que han sufrido 3 o menos tipos distintos de ERA en su infancia.

8.4.3 Estudio III

Estudio de cohorte observacional y descriptivo de carácter retrospectivo, en el que se hace una comparación de la frecuencia de los intentos de suicidio entre dos poblaciones. Este estudio tiene la finalidad de medir la relación entre la presencia de ERA-A y el riesgo de intentos de suicidio en la adolescencia. Los individuos que componen los dos grupos de estudio se seleccionan en función de la presencia de los siguientes factores de riesgo:

- Grupo de pacientes que han sufrido ERA-A: presencia de cuatro o más experiencias relacionales adversas.
- Grupo de pacientes que han sufrido 3 o menos tipos distintos de ERA en su infancia.

8.4.4 Estudio IV

Estudio observacional y descriptivo de carácter retrospectivo, que tiene como finalidad estudiar la frecuencia de detección del abuso sexual por parte de los profesionales de salud mental que han atendido con anterioridad a los pacientes ingresados en el Hospital de Día.

8.4.5 Estudio V

Estudio de cohorte observacional y descriptivo de carácter retrospectivo, en el que se hace una comparación de la frecuencia de los intentos de suicidio entre dos poblaciones. Este estudio tiene la finalidad de medir la relación entre la falta de detección del abuso sexual y el riesgo de intentos de suicidio en la adolescencia. Los individuos que componen los dos grupos de estudio se seleccionan en función de la presencia de los siguientes factores de riesgo:

- Grupo de pacientes a los que se ha detectado el abuso sexual con anterioridad al ingreso en el HD.
- Grupo de pacientes a los que no se ha detectado el abuso sexual antes del ingreso en el HD.

8.4.6 Estudio VI

Estudio de cohorte, observacional y descriptivo de carácter retrospectivo de la relación entre la presencia de ERA en un adolescente y el hecho que sus padres también sufrieran ERA en su propia infancia, en el que se hace una comparación de la frecuencia de la presencia de ERA en los progenitores entre dos poblaciones. Este estudio tiene la finalidad de medir la relación entre el hecho de que los progenitores sufrieran ERA en su propia infancia y la presencia de ERA en los adolescentes. Los individuos que componen los

dos grupos de estudio se seleccionan en función de la presencia del siguiente factor de riesgo:

- Grupo de adolescentes cuyos padres sufrieron ERA.
- Grupo de adolescentes cuyos padres no sufrieron ERA.

8.5 Aspectos éticos

Esta tesis doctoral ha sido certificada por el Comité de Ética de la Investigación del Instituto Universitario de Salud Mental Vidal y Barraquer de la Universidad Ramón Llull de Barcelona (URL) (ver anexo 8).

La investigación de esta tesis sigue los principios éticos de la Declaración de Helsinki de la *World Medical Association*, revisada en la 64 Asamblea General de la WMA en Fortaleza, Brasil, en octubre de 2013. A continuación, expondré una síntesis de los puntos más destacables, explicando también cómo cumplimos con estos principios éticos desde el Hospital de Día de Badalona de la Fundación Vidal y Barraquer.

- La Declaración de Ginebra de *World Medical Association*, refiriéndose a los profesionales de la salud dice: «La salud de mi paciente será mi primera consideración», y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: «El clínico debe actuar en el mejor interés del paciente cuando ofrezca una atención médica». La principal tarea de los profesionales del Hospital de Día de Badalona es dar asistencia en salud mental a las personas atendidas. La investigación presentada se basa en los datos obtenidos en los procesos de valoración diagnóstica de los adolescentes y sus familias, datos que son necesarios para definir el proyecto terapéutico más adecuado para cada sujeto. En este sentido, toda intervención sobre la que se basa la investigación tiene una finalidad terapéutica, por lo que la principal motivación es la de buscar el máximo beneficio para la persona atendida.
- Como consecuencia, nuestra intervención se basa en el deber de todo profesional de la salud de promover y velar por la salud, el bienestar y los derechos de los pacientes, incluyendo aquellos que están implicados en la investigación. El conocimiento y conciencia del clínico implicado se dedican al cumplimiento de este deber.
- El propósito principal de la investigación médica con sujetos humanos es comprender las causas, el desarrollo y los efectos de los trastornos y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, que incluye métodos, procedimientos y tratamientos. Incluso las intervenciones con mejores resultados deben ser evaluadas continuamente a través de la

investigación por su seguridad, eficacia, eficiencia, accesibilidad y calidad. Siguiendo este principio, nuestra investigación tiene como objetivo principal comprender la relación entre las adversidades sufridas en la infancia y los trastornos psicopatológicos para mejorar las intervenciones terapéuticas. El hecho de no detectar las adversidades sufridas en la infancia ni entender su relación con los cuadros psicopatológicos que sufren los menores, implica que no se puedan implementar las medidas protectoras necesarias ni diseñar proyectos terapéuticos individuales que se dirijan a las dificultades reales de los pacientes y sus familias. Este hecho puede implicar el riesgo de que la intervención terapéutica que no haya detectado las adversidades pueda resultar en una reedición de la experiencia de negligencia y abandono de los adolescentes, esta vez con los servicios asistenciales, lo que puede provocar una experiencia aversiva hacia los mismos y acabar resultando incluso en una intervención iatrogénica.

- Aunque el propósito principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo no puede prevalecer sobre los derechos e intereses de los sujetos de investigación individuales. Nuestro único propósito en el Hospital de Día es terapéutico, y este proyecto de investigación se basa en el estudio de datos obtenidos en el protocolo asistencial ordinario. Este hecho garantiza que los derechos e intereses de los sujetos son nuestra principal preocupación.
- Es deber de los clínicos implicados en la investigación médica proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la libre determinación, la privacidad y confidencialidad de la información personal de los sujetos de investigación. La responsabilidad de la protección de los sujetos de la investigación debe recaer siempre en el médico u otros profesionales de la salud y nunca en los sujetos de la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento. En el Hospital de Día hacemos firmar a todas las personas atendidas –al atender a menores de edad quien da siempre el consentimiento son los padres o tutores legales del menor– la hoja de información y consentimiento sobre el hecho de que disponemos de un fichero con datos de carácter personal que tiene como finalidad el tratamiento médico-sanitario y social de los usuarios de nuestro centro, en su totalidad o alguna

parte. Asimismo, les informamos que el Hospital de Día participa en la Historia Clínica Compartida de Cataluña, por lo que los datos de los pacientes a los que se preste asistencia quedarán integrados en la Historia Clínica Compartida de Cataluña, de acuerdo con los requerimientos legales y siguiendo las indicaciones del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, que es responsable de este archivo. Les informamos de que tienen derecho a ejercer los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación, en el ámbito reconocido por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, así como el Código Tipo de la Unión Catalana de Hospitales, al que nuestro centro está adherido. A la vez, les informamos y pedimos consentimiento sobre el hecho de que los datos recogidos con finalidad terapéutica serán incluidos en la investigación que tiene como objetivo principal generar nuevo conocimiento para mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos.

- La investigación médica con seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con formación y cualificación ética y científica apropiadas. La investigación con pacientes requiere la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y debidamente cualificado. En el Hospital de Día los profesionales que participamos en el trabajo directo con los pacientes somos psicólogos clínicos y médicos psiquiatras, con la tutoría y dirección de la investigación llevada a cabo por los siguientes profesionales: Dr. Carles Pérez Testor, tutor de la investigación, es Psiquiatra y Psicoterapeuta; Director del Instituto Universitario de Salud Mental (IUSM) de la Universidad Ramón Llull de Barcelona; Profesor del área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento de la Universidad Ramón Llull; Investigador Principal del Grupo de Investigación de Pareja y Familia de la Universidad Ramón Llull, grupo de investigación que ha sido reconocido como Grupo Consolidado por la Generalitat de Cataluña.

  Los directores de la Tesis Doctoral son el Dr. Jorge L. Tizón, Psiquiatra, Neurólogo, Psicólogo y Psicoanalista, profesor del Instituto Universitario de Salud Mental, con una muy reconocida y premiada trayectoria en la asistencia, la docencia y la investigación en salud mental, y el Dr. Víctor Cabré, psicólogo clínico y psicoterapeuta, Director del Departamento de Docencia

del Instituto Universitario de Salud Mental de la Universidad Ramón Llull y profesor de la misma Universidad. Asimismo, como investigador principal de la tesis doctoral, participo en el seminario de seguimiento de investigaciones del Grupo de Investigación de Pareja y Familia del Instituto Universitario de Salud Mental y en la formación de investigación cualitativa y cuantitativa en el Grupo de Investigación de Pareja y Familia del Instituto Universitario de Salud Mental.

- Los médicos que combinan la investigación médica con la atención médica deben involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto se justifica por su valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio de investigación no afectará negativamente la salud de los pacientes que sirven como sujetos de investigación. En el Hospital de Día todos los pacientes ingresados participan en la investigación mencionada ya que, el estudio en todos ellos de las posibles adversidades sufridas en la infancia, así como la posible relación con los trastornos psicopatológicos que sufren, revierte en una mejor comprensión diagnóstica del caso y mejor diseño del plan terapéutico individual.
- La compensación y el tratamiento adecuado para los sujetos que han sufrido daños como resultado de su participación en la investigación debe estar garantizada. Este principio queda garantizado ya que como ya ha sido mencionado, el único objetivo de la intervención en el Hospital de Día es terapéutico. La participación en la presente investigación no implica ningún procedimiento diferente de los empleados habitualmente en el Hospital de Día durante el proceso diagnóstico y terapéutico de las personas atendidas.
- Por todo lo mencionado en el punto anterior, la investigación no conlleva ningún riesgo para las personas que participan. Sin embargo, teniendo en cuenta el principio de que toda investigación médica en seres humanos debe ser precedida por una cuidadosa evaluación de los riesgos previsibles y las cargas sobre las personas y grupos implicados en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otros individuos o grupos afectados por la condición bajo investigación, podemos añadir que, entendiendo que el único aspecto innovador de la investigación que queda

incorporado en los procedimientos psicodiagnósticos es la exploración de las experiencias relacionales adversas en la infancia, está demostrado que el riesgo derivado de la exploración cuidadosa de estos hechos es muy inferior a los beneficios que conlleva de cara a la intervención terapéutica que se deriva.

- Algunos grupos e individuos son particularmente vulnerables y pueden tener una mayor probabilidad de ser tratados injustamente o de que se incurra en un daño adicional. Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección considerada específicamente. En el Hospital de Día atendemos a población altamente vulnerable, ya que cumple los siguientes criterios de inclusión en la definición de personas vulnerables:
    1. Presentan déficits de autonomía funcional: adolescentes con trastornos mentales graves, con afectación de diferentes esferas –emocional, relacional y cognitiva– de su persona que interfiere en su capacidad de autonomía funcional.
    2. Con necesidades que no pueden resolver por sí mismos. Personas carenciadas sin capacidad resolutiva, con necesidades que muchas veces no saben ni identificar y menos resolver.
    3. Personas que no tienen mínimos estructurales para tener una vida digna.
    4. Han sido víctimas de ultraje, ofensa, con vulnerabilidad física y emocional.
    5. Grupos fácilmente estigmatizables, como lo son las personas que sufren trastornos mentales graves.

    Por todo ello, se toman las medidas protectoras necesarias para amparar a los adolescentes atendidos y garantizar las mejores condiciones para llevar a cabo los procesos diagnósticos y terapéuticos requeridos.
- La investigación médica con un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades de salud o las prioridades de este grupo. Además, este grupo debe beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones que resultan de la investigación. La investigación en el Hospital de Día se diseñó en base a las necesidades detectadas en la práctica clínica, por lo que queda garantizado el beneficio de los grupos vulnerables atendidos ya que el objetivo es una mejora de los procesos diagnósticos y terapéuticos.

- La investigación médica con seres humanos debe conformarse con principios científicos generalmente aceptados, se basa en un conocimiento profundo de la literatura científica y otras fuentes de información pertinentes. En este sentido, y siendo yo el investigador principal de esta tesis doctoral en el Hospital de Día, mi formación continuada en la literatura científica sobre el tema viene avalada por el hecho de participar en el seminario de seguimiento de investigaciones del Grupo de Investigación de Pareja y Familia del Instituto Universitario de Salud Mental. Además, soy miembro de la Sociedad Española de Psicoanálisis, de la International Psychoanalytical Association, la International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis, la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, la Asociación Catalana de Psicoterapia Psicoanalítica, la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy y el Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña, entre otras instituciones. Soy también profesor del Instituto Universitario de Salud Mental de la Universidad Ramón Llull, participando y presentando trabajos en congresos nacionales e internacionales, así como en actividades de formación continuada de las diferentes asociaciones de las que soy miembro y de diferentes instituciones y asociaciones del campo de la salud mental y de la pediatría donde soy invitado.
- El diseño y el rendimiento de cada estudio de investigación en seres humanos deben estar claramente descritos y justificados en un protocolo de investigación, por lo que se ha elaborado un plan de investigación que será aprobado por la Universidad Ramón Llull, así como la supervisión sistemática del proceso de investigación por parte de los directores de la tesis doctoral mencionados anteriormente.
- En relación con la Privacidad y Confidencialidad, se deben adoptar todas las precauciones para proteger la privacidad de los sujetos de investigación y la confidencialidad de su información personal. En este sentido, el Hospital de Día de Adolescentes de la Fundación Vidal y Barraquer, cumple todos los requisitos de seguridad y protección de los datos de las personas atendidas siguiendo los criterios de Código Tipo de la Unión Catalana de Hospitales. Asimismo, la Fundación Vidal y Barraquer está reconocida con la Certificación del Sistema de Calidad ISO-9001, certificación que se renueva

periódicamente (ver anexo 9), que incluye las medidas de protección de privacidad y confidencialidad de las personas atendidas.

- Consentimiento informado: la participación de las personas capaces de dar su consentimiento informado como sujetos en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ningún individuo capaz de dar su consentimiento informado puede ser inscrito en un estudio de investigación a menos que esté de acuerdo libremente. Tal como hemos mencionado anteriormente, los padres o tutores legales de los adolescentes atendidos dan su consentimiento informado para dicha participación.
- En la investigación médica con seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada sobre los objetivos, métodos, fuentes de financiación, posibles conflictos de interés, afiliaciones institucionales del investigador, los beneficios previstos y el potencial riesgo del estudio y las molestias que puede implicar, disposiciones post-estudio y otros aspectos relevantes del estudio. El sujeto potencial debe ser informado del derecho a negarse a participar en el estudio o de retirar su consentimiento en cualquier momento y sin represalias. Especial atención debe darse a las necesidades de información específicas de cada individuo potencial, así como los métodos utilizados para entregar la información. En el Hospital de Día la información mencionada en este punto se da antes de iniciar el proceso diagnóstico, pidiéndoles que firmen los documentos de consentimiento informado antes de comenzar a recoger datos personales.
- Para un individuo potencial incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe obtener el consentimiento informado del representante legal autorizado, algo que hacemos en el Hospital de Día. Estas personas no deben ser incluidas en un estudio de investigación que no tenga probabilidad de beneficio para ellos a menos que se pretenda promover la salud del grupo representado por el sujeto potencial.

- Los investigadores, autores, patrocinadores, directores y editores tienen obligaciones éticas respecto de la publicación y difusión de los resultados de

la investigación. Los investigadores tienen la obligación de poner a disposición del público los resultados de su investigación sobre seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben cumplir con las directrices aceptadas para la presentación de informes éticamente. Tanto los resultados negativos y no concluyentes, así como los resultados positivos deberán publicar y estarán disponibles públicamente. Las fuentes de financiación, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses deben ser declarados a la publicación. Los informes de la investigación que no estén de acuerdo con los principios de esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación. Siguiendo este principio, los resultados de la investigación llevada a cabo en el Hospital de Día serán publicados en revistas científicas del máximo factor de impacto posible para su difusión pública. Antes de que llegue ese momento, se han estado haciendo públicos algunos de los resultados provisionales en presentaciones y conferencias tanto nacionales como internacionales (ver anexos 10 y 11 para listado de presentaciones en congresos, jornadas y otras presentaciones orales, así como anexo 12 para una lista de las actividades formativas en las que se explicaron y difundieron datos y resultados de las investigaciones de la tesis doctoral).

9. Resultados: análisis estadísticos

9.1 Resultados Estudio I

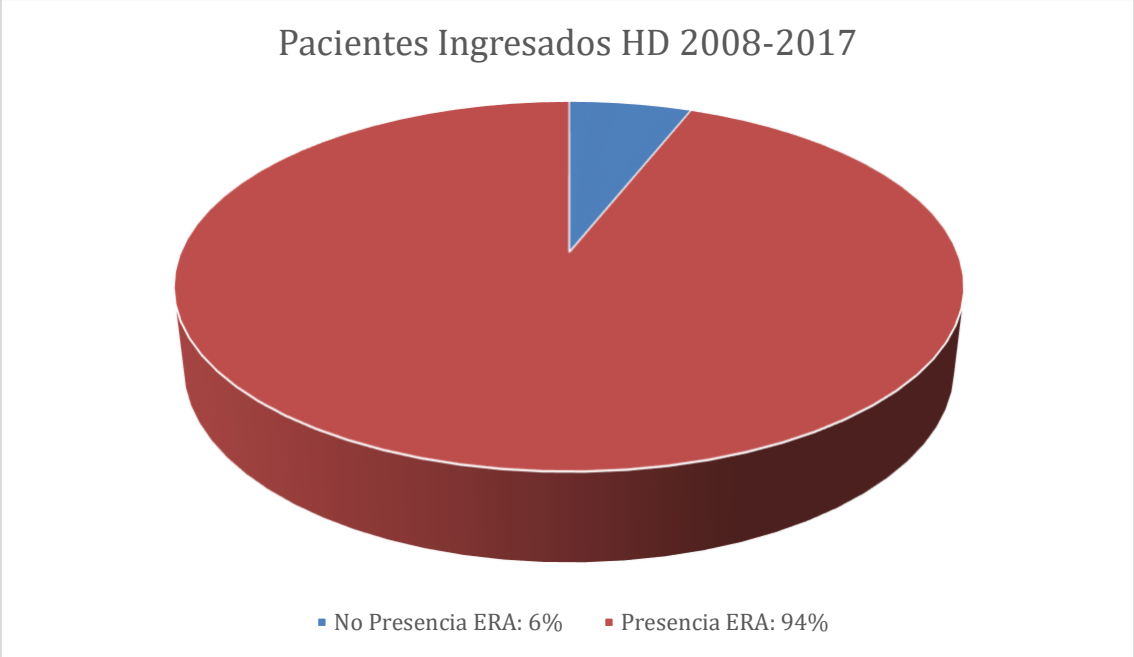
Estudio de la frecuencia de ERA en los adolescentes ingresados en el Hospital de Día, así como la distribución de estas ERA:

Los análisis descriptivos realizados informaron que un 94% de los adolescentes que conforman la muestra del estudio (N=251) presentan una o más experiencias relacionales adversas en la infancia (ERA).

Tabla 3: Presencia de ERA en los adolescentes

Estudio I	Presencia de ERA	No presencia de ERA	Total
Adolescentes ingresados	236	15	251
Porcentaje	94%	6%	100%

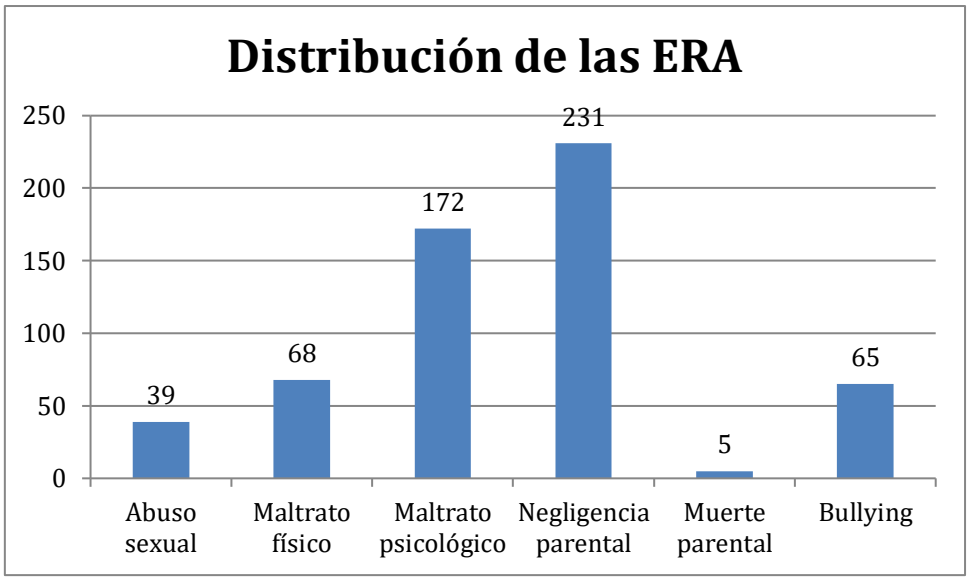
Gráfico 2: Presencia de ERA en los adolescentes



Tal como he descrito anteriormente, las ERA que evaluamos son las incluidas en el metanálisis de Varese et al. (2012): abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia parental, muerte parental y *bullying*.

Las ERA detectadas se distribuyen de la siguiente manera:

Gráfico 3: Distribución de las ERA



En cuanto al porcentaje de menores que han sufrido cada una de las ERA en función del género, obtenemos los siguientes resultados

Tabla 4: Distribución de ERA sufridas en función del género

ERA	**Varón**	**Mujer**	**Total**	**Significativo**
Abuso sexual	15 (10,34%)	24 (22,64%)	39 (15,54%)	p-valor<0.05
Maltrato físico	37 (25,52%)	31 (29,25%)	68 (27,09%)	
Maltrato psicológico	98 (67,59%)	74 (69,81%)	172 (68,53%)	
Negligencia parental	134 (92,41%)	97 (91,51%)	231 (92,03%)	
Muerte parental	4 (2,76%)	1 (0,94%)	5 (1,99%)	
Bullying	37 (25,52%)	28 (26,42%)	65 (25,9%)	
N muestra	145 (100%)	106 (100%)	251 (100%)	

La única diferencia significativa la encontramos entre ambos sexos es en el abuso sexual, encontrando una asociación significativa entre la presencia de abuso sexual

en chicas frente a los chicos. Para evaluar si había diferencias significativas en función del género, se ha utilizado la prueba estadística de Chi-cuadrado, para comparar las distribuciones en las diferentes poblaciones.

Tabla 5: distribución del abuso sexual en cuanto al género

Estudio I – Abuso Sexual	Abuso Sexual	NO Abuso Sexual
Varones	15	130
Mujeres	24	82

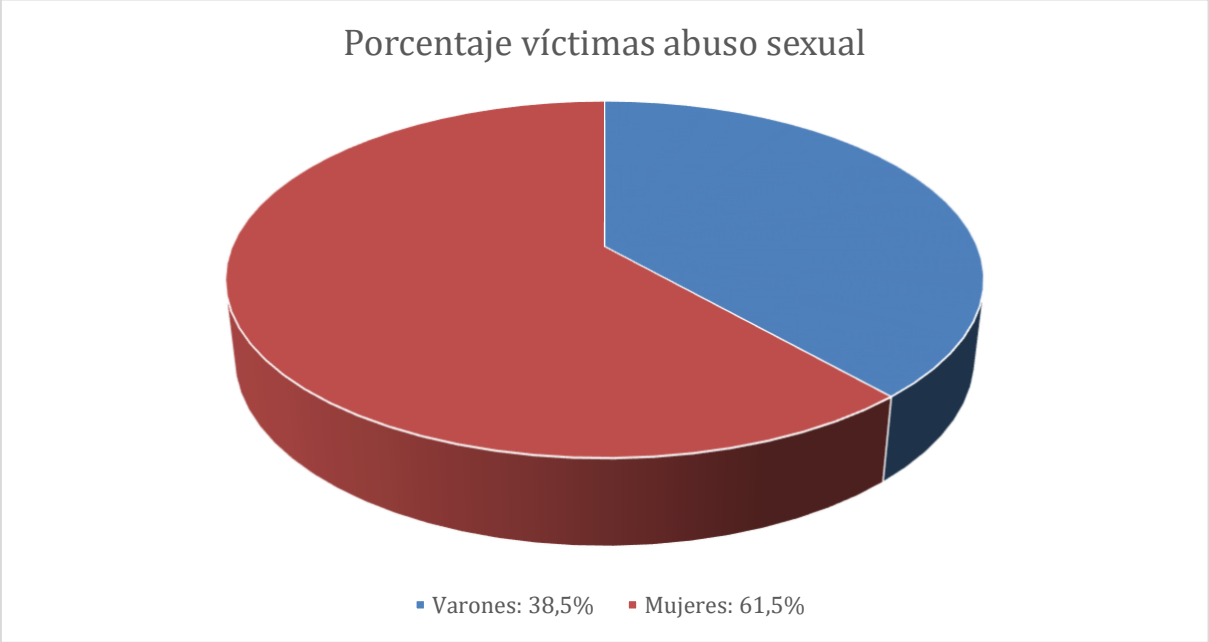
Los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado son significativos:

Tabla 6: Resultados Estudio I - Abuso Sexual

	Abuso Sexual	NO Abuso Sexual	OR	P-valor
Mujeres	24	82	2,54	0,01
Varones	15	130		

También hemos calculado la odds ratio (OR), que es un cálculo estadístico que cuantifica la fuerza de la asociación entre dos eventos. Como la odds ratio es superior a 1, podemos decir que ser mujer tiene una asociación positiva con sufrir abuso sexual. El valor de la odds ratio es de 2,54, valor que se puede traducir de la siguiente manera: para una mujer, la probabilidad de sufrir abuso sexual es 2,54 veces más alta que la probabilidad de un hombre de sufrir abuso sexual. La odds es la probabilidad de sufrir abuso sexual dividida por la probabilidad de no sufrir abuso sexual.

Gráfico 4: porcentaje de víctimas de abuso sexual en función del género



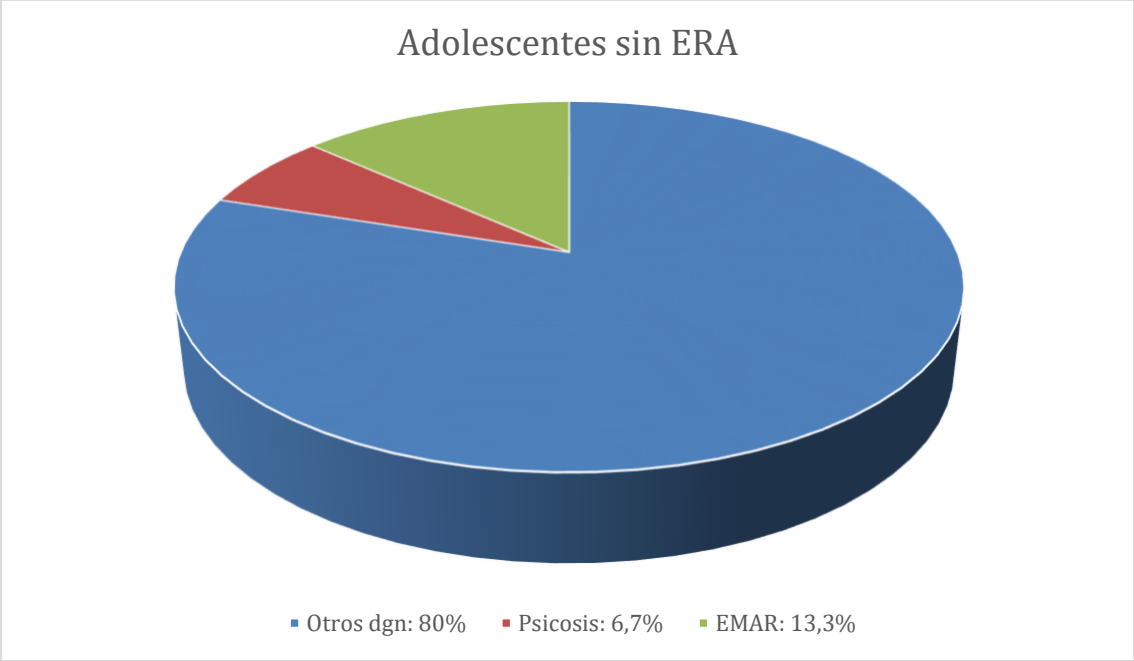
9.2 Resultados Estudio II

Estudio de la relación entre las ERA-A y el riesgo psicopatológico:

Los análisis descriptivos realizados informaron que los casos de adolescentes sin ERA en la infancia se distribuyen de la siguiente manera en función del diagnóstico psicopatológico:

- 1 caso con diagnóstico de trastorno psicótico.
- 2 casos con diagnóstico de EMAR.
- 12 casos con otros diagnósticos.

Gráfico 5: Diagnósticos en adolescentes sin ERA

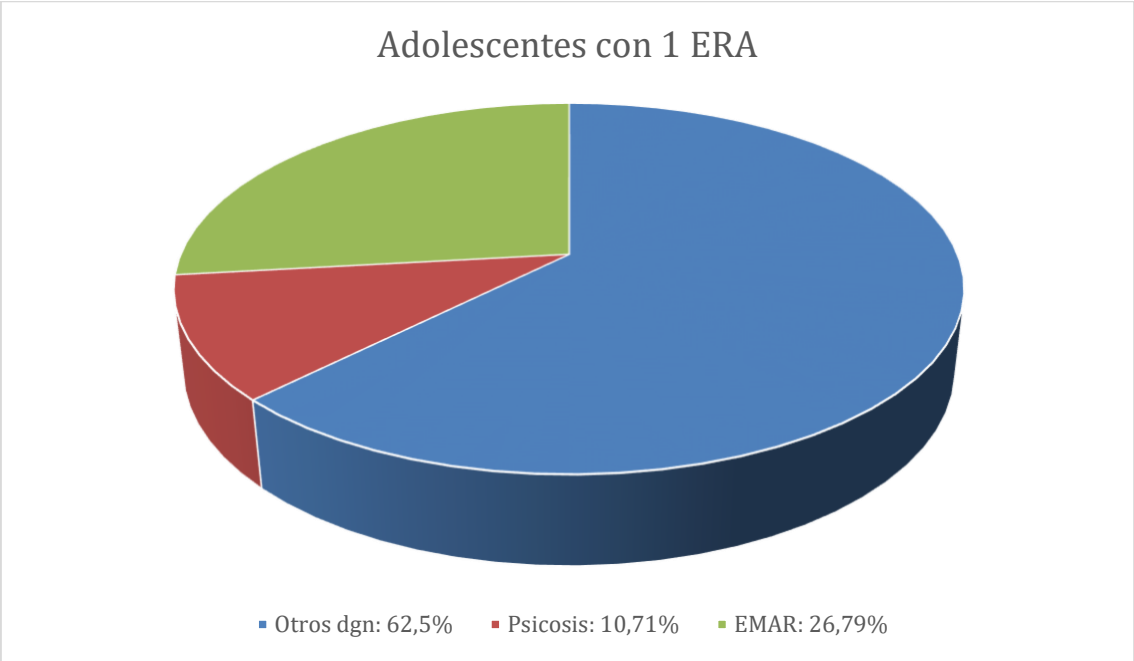


Agrupando estos datos en dos grupos, tenemos 3 casos con psicosis o riesgo de psicosis y 12 casos con otros diagnósticos.

Los análisis descriptivos realizados informaron que los casos que presentan una sola categoría de ERA en la infancia se distribuyen de la siguiente manera en función del diagnóstico psicopatológico:

1. 6 casos con diagnóstico de trastorno psicótico.
2. 15 casos con diagnóstico de EMAR.
3. 35 casos con otros diagnósticos.

Gráfico 6: Diagnósticos en adolescentes con 1 ERA

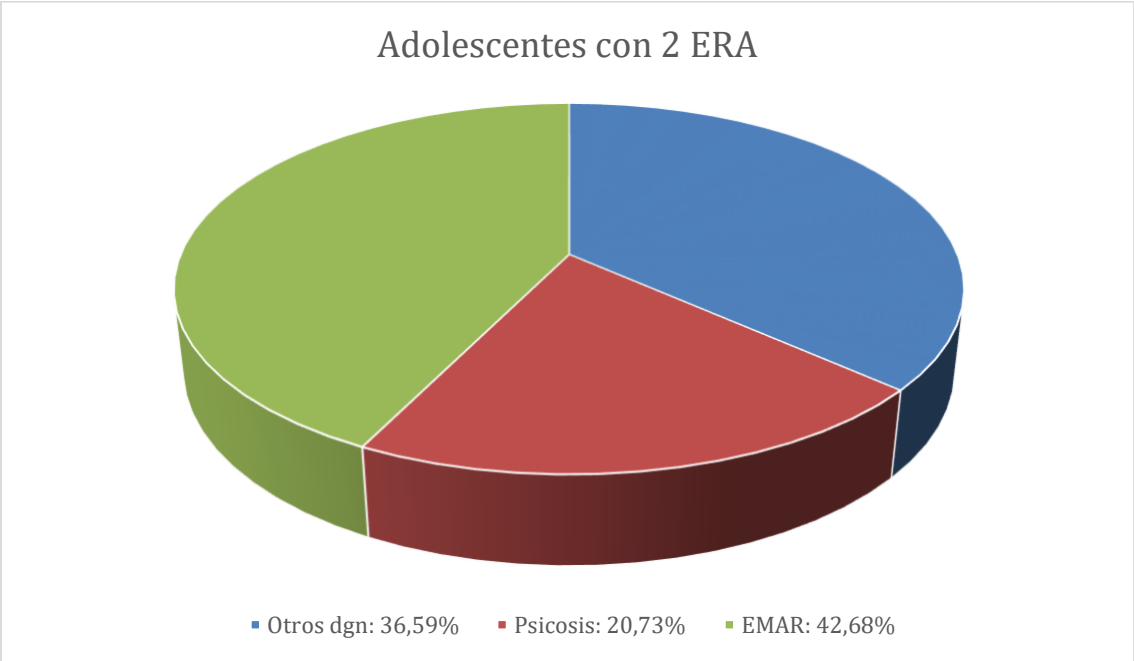


Agrupando estos datos en dos grupos, tenemos 21 casos con psicosis o riesgo de psicosis y 35 casos con otros diagnósticos.

Los análisis descriptivos realizados informaron que los casos que presentan dos categorías de ERA se distribuyen de la siguiente manera en función del diagnóstico psicopatológico:

4. 17 casos con diagnóstico de trastorno psicótico.
5. 35 casos con diagnóstico de EMAR.
6. 30 casos con otros diagnósticos.

Gráfico 7: Diagnósticos en adolescentes con 2 ERA

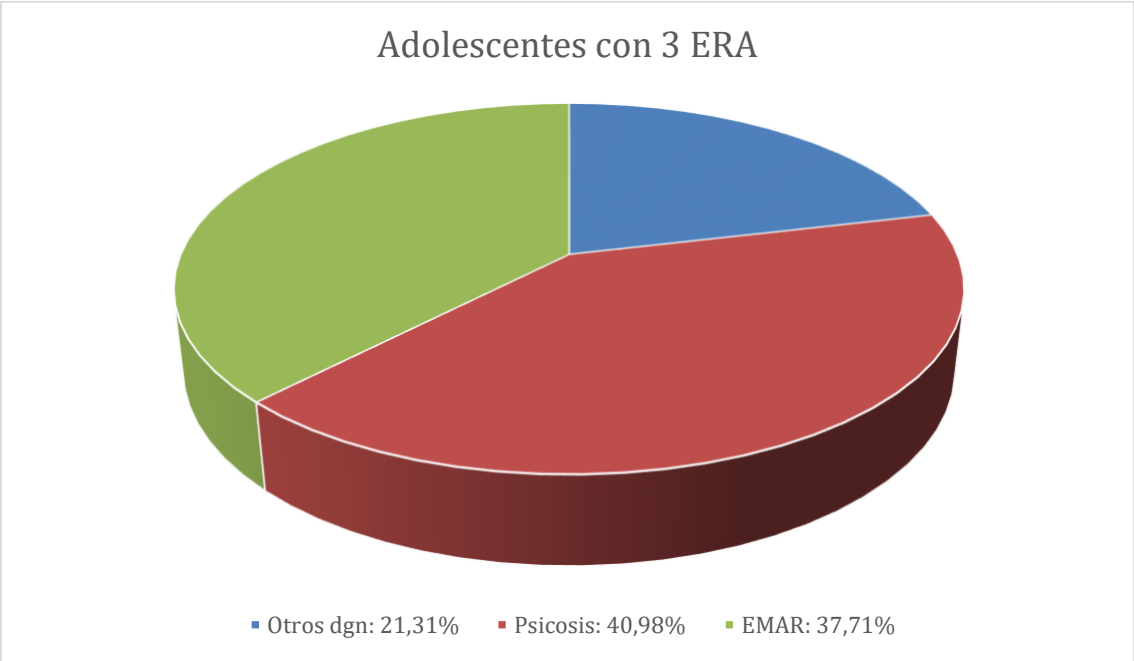


Agrupando estos datos en dos grupos, tenemos 52 casos con psicosis o riesgo de psicosis y 30 casos con otros diagnósticos.

Los análisis descriptivos realizados informaron que los casos que presentan tres categorías de ERA en la infancia se distribuyen de la siguiente manera en función del diagnóstico psicopatológico:

7. 25 casos con diagnóstico de trastorno psicótico.
8. 23 casos con diagnóstico de EMAR.
9. 13 casos con otros diagnósticos.

Gráfico 8: Diagnósticos en adolescentes con 3 ERA

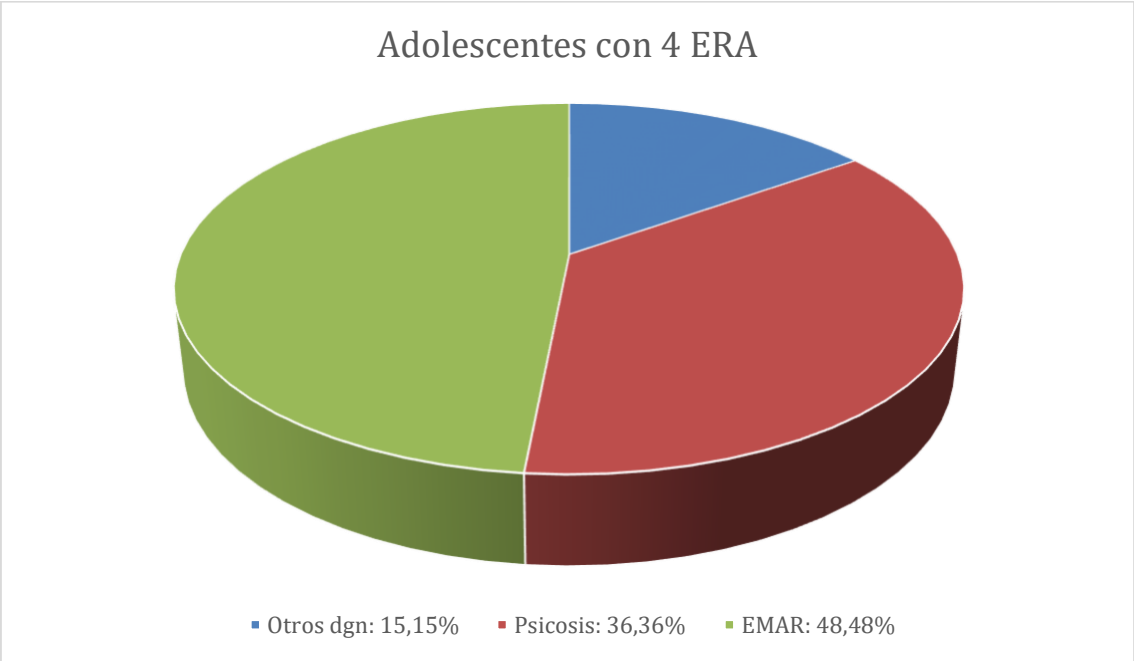


Agrupando estos datos en dos grupos, tenemos 48 casos con psicosis o riesgo de psicosis y 13 casos con otros diagnósticos.

Los análisis descriptivos realizados informaron que los casos que presentan cuatro categorías de ERA en la infancia se distribuyen de la siguiente manera en función del diagnóstico psicopatológico:

10. 12 casos con diagnóstico de trastorno psicótico.
11. 16 casos con diagnóstico de EMAR.
12. 5 casos con otros diagnósticos.

Gráfico 9: Diagnósticos en adolescentes con 4 ERA

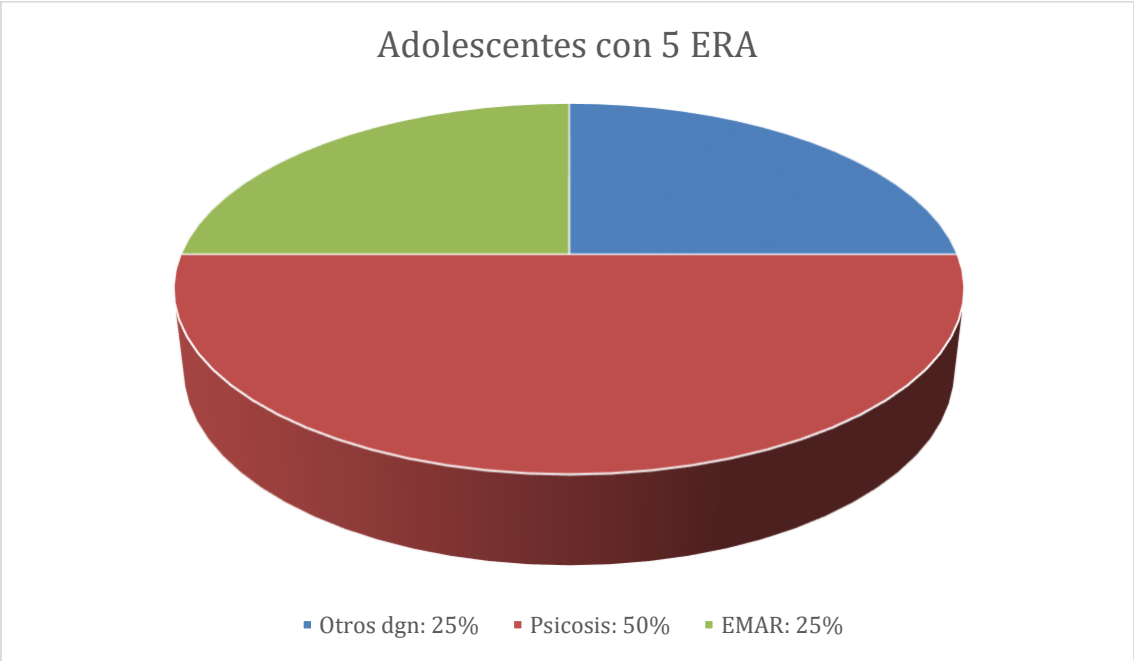


Agrupando estos datos en dos grupos, tenemos 28 casos con psicosis o riesgo de psicosis y 5 casos con otros diagnósticos.

Los análisis descriptivos realizados informaron que los casos que presentan cinco categorías de ERA en la infancia se distribuyen de la siguiente manera en función del diagnóstico psicopatológico:

13. 2 casos con diagnóstico de trastorno psicótico.
14. 1 caso con diagnóstico de EMAR.
15. 1 caso con otros diagnósticos.

Gráfico 10: Diagnósticos en adolescentes con 5 ERA



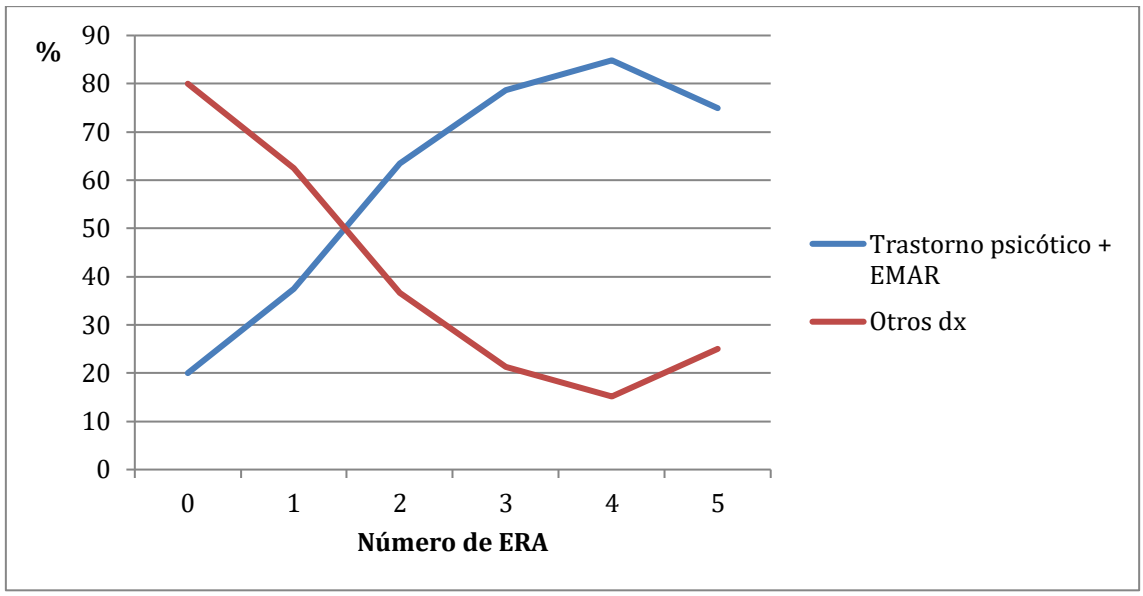
Agrupando estos datos en dos grupos, tenemos 3 casos con psicosis o riesgo de psicosis y 1 caso con otros diagnósticos.

Tabla 7: Distribución de ERA en función del diagnóstico

	Número de ERA					
Diagnóstico	0	1	2	3	4	5
Trastorno psicótico	1 (6,67%)	6 (10,71%)	17 (20,73%)	25 (40,98%)	12 (36,36%)	2 (50%)
EMAR	2 (13,33%)	15 (26,79%)	35 (42,68%)	23 (37,7%)	16 (48,48%)	1 (25%)
Otros dx	12 (80%)	35 (62,5%)	30 (36,59%)	13 (21,31%)	5 (15,15%)	1 (25%)
Total	15 (100%)	56 (100%)	82 (100%)	61 (100%)	33 (100%)	4 (100%)

En el siguiente gráfico se puede observar la relación entre una mayor presencia de ERA y un mayor porcentaje de trastornos psicóticos y de EMAR:

Gráfico 11: relación entre ERA-A y porcentaje de psicosis o riesgo de psicosis



Si agrupamos los datos anteriores en función de la presencia o ausencia de ERA-A, los resultados son los siguientes:

Tabla 8: Distribución de diagnósticos en función de ERA-A o no ERA-A

Estudio II	ERA-A (ERA ≥ 4)	NO ERA-A (ERA≤ 3)	TOTAL
Psicosis + EMAR	31	124	155
Otros trastornos	6	90	96
TOTAL	37	214	251

Los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado son significativos:

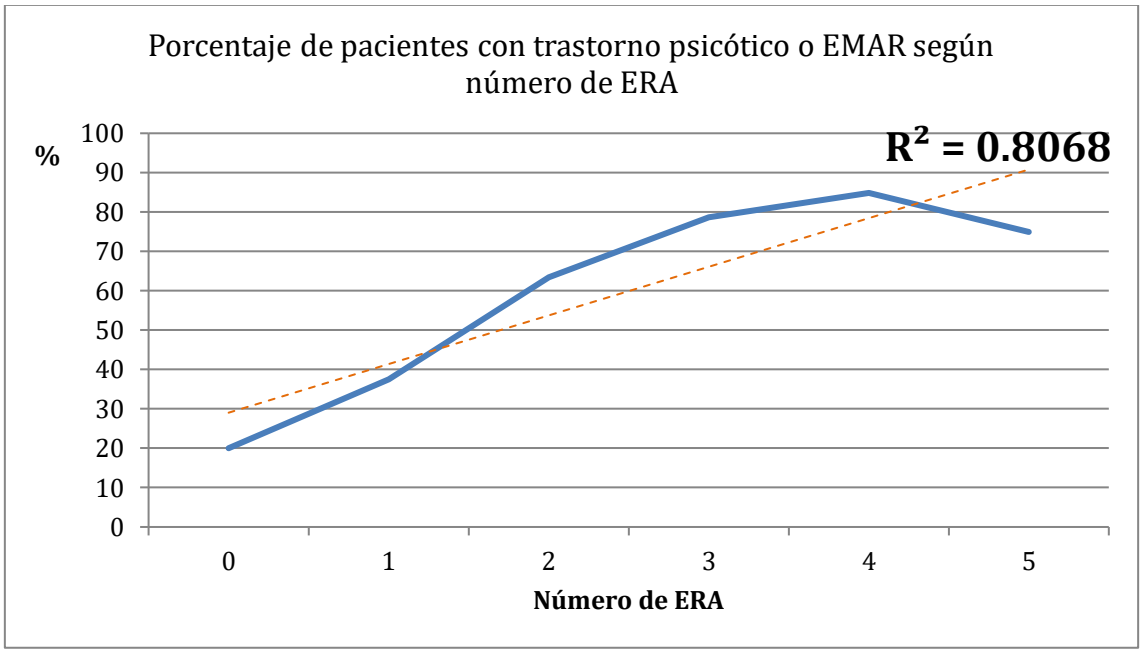
Tabla 9: Resultados Estudio II: ERA-A y riesgo psicopatológico

	Psicosis + EMAR	**Otros trastornos**	**OR**	**P-valor**
ERA-A (ERA ≥ **4**)	31	6	3,75	0,005
NO ERA-A (ERA≤ **3**)	124	90		

En este caso, el valor de la odds ratio es de 3,75. Por lo tanto, haber sufrido 4 o más ERA es un factor de riesgo de sufrir un trastorno psicótico o de presentar un EMAR. Para un paciente con 4 o más ERA, la probabilidad de sufrir un trastorno psicótico o de presentar un EMAR es 3,75 veces mayor que para un paciente que ha sufrido 3 o menos ERA.

El siguiente gráfico muestra la relación entre número de ERA y porcentaje de pacientes con trastorno psicótico o EMAR.

Gráfico 12: Correlación entre ERA-A y riesgo de psicosis



En este gráfico la recta discontinua se define como la recta de regresión entre ambas variables, mostrando una correlación de más del 80%. Teniendo en cuenta que una correlación por encima del 70% se considera alta (Musaka, 2012), podemos decir que, según nuestros datos, la presencia de ERA-A correlaciona positivamente con un mayor riesgo de sufrir un trastorno psicótico o un cuadro compatible con un estado mental de alto riesgo (EMAR).

9.3 Resultados Estudio III

Estudio de la relación entre la presencia de ERA-A y el riesgo de intentos de suicidio en la adolescencia.

Los análisis descriptivos realizados informaron que los casos de adolescentes que presentan al menos un intento de suicidio tanto previo al ingreso en el Hospital de Día de Badalona como durante el mismo, son un total de 42, repartidos de la siguiente manera en función del número de ERA sufridas:

Tabla 10: Intentos de suicidio en función de las ERA

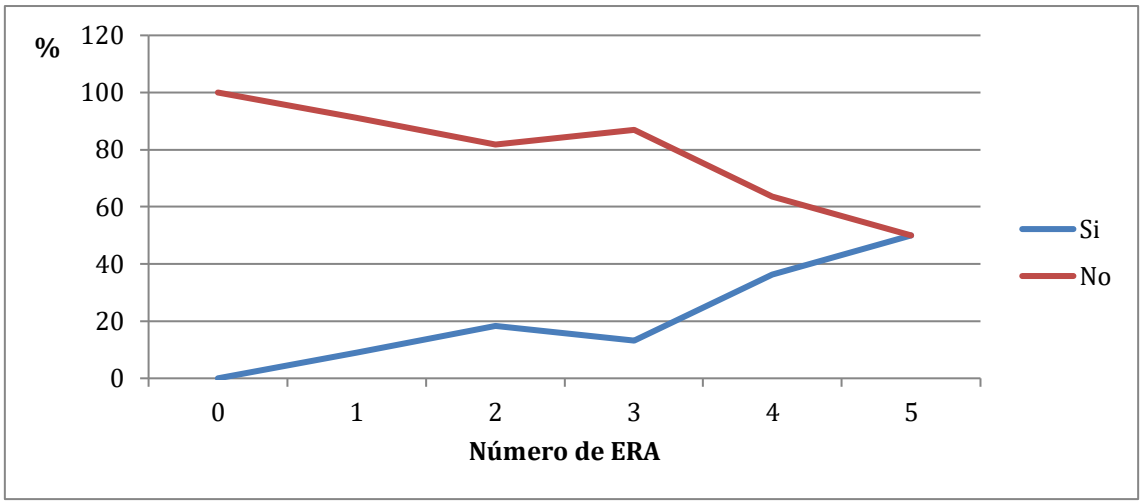
Datos Estudio III	Intento suicidio: SI	Intento suicidio: NO	% I. S.	Total
0 ERA	0	15	0%	15
1 ERA	5	51	8,93%	56
2 ERA	15	67	18,29%	82
3 ERA	8	53	13,11%	61
4 ERA	12	21	36,36%	33
5 ERA	2	2	50%	4
6 ERA	0	0	0	0
Total	42	209		251

Tabla 11: Intentos de suicidio en función de las ERA (2)

Intento de suicidio	0 ERA	1 ERA	2 ERA	3 ERA	4 ERA	5 ERA
Si	0 (0%)	5 (8,93%)	15 (18,29%)	8 (13,11%)	12 (36,36%)	2 (50%)
No	15 (100%)	51 (91,07%)	67 (81,71%)	53 (86,89%)	21 (63,64%)	2 (50%)
Total	15 (100%)	56 (100%)	82 (100%)	61 (100%)	33 (100%)	4 (100%)

En el siguiente gráfico podemos observar la correlación importante existente entre el número de ERA sufridas y el porcentaje de adolescentes con al menos un intento de suicidio:

Gráfico 13: número de ERA y porcentaje de adolescentes con intento de suicidio



Si los agrupamos en función de la presencia o ausencia de ERA-A, los resultados son los siguientes:

Tabla 12: Intentos de suicidio y su relación con ERA-A

Estudio III	ERA-A	NO ERA-A	Total
Intento de suicidio: SI	14	28	42
Intento de suicidio: NO	23	186	209
Total	37	216	251

Los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado son significativos:

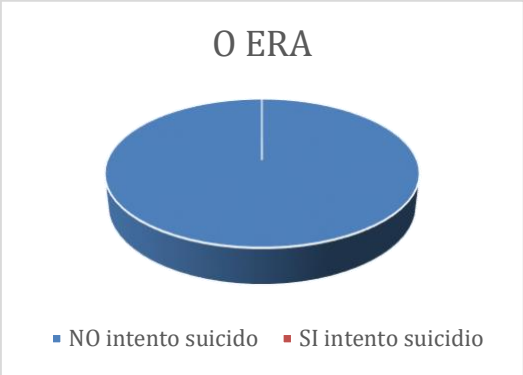
Tabla 13: resultados Estudio III

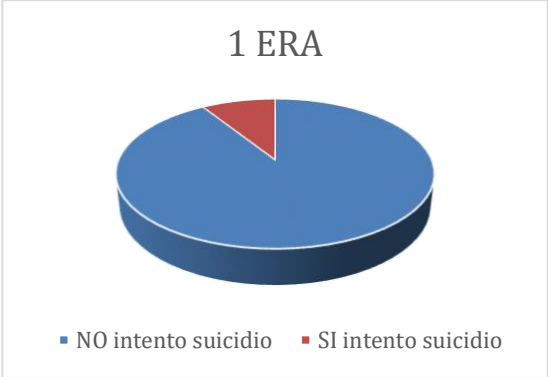
	Intento de suicidio: SI	**Intento de suicidio: NO**	**OR**	**P-valor**
ERA-A (ERA $\geq$ **4**)	14	23	4,04	0,0005
NO ERA-A (ERA$\leq$ **3**)	28	186		

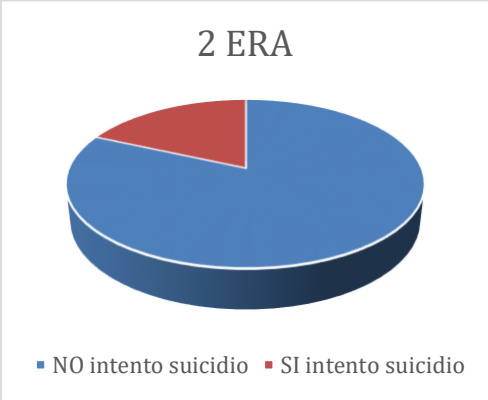
En este caso, la odds ratio es también superior a 1. Por lo tanto, haber sufrido 4 o más ERA es un factor de riesgo de presentar al menos un intento de suicidio. Para un paciente con 4 o más ERA, la razón de probabilidad de sufrir un intento de suicidio es 4,04 veces mayor que para un paciente con menos de 4 ERA.

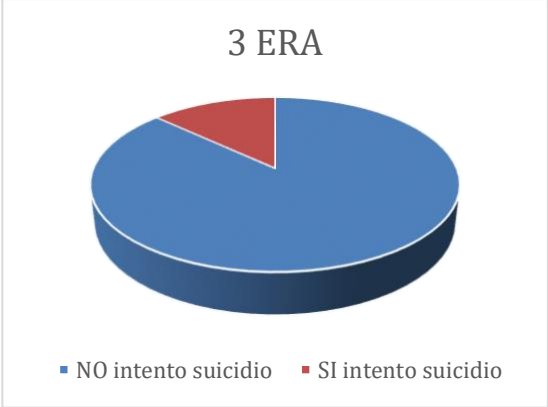
Para una ilustración gráfica de los resultados, podemos observar la progresión de intentos de suicidio en función de las ERA sufridas, en los gráficos que mostraré a continuación.

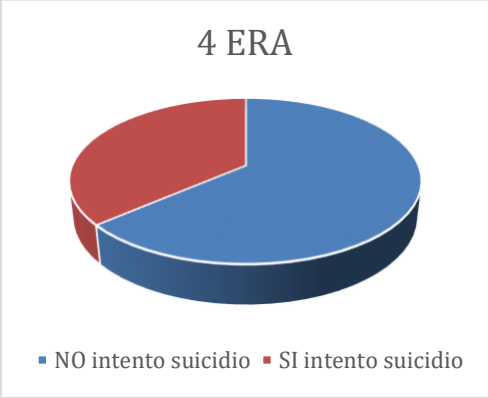
Gráfico 14: evolución de la prevalencia de los intentos de suicidio en función del número de ERA

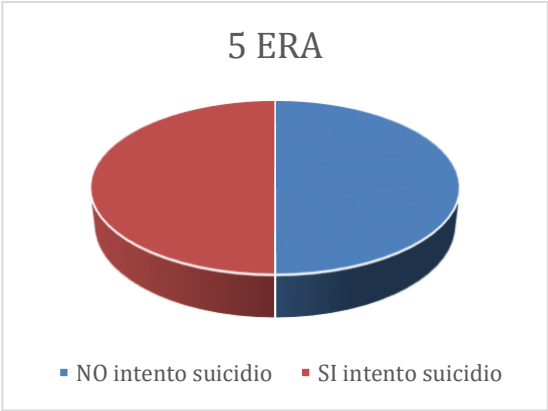






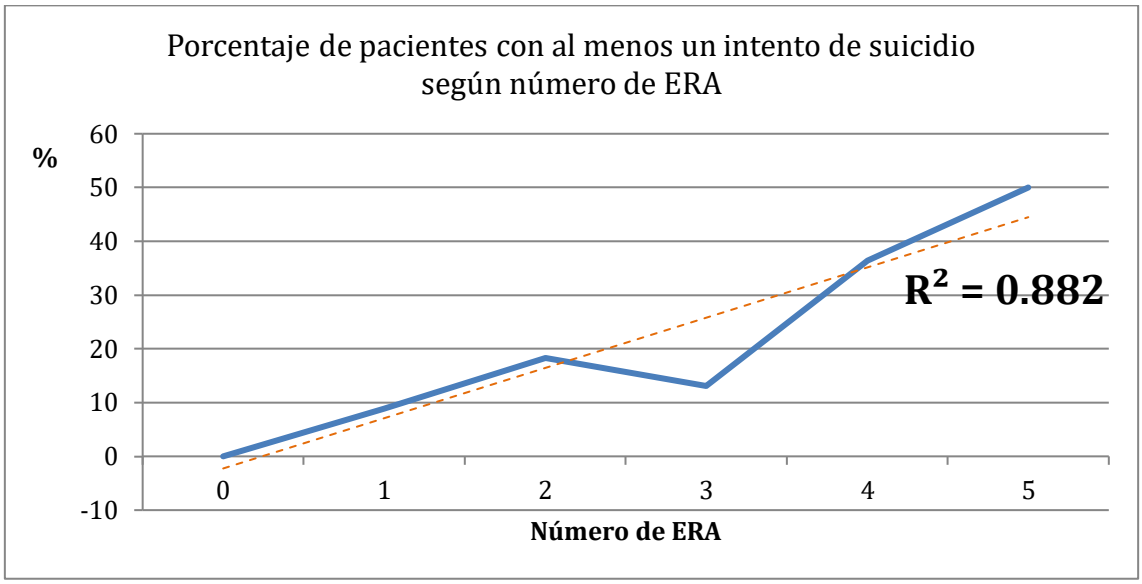






El siguiente gráfico muestra la relación entre número de ERA y el porcentaje de pacientes con, al menos, un intento de suicidio. La recta discontinua se define como la recta de regresión entre ambas variables, mostrando una correlación de más del 88%. Teniendo en cuenta que una correlación por encima del 90% se considera muy alta (Musaka, 2012), podemos decir que, según nuestros datos, un mayor número de ERA correlaciona muy positivamente con la presencia de algún intento de suicidio.

Gráfico 15: correlación positiva entre ERA-A y riesgo de intentos de suicidio



9.4 Resultados Estudio IV

Estudio sobre la falta de detección del abuso sexual por parte de los profesionales que han atendido con anterioridad a los adolescentes.

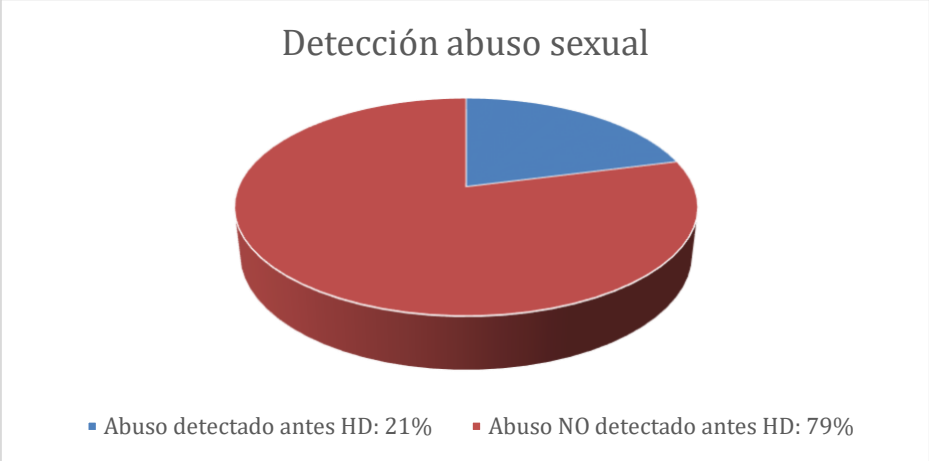
Los análisis descriptivos realizados informaron que los casos de adolescentes que han sufrido abuso sexual son 39, de los cuales solo 8 ingresaron en el Hospital de Día de Badalona con el abuso sexual ya detectado con anterioridad por otros profesionales. En los 31 casos restantes el abuso sexual se detectó durante el ingreso en el Hospital de Día.

Tabla 14: detección del abuso sexual antes del ingreso en HD

Estudio IV	Núm. de casos	Porcentaje
Abuso sexual detectado antes del ingreso en HD	8	21%
Abuso sexual NO detectado antes del ingreso HD	31	79%
Total	39	100%

Estos datos indican que sólo en un 21% de los casos los profesionales que atendieron con anterioridad a los adolescentes detectaron el abuso sexual que éstos habían sufrido o estaban sufriendo, mientras que en el 79% restante de los casos el abuso sexual al que fueron o seguían siendo sometidos nunca había sido detectado.

Gráfico 16: detección del abuso sexual antes del ingreso en HD



9.5 Resultados Estudio V

Estudio de la relación entre el riesgo de intentos de suicidio de los adolescentes y la falta de detección del abuso sexual.

Los análisis descriptivos realizados informaron que de los 8 casos que llegaron al Hospital de Día con el abuso sexual previamente detectado, ningún adolescente había intentado suicidarse. Por el contrario, en el grupo de adolescentes que habían sufrido abuso y este no había sido detectado con anterioridad al ingreso en el Hospital de Día, 15 adolescentes habían intentado suicidarse, lo que supone un 48% de este grupo frente al 0% del grupo en el que la detección previa no había fallado.

Tabla 15: Relación entre los intentos de suicidio de los adolescentes y la falta de detección del abuso sexual.

Estudio V	Intento de Suicidio: SI	Intento de suicidio: NO
Abuso detectado antes del ingreso en HD	0	8
Abuso NO detectado antes del ingreso en HD	15	16

No hay suficiente muestra y se observa un porcentaje de 0 en una parrilla de la tabla de contingencia. No se puede hacer la prueba Chi-cuadrado porque en una población no hay variabilidad. De todas formas, este mismo resultado ya es muy concluyente, al no encontrar ningún caso de intento de suicidio en el grupo de adolescentes a los que se había detectado el abuso sexual sufrido, frente al 48% de intentos de suicidio en el grupo de adolescentes a los que no se había detectado el abuso sexual sufrido.

Tabla 16: Relación entre los intentos de suicidio de los adolescentes y la falta de detección del abuso sexual.

	Nº Casos	I Suicidio	No I Suicidio	% I Suicidio
Detectado antes HD	8	0	8	0%
NO Detectado antes HD	31	15	16	48%
	39	15	24	

También resulta bastante concluyente de manera visual en los siguientes gráficos:

Gráfico 17: intentos de suicido en adolescentes con abuso sexual no detectado

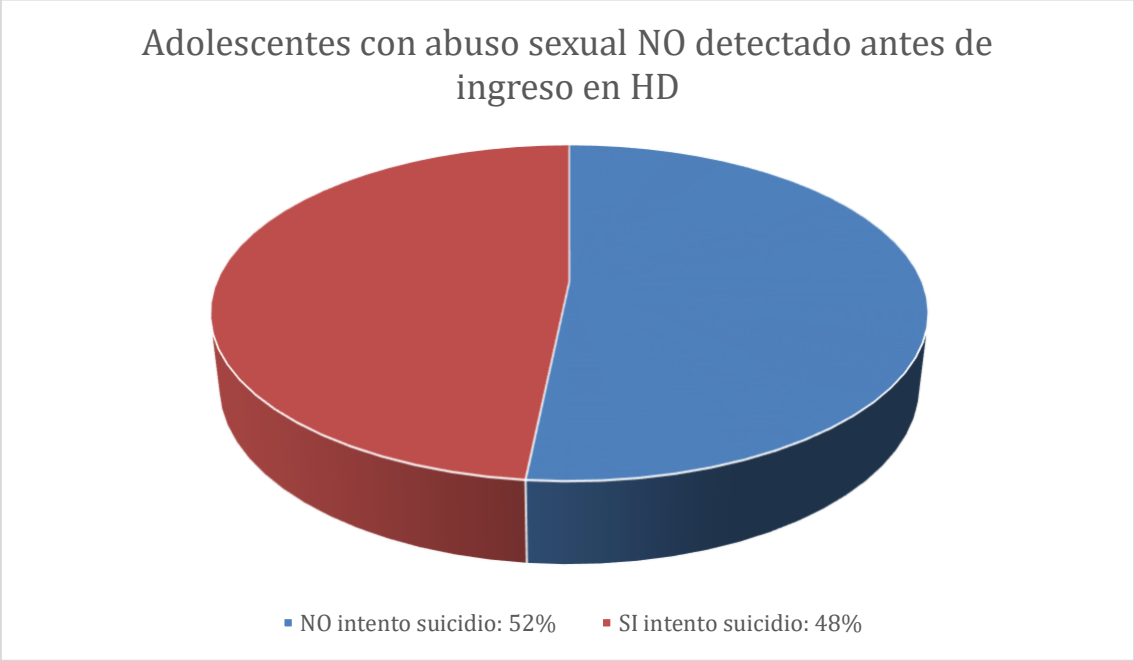
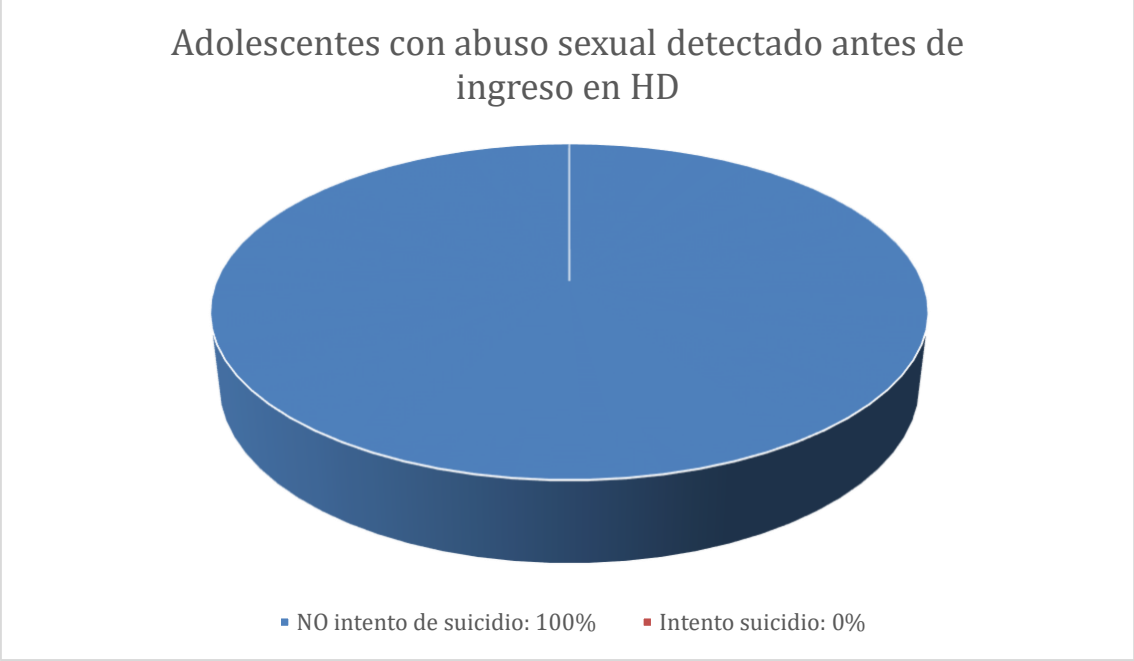


Gráfico 18: intentos de suicido en adolescentes con abuso sexual detectado



9.6 Resultados Estudio VI

Estudio de la relación entre el hecho que un adolescente haya sufrido ERA en la infancia y el hecho que sus padres también sufrieran ERA en su propia infancia. Los análisis descriptivos realizados informaron que, en 224 del total de los casos, los progenitores habían sufrido experiencias relacionales adversas en su propia infancia, en 24 casos no las habían sufrido y en 3 de los casos no obtuvimos datos directos de los progenitores.

Eso significa que el 89% de los progenitores sufrió ERA en su propia infancia. Si nos fijamos en los datos más detalladamente, observamos lo siguiente: en el grupo de progenitores que han sufrido experiencias relacionales adversas en su propia infancia, vemos que un 99% de los hijos han sufrido también experiencias relacionales adversas en su infancia. Del grupo de progenitores que no han sufrido ERA, vemos que el 50% de los hijos han sufrido experiencias relacionales adversas en su infancia, mientras que el otro 50% no las ha sufrido. Del grupo de tres casos sin datos directos de los progenitores, vemos que en el 100% de los casos los hijos han sufrido ERA en su infancia.

Tabla 17: Adolescentes con ERA y presencia de ERA en sus progenitores.

Estudio VI	Hijos con ERA	Hijos sin ERA	Total	% Hijos ERA
Progenitores ERA	221	3	224	99%
Progenitores NO ERA	12	12	24	50%
No datos	3	0	3	100%
Total	236	15	251	

Gráfico 19: porcentaje de adolescentes con ERA en el grupo de progenitores con ERA

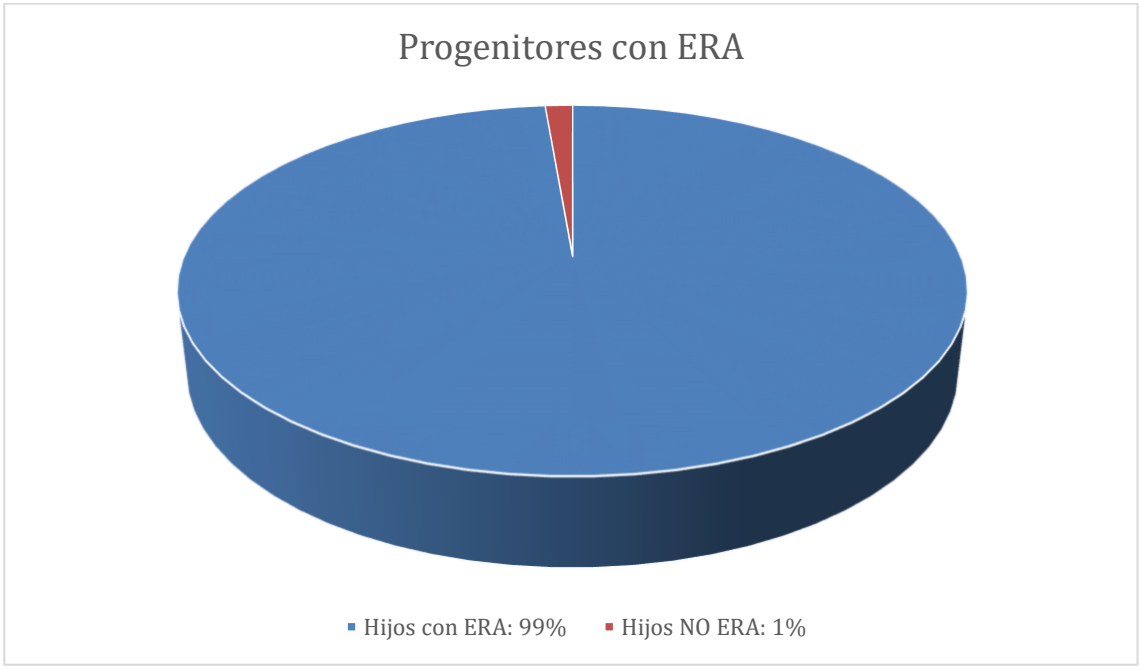
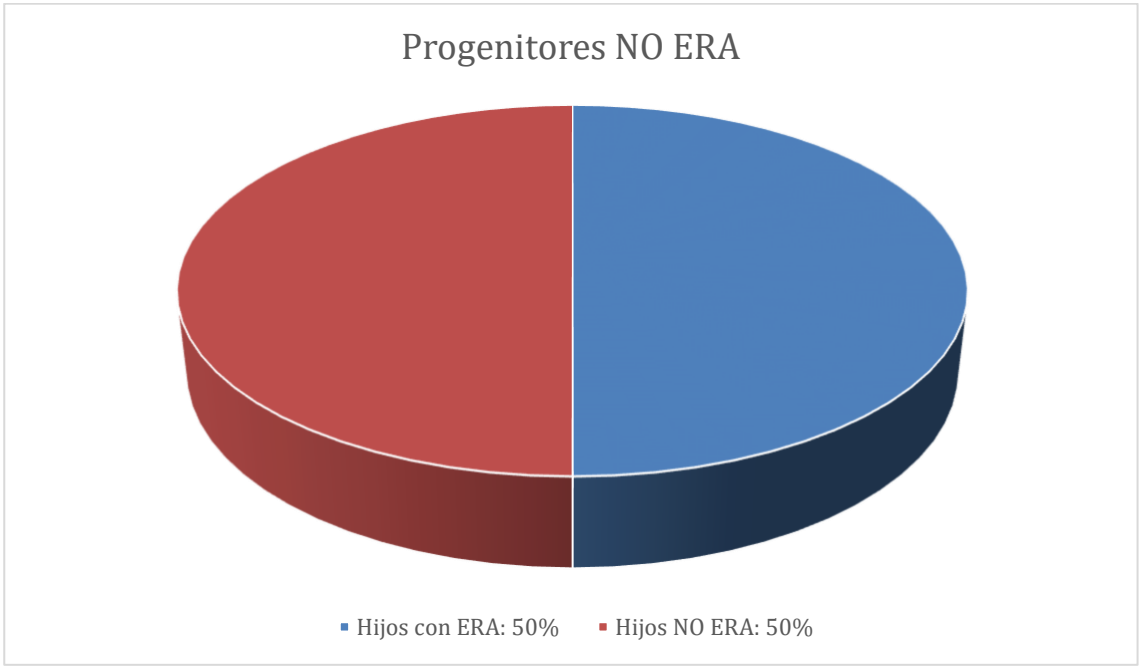


Gráfico 20: porcentaje de adolescentes con ERA en grupo de progenitores sin ERA



Los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado son significativos:

Tabla 18: resultados estudio VI

Estudio VI	**Hijos con ERA**	**Hijos NO ERA**	**OR**	**P-valor**
Progenitores con ERA	221	3	73,67	0,00000000000000000001
Progenitores NO ERA	12	12		

En este caso, la odds ratio es también superior a 1. Por lo tanto, el hecho que los progenitores de un menor hayan sufrido ERA en su propia infancia es un factor de riesgo para que sus hijos también sufran ERA.

Por lo tanto, para un adolescente cuyos progenitores hayan sufrido ERA en su infancia, la razón de probabilidad de sufrir ERA es 73,67 veces mayor que para un adolescente cuyos progenitores no hayan sufrido ERA.

10. Discusión y conclusiones

10.1 Estudio I

Este estudio muestra que la práctica totalidad de los adolescentes estudiados (N=251) han sufrido una o más experiencias relacionales adversas en la infancia. Las cifras son contundentes, ya que 236 adolescentes han sufrido ERA y solo 15 no han sufrido ERA en su infancia. Esto significa que el 94% de los adolescentes estudiados han sido víctimas de adversidades en la infancia., siguiendo los criterios de inclusión de las ERA recogidas en el metanálisis de Varese et al. (2012), en el que hemos basado los criterios de recogida de datos sobre ERA.

Debemos tener en cuenta que estamos estudiando una muestra de adolescentes bastante homogénea, ya que son adolescentes que presentan trastornos psicopatológicos graves que requieren de un ingreso en un Hospital de Día de Salud Mental. Considero que este aspecto del estudio refuerza el valor del resultado.

Es una cifra muy superior a los distintos estudios que hablan de la presencia de ERA en población general, citados en la introducción y en el capítulo 4. En algunos estudios realizados en población general, las cifras totales de experiencias relacionales adversas oscilan entre el 43% y el 60% (Addington et al., 2013; Tikka et al., 2013), por lo que en algunos casos vemos que la proporción de ERA en nuestra muestra en relación con la población normal puede llegar a ser más del doble.

Tal y como he mencionado en la introducción, la OMS presentó unas estimaciones de abuso sexual, maltrato físico y maltrato psicológico de los menores en Europa en 2014. La OMS afirma que un 9% de los menores en Europa ha sufrido abuso sexual, un 23% maltrato físico y un 29% maltrato psicológico. Este porcentaje de la OMS no incluye la negligencia parental, que habitualmente es más elevada que los distintos tipos de maltrato o que el abuso sexual. En nuestros resultados vemos que un 92% de los adolescentes ha sufrido negligencia, un 69% ha sufrido maltrato psicológico, un 27% maltrato físico, un 26% *bullying*, un 16% abuso sexual y un 2% muerte parental.

Para comparar nuestros resultados con los de otros estudios llevados a cabo en España, junto también a datos de la OMS, presento una síntesis comparativa de resultados en la siguiente tabla, que comentaré a continuación.

Tabla 19: síntesis de resultados de diferentes estudios

Prevalencia ERA	Abuso sexual	A. sexual mujeres	A. sexual varones	Maltr. Físico	Maltr. Psicológico	Negligencia	Bullying	Muerte parent.
Estudio I Tesis doctoral	16%	23%	10%	27%	69%	92%	26%	2%
OMS 2014	9%			23%	29%			
OMS 2016a	6%			14%	40%	58%		
OMS 2016b		20%	8%					
Álvarez et al. 2014 Pacientes	45%			42,2%	68,8%	91,1%		
Álvarez et al. 2014 Control	15,3			20,5%	60,2%	87,1%		
Pereda et. al 2009		19,7%	7,9%					
Pereda et al. 2014	8,7%			11,4%	17,3%	0,5%	48,8%	
Pereda et al. 2015a Comunidad	14,7%							
Pereda et al. 2015a CSM	23,5%							
Pereda et al. 2015a Protección	36,4%							
Pereda et al. 2015b	16,1%			24,8%	40,9%	5,4%	62,4%	

En primer lugar, en cuanto a los datos sobre el porcentaje de abuso sexual en la muestra estudiada en esta tesis, vemos que nuestras cifras son ligeramente superiores a los datos aportados por Pereda et al. (2009), que llevaron a cabo un metanálisis para estudiar la prevalencia del abuso sexual en la comunidad a nivel internacional, precisamente con el objetivo de tratar de establecer una cifra general de la prevalencia del abuso sexual a este nivel. Los resultados de este metanálisis muestran que un 7,9% de los hombres y un 19,7% de las mujeres han sufrido alguna forma de abuso sexual antes de los 18 años.

Al hacer distinción en función del género de los menores, la OMS (2002 ver anexo 13; 2016 ver anexo 14) presenta unos datos similares a los de Pereda et al. (2009) al afirmar en dos documentos distintos que, a nivel internacional, un 20% de las mujeres y un 8% de los hombres reportan haber sufrido abuso sexual en su infancia.

En nuestro estudio, la única diferencia significativa en función del género la encontramos precisamente en el abuso sexual, donde vemos que un 23% de las adolescentes mujeres de nuestra muestra han sufrido abuso sexual frente al 10% de los adolescentes varones de nuestra muestra. La odds ratio nos da un valor de 2,54, por lo que podemos concluir que, para una chica adolescente, la probabilidad de haber sufrido abuso sexual es 2,54 veces más alta que la probabilidad que un chico adolecente haya sufrido abuso sexual En cuanto a esta diferencia significativa, quiero comentar que, a pesar de encontrarnos en un país teóricamente más igualitario en cuestiones de género, considero que estos resultados deberían hacernos pensar que hace falta seguir trabajando para erradicar ciertas actitudes que todavía mantienen desigualdades en este ámbito. Actitudes de las que, en cierta medida, todos somos responsables, aunque también potenciales agentes para favorecer un cambio hacia una sociedad más justa.

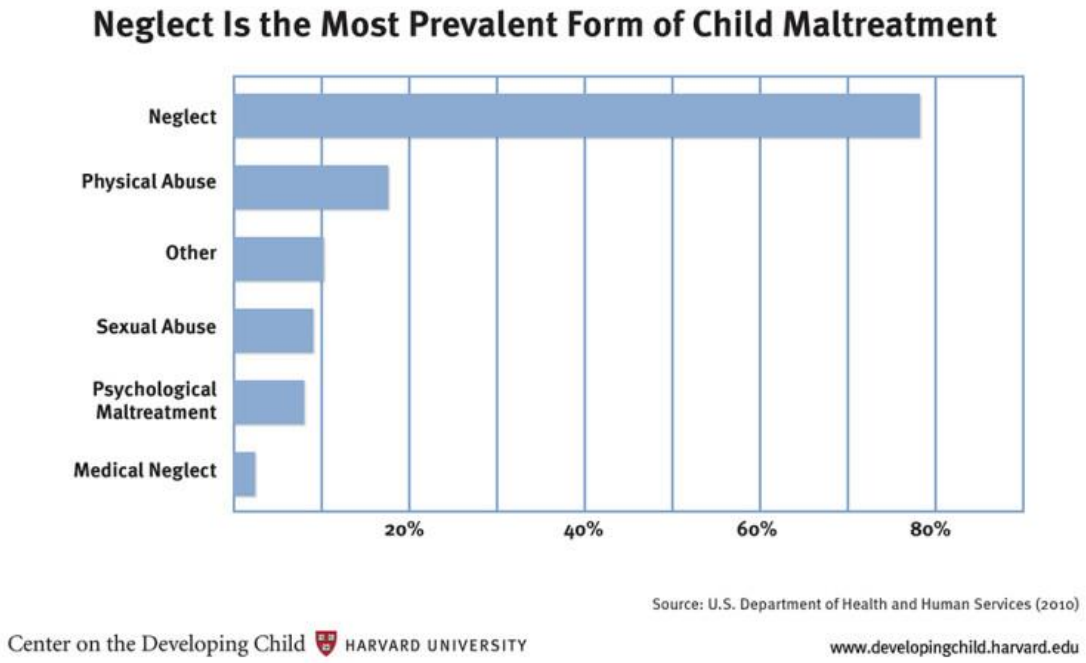
Si nos fijamos en otros grupos de ERA, vemos que en el estudio de Álvarez et al. (2014) –que compara la presencia de ERA en una muestra de pacientes adultos ambulatorios con diagnóstico de esquizofrenia con una muestra control de población sana–, los resultados en cuanto a negligencia y maltrato psicológico son prácticamente idénticos a los nuestros, mientras que los de maltrato físico y abuso sexual son bastante superiores en su muestra. Una hipótesis para explicar estas diferencias serían las características distintas de las muestras de ambos estudios: la muestra de Álvarez et al. (2014) es exclusivamente de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, mientras que nuestra muestra incluye todo el amplio espectro de diagnósticos de los pacientes ingresados en el Hospital de Día, donde hay un 25% de adolescentes con un diagnóstico de trastorno psicótico, un 37% con diagnóstico de EMAR y un 38% con otros diagnósticos, frente al 100% de diagnósticos de trastorno psicótico en la muestra de Álvarez et al. (2014).

En otro estudio con población adolescente atendida en servicios ambulatorios (Pereda et al., 2015b), las autoras encontraron una cifra igual a la de

nuestro estudio en cuanto a presencia de abuso sexual, un 16%, muy similar en cuanto al maltrato físico, con una diferencia solo de dos puntos, y una diferencia muy considerable de 28 puntos menos en cuanto a la presencia de maltrato psicológico en el estudio de Pereda. Donde las diferencias son más llamativas –y estadísticamente significativas– es en las categorías de negligencia y *bullying*, o victimización entre iguales. Lo que más me llama la atención es la cifra casi insignificante de negligencia en el estudio de Pereda et al. (2015b) que, en nuestro estudio, siguiendo los criterios de Varese et al. (2012), incluye la negligencia física y emocional. Entiendo que el estudio de Pereda et al. (2015b) también se refiere tanto a negligencia emocional como física, encontrando tan solo un 5.4% de negligencia en su muestra, frente al 92% que encontramos en la nuestra. Es una diferencia muy sorprendente, sobre todo teniendo en cuenta que en el estudio de Pereda et al. (2015b) el porcentaje de maltrato psicológico y maltrato físico intrafamiliar es de un 40.9% y 24.8% respectivamente, es decir, bastante superior a este 5.4%. Mi hipótesis para explicar esta diferencia tan significativa, son los distintos criterios que entiendo que utilizamos para valorar la presencia de negligencia parental, algo que considero que sería interesante intentar remediar buscando acuerdos o llegando a consensos en los criterios para valorar cada una de las ERA. A la vez, también me pregunto si esta diferencia en las puntuaciones tiene que ver con el modo en el que se exploran las ERA, si mediante un cuestionario o mediante entrevistas semi-estructuradas en las que se ha establecido una relación de confianza previa con el menor, que entiendo que es un contexto que facilita la comunicación de ciertas experiencias vitales.

Es pertinente añadir en este punto que los datos aportados por el *Center on the Developing Child* de la Universidad de Harvard, de manera similar a los datos obtenidos en la presente tesis doctoral, afirman que la negligencia es la forma de maltrato más prevalente en la infancia. El siguiente gráfico tomado de la web www.developingchild.harvard.edu nos muestra estos resultados.

Gráfico 21: La Negligencia es la forma más prevalente de maltrato infantil



Los mismos investigadores del Center on the Developing Child, también afirman en su web que la negligencia parental crónica se asocia con una gama más amplia de daños que el abuso activo, pero recibe menos atención en políticas y prácticas.

Los criterios que utilizamos en el Hospital de Día para la valoración de las ERA siguen los de autores como Davins et al. (2012), que dicen: «aparte del maltrato psicológico –que puede darse sin ir acompañado de otros tipos de maltrato–, entendemos que siempre que existe maltrato físico existe maltrato psicológico y, cuando hay abuso sexual, éste también va acompañado tanto de agresión física como de maltrato psíquico». Es evidente que un padre que abusa sexualmente de su hijo o hija, también le está maltratando física y psicológicamente, así como también se da una situación de negligencia emocional en la dinámica relacional intrafamiliar donde, obviamente, no se atenderá ni acompañará al menor en su sufrimiento, sino que más bien se estimulará la generación de confusión, la negación, la disociación etc., que contribuyen a aumentar el daño ocasionado por el abuso. Por este motivo, la dinámica relacional estará marcada también por la negligencia emocional severa. En el caso del maltrato psicológico, donde el progenitor tiene un papel activo de descalificación, humillación, discriminación, sometimiento del menor a su voluntad, que inciden en la dignidad, autoestima e integridad psíquica y moral del menor, tal como dicen Davins et al. (2012), entendemos que no se da otro tipo de maltrato.

Pero lo que creemos que resulta evidente, es que se está dando una situación de negligencia emocional del menor, al no poder ser atendidas las necesidades emocionales del mismo, así como tampoco se está ofreciendo una interacción segura y estable con esta figura adulta de referencia, debido a la dinámica relacional tan tóxica que este progenitor despliega con el menor. En nuestra muestra, la totalidad del maltrato físico y psicológico se da en la relación con los progenitores o quienes asuman dichas funciones, por lo que en todos los casos en los que se da un maltrato físico y psicológico, hemos constatado que también se está dando una negligencia emocional. Este es el motivo que entiendo que puede explicar la diferencia entre las muy bajas puntuaciones de negligencia encontrada entre el estudio de Pereda et al. (2014) y nuestros datos.

Por otra parte, volviendo al estudio de Álvarez et al. (2014), vemos que en el grupo control de población sin historia previa de trastorno mental ni de haber sido atendidos en un servicio de salud mental, las cifras de abuso sexual se encuentran casi en el mismo nivel que las de nuestro estudio y el de Pereda et al. (2015b), mientras que las de negligencia, maltrato psicológico y maltrato físico están solamente entre 5 y 9 puntos por debajo de nuestro estudio.

Teniendo en cuenta datos de estudios que exploran la prevalencia del abuso sexual en pacientes de servicios de salud mental para adultos (Read et al., 2005), considero que el hecho de que las cifras de abuso sexual detectadas en nuestro HD sean similares a las cifras de prevalencia en población general, puede ser indicativo de una insuficiente detección, a pesar de que es una de las adversidades exploradas en nuestro Hospital de Día. Los datos que expongo a continuación muestran que la prevalencia del abuso sexual en estudios de población adulta con trastorno mental es superior al de la prevalencia del abuso sexual en la población general.

En un estudio de Read et al. (2005) se encontró que en una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios y hospitalizados –mujeres N= 2604; varones N= 1536–, el 48% de las mujeres había sufrido abuso sexual en la infancia y el 48% maltrato físico en la infancia. La mayoría, un 69%, había sido sometida a una u otra de estas ERA. En cuanto a los varones, un 28% había sufrido abuso sexual en la infancia y un 50% maltrato físico en la infancia, con un total del 59% de varones que había sufrido una, otra o ambas ERA.

Estas cifras muestran que existe una diferencia en cuanto a la cifra de abuso sexual detectado, ya que en esta tesis doctoral es del 23% para las mujeres y 10% para los hombres, mientras que en el estudio de Read et al. (2005) las cifras son del 48% y 28% respectivamente, es decir, más del doble que en nuestra muestra. Una posible explicación sería que los casos contabilizados por nosotros son aquellos en los que ha habido una comunicación del abuso sufrido por parte del menor, pero obviamente no incluye aquellos casos en los que teníamos sospechas de que había podido suceder, pero sin que, por diversos motivos, el menor nos lo confirmase ni tampoco se pudiese constatar a través de otros servicios. En este sentido, en algunos casos complejos hicimos una derivación a la Unidad de Pediatría Social del Hospital Germans Trias i Pujol *Can Ruti* de Badalona, o a la Unidad Funcional de Abusos a Menores del Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona, para que se llevase a cabo una valoración médica y psicológica que pudiese determinar la presencia del abuso sexual. Obviamente, siendo rigurosos con la recogida de datos, no hemos incluido aquellos casos en los que no se ha podido confirmar el AS sexual sufrido, en el caso en que el menor no explicitara dicho AS, aunque tuviéramos claras sospechas de que habría podido suceder.

Creo que es importante recordar que ante cualquier comunicación por parte de un menor de haber sufrido o estar sufriendo algún tipo de ERA que sea compatible con un acto delictivo, tenemos la obligación de informar a Fiscalía de Menores y a la DGAIA o los servicios de protección a la infancia que correspondan, para que se pongan en marcha las medidas de protección y judiciales necesarias para garantizar la seguridad y el bienestar del menor. Retomaré esta importante cuestión en la discusión del estudio IV.

Dicho esto, y para cerrar provisionalmente la discusión de este primer estudio, quisiera enfatizar una cuestión para evitar que se haga una lectura inapropiada de estos datos y que tiene relación con los resultados del estudio VI, así como una lectura inapropiada del comentario del párrafo anterior. Considero que los resultados de este estudio deberían ser utilizados como una razón más para disminuir las actitudes que tienden a culpabilizar a los padres de los trastornos de sus hijos. Obviamente, si un progenitor ha abusado sexualmente de su hijo o hija, o ha cometido cualquier otro delito en el contexto de las ERA exploradas y detectadas, debemos dar parte a Fiscalía de Menores y que dicho progenitor sea juzgado y

condenado por sus crímenes. Pero debemos ser cautos a la hora de tomar una actitud que culpabilice de una forma generalizada a los progenitores en los casos en los que se detectan ERA y se observan consecuencias psicopatológicas en los menores. En lugar de caer en este tipo de actitudes, los resultados de esta tesis nos deberían servir para entender el impacto de las ERA y del trauma transgeneracional, es decir, entender que los progenitores que no han sido ayudados en sus propias experiencias de trauma relacional tenderán a actuarlo con sus hijos, dando lugar a la transmisión transgeneracional del trauma relacional, por lo que se tendrán que tomar medidas protectoras y de apoyo a las familias, en lugar de lecturas que tienden a culpabilizarlas.

Como veremos en el Estudio VI, la mayoría de los progenitores también sufrieron experiencias relacionales adversas en su infancia, y este hecho es el que explica la reedición de estas adversidades en sus hijos, puesto que, si los progenitores no fueron ayudados a enfrentar las consecuencias de sus propias ERA, no tendrán los recursos emocionales y relacionales suficientes como para poder ofrecer un estilo de relación y de gestión de la vida emocional distinto a sus hijos.

Conclusión Estudio I:	**La práctica totalidad –94%– de los adolescentes con trastornos mentales atendidos en un Hospital de Día de salud mental, han sufrido experiencias relacionales adversas en su infancia. La única diferencia significativa en cuanto al género es el abuso sexual, habiendo encontrado una asociación significativa entre la presencia de abuso sexual en chicas frente a los chicos, con una probabilidad 2,54 veces mayor de sufrir abuso sexual en el caso de las chicas frente a los chicos.**

10.2 Estudio II

Los resultados indican que hay una asociación significativa entre el hecho de sufrir cuatro o más ERA, o ERA-A, y el hecho de tener un diagnóstico de trastorno psicótico o de EMAR, frente al grupo de menores con tres o menos ERA. El valor de la odds ratio es de 3,75, por lo tanto, haber sufrido 4 o más ERA es un factor de riesgo de sufrir un trastorno psicótico o de presentar un EMAR. También podemos concluir que para un adolescente que ha sufrido 4 o más ERA, la probabilidad de sufrir un trastorno psicótico o de presentar un EMAR es 3,75 veces mayor que para un adolescente que ha sufrido 3 o menos ERA.

Además, la recta de regresión entre ambas variables muestra una correlación de más del 80%. Teniendo en cuenta que una correlación por encima del 70% se considera alta (Musaka, 2012), podemos decir que, según nuestros datos, la presencia de ERA-A correlaciona positivamente con un mayor riesgo de sufrir un trastorno psicótico o un cuadro compatible con un EMAR.

He citado estudios que hablan de la gran proporción de pacientes con trastornos psicóticos (85%) que han experimentado ERA (Larsson et al., 2013), o de la evidencia que sugiere que las adversidades en la infancia están relacionadas con el riesgo de sufrir trastornos psicóticos (Matheson et al., 2013; de Vos et al., 2019). El metanálisis de Varese et al. (2012) concluye: «La asociación entre adversidad infantil y psicosis es responsable de la presencia de síntomas psicóticos en la población general, así como del desarrollo de trastornos psicóticos en los estudios prospectivos». En uno de los trabajos que cito ampliamente en el capítulo 4, de Vos et al. (2019) explican que la evidencia acumulada sobre la asociación entre las ERA y las psicosis ha llevado a algunos investigadores a postular que el trauma infantil debe considerarse como un factor de riesgo ambiental etiológico importante para los trastornos psicóticos.

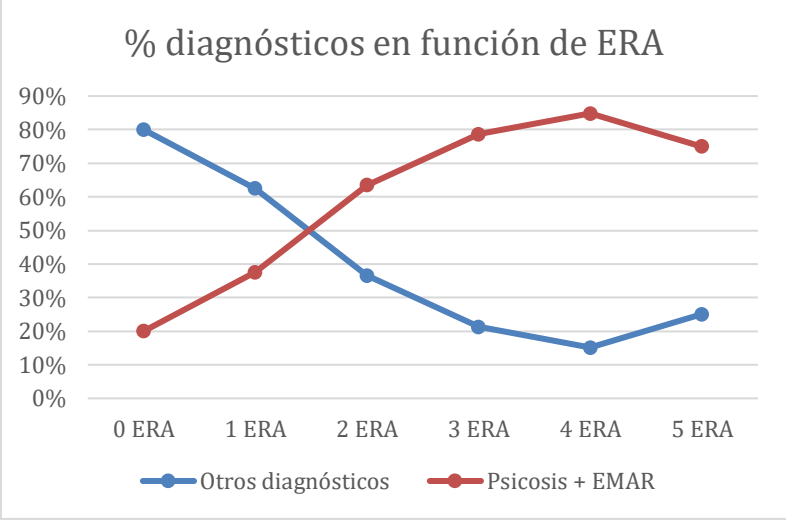
En esta línea, Morgan & Gayer-Anderson (2016) hablan también de la gran cantidad de evidencia existente de asociaciones entre diversas formas de adversidad infantil y psicosis. Estos autores afirman que la evidencia de esta asociación existe en todo el espectro dimensional psicótico, desde las experiencias hasta el trastorno. Este hecho está en la línea del planteamiento de nuestro estudio, en el que agrupamos los casos con diagnóstico de trastorno psicótico con los casos

de EMAR, encontrando una relación significativa de estos grupos diagnósticos con la presencia de ERA-A.

En la misma investigación citada (Morgan & Gayer-Anderson, 2016), los autores hablan también de los estudios que evidencian los efectos acumulativos, así como de las interacciones con otros factores, de efectos específicos y de supuestos mecanismos biológicos y psicológicos. Según los autores, este hecho viene a atenuar, pero no a descartar, las conclusiones sobre el papel causal de la adversidad en la infancia. En su estudio, concluyen que la exposición a múltiples adversidades que involucran hostilidad y amenaza contribuye, en algunas personas, a la aparición de experiencias psicóticas –EMAR– y trastornos psicóticos.

En nuestro estudio vemos una progresión ascendente del porcentaje de pacientes con diagnósticos en el espectro dimensional psicótico, a medida que aumentan el número de ERA sufridas en la infancia, y la relación inversamente proporcional entre el grupo de otros diagnósticos y la presencia de ERA. El gráfico que ya he incluido en los resultados lo muestra de forma visual:

Gráfico 22: porcentaje de diagnósticos en función de ERA



Estos resultados vienen a confirmar la creciente evidencia de la relación entre la acumulación de ERA y un mayor riesgo de psicosis, aunque, en la línea de lo expuesto por Morgan & Gayer-Anderson (2016), considero que el paso entre la presencia de ERA y la expresión psicopatológica está mediado por múltiples factores, tanto biológicos, psicológicos como sociales. Los efectos acumulativos de

las ERA sobre el riesgo de psicosis son evidenciables en nuestro estudio, así como la asociación estadísticamente significativa que los datos muestran. A pesar de ello, no podemos obviar el resto de los factores o experiencias mediadoras implicados en el complejo proceso de desarrollo del psiquismo y sus trastornos.

A nivel psicológico, estas experiencias mediadoras son el tipo de apego y la capacidad de mentalización. Existe evidencia de la relación entre la presencia de ERA y el tipo de apego (van Ijzendoorn, Schuengel y Bakermans-Kranenburg, 1999; Barnett, Ganiban & Cicchetti, 1999; Carlson, Cicchetti, Barnett & Braunwald, 1989; Cicchetti, Rogosch & Toth, 2006; van IJzendoorn, 1995), así como de la evidencia de las alteraciones cerebrales causadas por la exposición a las ERA infantiles (Teicher et al., 2016), alteraciones que coinciden con el área cerebral donde sabemos que se localiza la capacidad de mentalización (Denny et al., 2012). En este sentido, los datos de nuestro estudio que muestran la progresión creciente y asociación significativa entre la presencia aumentada de ERA y el riesgo de psicosis, contribuyen a reforzar esta línea de evidencia sobre el impacto significativo que tiene la magnitud de las ERA sufridas, que podrían ser explicadas desde las consecuencias de las ERA sobre las experiencias mediadoras psicológicas mencionadas. De todas formas, es necesario poder seguir estudiando este tipo de factores mediadores psicológicos, así como los múltiples procesos mediadores biológicos y sociales que matizan las consecuencias psicopatológicas de las ERA.

Un muy reciente estudio (Hailes et al., 2019), publicado en septiembre de 2019 en la revista *Lancet*, tiene como objetivo una revisión sistemática de los metanálisis existentes sobre el tema de las consecuencias psicopatológicas, psicosociales y de salud física del abuso sexual infantil. Los autores concluyen que a pesar de que el abuso sexual infantil se asoció con una amplia gama de consecuencias psicosociales y de salud, solo fueron de calidad las revisiones sistemáticas de la relación con el trastorno por estrés postraumático y la esquizofrenia, así como con el abuso de sustancias. En el mismo estudio, Hailes et al. (2019) afirman que es probable que otros factores, incluidas las características familiares –factores protectores como el entorno familiar estable y las relaciones de apoyo–, las características del abuso o la superposición con otros tipos de abuso infantil moderen o medien la asociación entre el abuso sexual y los resultados posteriores, por lo que no tenerlos en cuenta podría llevar a una sobreestimación

del efecto del abuso sexual. En consecuencia, consideran que son necesarios futuros estudios para una estimación más precisa de la relación entre abuso sexual sus consecuencias. Además, afirman que la recopilación de información más detallada sobre la naturaleza del abuso podría ayudar a aclarar los efectos de los diferentes tipos de abuso, así como el hecho de que se necesitan más estudios empíricos para aclarar las vías de desarrollo desde el abuso sexual hasta las consecuencias a nivel psicosocial y de salud física. También hablan de la necesidad de llevar a cabo más investigaciones sobre el resultado del tratamiento en individuos que han experimentado abuso sexual infantil.

Viendo estas conclusiones de Hailes et al. (2019), podemos pensar que respaldan también la necesidad de no centrarnos solamente en estudiar el impacto de un solo tipo de ERA aislada, sino de insistir en la creciente evidencia que apoya la necesidad de valorar el impacto acumulativo de las ERA, como en este estudio II de la tesis. Además, tal como he comentado anteriormente, creo que es muy difícil aislar el efecto de un solo tipo de ERA, y estudiar sus consecuencias sobre la salud porque, siguiendo con el ejemplo del abuso sexual, entiendo que un menor abusado sexualmente por un familiar cercano está sufriendo también maltrato físico, psicológico y negligencia severa. Considero también que los daños psicológicos y los factores patogénicos tendrán mucho que ver con las dinámicas familiares perturbadas en las que crecen estos menores, descritas en el capítulo 3 desde la teoría del apego y la teoría de la mentalización, que ayudan a entender y aportan evidencia sobre la relación entre las ERA, el establecimiento de tipos de vínculo desorganizado y un mayor riesgo psicopatológico.

Por desgracia, la experiencia clínica me ha demostrado que la ocultación y el sometimiento crónico a las dinámicas perturbadas y destructivas impuestas por los abusadores en las familias tienen una muy alta prevalencia en los casos de abuso sexual intrafamiliar. Sabemos también que la mayor parte –diversas cifras hablan de alrededor de un 80%– del abuso sexual es intrafamilar (Síndic de Greuges, 2016), a pesar de que el más mediático es siempre el abuso que sucede fuera del ámbito familiar, obviamente porque es más fácilmente detectable, a pesar de los esfuerzos a lo largo de la historia de tantas instituciones gubernamentales y no gubernamentales por ocultarlo. Este sometimiento crónico a las dinámicas patológicas, así como las dificultades de detección, –que tienen mucho que ver con

los déficits de formación de los profesionales, como detallaré en la discusión del estudio IV– es comprensible desde la transmisión transgeneracional del trauma relacional y la dificultad de poder esperar algo distinto de las relaciones humanas, si no se ha tenido ninguna otra experiencia de forma mínimamente mantenida en el tiempo. Esta dinámica relacional patológica es la que facilita la reedición de los estilos de vínculo desorganizado e inseguro, que sabemos que aumentan el riesgo psicopatológico.

Siguiendo con el tema del efecto de las ERA-A y de la necesidad de estudiar las consecuencias de las ERA-A, más que las de un solo tipo de ERA, también se ha demostrado que un tipo de experiencia relacional adversa no es un mayor predictor de psicosis que otro tipo de ERA (Schreier et al., 2009; Varese et al, 2012). En este sentido, Varese et al. (2012) señalan que la edad del menor en el momento de sufrir la ERA y la victimización múltiple pueden estar más fuertemente relacionadas con un riesgo de psicosis que un tipo específico de ERA.

En cuanto a la inclusión de la categoría alto riesgo de psicosis o EMAR junto a la de trastorno psicótico, quiero decir que ha sido una elección basada en los estudios citados en el capítulo 4 que muestran la misma prevalencia de ERA en pacientes con EMAR que en pacientes con trastornos psicóticos. Los resultados de un metanálisis indican que la tasa de prevalencia media del trauma infantil en las muestras de pacientes que presentaban cuadros compatibles con EMAR fue del 86.8%, que es significativamente mayor que en la población general, que oscila entre el 43% y el 60% (Kraan et al., 2015), y similar a la prevalencia de ERA en pacientes con psicosis.

En cuanto a la terminología empleada para referirnos a la coocurrencia de diferentes ERA, ya he mencionado en el capítulo 4 que hay diversos estudios que abordan la cuestión con distintos términos: polivictimización, politraumatización o trauma acumulativo. Como he comentado anteriormente, en esta tesis se siguen los criterios establecidos por Varese et al. (2012) en su metanálisis, para cuantificar los distintos grupos de experiencias adversas que entrarían dentro de la definición clásica de victimización –abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia parental y *bullying*– y la experiencia adversa de la pérdida de un progenitor o muerte parental. También he comentado que he adoptado la definición de ERA para referirme a estas experiencias adversas en la infancia, por lo que para

referirme a la acumulación de estas experiencias utilizo el término ERA acumulativas, algo que voy a tratar de argumentar brevemente. Me parece más adecuado referirme a estos sucesos como ERA-A, porque de esta manera hacemos referencia al hecho relacional adverso, más que a la descripción de la posición de quien la sufre. El abuso sexual o el *bullying* son objetivamente experiencias relacionales adversas, pero no todas las personas que han sufrido una, otra o ambas de estas ERA, sufrirán las mismas consecuencias emocionales ni psicopatológicas. Sabemos que estas consecuencias sobre el menor que sufre las ERA dependerán de muchos otros factores mediadores, tales como: la edad de inicio del abuso; la magnitud del mismo; la relación del abusador con la víctima, si forma parte del entorno relacional más cercano o si es una figura de referencia para el menor o no; la presencia o ausencia de figuras de confianza o figuras resilientes que puedan ofrecer protección y apoyo al menor que sufre las ERA; el tiempo transcurrido desde el inicio de la exposición a las ERA y el momento de su detección; la puesta en marcha o no de medidas de protección y tratamiento; la coocurrencia o no de otras ERA etc. Por todo ello, creo que es más pertinente utilizar el concepto ERA que define la experiencia sufrida, pero no identifica tanto al menor en un lugar determinado en relación con ese suceso. Además, la experiencia clínica nos muestra que un mismo hecho vivido por dos menores distintos, puede tener un impacto o dimensión traumática bien distinta.

En este segundo estudio de la tesis doctoral, para establecer un punto de corte entre ERA y ERA-A y comparar ambos grupos, he hecho una analogía con la clasificación propuesta por Finkelhor et al. (2005b), también utilizada en nuestro país en el estudio de Pereda et al. (2014 y 2015b), para definir el grupo de polivictimización, al que yo denomino de ERA-A, como aquel en el que se incluye a los menores que han sufrido 4 o más ERA. Como ya he mencionado en el capítulo 8, concretamente en el punto 8.2.2, mi pretensión ha sido mantener el punto de corte de 4 ERA, a partir del cual se considera que se cumplen criterios para ser considerado como ERA-A, aunque, como he mencionado, es simplemente una analogía con el criterio del estudio de Finkelhor sin ninguna pretensión de replicar su estudio.

De todas formas, debido a que las ERA que incluidas en los estudios de esta tesis son aquellas definidas en el metanálisis de Varese et al. (2012), no se han

incluido las siguientes experiencias adversas de forma diferenciada, aunque sí dentro de otras categorías:

- Ser testigo de violencia familiar o victimización indirecta: en los otros estudios mencionados que siguen los criterios de Finkelhor et al. (2005b), se contabiliza como una forma diferenciada de victimización, mientras que, en el presente estudio esta ERA queda incluida dentro del maltrato psicológico, al considerarlo una forma de modelar un estilo relacional inadecuado, en el cual se observa que el hogar en el que vive el niño constituye un modelo de vida inadecuado para su normal desarrollo, por contener pautas destructivas de forma reiterada.
- Victimización electrónica: en el presente estudio tampoco se contabiliza de forma diferenciada, sino que, en el caso que sea entre iguales, queda incluida dentro del *bullying.*
- La única forma de victimización que no queda incluida en este estudio es la de crimen convencional. Como he dicho, al seguir los criterios de Varese et al. (2012), esta forma de victimización no quedó contabilizada, aunque obviamente sí era explorada y atendida en el proceso terapéutico.

Por todo lo expuesto, es difícil comparar las cifras de nuestro estudio referentes a las ERA-A o polivictimización con otros estudios, debido a que podemos suponer que estaremos ligeramente por debajo de las cifras que se obtendrían de ERA si contabilizáramos las ERA mencionadas de forma diferenciada.

Este es un problema metodológico habitual y mencionado en diferentes estudios (Sanci, 2019), que tiene que ver con la inconsistencia en la definición de las ERA y en los métodos para medir su presencia en diferentes estudios.

De todas formas, a título orientativo, la siguiente tabla detalla los distintos porcentajes de ERA-A, trauma acumulativo o polivictimización en diferentes estudios:

Tabla 20: Prevalencia de ERA-A en diferentes estudios

Prevalencia de ERA-A o polivictimización	Porcentaje
Resultados del Estudio II de esta tesis	15%
OMS 2016	17%
Pereda et al. 2014	20%
Pereda et al. 2015b	26,2%
Álvarez-Lister et al. 2013	13%

Considero que las diferentes cifras están claramente influenciadas por los distintos criterios seguidos a la hora de agrupar y cuantificar las ERA, por lo que podemos entender el porcentaje algo inferior de nuestro estudio en comparación con los de Pereda et al. (2014 y 2015b). El hecho de que los resultados del presente estudio sean similares al de la OMS (2016), es explicable probablemente porque, a pesar de que el estudio de la OMS contabiliza un mayor número de categorías distintas de ERA, por lo que deberían obtener mayor presencia de ERA que nuestro estudio, el estudio de la OMS se ha llevado a cabo en la comunidad y no en población atendida en servicios de salud mental, como es el caso de nuestra investigación. Podemos suponer que el hecho de tratarse de una población de riesgo –adolescentes con trastornos mentales graves–, aumenta la prevalencia de ERA frente a los estudios con una muestra de población de la comunidad.

Para concluir, he de añadir también que hay algunos estudios que han mostrado también un efecto similar en cuanto a la magnitud del abuso o maltrato sufrido y su relación con la psicopatología, aunque desde distintas perspectivas. Estudios de la población en general a gran escala, diseñados para detectar posibles variables mediadoras, indican que la relación entre sufrir abusos sexuales y el riesgo de psicosis es causal, con un efecto en función de la dosis (Read, Hammersley y Rudegeair, 2007). Un estudio prospectivo de más de 4.000 personas en los Países Bajos encontró que aquellos que habían sufrido abusos *moderados* durante la infancia eran 11 veces más propensos, y los que habían sufrido abusos *severos* en la infancia tenían 48 veces más posibilidades de sufrir psicosis a nivel patológico que las personas que no habían sido abusadas cuando eran niños (Janssen et al, 2004).

Conclusión Estudio II:	**Existe una relación significativa entre el hecho de haber sufrido experiencias relacionales adversas acumulativas en la infancia –ERA-A: sufrir 4 o más ERA– y el riesgo de sufrir un trastorno psicótico o presentar un cuadro compatible con un diagnóstico de EMAR. Para un adolescente que ha sufrido ERA-A la probabilidad de sufrir un trastorno psicótico o de presentar un EMAR es 3,75 veces mayor que para un adolescente que no ha sufrido ERA-A.**

10.3 Estudio III

Los resultados de este estudio indican que existe una asociación significativa entre el hecho de haber sufrido ERA-A, y un mayor riesgo de intentos de suicido en la adolescencia. La odds ratio nos da un valor de 4,04, por lo tanto, haber sufrido 4 o más ERA es un factor de riesgo de presentar al menos un intento de suicidio. Para un adolescente que ha sufrido ERA-A, la razón de probabilidad de sufrir un intento de suicidio es 4,04 veces mayor que para un adolescente que no ha sufrido ERA-A.

Estos resultados vienen a añadir evidencia a los estudios existentes, como el estudio de Read et al. (2001) en el que encontraron que el abuso sexual sufrido en la infancia predice mejor el riesgo de suicidio actual que el diagnóstico de trastorno depresivo. En otro estudio de Pérez-González y Pereda (2015), que lleva a cabo una revisión sistemática de la prevalencia de ideación y conducta suicida en menores víctimas de abuso sexual, las autoras concluyen que «las víctimas de abuso sexual infantil tienen entre 2 y 3 veces más riesgo de presentar ideación suicida y entre 3 y 4 veces más riesgo de cometer algún intento de suicidio que las no víctimas».

Siguiendo los argumentos propuestos en la discusión del estudio II y los resultados de este estudio III, propondría entender las conclusiones de los estudios de Read et al. (2001) y Pérez-González y Pereda (2015), desde la perspectiva de las ERA-A. De esta manera, se podría considerar que una mayor acumulación de ERA predice mejor el riesgo de suicidio que el diagnóstico de trastorno depresivo, o que una mayor acumulación de ERA aumenta el riesgo de ideación y de intento de suicidio. Como he dicho anteriormente, considero que el abuso sexual es difícilmente aislable como una única ERA de la que se pueden estudiar sus consecuencias psicopatológicas, sino que sus considerables efectos patógenos se pueden explicar por lo que implica de experiencia relacional traumática acumulativa, al incluirse también los efectos de otras ERA que, a mi modo de ver, siempre coocurren junto con el abuso sexual.

Hay muchos otros autores que defienden esta misma dificultad de estudiar de forma aislada las consecuencias de un solo tipo de ERA, sobre todo del abuso sexual (Stoltenborgh, 2011; Sanci, 2019), por lo que considero que es más preciso estudiar y hablar de las consecuencias de las ERA-A y de la relación de las ERA-A con el riesgo de intentos de suicidio, que seguir centrándonos en el estudio aislado de las consecuencias de un solo tipo de ERA. No creo que sea realmente factible

investigar aisladamente las consecuencias de la mayor parte de ERA, pero mucho menos del abuso sexual, por los motivos que ya he expuesto en distintos apartados de esta tesis.

Por otra parte, los resultados de la asociación significativa entre el haber sufrido ERA-A y un mayor riesgo de suicidio que este estudio demuestra, vienen a confirmar la propuesta que hago de estudiar las ERA de forma conjunta.

Para ejemplificar esta afirmación, retomaré el caso clínico citado en el capítulo 3. Se trata del caso de una chica de tan solo 13 años que hizo un intento de suicidio potencialmente mortal. Esta chica había sufrido abusos sexuales continuados por parte de su abuelo durante largos años de su infancia. Era una tortura física y psicológica recurrente y crónica, aunque un aspecto patógeno muy importante era también el aislamiento en el que vivía su intenso sufrimiento, siendo severamente desatendida en cuanto a sus necesidades emocionales y su sufrimiento. Creo que es evidente que no podemos contabilizar las ERA presentes en este caso simplemente como abuso sexual, sino que también deben contabilizarse el maltrato físico, el maltrato psicológico y la negligencia.

Los resultados de este tercer estudio tienen también implicaciones importantes a nivel asistencial, puesto que cuando un adolescente intenta suicidarse, considero que debemos preguntarnos sobre lo que sucede en su entorno relacional más cercano. Sabemos que los niños pueden tener fantasías de suicidio, pero los adolescentes pueden actuarlas, por lo que sin una adecuada valoración de su entorno relacional y de la presencia de ERA no podremos implementar medidas protectoras ni planes terapéuticos individuales adaptados a las necesidades reales de los menores. La experiencia clínica de muchos años y los datos que este estudio confirman, nos muestran que, con mucha frecuencia, nos encontramos situaciones de gran violencia ejercida sobre los adolescentes, una violencia no siempre explícita y fácilmente identificable, que los lleva a sentir que su única salida desesperada es la muerte.

A su vez, el aislamiento en el que viven estos menores durante la infancia es un elemento muy tóxico para el frágil psiquismo en desarrollo. Un aislamiento que se puede entender como consecuencia de la negligencia emocional severa vivida en una dinámica familiar en la que hay un sometimiento al abusador.

A lo largo del proceso de maduración psíquica, la experiencia emocional del menor no será reconocida ni contenida, sino despreciada. Este escenario establece las bases para procesos de pensamiento dañados y desorganizados en el frágil psiquismo en desarrollo del menor, afectando el desarrollo de las capacidades de mentalización que, a su vez, son aspectos mediadores que aumentan el riesgo psicopatológico.

Recordando el concepto de *alien self* descrito en el capítulo 3, podemos entender un intento de suicidio como un acto de alguien que está completamente a merced de miradas sobre un mismo llenas de amenaza, ataque despiadado, crítica destructiva y desesperanza. Estas miradas sobre uno mismo provienen de las experiencias de relación adversas interiorizadas y de la imposibilidad de conectar con experiencias de relación internas y externas *suficientemente buenas* (Winnicott, 1956) que permitan mantener la esperanza en las relaciones humanas.

El intento de suicidio puede ser el asesinato de un ser insoportable que se identifica con el atormentador interno –*alien self*–, la salida a un sufrimiento extremo, la necesidad de callar al enemigo y verdugo interno, que se encuentra en algún lugar de la mente o el cuerpo. Sentir que no hay otra alternativa que la necesidad de destruir algo que es detestado y se encuentra en nosotros, porque nos sentimos totalmente identificados con este aspecto destructivo interiorizado (Laufer, 1995). Este aspecto destructivo que tiene su origen en las dinámicas relacionales patológicas en las que predominan las ERA.

La imposibilidad de sentir confianza –epistémica–, la imposibilidad que pueda haber una relación empática al menos con una persona, con quien haya un nivel básico de confianza, una buena relación, y con quien se tenga un contacto regular y la posibilidad de un apoyo rápido en caso de necesidad. El no sentirse socialmente vinculado a otros seres humanos que proporcionan un sentido de pertenencia, de identidad, dando sentido a la vida, pueden ser aspectos que aumentan el riesgo de suicidio, un riesgo que aumenta exponencialmente en los casos en los que nos encontramos con ERA-A, tal como nos muestran los resultados de este estudio.

Conclusión Estudio III:	**Existe una relación significativa entre el hecho de haber sufrido experiencias relacionales adversas acumulativas (ERA-A: sufrir 4 o más ERA) y un mayor riesgo de intentos de suicidio en la adolescencia. Para un adolescente que ha sufrido ERA-A, la probabilidad de sufrir un intento de suicidio es 4,04 veces mayor que para un adolescente que no ha sufrido ERA-A. Cuando un adolescente intenta suicidarse, debemos explorar siempre la presencia de ERA en su entrono relacional y familiar más cercano.**

10.4 Estudio IV

Los resultados descriptivos de este estudio retrospectivo son muy preocupantes, ya que tan solo el 21% de los casos de abuso sexual había sido detectado con anterioridad al ingreso en nuestro Hospital de Día, mientras que el 79% restante fue detectado durante el ingreso. Cabe incidir aquí en que la práctica totalidad de los adolescentes atendidos en el Hospital de Día han sido atendidos con anterioridad en otros servicios de salud mental de la red pública catalana, que son los que hacen la derivación al Hospital de Día.

Decir también que la elección del abuso sexual como ERA para estudiar su falta de detección tiene que ver con el hecho de que es la ERA más fácil de objetivar en el caso de no detección. Esto es así porque en caso de detección de un abuso sexual por parte de cualquier profesional asistencial, este profesional tiene la obligación y la responsabilidad de comunicarlo de inmediato a fiscalía de menores y a la DGAIA, para que se pongan en marcha las medidas de protección y de intervención necesarias a nivel legal, médico, psicológico y social. Creo que es pertinente recordar este hecho en este punto, porque la experiencia clínica me ha demostrado que no siempre se cumple este deber fundamental de los profesionales asistenciales.

El maltrato físico también debe ser comunicado, así como el maltrato psicológico y la negligencia, pero son ERA más difícilmente objetivables y pueden haber sido identificadas pero no comunicadas, así como tampoco tenidas en cuenta en el programa terapéutico, muchas veces por las limitaciones de los servicios asistenciales existentes en la red pública, pero también por las limitaciones de programas de intervención terapéutica a veces demasiado fragmentados, o centrados exclusivamente en la dimensión sintomática del sufrimiento emocional. Esto contribuye a la reedición de la experiencia negligente vivida en el entorno relacional del menor, esta vez con los servicios asistenciales, algo que implica un efecto iatrogénico de la intervención asistencial, que obviamente empeora el pronóstico y las posibilidades de que el menor confíe en la ayuda que los servicios pueden ofrecer, así como compromete las posibilidades de que este mismo menor pueda volver a pedir ayuda en un futuro.

Los resultados de este estudio IV confirman los datos aportados por Read et al. (2017), que afirman que «la mayor parte de los usuarios de los servicios de salud mental nunca son preguntados sobre el abuso sexual, el maltrato o la negligencia». Estos autores muestran datos que confirman que la mayoría de los casos de ERA en la infancia nunca son detectados por los servicios de salud mental. Más específicamente, los resultados de este estudio (Read et al., 2017), una revisión sistemática sobre la detección de las ERA por parte de los servicios de salud mental, muestran que tan solo se detectan un 28% de los casos de ERA identificados posteriormente por los investigadores. Los porcentajes de las ERA que sí se detectan son los siguientes: un 44% del maltrato psicológico, un 33% del maltrato físico, un 30% del abuso sexual, un 17% de la negligencia emocional y un 10% de la negligencia física. Comparando nuestros resultados, vemos que estamos incluso 9 puntos por debajo del porcentaje de abuso sexual detectado en el estudio de Read et al. (2017), puesto que nuestros datos hablan de un 21% del abuso detectado antes del ingreso.

Read et al. (2007 & 2017) también han encontrado que solo entre el 0% y el 22% de los usuarios de servicios de salud mental reportan haber sido preguntados sobre las ERA sufridas en su infancia. También hay evidencia que muestra que los pacientes varones son menos preguntados sobre las ERA sufridas, así como los pacientes con trastornos psicóticos. Otro resultado es la evidencia existente de que los profesionales varones preguntan menos sobre las ERA que las profesionales mujeres.

A la luz de nuestros resultados y de los resultados de los estudios de Read et al. (2007 & 2017), se evidencia que hay importantes déficits en la adecuada exploración de las ERA por parte de los servicios de salud mental. Como consecuencia, podemos pensar que desde estos distintos servicios se iniciarán programas de intervención terapéutica basados en comprensiones muy parciales, superficiales o inadecuadas de las dificultades de estos adolescentes y sus familias, o intervenciones supuestamente terapéuticas que buscan compensar o silenciar síntomas que, muy probablemente, serán la expresión del sufrimiento silenciado a muchos otros niveles. Considero que este aspecto iatrogénico de la intervención de los servicios asistenciales solo aumentará el riesgo psicopatológico consecuencia de

esta falta de detección de las ERA sufridas, tal y como queda en evidencia en el estudio número V de esta tesis doctoral.

Antes de pasar al siguiente estudio, creo que es pertinente recordar las estimaciones de la OMS en 2014 (ver anexo 1). Dicen estas estimaciones que el 90% del abuso y maltrato nunca es detectado, una cifra a la que lamentablemente nuestros datos se acercan, puesto que en este estudio IV vemos que en cerca de un 80% de los casos, el abuso no había sido detectado antes del ingreso en nuestro HD.

Tal y como mostraron hace ya años Read et al. (2007), se trata muchas veces de un problema de falta de formación de los profesionales. En un primer artículo en el que publiqué unos primeros resultados preliminares de algunos de los estudios que componen esta tesis (Dangerfield, 2012), explicaba que una de las conclusiones de Read et al. (2007) es que en los procesos diagnósticos debemos explorar de forma rutinaria los acontecimientos adversos en la infancia, algo que según el mismo autor es insuficientemente explorado en el ámbito de la salud mental, tal como también han demostrado en otra investigación (Cavanagh et al., 2004). Estos autores afirman que hay evidencias claras de que las historias de abuso no se tienen en cuenta o muchas veces ni tan solo se exploran, cuando son aspectos de la vida de la persona por los que los profesionales deberían interesarse de forma sistemática en todo proceso de valoración diagnóstica.

En este estudio (Cavanagh et al., 2004), han demostrado que los obstáculos para una adecuada valoración diagnóstica e intervención terapéutica en casos de abusos tienen que ver con: la preocupación del clínico sobre la posibilidad de ofender o generar mayor ansiedad a los pacientes; el miedo a una traumatización vicaria; el miedo a inducir *falsos recuerdos*; el hecho de que el paciente sea varón; que el paciente tenga un diagnóstico indicativo de trastorno psicótico, especialmente si el clínico tiene fuertes creencias causales bio-genéticas; el hecho que el clínico sea psiquiatra, especialmente si es un psiquiatra con fuertes creencias causales bio-genéticas. Sintetizando, considero que podemos entender estos obstáculos como expresiones de las ansiedades del clínico frente a tener que acompañar al paciente hacia zonas muy terroríficas de su realidad externa y de su mundo interno. El problema es que si no lo hacemos estamos dejando solo al adolescente, confirmándole su expectativa de estar solo en el mundo, de no tener a nadie que le proteja del abuso. Si uno no se atreve a explorar por miedo a ofender o

dañar sólo consigue transmitir desesperanza, o confirmar la magnitud de la tragedia o de la amenaza. Sería como decirle a un paciente «mejor no hablemos de esto porque no lo vamos a soportar», todo lo contrario de lo que entendemos que debe ser el proceso terapéutico: ayudar a reconocer, en la relación que establecen con nosotros, la capacidad para enfrentar emociones y experiencias dolorosas (Dangerfield, 2012).

También, porque sabemos de la evidencia existente sobre la reticencia de las personas que han sufrido ERA a hablar sobre sus historias de maltrato y/o abuso (Read, Hammersley & Rudegeair, 2007; Pereda, 2014). Un estudio realizado en Estados Unidos encontró que el promedio de tiempo antes de que el abuso sexual sufrido en la infancia fuera explicado por quien lo había sufrido era de 9,5 años (Frenken & Van Stolk, 1990). Un estudio realizado en Nueva Zelanda sobre 252 mujeres que habían sido víctimas de abuso sexual durante la infancia encontró que el 52% esperó al menos 10 años para explicárselo a alguien, y el 28% no lo había contado nunca a nadie (Anderson et al, 1993). En otro estudio realizado en Nueva Zelanda sobre 191 mujeres que habían recibido tratamiento por abuso sexual en la infancia, el tiempo medio que habían tardado en contarlo por primera vez era de 16 años (Read et al, 2006).

Un estudio (Lothian & Read, 2002) en el que se preguntaba a los usuarios de los servicios de salud mental sobre lo que les parecía el hecho de ser preguntados sobre abusos sufridos en la infancia, encontró que, aunque la mayoría –64%– había experimentado tal abuso en alguna forma, el 78% no había sido preguntado sobre esta cuestión en la evaluación inicial. Los pacientes que habían sufrido abuso estaban significativamente menos satisfechos con su tratamiento, y menos propensos a creer que su diagnóstico era una descripción exacta de sus problemas, que los pacientes que no habían sufrido abusos. Un 69% de los participantes abusados creía que había una conexión entre haber sido abusado y sus problemas de salud mental, pero sólo el 17% creía que los profesionales de salud mental que les atendían pensaban lo mismo (Lothian & Read, 2002).

Cavanagh, et al. (2004) nos hablan de los obstáculos que contemplan a la hora de una adecuada valoración de los abusos por parte de los profesionales de la salud mental, así como de la posterior intervención en dichos casos, habiendo encontrado en su investigación que dichos obstáculos tienen que ver con: la preocupación de los

profesionales sobre la posibilidad de ofender o generar mayor ansiedad a los pacientes; el miedo a una traumatización vicaria; el miedo a inducir falsos recuerdos; el hecho de que el paciente sea varón; que el paciente tenga un diagnóstico indicativo de trastorno psicótico, especialmente si el clínico tiene fuertes creencias causales bio-genéticas; el hecho que el clínico sea psiquiatra, especialmente si es un psiquiatra con fuertes creencias causales bio-genéticas (Cavanagh, et al., 2004).

Afortunadamente, a pesar de estos datos tan preocupantes sobre la falta de formación de los profesionales de salud mental y la falta de detección de las ERA por parte de los mismos, en algunas ocasiones hay noticias que ayudan a mantener una cierta esperanza, como cuando en diciembre de 2013 un juez de Nueva Zelanda aceptó una apelación de un hombre que había sufrido abuso sexual continuado en la infancia, en contra de una decisión anterior de otro juzgado –en relación con una reclamación de compensación económica– de que el abuso sexual que sufrió este hombre durante años en la infancia no podía haber causado la esquizofrenia invalidante que padecía. La opinión de dos psiquiatras afirmando que no había evidencia de una relación causal entre esos abusos sufridos y la esquizofrenia que padecía fue revocada cuando un tercer psiquiatra presentó la evidencia existente sobre el tema. El juez dio la razón al demandante, otorgándole la compensación y entendiendo que había una relación causal entre los abusos sufridos y la esquizofrenia que padece, citando algunos trabajos de Read y colaboradores para argumentar dicha sentencia, así como una sentencia similar de un juez del Reino Unido. John Read, dijo que era alarmante que los primeros dos psiquiatras o bien no supieran nada sobre los muchos estudios que documentan la relación entre el abuso sexual infantil y la psicosis, o bien estaban tratando de engañar al juez (Lehtinen & Svensson, 2014).

Por todo lo expuesto, queda evidenciada la necesidad de preguntar de forma sistemática a todos los pacientes atendidos sobre la presencia de posibles ERA en su historia. Esta exploración de las ERA debería ser llevada a cabo siempre en la evaluación inicial del paciente. Si el paciente está en una situación de crisis, se podrá realizar en el momento que esté más compensado, pero siempre en el contexto de la anamnesis.

Es importante que los profesionales podamos integrar dicha exploración sistemática de las ERA como parte de todo proceso de valoración diagnóstica. Para ello, siguiendo un modelo para llevar a cabo este proceso de Read et al. (2007), podemos introducir la exploración con un breve comentario que haga entender que es parte del proceso exploratorio habitual. Estos autores nos dicen que debemos utilizar preguntas específicas, con ejemplos claros de lo que estemos planteando.

La razón para preguntar en la evaluación inicial es que, si no se plantea en este momento de la relación asistencial, es algo que tiende a no ser preguntado más adelante (Read & Fraser, 1998).

Recomiendo la lectura del trabajo de Read et al. (2007) para ayudar a implementar la exploración de las ERA de forma sistemática. La experiencia clínica y los datos de este estudio nos deben servir de cara a fomentar la detección e intervención precoz, la sensibilización de los equipos de salud mental, para minimizar el riesgo de las graves consecuencias de la falta de detección de las ERA.

No se trata sólo de sensibilizar a los equipos asistenciales, sino de organizar dinámicas en los equipos asistenciales para favorecer la contención de las ansiedades vividas por los propios profesionales en su trabajo cotidiano. Considero que la disponibilidad y capacidad del profesional para poder acercarse a explorar las ERA en todos los pacientes, es posible no solo si el profesional está adecuadamente formado sobre cómo valorar y cómo responder a la detección de ERA, sino también si puede contar con el apoyo externo y la contención que le puede ofrecer el equipo para acompañarlo en tan dura tarea (Dangerfield, 2012).

Abordaré brevemente esta cuestión en el capítulo 11, cuando exponga las aplicaciones prácticas de los resultados de esta tesis doctoral en el trabajo del ECID, el equipo asistencial que ahora dirijo.

Conclusión Estudio IV:	**En nuestro medio y cultura, los profesionales de salud mental exploran de forma insuficiente las experiencias relacionales adversas sufridas en la infancia. Específicamente, los profesionales de los servicios de salud mental exploran de forma insuficiente el abuso sexual sufrido en la infancia.**

10.5 Estudio V

En este estudio, los análisis descriptivos realizados informaron que no hay ningún caso de intento de suicidio entre los adolescentes ingresados en nuestro HD cuyo abuso sexual haya sido detectado con anterioridad al ingreso. Por el contrario, estos mismos análisis descriptivos nos indican que un 48% de los adolescentes a los que no se les había detectado el abuso sexual con anterioridad al ingreso en nuestro HD, habían intentado suicidarse.

En este estudio no se puede valorar estadísticamente la asociación significativa entre el hecho de que el abuso sexual no sea detectado antes del ingreso en HD y el riesgo aumentado de un intento de suicidio. El motivo es que no se puede calcular la prueba de Chi-cuadrado porque en una población no hay variabilidad, al no disponer de suficiente muestra y observarse un porcentaje de 0 en una parrilla de la tabla de contingencia. A pesar de ello, este mismo resultado ya es muy concluyente por sí mismo.

Hemos detallado ampliamente cómo los trabajos de investigación han demostrado que los abusos son insuficientemente explorados, por lo que podemos inferir que tampoco se organizan programas terapéuticos adecuados, ya que, si no conocemos y entendemos el daño que ha sufrido el adolescente y las consecuencias que este daño ha tenido y sigue teniendo en la configuración de vida psíquica, no le podremos ayudar. En nuestro HD un 80% de los casos de pacientes que habían sufrido abuso sexual no fueron detectados con anterioridad al ingreso. De estos pacientes, un 48% presentaba al menos un intento de suicidio, algo que resulta ciertamente alarmante y que coincide con los datos de la investigación que afirma que el abuso sexual en la infancia, –o la reformulación propuesta en la discusión del estudio III, donde hablo de las ERA-A en lugar de abuso– supone mayor riesgo de intentos de suicidio que el diagnóstico de trastorno depresivo (Read et al., 2001). Según los datos recogidos en nuestro HD, podríamos añadir que este riesgo aumenta exponencialmente si el abuso no es detectado ni se toman las medidas protectoras y terapéuticas pertinentes, a pesar de que todos los casos ya han sido atendidos en diversos dispositivos de la red pública de salud mental (Dangerfield, 2012).

Hay estudios que desde hace años han mostrado que las personas que han sufrido abusos presentan un mayor número de intentos de suicidio que los pacientes que no han sido abusados (Briere et al., 1997; Mullen et al., 1993; Read, 1998). Estos resultados están en la línea de un estudio de Pérez-González y Pereda (2015), mencionado también en la discusión del estudio III.

La aportación novedosa de este estudio V de la tesis doctoral, es que se estudia concretamente la prevalencia de intentos de suicidio en el grupo específico de adolescentes que han sufrido abuso sexual y que este abuso no ha sido detectado por los servicios de salud mental que les han atendido con anterioridad al ingreso al HD. La comparación con el grupo de pacientes que han sufrido también abuso sexual, pero que ha sido detectado –por los servicios de salud mental que intervinieron con anterioridad al ingreso en HD–, es contundente: ningún intento de suicido en el grupo con el abuso detectado y un 48% de intentos de suicidio en el grupo en el que no se detectó el abuso.

El hecho de que el abuso se detectara en los servicios de salud mental que intervinieron con anterioridad, implica que se pusieron en marcha medidas protectoras y se iniciaron intervenciones terapéuticas donde el menor podría sentir que se le protegía del abuso y maltrato sufrido, además de que se le atendía en su globalidad. Por el contrario, en el grupo de menores cuyo abuso no fue detectado y a pesar de ello se iniciaron programas supuestamente terapéuticos para atender la diversa sintomatología psiquiátrica presentada, la vivencia de repetición del aislamiento y profunda soledad se repite en la relación asistencial, por lo que solo puede aumentar la desesperación y la convicción de que no se puede esperar demasiado de las relaciones humanas, con el consiguiente y evidenciado aumento del riesgo de intentos de suicidio entre este grupo de adolescentes.

Si dejamos solo al adolescente con sus experiencias traumáticas estamos perpetuando las ERA, pudiendo llegar a ser incluso un maltrato y/o negligencia institucional, por el efecto iatrogénico de intervenciones que se centran en *compensar* intentos de suicidio sin intención ni curiosidad por acercarse a entender en profundidad lo que sucede en el entorno relacional más cercano del adolescente y ni en el nivel emocional del mismo. Considero que este tipo de intervenciones pueden llegar a ser iatrogénicas, puesto que etiquetar con algún diagnóstico a un adolescente en base a una exploración simplemente sintomática después de que se

haya intentado suicidar, pero sin explorar en profundidad su entorno relacional más cercano ni la presencia de ERA, puede acabar conduciendo al agravamiento y cronificación del cuadro que presenta, o incluso, tal y como nos muestran los resultados de este estudio, a un aumentado riesgo de nuevos intentos de suicidio (Dangerfield, 2012).

Nuestro compromiso profesional, humano y ético en la asistencia en salud mental debe conducirnos a implementar de forma sistemática la exploración de las ERA en los procesos diagnósticos, ya que cuanto más tiempo esté el adolescente que ha sufrido abuso sexual u otras ERA-A sin ser adecuadamente comprendido y atendido, más riesgo hay de que intente suicidarse y lo consiga (Dangerfield, 2012).

Conclusión Estudio V:	**Los adolescentes que han sufrido abuso sexual sin que éste haya sido detectado por los servicios de salud mental que les atienden, presentan un mayor riesgo de intentos de suicidio que los adolescentes a los que se ha detectado el abuso sexual sufrido.**

10.6 Estudio VI

Los análisis descriptivos realizados informaron que, en 224 del total de los casos, los progenitores de los adolescentes ingresados en el HD habían sufrido experiencias relacionales adversas en su propia infancia, en 24 casos no las habían sufrido y en 3 de los casos no obtuvimos datos directos de los progenitores. Esto significa que el 89% de los progenitores sufrió ERA en su propia infancia.

En este grupo de progenitores que sufrieron ERA en su infancia, vemos que en un 99% de los casos sus hijos también sufrieron ERA en la infancia. En cambio, en el grupo de progenitores que no sufrieron ERA en su infancia, observamos que el 50% de sus hijos han sufrido ERA en su infancia, mientras que el otro 50% no las ha sufrido. Del grupo de tres casos sin datos directos de los progenitores, que eran progenitores a los que no pudimos valorar directamente, vemos que en el 100% de los casos los hijos han sufrido ERA en su infancia.

El análisis estadístico mediante la prueba de Chi-cuadrado muestra que existe una asociación significativa entre el hecho de sufrir ERA y el hecho que los progenitores hayan sufrido ERA en su propia infancia. En este caso, la odds ratio nos da un valor de 73,76, por lo tanto, el hecho que los progenitores de un menor hayan sufrido ERA en su propia infancia es un factor de riesgo para que sus hijos también sufran ERA. Podemos concluir que para un adolescente cuyos progenitores hayan sufrido ERA en su infancia, la razón de probabilidad de sufrir ERA es 73,67 veces mayor que para un adolescente cuyos progenitores no hayan sufrido ERA.

Es un resultado esperable, aunque quizás no con la magnitud que muestran los datos. De todos modos, debemos recordar que estamos estudiando una muestra de población con trastornos mentales, con lo cual podemos suponer que habrá una mayor prevalencia de todos los factores de riesgo asociados a la psicopatología. A pesar de ello, considero que es importante poder demostrar empíricamente esta asociación significativa, así como la prevalencia de ERA en la infancia de los padres de adolescentes con trastorno mental, un estudio del que no he encontrado investigaciones similares anteriores en nuestro país, y que refuerza la concepción de la transmisión transgeneracional del trauma relacional.

Entre los estudios citados en el capítulo 4 sobre este tema, quiero recordar que hay evidencia sobre el hecho que los padres de niños maltratados a menudo

fueron maltratados (Teicher y Samson, 2013), que muestran altas tasas de psicopatología no tratada (Kaufman et al., 1998) y que la transmisión transgeneracional implica una combinación de estrés en la vida temprana, habilidades parentales deficientes, riesgo genético o epigenético y estresores familiares (Kaufman & Charney, 2001).

Nuestros resultados son absolutamente concordantes con estos estudios. A pesar de no haber incluido datos sobre la presencia de trastornos mentales no tratados en los padres de los menores atendidos, padres que a su vez también habían sufrido ERA en su propia infancia, en muchos casos sucedía que desde el propio HD se derivaba a los progenitores a servicios de salud mental de adultos para ser atendidos, además de que en muchos de estos casos era la primera vez que se hacían explícitas las ERA sufridas por estos mismos progenitores.

Otras veces, los padres ya habían sido diagnosticados, aunque las ERA sufridas en su infancia habían sido detectadas con mucha menor frecuencia que sus trastornos psicopatológicos.

Hubiera sido interesante recoger el porcentaje de progenitores cuyas ERA habían sido detectadas con anterioridad al ingreso de sus hijos en el HD, así como la relación entre este hecho y la detección o no de las ERA en sus hijos. Es un tema que dejo para una futura línea de investigación. Lo que podemos suponer es que las cifras deben ser similares a las de la falta de detección de las ERA en sus hijos, ya que podemos imaginar que, si un progenitor ha sido convenientemente ayudado en detectar y atender todo aquello que ha sucedido en su vida, muy probablemente tendrá una actitud distinta hacia sus hijos y podrá favorecer que también sean atendidos y ayudados a este mismo nivel.

John Read, uno de los principales investigadores sobre las consecuencias psicopatológicas del abuso, habla también sobre la importancia de entender los problemas familiares transgeneracionales y su relación con los trastornos mentales que presentan los pacientes que atendemos, planteándolo desde su modelo «traumagenético del desarrollo neurológico» (Read et al., 2001).

Desde la teoría de la mentalización, Fonagy (1993) abordó este fenómeno describiendo el problema desde la ausencia de mentalización de los progenitores, entendida esta ausencia como consecuencia de haber crecido en un ambiente donde la dinámica relacional predominante es compatible con las ERA. Posteriormente,

como he citado en el capítulo 4, Ensink et al. (2014), han encontrado evidencia que ayuda a explicar que se trataría más específicamente de la ausencia de mentalización sobre el trauma relacional, es decir, sobre la propia experiencia relacional adversa. Este hecho ayudaría a entender los resultados de este último estudio de la tesis doctoral, que muestran que un 99% de los hijos de progenitores que han sufrido ERA, también han sufrido ERA en su infancia, a diferencia del 50% de los hijos de progenitores que no las han sufrido.

Para explicar este fenómeno, podemos recurrir nuevamente a Ensik et al. (2014), cuando describen como los adultos que sufrieron ERA muestran importantes dificultades en el proceso de mentalización sobre sus experiencias traumáticas y cómo este hecho es el que incide en el estilo relacional desplegado con sus hijos, tal como se ha evidenciado en otro estudio que ha identificado conexiones entre las propias experiencias infantiles de los padres y los estilos relacionales y de cuidados que éstos despliegan, que obviamente afectan el bienestar de sus hijos (Lyons-Ruth y Jacobvitz, 2016).

En otro estudio más reciente (Granqvist et al., 2017), hablando de los factores que inciden en la organización de estilos de apego desorganizado, nombran las conductas parentales dominadas por estilos de funcionamiento que atemorizan a los hijos, una conducta parental dominada por el propio miedo de los progenitores o por un funcionamiento disociativo. Este tipo de funcionamiento es compatible con lo que la experiencia clínica nos muestra respecto a la actitud desplegada por los progenitores que no han recibido ayuda ni tratamiento por sus propias dificultades y ERA sufridas en el pasado. Es la dinámica relacional que describo en el capítulo 3, cuando hablo de la respuesta hostil o temerosa ante el malestar expresado del propio hijo, como elemento que estimula además el desarrollo del *alien self*, que sabemos que es un aspecto del psiquismo que interfiere en la capacidad de mentalización y en un consecuente aumento del riesgo psicopatológico.

Conclusión Estudio VI:	**Los adolescentes cuyos padres sufrieron experiencias relacionales adversas en su propia infancia, tienen una probabilidad de sufrir ERA 73,67 veces mayor que los adolescentes cuyos progenitores no sufrieron ERA en su infancia.**

10.7 Conclusiones generales

Al finalizar la discusión de cada uno de los estudios que componen esta tesis doctoral, he escrito unas conclusiones específicas para cada uno de los mismos. Por este motivo, considero que han sido claramente expuestas las conclusiones sobre el trabajo estadístico de los datos recogidos durante casi 10 años de trabajo en el Hospital de Día de Badalona. De todas formas, teniendo en cuenta la gravedad del tema que nos ocupa y la necesidad de implementar cambios que permitan disminuir el riesgo asociado a las ERA y su falta de detección, voy a exponer a continuación unas breves conclusiones generales de la tesis, para pasar después al capítulo de nuevas aportaciones y aplicaciones prácticas de la misma.

La principal conclusión es que es imprescindible explorar de forma sistemática la presencia de ERA en todo paciente o usuario de un servicio de salud mental. Basándonos en los resultados de esta tesis doctoral, a esta afirmación añadiría los siguientes puntos, que entiendo que son redundantes, pero creo que, dadas las extremadamente bajas cifras de detección de las ERA por parte de los profesionales asistenciales, es muy necesario poder explicitar:

- Debemos explorar las ERA de forma sistemática en todos los pacientes atendidos, máxime si trabajamos en dispositivos de alta complejidad, como un Hospital de Día de salud mental.
- Debemos explorar las ERA de forma sistemática en todos los pacientes atendidos, máxime si trabajamos en un servicio de urgencias.
- Debemos explorar las ERA de forma sistemática en todos los pacientes atendidos, máxime si presentan un intento de suicidio.
- Debemos explorar el abuso sexual de forma sistemática en todos los pacientes atendidos, máxime si son mujeres.
- Debemos explorar las ERA de forma sistemática en todos los pacientes atendidos, máxime si los progenitores han sufrido ERA.
- Esta última afirmación también la podemos plantear desde otra perspectiva: debemos explorar las ERA de forma sistemática en todos los progenitores de menores atendidos en centros de la red de salud mental infanto-juvenil, máxime si los menores han sufrido ERA.

Por todo ello, debemos integrar la necesidad de poder hablar sobre las ERA y poner en común los resultados de estudios como los de esta tesis doctoral con todas las personas que atendamos en los diversos servicios, equipos o consultas de salud mental.

Tenemos muchísima evidencia que respalda esta necesidad, como los resultados de un muy reciente estudio de Bellini et al. (2019), citado en la introducción, que sugieren que las ERA son un factor de riesgo evitable para algunas de las mayores amenazas a la salud pública y a los costos en servicios de salud en Europa y en los Estados Unidos. Estos autores afirman que existe evidencia sobre intervenciones para prevenir las ERA y moderar sus efectos, por lo que la implementación de estas intervenciones a gran escala podría proporcionar una mejor calidad de vida en la infancia a millones de seres humanos y generar ahorros sustanciales en los costos de salud derivados de las ERA.

También he citado en la introducción el trabajo de Teicher et al. (2016) publicado en la revista *Nature*, que afirma que las experiencias adversas en la infancia relacionadas con el maltrato son el principal factor de riesgo prevenible de los trastornos mentales y del abuso de sustancias (Teicher et al., 2016).

Considero que los resultados de esta tesis doctoral respaldan la evidencia existente y confirman la necesidad de una exploración de las ERA de forma sistemática en toda persona atendida por cualquier profesional que se dedica a la salud mental.

11. Nuevas aportaciones y aplicaciones prácticas I

Teniendo en cuenta los resultados y conclusiones de los diferentes estudios, podemos afirmar que la principal aportación de esta tesis doctoral es la de contribuir a la evidencia que demuestra la necesidad de incluir la exploración exhaustiva y sistemática de las experiencias relacionales adversas sufridas en la infancia en todo paciente atendido por un profesional de la salud mental.

Esto tiene implicaciones a distintos niveles que detallaré muy brevemente: formación de los profesionales, prevención, asistencia y replicar programas asistenciales que hayan demostrado su eficacia.

1. Formación de los profesionales

Se debe incluir formación específica y exhaustiva sobre los siguientes puntos:

a. Cómo explorar las ERA.
b. Cómo responder ante comunicaciones de ERA.
c. Cómo intervenir definiendo y llevando a cabo un proceso terapéutico adaptado a las necesidades y particularidades de cada caso.

La formación sobre la evidencia de las consecuencias psicopatológicas de las ERA –evidencia a la que esta tesis contribuye–, así como formación sobre cómo explorar las ERA, es imprescindible para todos los profesionales dedicados a la asistencia en salud mental tanto infantojuvenil como de adultos: psicólogos generales sanitarios, psicólogos especialistas en psicología clínica, psiquiatras, profesionales de enfermería especialistas en salud mental, profesionales de trabajado social dedicados a la salud mental y educadores sociales que trabajen en el ámbito de la salud mental.

Por razones obvias, no voy a entrar a exponer cómo puede llevarse a cabo dicho proceso de formación, ni qué puntos deberán incluirse en los planes de estudios, porque dicho cometido podría ser el tema de una nueva tesis doctoral. De todas formas, me gustaría recomendar la lectura de un artículo que considero de referencia sobre esta cuestión: Read et al. (2007), que además fue traducido al español en el año 2015, Read et al. (2015).

2. Prevención

Desarrollar e implementar planes de prevención primaria, secundaria y terciaria. También por razones obvias no puedo entrar a detallar cómo deberían organizarse los planes de prevención en los tres niveles distintos, trabajo que también podría ser el tema de una nueva tesis doctoral. De todas formas, quisiera mencionar que considero que estos planes de prevención deberían incluir, entre muchas otras cosas, programas de intervención domiciliaria en familias con recién nacidos, para prevenir la aparición de trastornos en la vinculación, sobre todo en familias con mayor presencia de historias previas de ERA. También se debería tener en cuenta la necesidad de implementar programas para facilitar la detección precoz de las ERA en los menores, con la finalidad de poder tomar las medidas necesarias de protección, así como la puesta en marcha de planes terapéuticos individuales y familiares adaptados a las necesidades reales de las personas atendidas, con la intención de que disminuya el riesgo de las consecuencias psicopatológicas de las ERA detectadas.

3. Asistencia

Siguiendo los principios planteados en los puntos de formación y prevención, es necesario implementar en todos los servicios de salud mental la exploración de las ERA en todos los pacientes atendidos, sin exclusión alguna. Además, considerando los perfiles psicopatológicos prevalentes en los adolescentes que han sufrido ERA-A, así como las dificultades para que los grupos de mayor riesgo de adolescentes que han sufrido ERA se vinculen a los servicios asistenciales ordinarios de la red pública de salud mental, es necesario organizar equipos de intervención que se adapten a las necesidades y a las particularidades reales de este grupo de pacientes, especialmente en cuanto a la necesidad de adaptar los equipos de intervención a las muy dañadas capacidades de vinculación de los pacientes. Este punto sí que lo desarrollaré en el siguiente capítulo de la tesis, el capítulo 12, dedicado al ECID, un proyecto asistencial que es una realidad gracias a

los datos aportados por los estudios de esta tesis doctoral, que facilitaron su aprobación como proyecto piloto asistencial por el CatSalut, a finales de 2017.

En este punto, mencionar una cuestión que tiene relación con el punto 1 de este apartado en el que he hablado de la formación de los profesionales. Sabemos que no se trata solamente de que un profesional esté adecuadamente formado para poder explorar las ERA y responder adecuadamente a su detección, sino de que el profesional tenga el apoyo imprescindible para poder llevar a cabo esta difícil tarea. En este sentido, es imprescindible que el profesional tenga el apoyo de un equipo o de colegas de profesión de forma regular, con el fin de que este apoyo y contención por parte del equipo le permita estar en las mejores condiciones personales para poder llevar a cabo la difícil y exigente tarea de exploración de las ERA. El aislamiento del profesional es muy habitual en la mayor parte de los centros de salud mental y servicios diversos en hospitales, debido tanto a la presión asistencial impuesta por un sistema de salud mental del que podríamos cuestionar muchos de sus principios –aunque obviamente tampoco es factible incluirlo en esta tesis doctoral–, como por la poca importancia que se da a la que debería ser la principal función de cualquier equipo de salud mental en relación a la tarea del trabajo en equipo: el ofrecer apoyo y contención a las ansiedades vividas por todo profesional de la salud mental de forma cotidiana en su trabajo clínico. Este es uno de los aspectos novedosos del ECID, el proyecto asistencial que presento en el capítulo 12 y que, como he mencionado, es una realidad gracias a los datos aportados por diversos estudios de esta tesis doctoral.

En el HD donde se recogieron los datos que se han estudiado en esta tesis doctoral, se daba mucha importancia a tratar de evitar el aislamiento del profesional, a través de ofrecer espacios de contención de las ansiedades del mismo en su trabajo cotidiano con adolescentes de riesgo. Para facilitar este proceso de apoyo al profesional, en el HD dábamos prioridad a los espacios de contención y elaboración en el equipo de las ansiedades promovidas por el contacto con una casuística tan impactante. Estos espacios de trabajo en equipo estaban pensados para ayudar a tolerar el impacto de la patología grave, permitiendo al equipo estar cerca del dolor humano

profundo, estar cerca del sufrimiento humano que es difícil de aguantar. Esto se conseguía al permitimos acercarnos mucho al paciente, a su mundo interno, a aspectos de su persona de los que ni él mismo nos podía hablar, debido a que muchas veces ni tan siquiera podía pensar, por sus dificultades para mentalizar aquello que le sucedía, algo que es siempre fuente de intenso sufrimiento y de síntomas invalidantes. Víctor Hernández (2008) describe cómo la relación de los equipos asistenciales con pacientes con patología psicótica «genera en sus miembros un sufrimiento mental potencialmente psicotizante». La intensidad de la proyección de intensas ansiedades, impulsos destructivos, desesperanza y sufrimiento sobre los miembros del equipo los hace especialmente vulnerables si no se organizan espacios de contención y elaboración para el mismo. Este trabajo de contención y elaboración en el equipo nos permite estar disponibles para dejarnos impactar por lo que expresa el paciente. El trabajo de contención del equipo de profesionales es posible gracias a que tenemos organizados distintos espacios como las reuniones diarias de todos los profesionales, así como las reuniones de clínicos, un diálogo constante entre los distintos miembros y también supervisiones con profesionales externos.

De esta manera tratamos de encontrar apoyo para dar sentido a las ansiedades comunicadas por los pacientes y para las ansiedades propias de los miembros del equipo con relación al trabajo. De no ser así, corremos el riesgo de adoptar actitudes defensivas en nuestra práctica clínica, algo que siempre nos alejará del contacto sincero con el sufrimiento de los adolescentes. En el HD, la posibilidad de dar sentido a las ansiedades comunicadas por los pacientes, sus familias y aquellas propias de los distintos miembros del equipo con relación a su trabajo, es lo que ayudaba a mantener y fomentar la esperanza frente al impacto de lo que vivíamos en la relación con las personas atendidas. Nos ayudaba a mantener la relación con los pacientes, que consideramos la base del tratamiento. Sin esta contención de ansiedades a nivel de equipo sería muy difícil realizar este trabajo, debido a que nos resultaría más difícil de tolerar el impacto emocional del sufrimiento del paciente. Correríamos un mayor riesgo de organizarnos como institución con una visión reduccionista o simplista de la salud mental,

con actitudes defensivas o expulsivas frente al contacto sincero y cercano con las personas atendidas, algo que, en mi opinión, no sería suficientemente terapéutico e incluso, como he dicho antes, puede acabar siendo iatrogénico (Dangerfield, 2012).

4. Replicar programas asistenciales que demuestren su eficacia

Implementar equipos asistenciales que faciliten la asistencia en la red pública de salud mental de los adolescentes de alto riesgo que presentan ERA-A. Es importante que se repliquen los proyectos asistenciales que hayan demostrado su eficacia con este perfil de población, como un dispositivo más de la red asistencial.

12. Nuevas aportaciones y aplicaciones prácticas II: Proyecto Piloto ECID basado en el proyecto AMBIT del Anna Freud National Centre for Children and Families de Londres (UK)

Los datos aportados por los diferentes estudios de la presente tesis doctoral han dado un muy importante respaldo a la posibilidad de hacer realidad un nuevo dispositivo asistencial, pionero en España, de atención y prevención en salud mental para adolescentes de alto riesgo psicopatológico y alto riesgo de exclusión social, que tienen dificultades para vincularse con los servicios de salud mental ordinarios.

Voy a describir algunos de los aspectos de este nuevo dispositivo, que tiene como objetivo poder ofrecer asistencia en salud mental accesible para los adolescentes que presentan ERA-A, y que tienen dificultades para poder ser atendidos por los servicios de salud mental ordinarios de la red pública.

La constatación de la presencia de ERA y de su relación significativa con el mayor riesgo psicopatológico, así como las comprensibles dificultades de vinculación de estos menores de alto riesgo con los servicios asistenciales ordinarios de la red pública de salud mental en Cataluña –CSMIJ, Hospital de Día, Unidad Psiquiátrica de Agudos, etc.–, me llevaron hace varios años a tomar contacto e iniciar un proceso de formación en el Anna Freud National Centre for Children and Families de Londres, inicialmente en el proyecto AMBIT y posteriormente en MBT y MBT-A, habiendo obtenido la certificación de supervisor MBT-A acreditado por el AFNCCF y formando parte en la actualidad del equipo AMBIT en el mismo AFNCCF. La idea inicial era poder desarrollar aportaciones del proyecto AMBIT para el trabajo con este perfil de adolecentes de alto riesgo en el mismo Hospital de Día de Badalona, pero finalmente se pudo concretar un proyecto de mayor envergadura, gracias en gran medida a los datos aportados por la presente tesis doctoral.

Este dispositivo, llamado Equipo Clínico de Intervención a Domicilio (ECID) es el primer equipo asistencial de estas características que consigue un concierto con la red pública de salud mental en Cataluña, el CatSalut, del *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya*, después de su aprobación por parte de la dirección del Plan Director de Salut Mental y Adicciones del *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya*, en julio de 2017.

La idea de llevar a cabo el proyecto piloto ECID nace a partir de los datos aportados por la presente tesis doctoral, de los que se desprenden las evidentes necesidades de implementar dispositivos que puedan mejorar la detección precoz de las ERA y la prevención de las consecuencias psicopatológicas que han quedado evidenciadas.

Además, en salud mental hay evidencia para justificar la necesidad de implementar programas de prevención. Según un estudio de Wittchen et al. (2011), cada año el 38,2% de la población en Europa sufre un trastorno mental, y el 26,6% de las discapacidades conocidas en la población adulta se originan a partir de los trastornos mentales.

Los costes económicos específicos de los trastornos mentales se han casi duplicado en Europa, a partir de 477.000.000.000 € en 2004 a 798.000.000.000 € en 2010 (Gustavsson et al 2011).

Varios estudios demuestran también que esta prevención sería más eficaz en el grupo de población que van desde 10-24 años (Gore, F. et al., 2011), franja de población que es la población diana del proyecto piloto ECID.

Una de las principales conclusiones del trabajo clínico con adolescentes que han sufrido experiencias relacionales adversas es que éstas minan la confianza epistémica de los jóvenes. Esto implica que muchos de ellos tengan importantes dificultades de vinculación con los servicios asistenciales ordinarios, por lo que se hace necesario pensar en nuevas maneras de poder organizar una asistencia que facilite esta vinculación y que ponga el foco en la detección precoz de las experiencias relacionales adversas y en la prevención activa de sus consecuencias psicopatológicas.

12.1 El ECID: introducción

El objetivo de este proyecto es ofrecer asistencia en salud mental a los adolescentes y sus familias a domicilio, en la calle, el instituto o donde el adolescente y su familia acepten, con un foco explícito en construir relaciones de confianza entre los adolescentes y los profesionales del equipo, basándonos en el proyecto AMBIT del Anna Freud National Centre for Children and Families de Londres.

AMBIT –Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment– (Bevington et al., 2012, 2015 y 2017) es un proyecto asistencial que nace del tratamiento basado

en la Mentalización (MBT), para equipos que trabajan con jóvenes de alto riesgo que presentan múltiples y complejas dificultades. AMBIT es una aproximación innovadora que integra las intervenciones de Salud Mental, Educación y Servicios Sociales para ofrecer ayuda directa a estos jóvenes de alto riesgo. AMBIT recibió en 2012 el premio *Innovation Nation* a la Innovación en Colaboración, otorgado por The Guardian & Virgin Business Media en el Reino Unido. En octubre de 2014, Dickon Bevington –Director del proyecto AMBIT– fue nombrado uno de los 50 mejores innovadores en Salud en el Reino Unido por su labor al frente del proyecto AMBIT.

El interés en AMBIT, en el tratamiento basado en la mentalización para adolescentes –MBT-A– y en crear un equipo asistencial basado en estos modelos de intervención, parte de la necesidad de desarrollar mejores maneras de atender al grupo de adolescentes de alto riesgo que acumulan ERA. Las dificultades de una parte de este grupo de jóvenes, con los que empecé a trabajar en el año 2008 en el Hospital de Día de Badalona, me ayudaron a entender la necesidad de implementar modificaciones en modelo asistencial para facilitar una posibilidad de intervención terapéutica para aquellos jóvenes con mayores dificultades para poder aceptar la vinculación al Hospital de Día o al Centro de Salud Mental de referencia.

En 2016 la OMS publicó un documento llamado INSPIRE (OMS, 2016; ver anexo 15), con la finalidad de ofrecer «un conjunto de medidas técnicas dirigidas a todos los que trabajan para prevenir y combatir la violencia contra los niños y los adolescentes, ya sea a nivel gubernamental o popular, en la sociedad civil o en el sector privado. Se trata de un conjunto de estrategias basadas en las mejores pruebas disponibles y que ofrecen las máximas posibilidades de reducir la violencia contra los niños».

El ECID cumple con cuatro de las siete estrategias propuestas por INSPIRE para prevenir y combatir la violencia contra los menores, que son las siguientes:

1. Estrategia: Normas y valores.

Medidas: Programas de movilización comunitaria.

2. Estrategia: Apoyo a los padres y a los cuidadores.

Medidas:

- A través de visitas domiciliarias.
- A través de grupos en el entorno comunitario.
- A través de programas integrales.

3. Estrategia: Servicios de respuesta y apoyo.

   Medidas:

   - Asesoramiento y terapia.
   - Programas combinados de detección e intervención.

4. Estrategia: Educación y aptitudes para la vida

   Medidas

   - Aumentar las tasas de matriculación en secundaria.
   - Crear un entorno escolar seguro y propicio.
   - Mejorar el conocimiento de los niños de qué son los abusos sexuales y cómo pueden protegerse frente a ellos.
   - Formación en aptitudes sociales y para la vida.

Además, el documento de presentación de INSPIRE concluye que «las estrategias planteadas para eliminar la violencia contra los niños implican a los sectores de la salud, el bienestar social, la educación, las finanzas y la justicia. Cada una de ellas está avalada por resultados sólidos o prometedores obtenidos en países de ingresos altos, y cada vez hay más pruebas de que también pueden lograrlos en países de ingresos bajos y medios. Dichas estrategias están diseñadas para que se refuercen entre sí y funcionan mejor cuando se aplican de forma conjunta» (OMS, 2016).

En este sentido, como he mencionado anteriormente, AMBIT integra las intervenciones de Salud Mental, Educación y Servicios Sociales para ofrecer ayuda directa a estos jóvenes de alto riesgo que acumulan ERA en su historia personal, por lo que sigue las recomendaciones de la OMS para mejorar la detección e intervención en los casos de menores víctimas de ERA.

12.2 Justificación del Proyecto Piloto ECID

Esta tesis demuestra que un 94% de los adolescentes atendidos en el Hospital de Día de Badalona presenta uno o más criterios de inclusión en las distintas categorías de ERA estudiadas.

Una característica de los jóvenes que han sufrido adversidades severas en la infancia o ERA-A, es que se muestran muy reacios a recibir ayuda desde los servicios de salud mental. Independientemente de la expresión clínica de las dificultades que

presenten, podríamos decir que son jóvenes que viven el contacto con sus necesidades emocionales como algo muy amenazante, por cómo desestabiliza su frágil sistema de supervivencia. Tolerar la dependencia y la necesidad de afecto es algo vivido a menudo como catastrófico, por la falta de confianza en una relación humana suficientemente disponible y fiable, viendo como el contacto con el otro implica el miedo de una repetición traumática de la vivencia de abandono, de rechazo, de desprecio o de maltrato.

Nos encontramos con demasiada frecuencia con jóvenes que no se fían de que nada bueno pueda llegar de una relación con otro ser humano, así que aún menos se fían de tener que ir a consultar a un servicio de salud mental. A pesar de ello, desde los servicios de salud mental de la red pública en Cataluña, se les sigue pidiendo a este perfil de jóvenes que se adapten al marco de trabajo que los servicios ofrecen, es decir, que sean ellos los que cuenten con los recursos emocionales y relacionales suficientes con el fin de adaptarse a lo que se les puede ofrecer.

El proyecto piloto ECID para Adolescentes se basa en la necesidad de adaptarnos los profesionales a las muy dañadas y limitadas capacidades de vinculación de este perfil de jóvenes. Esta propuesta supone un cambio significativo en la organización de la asistencia, ya que implica que los equipos clínicos salgan de los despachos y vayan a atender a los jóvenes en entornos que estos sientan como seguros. Dicho de otra manera, sería como si en lugar de preguntarnos lo que normalmente hacemos en los servicios asistenciales cuando nos planteamos «¿que tenemos que conseguir cambiar en la mente del joven con el fin de ayudarle a funcionar mejor?», nosotros nos preguntamos: «¿qué tenemos que cambiar en nuestra propia mente, en nuestro propio equipo, en la red asistencial e incluso en nuestro sistema de salud, para poder llegar a estos jóvenes que no esperan nada bueno de una relación con otro ser humano?».

Un aspecto clave del modelo AMBIT es el hecho de que hay que ser muy activos de cara a tratar de construir un vínculo de confianza con el joven que, como sabemos, es la única vía para poder iniciar un trabajo con verdaderos efectos terapéuticos. Además, son casos que tampoco suelen tener un entorno relacional-familiar que facilite la vinculación con servicios de salud mental.

Tanto el Reino Unido como en diferentes países escandinavos y algunos estados de EEUU, ya hace años que han desarrollado modelos de intervención

outreach para facilitar la atención a jóvenes como los descritos, organizando un modelo asistencial en el que el profesional tiene un papel activo de ir a encontrar al joven fuera del servicio de salud mental o del hospital.

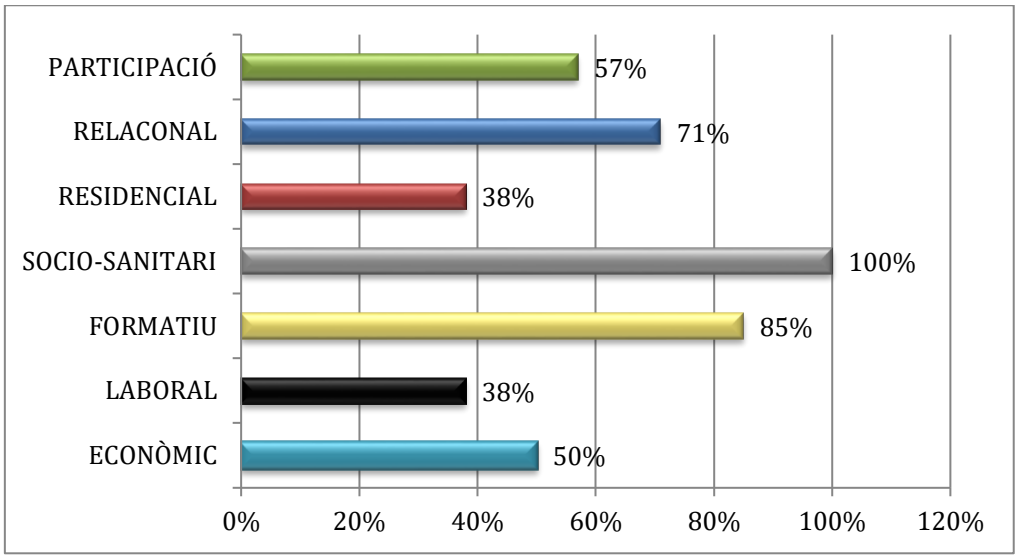
A nivel económico también está más que justificado implementar un dispositivo de estas características. Si comparamos el coste aproximado de un año de intervención del ECID con un adolescente y su familia, que es de 14.400€, con el coste de una Unidad de Hospitalización de Agudos –donde habitualmente acaban ingresando los adolescentes reticentes a ser atendidos en los servicios ambulatorios cuando la situación se descompensa–, veremos que si evitamos dos ingresos del mismo chico en un año, con 17 días de ingreso en total que tienen un coste de 15.342€ (ver anexos 2, 3 y 4), ya hacemos rentable el tratamiento de todo un año de un paciente en el ECID.

Estos 15.324€ de los 17 días de ingreso en agudos están calculados sin contar los costes indirectos del trastorno: servicios sociales, servicios pedagógicos especiales, bajas laborales de los padres para atender al adolescente, medicación, pruebas complementarias, etc.

Hay un estudio del Instituto para la Economía de la Salud Mental del Reino Unido, que en 2006 calcularon que el coste directo e indirecto total del paciente con psicosis es de 65.164€ al año (Knapp, 2006).

El ECID comenzó su labor asistencial en noviembre de 2017. Los jóvenes que hemos atendido desde entonces presentan en su totalidad criterios de inclusión en las distintas categorías de ERA, la mayoría ERA-A. Además, presentan un porcentaje muy elevado de criterios de inclusión a los ejes de la exclusión social descritos por Subirats (2004), tal como queda reflejado en el siguiente gráfico.

Gráfico 23: Ejes de exclusión social de los jóvenes atendidos en el ECID



Vemos que el 100% de los jóvenes atendidos cumplen criterio de exclusión sociosanitario, un 85% criterio de exclusión formativo y un 71% relacional. Son cifras muy preocupantes, algo que nos ha llevado a pensar en el diseño de este proyecto de inclusión activa para minimizar el riesgo de cronificación de estas situaciones.

Además, sabemos que la adolescencia es un momento crítico donde aún tenemos cierta plasticidad y mayores posibilidades de recuperación. También sabemos que la mayor parte de los trastornos mentales graves se inician en esta época de la vida, por lo que hay que poder iniciar un trabajo terapéutico y de inclusión activa lo antes posible, para minimizar el riesgo psicopatológico y el riesgo de exclusión social.

12.3 Objetivo del Proyecto Piloto ECID

Objetivo general: Ofrecer asistencia en salud mental para este perfil de jóvenes de alto riesgo psicopatológico y alto riesgo de exclusión social, que presentan en todos los casos ERA o ERA-A, y que no buscan ni piden ayuda, sino que a menudo la rechazan activamente.

Objetivos específicos:

I. Detección precoz de las ERA en la infancia e intervenciones terapéuticas adaptadas a las consecuencias psicopatológicas y las necesidades específicas de los casos de

adolescentes que presentan absentismo escolar y situaciones de riesgo psicopatológico, en coordinación con los distintos dispositivos de la red asistencial.
II. Evaluación psicopatológica y diagnóstico del cuadro clínico de los adolescentes atendidos, así como de la dinámica familiar. Esta evaluación incluirá siempre una exploración exhaustiva de las experiencias relacionales adversas en la infancia.
III. Establecer un plan terapéutico individualizado donde se defina la intervención psicoterapéutica, psiquiátrica, de enfermería, social y educativa.
IV. Mediante la intervención de la ECID se espera conseguir que el joven pueda establecer una vinculación de confianza que le permita aceptar la ayuda ofrecida en los diferentes ámbitos de intervención, con el fin de minimizar el impacto que tenga el cuadro psicopatológico que presente sobre su vida a nivel psicológico, social y académico.
V. Reducir los casos de absentismo escolar que estén relacionados con factores psicopatológicos y conseguir una vinculación a la red de salud mental. El objetivo será conseguir el retorno a la escolaridad ordinaria en su caso, o bien al recurso educativo o pre-laboral más adecuado en función de las características del joven. Este objetivo tiene una importancia capital, ya que el perfil de jóvenes tributarios de recibir asistencia por parte de la ECID, si siguen quedando fuera de la posibilidad de ser atendidos, presentan un alto riesgo de deterioro y cronificación, que hace que difícilmente puedan acceder al mercado de trabajo y a ser autónomos económicamente, así como un alto riesgo de cronificación a nivel psicopatológico con las consecuentes implicaciones a nivel de consumo de recursos de salud mental de forma indefinida, con el importante coste que ello representa a nivel personal para estas personas, así como el importante coste económico para la administración, debido al muy importante consumo crónico de recursos sanitarios y sociales. En este sentido, pensamos que poder vincular a estos jóvenes a los servicios asistenciales lo antes posible es la manera de minimizar el ritmo de deterioro y cronificación mencionado, así como también de minimizar el riesgo de consumo de tóxicos, marginación y de conductas delictivas. Entendemos que este punto justifica el Proyecto Piloto ECID. Este objetivo también implica una prevención del riesgo de psicosis, ya que intervendrá en muchos casos que presenten estados mentales de alto riesgo (EMAR).

12.4 Funcionamiento del ECID

Siguiendo el modelo AMBIT, los profesionales del Equipo Clínico de Intervención a Domicilio nos organizaremos como *trabajadores de campo* para proporcionar ayuda accesible, asequible y rápida para los jóvenes en situaciones de crisis, siendo un modelo de intervención terapéutica altamente flexible, ya que el trabajo con el joven se podrá llevar a cabo en el domicilio, en la calle o en cualquier otro lugar que este sienta como seguro. Será un abordaje terapéutico que se llevará a los jóvenes estén donde estén, ya que la experiencia clínica nos muestra que este perfil de jóvenes tiene muchas dificultades para ir hacia la persona o el servicio que les puede ofrecer ayuda, por lo que es el profesional quien debe ir hacia ellos.

En el ECID, trabajamos principalmente con adolescentes que presentan EMAR y adolescentes con trastornos psicóticos clínicamente objetivables. Trabajamos tanto con los adolescentes que han abandonado la escuela y la vida, retirándose a sus hogares o incluso a sus habitaciones, conectados al mundo solo a través de videojuegos e Internet, como con los adolescentes que abandonaron la escuela, tampoco buscan ayuda, pero están en la calle participando en conductas de riesgo. A pesar de las diferencias en el cuadro clínico que presentan, ambos grupos comparten la misma fragilidad psíquica, una similar falta de recursos emocionales y relacionales para enfrentar la vida y unas capacidades de mentalización empobrecidas. Son jóvenes que viven atrapados en estados de hipervigilancia epistémica o desconfianza epistémica, algo que está relacionado con su comprensible actitud de no buscar ayuda.

En este contexto, hemos encontrado en el modelo del Tratamiento Basado en la Mentalización para adolescentes –MBT-A– un valioso paraguas bajo el cual adaptar la postura terapéutica y poder llegar a estos jóvenes allí donde estén. Implica organizar una estructura del proceso terapéutico donde centramos el foco en facilitar una base segura basada en la confianza epistémica. El objetivo es favorecer una relación en la que el joven pueda revisitar el proceso de desarrollo psíquico que conduce al sentido de agencia y confianza que a su vez facilita la mentalización (Malberg, 2013 y 2018). El objetivo general de esta intervención es proporcionar un modelo diferente de relación tanto para el adolescente como para los sistemas que lo rodean, a fin de facilitar una generalización de una experiencia emocional diferente en el contexto del entorno relacional del joven –familia,

compañeros y otros– como la condición que determinará el efecto terapéutico de la intervención.

En este sentido, la tarea principal del profesional del ECID es tratar de ofrecer una relación donde los adolescentes puedan tener la experiencia de alguien que está genuinamente interesado en ellos, alguien que tiene su mente en mente, que les hace sentir que ellos importan como seres humanos, mostrando como los profesionales tratamos responder de forma contingente en un amplio abanico de situaciones diferentes. En diferentes trabajos Fonagy describe cómo esta experiencia relacional puede tener un efecto terapéutico porque favorece un cambio en su disponibilidad y actitud mental hacia las relaciones, de tal manera que los adolescentes que acumulan ERA puedan estar más abiertos a ser influenciados por posibles relaciones benignas y benévolas que ya podían tener en su entorno, pero que eran incapaces de ver y aprovechar. Esto es lo que les ayuda a mejorar: el poder abrir la puerta a la confianza epistémica, que había sido cerrada dando lugar a unas muy dañadas capacidades de aprender de la experiencia emocional, lo que ha hecho vivir a estos jóvenes dominados por una hipervigilancia epistémica y una desconfianza epistémica, en lugar de la confianza que les permita recibir lo valioso que las relaciones humanas afortunadamente pueden ofrecer.

Por todo lo mencionado, el objetivo general de este modelo es «desarrollar un proceso terapéutico en el que la mente del paciente se convierta en el foco del tratamiento» (Bateman & Fonagy, 2016), es decir, estimular la mentalización explícita del paciente y ayudarle a desarrollar una mejor comprensión de lo que él siente y piensa sobre sí mismo y sobre los demás, sobre cómo esto afecta directamente a la forma en que responde a sí mismo y a los demás, así como el poder entender que los errores en la comprensión de sí mismo y de los otros pueden conducir a actuaciones para mantener una cierta estabilidad mental y para amortiguar el impacto de emociones incomprensibles (Bateman & Fonagy, 2016). El profesional deberá recordar este objetivo al adolescente en todo momento, ya que un aspecto esencial del trabajo es ayudar a ver que el proceso terapéutico no es algo misterioso que sucede sin que el paciente se dé cuenta, sino que el joven ha de entender el foco que siempre tendremos presente (Bateman & Fonagy, 2016).

Para muchos de estos jóvenes, acercarnos a pensar sobre aspectos centrales de su historia pasada y presente es insoportable, así como el contacto con las

emociones y con la necesidad es catastrófico, debido a tener un mundo interno poblado de experiencias internalizadas de relaciones abandónicas, negligentes y/o maltratadores, que los lleva a esperar lo mismo de la relación terapéutica. Por este motivo, lo que nos planteamos como objetivo principal es la necesidad de darnos tiempo para intentar desarrollar el pensamiento en áreas que sean más tolerables. Esto se puede conseguir más fácilmente si los acompañamos desde el nivel más primitivo: desde el nivel sensorial a partir del cual comenzar a construir juntos el pensamiento, es decir, desde la mentalización de la nueva experiencia emocional compartida con nosotros. Es más importante estimular la mentalización sobre el nivel sensorial de lo que estamos compartiendo –que se ponga en marcha el proceso de mentalización– que el contenido concreto del discurso.

Un problema central para muchos pacientes es su vulnerabilidad a la pérdida de la capacidad de mentalización. Esta vulnerabilidad se asocia con una sensibilidad interpersonal que dispara la desregulación emocional y la impulsividad. Hay evidencia que demuestra que las mejores capacidades de mentalización son resilientes, por lo que nuestro objetivo principal es abordar esta vulnerabilidad, tratando de mejorar la capacidad de mentalización del adolescente y su familia, dejando como algo secundario al abordaje de las realidades insoportables que a menudo presentan estos casos. El tratamiento está basado en la relación y el terapeuta es visto como un participante activo y contribuidor al impacto emocional sobre el paciente, con el objetivo de crear una experiencia de relación nueva donde ayudar al desarrollo de la capacidad de mentalización.

Siguiendo esta idea, un principio de la MBT-A es que no podemos abordar los estados en los que predomina la no mentalización con mentalización. Cuando alguien no está mentalizando no debemos forzarlo a mentalizar, porque no nos podrá escuchar. Habrá que indicar que estamos a su lado, validar su estado emocional, aunque sea por vías no verbales, pero mostrando que estamos a su lado, que estamos con ellos y que los apoyamos. A medida que pase la tormenta emocional, podremos tratar de recuperar la capacidad de mentalización en áreas menos sobrecargadas emocionalmente, con el foco puesto en estimular y ayudar a desarrollar la mentalización explícita del paciente.

12.4.1 Ejemplo clínico del trabajo con adolescentes desde la mentalización

Para mostrar los aspectos técnicos del modelo MBT-A para adolescentes que han sufrido ERA, expondré un caso clínico de un adolescente al que llamaré Juan, que atendí cuando todavía trabajaba en el Hospital de Día, pero en un momento en el que empezamos a implementar las aportaciones de este modelo asistencial y de AMBIT con algunos jóvenes, como fase previa a la creación del ECID como proyecto asistencial diferenciado del Hospital de Día.

El día que nos conocimos, Juan se acercó a mi con una actitud amenazante y desafiante. Tenía el pelo pincho y llevaba una camiseta sin mangas que mostraba su fuerza física en forma de brazos musculosos. Me miró y me preguntó si teníamos profesores en el Hospital de Día. Le dije que sí, que teníamos una profesora trabajando con nosotros. Entonces dijo: «Bueno, que sepas que a los profes les doy de hostias». Juan había sido expulsado de la tercera escuela en dos años, como resultado de lo que se describió como trastornos de conducta graves. No tenía amigos y se paseaba por su vecindario con un perro que imponía respeto, organizando su identidad en torno a esta imagen de un tipo duro que quería atemorizar a la gente. En mi opinión, esto era solo una armadura externa que cubría un frágil identidad y sentimientos intensos de persecución.

Juan había sufrido negligencias severas y maltrato psicológico severo desde el nacimiento, viviendo en un ambiente relacional desorganizado y caótico, abandonado ante impactos emocionales que no eran recogidos ni elaborados por nadie. El estilo relacional predominante en su familia se basaba en una dinámica que estimulaba la confusión, la negación, la disociación y la amenaza. A lo largo de su infancia, su experiencia emocional no fue reconocida y contenida, sino despreciada. Este entorno relacional que obviamente estaba marcado por la presencia continuada de ERA, sentó las bases para procesos de pensamiento dañados y desorganizados, así como el hecho que su capacidad para modular las emociones y sus habilidades de mentalización parecían significativamente afectadas. Todo ello resultaba en una falta de integración de su estructura mental y en el consecuente estado mental de alto riesgo de psicosis –EMAR– que presentaba.

Para sobrevivir, Juan había desarrollado mecanismos de supervivencia, es decir, un *falso self* (Winnicott, 1960) que ocultaba un espacio mental altamente dañado. Dominado por la experiencia de la ausencia, el vacío, la confusión, las

amenazas, la desesperación y el abandono que no podían ser elaboradas, y por un *terror sin nombre* (Bion, 1962) que solo se podía evacuar en modo teleológico a través de la actuación. En estas condiciones, lo que era realmente desesperante para Juan era no poder confiar en nadie. Entre la gran cantidad de sentimientos contradictorios que parecía experimentar, uno de los más desesperantes era el de no tener a nadie y también la expectativa de que este era su lugar en el mundo: «No tengo a nadie y nunca tendré a nadie». Comprensiblemente, había organizado una frágil identidad en torno a la imagen de un chico duro, con su cuerpo fuerte como armadura que le sostenía y le permitía acercarse a los demás, a pesar de las intensas ansiedades persecutorias que experimentaba. No tenía amigos cercanos y no confiaba en nadie. Su apariencia y contacto inicial eran intimidantes, aunque detrás de esta imagen me imaginaba a un niño perdido y muy asustado.

Juan presentaba un cuadro clínico que, desde una perspectiva fenomenológica o visto a través de unas lentes categoriales, cumplía criterios compatibles con un trastorno disocial emergente, un trastorno oposicionista desafiante y un trastorno explosivo intermitente. Sin embargo, si lo consideramos desde una perspectiva dimensional (Lingiardi & McWilliams, 2017; Tizón, 2018 y 2019), el cuadro clínico se vuelve más complejo y estratificado, algo que nos permite comprender su vida emocional y relacional de una manera más detallada. Esto tiene implicaciones importantes para la modalidad de tratamiento, ya que ciertas modificaciones de la técnica en el enfoque psicoterapéutico son muy útiles y pertinentes cuando se trabaja con jóvenes en riesgo que no piden ayuda. Además, si consideramos esta situación a través de la comprensión de los cuidados inconsistentes, impredecibles y negligentes –incluidos los sistemas de cuidado familiar, escolar y de otro tipo–, las dificultades de Juan para modular su vida emocional y sus muy deficientes capacidades de mentalización y relación pueden entenderse como fallas en su proceso de desarrollo, algo que también tiene implicaciones importantes en el diseño del proceso terapéutico, así como en la comprensión y formulación de la sintomatología presentada.

La situación que transcribiré a continuación sucedió unos cuantos meses después del ingreso en el Hospital de Día. A pesar de las dificultades iniciales, hacía un tiempo que habíamos podido establecer una relación bastante buena, algo que entiendo se vio facilitado por una actitud mía muy activa hacia él, así como por

ofrecer mucha contención de las intensas ansiedades persecutorias que vivía. A pesar de ello, Juan se mostraba fácilmente desbordado por estas ansiedades, perdiendo sus capacidades de mentalización que por otra parte podía ir desarrollando en los momentos en los que estaba más tranquilo. Introduciré algunos aspectos técnicos de la actitud técnica del profesional para favorecer la mentalización, definida como una mesa con cuatro patas resistentes que sostienen y facilitan el proceso terapéutico. Estas son: la curiosidad explicita, interrumpir la no mentalización, mantener el equilibrio entre las diferentes dimensiones de la mentalización y destacar los momentos en los que el paciente mentaliza.

La situación que transcribiré coincidía con el primer día del espacio de aula con la profesora del Hospital de Día. Pasados menos de 5 minutos del inicio del espacio de aula, escuché golpes y fuertes gritos procedentes del pasillo. Me dirigí rápidamente hacia allí al reconocer la voz de Juan. Cuando me encontré con él estaba completamente fuera de sí, en medio de un estallido explosivo –un buen ejemplo de un estado donde no hay mentalización–, gritando con ira todo tipo de insultos contra la profesora y pegando patadas y puñetazos a una puerta y la pared. Yo tenía miedo de que se hiciera daño, ya que se había roto la mano varias veces en episodios similares. Cuando me acero a él me dice tono amenazador:

Paciente- ¡Déjame Mark! ¡No me toques, no me toques hostia!

Yo le digo que no le tocaré y él sigue dando patadas y puñetazos a la pared e insultando a la profesora. Yo le digo entonces que tengo miedo de que se haga daño y no quiero que esto suceda. Él sigue insultando a la profesora y dando puñetazos a la pared y yo insisto:

Terapeuta- estoy preocupado porque creo que te puedes hacer mucho daño en las manos si sigues golpeando la pared.

Paciente- ¡A la mierda, no me importa una puta mierda!

Terapeuta- A mí sí Juan. A mí me importa. No quiero que te hagas daño.

Al hacer explícito mi estado mental de manera firme y clara, Juan toleró que me acercara, aunque todavía completamente abrumado. Cuando alguien no está mentalizando, no debemos forzarlo a mentalizar, porque no podrá escucharnos. No podemos abordar la no mentalización con mentalización. En lugar de eso, debemos indicar que estamos a su lado, validar su estado emocional incluso por medios no verbales, pero mostrando que estamos con él y que le apoyamos. A medida que pasa

la tormenta emocional, podemos intentar recuperar la mentalización en otras áreas. Siguiendo estos principios y con la idea de tratar de cambiar su foco de atención a un área en la que sea más factible recuperar la mentalización, mientras también me alejo del foco de la persecución, le digo:

Terapeuta- Oye, ¿Qué te parece si salimos de aquí? ¿Por qué no nos vamos ahora? Sólo tú y yo.

Paciente- ¡Vale! ¡Vámonos de esta mierda de sitio!

Aquí, mi intención es tratar de cambiar activamente el foco de atención, tratando de alejar su mente –y a él mismo– de lo que había desencadenado la tormenta emocional y la desregulación. Esto tiene que ver con la idea de construir confianza epistémica a través de la atención conjunta y la regulación del afecto (Midgely et al., 2017), como el primer paso en el proceso de ayudar a restablecer la mentalización. También podemos entender su reacción como desencadenada por su intolerancia a la frustración de ser confrontado con el trabajo escolar, y cómo esto puede haber desencadenado el *alien self* interno, algo que lo lleva a una atribución masiva sobre la profesora de este aspecto destructivo y profundamente injusto de él mismo en este modo de equivalencia psíquica extrema, que luego maneja de manera teleológica como siempre ha hecho, con los insultos y golpes. Sin embargo, mi intención de alejarlo parece exitosa, ya que acepta salir conmigo, aunque insultando y pateando puertas y la pared a medida que avanzamos.

Este aspecto técnico también está relacionado con la interrupción de la no mentalización. El terapeuta tiene un papel activo aquí, especialmente si se trata de un patrón conocido del joven o la familia. En situaciones de desregulación emocional como este momento con Juan, es importante encontrar maneras de detener y tratar activamente de llevar su atención hacia áreas menos conflictivas para disminuir el riesgo de comportamientos destructivos. En momentos menos intensos de desregulación, para interrumpir la no mentalización, me resulta útil culparme a mí mismo, con un sentido del humor autocrítico que sugiere que estoy confundido o no sigo al joven. Con estos adolescentes, esto es menos persecutorio y también es útil para comunicar nuestro estado mental en el momento actual.

Siguiendo con la situación clínica, Juan y yo salimos del edificio y caminamos por el jardín. Me lleva a un lugar agradable con un banco y árboles alrededor que ofrecen una buena sombra en este caluroso día de verano. Se sienta y yo me siento

a su lado, mientras él continúa insultando con mucha rabia hacia la profesora y yo trato de validar su estado emocional, tratando de hacerle sentir que estoy a su lado, en contacto y disponible para recibir su desesperación, validando su experiencia y notando y nombrando lo que estoy reconociendo de su situación actual, tanto emocional como físicamente.

Después de un tiempo, trato de estimular la mentalización en otra área que creo que será mucho más tolerable, y opto por el nivel sensorial que ambos compartimos, mencionando el calor que aún hace y apreciando la sombra. Me escucha y parece reducir su desesperación y rabia.

Terapeuta- Escucha Juan, ¿como la llevas tú este calor? Porque yo siento que ya he tenido más que suficiente para este año.

Aquí lo invito activamente a mentalizar sobre cómo está experimentando esta sensación compartida, pero primero mostrando mi propio proceso de pensamiento al respecto y haciendo explícita mi curiosidad sobre su estado mental. La curiosidad explicitada es otra de las patas que sostienen de la postura o actitud mentalizadora, porque, cuando se trabaja con este grupo de adolescentes, no hay nada peor que pretender que sabemos lo que es estar en su piel. Debemos ser humildes, tolerantes y hacer explícita nuestra postura de no saber. Es importante poder decirles que no sabemos cómo leer sus mentes y que los necesitamos para ayudarnos a comprenderles, haciendo explícita nuestra postura de no saber. Nunca deberíamos decirle nada a un adolescente sin verificar si cree que lo que le hemos dicho es relevante para él en ese momento o no.

Paciente- No me gusta... a mí tampoco... ¡tan jodidamente pegajoso!

Aquí vemos como él añade otra calidad sensorial sobre lo que está sintiendo: el efecto pegajoso de la intensa humedad. Entonces ve un mosquito, que se convertirá en un valioso coterapeuta.

Paciente- ¡Joder, mira! Y también mosquitos... ¡mira este puto mosquito que ahora nos quiere picar!

Terapeuta- ¡Ostras, tienes razón! Y es un mosquito tigre, ¿no? ¿Qué piensas?

Aprovecho para invitarle a mentalizar sobre el mosquito. En una situación así, y desde el modelo MBT-A, lo que nos interesa es el proceso y no tanto el contenido de nuestra interacción. Interesa relanzar un modo en el que paciente esté mentalizando, sin importar tanto el contenido.

Paciente- Sí tío, ¡joder sí lo es! Estos son los peores...

Juan se empieza a calmar, centrado en el mosquito. Al trabajar con adolescentes en riesgo como Juan, acercarse a pensar sobre aspectos centrales de su historia pasada y presente, abordar las emociones y las necesidades emocionales es insoportable e incluso catastrófico, debido a las experiencias relacionales internalizadas de abandono, negligencia y / o abuso, algo que los lleva a esperar lo mismo de la relación terapéutica.

Por esta razón, lo que consideramos como el objetivo principal es la necesidad de darnos tiempo para tratar de desarrollar la mentalización en áreas donde puede ser más tolerable. Esto se puede lograr más fácilmente si comenzamos donde se detuvo su proceso de desarrollo psíquico, comenzando desde el nivel más primitivo: mentalizando el nivel sensorial. En otras palabras, mentalizar la nueva experiencia emocional compartida con el terapeuta desde el nivel más primitivo. Esto puede entenderse a través del concepto de *parental embodied mentalizing*, o mentalización corporeizada de los padres, en su sentido literal, definido por Shai y Belsky (2011) como: «la capacidad de los padres para concebir, comprender y extrapolar implícitamente los estados mentales del bebé a partir de las expresiones kinestésicas de todo el cuerpo del niño y ajustar sus propios patrones kinestésicos en consecuencia». Implica la capacidad del cuidador de ser receptivo y responder mentalmente a la experiencia más primitiva del niño: la calidad del movimiento, los ritmos, el espacio, el tiempo, las sensaciones y el tacto. Este encuentro interpersonal en el nivel pre-verbal mediado por la *mentalización corporeizada* de los padres determinará el desarrollo del sentido de posesión y agencia de los niños en el nivel corporal (Shai y Belsky, 2011). Estos autores describen cómo el desarrollo de un sentido coherente de uno mismo y de la autoconciencia implica pasar de estos procesos físicos y sensoriales hacia representaciones simbólicas en las que uno puede reflexionar y vincular conscientemente a experiencias personales e interpersonales, un proceso que es altamente deficiente en entornos relacionales donde predominan las ERA, como en el caso de Juan.

Desde una perspectiva técnica, esto respalda la idea de facilitar un proceso en el que el terapeuta estará disponible, y notará y nombrará lo que está sucediendo, para estimular la mentalización desde este nivel de desarrollo. Mientras mi coterapeuta, el mosquito, sigue volando a nuestro alrededor, trato de

estimular la mentalización que Juan está mostrando en diferentes dimensiones. Este aspecto técnico es otro apartado de la postura para estimular la mentalización: mantener un equilibrio entre las diferentes dimensiones de la mentalización, entre el mundo interno y el mundo externo, entre uno mismo y los demás, entre lo que sucede aquí y ahora y lo que sucede en otros momentos, entre lo que el adolescente piensa y lo que siente, entre lo que imagina que piensa el otro y lo que imagina que siente el otro, etc. Cuando trabajamos con la familia, también debemos encontrar un equilibrio entre las intervenciones de diferentes miembros. También requiere un papel muy activo del clínico, que interviene cuando desaparece la mentalización porque se pierde el equilibrio y el joven puede, por ejemplo, estar muy centrado en hablar sobre un adulto con el que ha tenido un conflicto.

Juan pasa de un momento en que estaba desbordado y totalmente incapaz de mentalizar, a un estado en el que ha recuperado la capacidad de mentalizar, algo que valoro con la idea de destacar la mentalización. Un concepto fundamental para comprender el trabajo terapéutico es la confianza epistémica (Fonagy & Allison, 2014), descrito en el capítulo 3 de esta tesis. Fonagy describe cómo, en la relación terapéutica, esta confianza se basa en, o se estimula por, el conocimiento que tiene el paciente sobre el hecho de que el terapeuta ha conectado con él de una manera marcada por la autenticidad y la empatía, entendiendo fundamentalmente su sufrimiento. Esta conexión empática, que podemos entender como el hecho de que el paciente se ha sentido adecuadamente mentalizado, es lo que le permite sentir que puede confiar en lo que el terapeuta ofrecerá en términos de conocimiento. Es lo que permitirá al paciente aprender sobre sí mismo a través de la mente de alguien en quien confía.

Cuando veo que estamos progresando y, en consecuencia, hemos disminuido el estado de desregulación emocional, trato de abrir el foco de atención compartida. Muestro curiosidad por lo que ha hecho este fin de semana. Me dice que no ha hecho mucho y le pregunto si ha visto a alguien.

Paciente- Bueno... ya sabes... había quedado con María y Ana –nombres ficticios de dos chicas que ha conocido recientemente y con las que está haciendo una buena relación– pero Ana dijo que no...

Terapeuta- Vaya. Y ¿cómo te sentiste con eso?

Paciente- No mola...

Terapeuta- Ya veo. Pero oye, ¿me podrías ayudar a ver qué significa para ti eso de no mola? Para ver si te puedo entender mejor.

Paciente- Pues no mola es que no mola Mark... ¡Qué coño!... Pues que me cabreó bastante, pero bastante eh... esto es no mola: muy cabreado... porque tenía ganas de verla el sábado y la tía y me escribe un mensaje para decirme que no...

A pesar de la reticencia inicial puede desarrollar la emoción que acompaña el episodio que me cuenta. Aquí podemos referirnos al concepto de afectividad mentalizada (Jurist, 2005), como un importante concepto que sustenta una postura técnica en el proceso de regulación del afecto en el que intentamos facilitar la revaloración de los afectos, y no solo la modulación (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). La reflexión sobre la experiencia afectiva –identificar, procesar y expresar afectos– tiene el objetivo de desarrollar un nuevo significado que Juan pueda lograr expresar. Intervengo validando y verificando lo que entiendo. Seguimos adelante y le pregunto qué piensa él que tiene que ver con el hecho de que Ana le dijera que no.

Paciente- Ella dijo que estaba enfadada conmigo... y que no me quería ver por esto... ¡Joder! ¡Enfadada conmigo! ¿Y por qué cojones estaba enfadada conmigo?

Terapeuta- Bueno, esta es una buena pregunta Juan. ¿Qué piensas que la hizo enfadar?

Paciente- Pues... lo que pasó fue que ella dijo que estaba enfadada porque dije algo sobre un tipo que ella también está viendo... Es que este tío es muy "chungo"... ¡Es un puto "chungo"! Es que yo lo conozco a este hijo de puta... vive en mi barrio... es un desgraciado y sé que este hijo de puta siempre va jugando con las chicas, las provoca y se aprovecha de ellas... y yo no quiero que Ana se meta en líos con este tío porque te digo que es muy chungo... y eso pasó, que se lo dije a Ana...

Terapeuta- Vale, está muy bien. Así que si te entiendo bien lo que tú querías era advertir a Ana sobre este tío, ¿verdad?

Paciente- Pues sí cojones... eso es lo que hice...

Terapeuta- Escucha y ¿qué es lo que le dijiste a Ana?

Paciente- Pues estábamos en el WhatsApp y le escribí un mensaje... mira... Tengo la conversación aquí... ella dice que tiene que va a ver a este tío y yo le digo: «cuidado que te estás arrastrando como una perra con este tío que es un chungo hijo de puta».

Debo decir que este es un lenguaje habitual de Juan, que suele utilizar una gran cantidad de palabras groseras e insultos en su discurso, poco consciente del impacto emocional que tiene sobre su interlocutor.

Terapeuta- Ya veo. Entonces ella lee esto que le escribes tú y se enfada.

Paciente- ¡Sí tío! Va y me dice «se ha acabado, ya no hablo más contigo... hoy no nos vemos», y cierra la conversación y no me abre más... ¡cojones!

Terapeuta- Vale, se enfadó. Pero ¿entiendes qué es lo que la hizo enfadar de lo que le dijiste?

Paciente- ¡Joder Mark tío!... Pero es que ella ya sabe que yo hablo así... pero ya sé por donde vas...

Terapeuta- ¿Qué piensas?

Paciente- Pues eso de cómo se dicen las cosas y como lo siente la gente...

Aquí Juan muestra que tiene presente los objetivos de lo que vamos trabajando, respecto a tratar de mentalizarnos a nosotros, a los demás y el impacto emocional que tenemos sobre los otros, aspectos sobre los que a menudo le recuerdo bien explícitamente que debemos ir pensando juntos. Yo le digo:

Terapeuta- Claro, porque escucha, yo supongo que tú no le querías hacer daño a Ana. ¿Es así?

Paciente- Joder, claro que no le quiero hacer daño a Ana... si ella es colega.

Terapeuta- Pero entonces, con lo que has pensado sobre cómo se dicen las cosas, eso que sabes que vamos trabajando tú y yo de cómo impactan en las otras personas las cosas que dices o haces, como les hacen sentir, tal vez podemos pensar en otra forma de decir lo mismo.

Paciente- Si... si...

Terapeuta- Esto de imaginarnos estando en el lugar del otro, pensar cómo se puede sentir. Decirlo de otra manera. ¿Qué piensas?

Paciente- Sí que es verdad que no mola mucho como se lo dije... sí... pero escucha Mark, ¿cómo se lo dirías tú? ¿Cómo la aviso de que este tío es un chungo?

Terapeuta- ¿Por qué no pruebas tú ahora?

Paciente- No, no... hazlo tú Mark venga... ¿cómo se lo dirías tú?

Pienso que muestra una curiosidad sincera sobre lo que yo puedo pensar como alternativa y decido decirlo.

Terapeuta- Pues a ver, algo así como: mira Ana, me caes muy bien y no quiero que este tío te haga daño, así que ten cuidado por favor porque le conozco y sé que ha hecho daño a otras chicas.

Paciente- ¡Qué cabrón tío! ¡Está de puta madre!... Joder, es que así claro que suena diferente... así seguro que no se cabrea… tío… qué cabrón, ¡qué buena frase!

En este momento hace un giro, mostrando que ha pensado algo y diciendo en tono de sorpresa:

Paciente- ¡Ostia puta! ¡Ostia puta!... ¡Pero es que es lo mismo que me acaba de pasar con la profesora Mark! ¡Es que ahora he pensado que es justo lo mismo que me acaba de pasar con la profe!

Terapeuta- ¡Pues está muy bien pensado Juan! Me parece que lo que haces ahora es lo que siempre decimos que es nuestro objetivo, que puedas pensar de una manera que te ayude a entender lo que sientes y lo que te pasa con la gente. ¡Muy bien!

Aquí destaco la mentalización que muestra Juan, otra parte importante de la postura favorecedora de la mentalización. Lo hacemos centrándonos en el aquí y ahora, detectando, destacando y valorando la mentalización efectiva: «realmente me gusta la forma de pensar que eres capaz de mostrar en este momento. Mira qué diferente es de la forma en que pensabas hace solo cinco minutos cuando parecías tan seguro de lo que estabas diciendo sobre esa persona... en cambio, ahora te preguntas cómo se sentiría esa persona cuando haces algo como lo que habías hecho ¿Ves la diferencia?». En mi intervención, me centro en esta calidad particular de la mente de Juan cuando aparece. Luego continúa:

Paciente- Pues sí tío... porque hoy lo que ha pasado es que la profe va y me pone una hoja delante con un montón de texto para leer, que era muy largo tío, además, ¡el primer día de clase! ¡Que hoy es el primer día coño! Y me he cruzado mucho... ya me he cruzado y me ha pasado que lo he visto y le he dicho que se lo lleve y que se lo meta por el culo…

Terapeuta- Vaya, entonces quizá podemos entender cómo se ha sentido ella con eso que le has dicho.

Paciente- Si, si… claro… se ha enfadado mucho conmigo… con razón claro…

Terapeuta- Oye, y ahora ¿puedes pensar en una forma diferente de decirle eso mismo a la profesora?

Paciente- Si… le podría decir: mira profe, que hace dos meses que no leo nada, ¿no puedes ponerme algo un poco más corto para leer?

Terapeuta- Está muy bien Juan, muy bien. ¿Y como te imaginas que se puede sentir ella si le dices así?

Paciente- Pues bien, no se cabrea como ha ocurrido, seguro… y todo hubiera ido mejor… no se hubiera disparado todo como ha pasado.

Vemos en la secuencia cómo Juan ha podido conectar un patrón relacional en el que él mismo desencadena el rechazo de los demás hacia él, en dos situaciones diferentes. Inicialmente, mi objetivo no era tratar de mentalizar la situación anterior en el espacio de aula, situación que lo había desregulado emocionalmente, pero es muy valioso ver cómo puede hacerlo él mismo, una vez que su desesperación ha sido contenida y podemos recuperar un modo de mentalización.

12.4.2 Reflexiones a partir del caso clínico: la intervención desde el ECID

Las ERA o ERA-A en la historia de los adolescentes de alto riesgo, los han llevado a cerrar un camino fundamental en el proceso de aprendizaje y desarrollo psíquico –la confianza epistémica–, quedando dañada su capacidad de aprender a través de la experiencia emocional con los demás y haciéndose más inflexibles y rígidos ante el cambio (Bateman & Fonagy, 2012). Nuestra tarea principal en el trabajo terapéutico es enfrentar este obstáculo con ellos, debido a que, de no ser así, nos encontramos con un escenario en el que la relación fracasará, en la que el joven a menudo no pedirá ayuda, sino que puede rechazarla activamente.

Puede ser habitual que los equipos de salud mental intenten introducir algún cambio en la forma de pensar o sentir del joven. En cambio, desde la perspectiva basada en la mentalización, pensamos que primero debemos preguntarnos qué deberíamos cambiar los profesionales en nuestra manera de trabajar para poder llegar a este joven que no espera nada bueno de una relación con un adulto, y menos aún si este adulto es un profesional de la salud mental.

La experiencia relacional puede tener un efecto terapéutico porque favorece un cambio en la disponibilidad y la actitud mental del adolescente hacia las relaciones, algo que favorecerá que puedan estar más abiertos a ser influenciados por relaciones benignas y benévolas que muy probablemente ya existan en su entorno relacional, pero de las que no pudieron beneficiarse.

El marco teórico y técnico de la MBT-A implica ofrecernos los profesionales como un modelo que hace explícitos nuestros propios procesos de pensamiento implícito. De esta manera, ofrecemos un modelo de alguien que no es perfecto, de alguien que es consciente del hecho de que existen límites para nuestro

conocimiento y se muestra seguro a la hora de reconocerlo: «Tengo curiosidad porque sé que no sé». También ofrecemos un modelo de interés sobre los estados mentales propios y ajenos, reflexionando sobre cómo podríamos sentirnos o qué pensamos sobre una determinada situación y preguntándonos en voz alta cómo podría sentirse y pensar la otra persona.

Quiero destacar la importancia del primer contacto con el adolescente y lo decisivo que es para el resto del proceso. El papel activo del profesional implica ir a buscar al adolescente donde sea que se encuentre, es decir, en un lugar donde se sienta seguro. Esta aportación de AMBIT implica un cambio significativo en el modelo asistencial desde la salud mental para adolescentes, ya que en lugar de pedirle al joven que se adapte a lo que podemos –o queremos– ofrecer en nuestros servicios de salud mental, debemos pensar en cómo debemos adaptarnos los profesionales a sus limitadas y dañadas capacidades de vinculación.

Un objetivo clave de AMBIT es mejorar la relación de los jóvenes con la *ayuda*, con la idea de aumentar la probabilidad de una actitud de búsqueda de ayuda en el futuro, así como enfrentar las dificultades actuales en múltiples dominios.

Este proceso puede ser un reto que genera mayor ansiedad para el profesional, ya que implica salir de la consulta e ir a encontrarnos con los adolescentes en sus hogares, institutos o en la calle. Pero también debemos recordar que, en principio, tenemos mejores recursos internos para hacer frente a estas nuevas situaciones relacionales, mientras que, para los jóvenes que han sufrido ERA, pedirles que acepten encontrarse con un adulto desconocido, profesional de la salud mental, en un centro de salud mental u hospital, es mucho más complicado.

Los aspectos técnicos descritos no son tanto un conjunto de técnicas que deben seguirse rígidamente, sino sobre todo una forma de describir una manera de estar con el adolescente. El papel del profesional no es tanto la capacidad de leer siempre con precisión los estados internos o externos del adolescente, sino más bien una forma de abordar las relaciones que reflejan la expectativa de que los pensamientos y sentimientos se iluminarán, enriquecerán y modificarán aprendiendo sobre los estados mentales de los demás (Bateman & Fonagy, 2012). Al mismo tiempo, hacemos explícita nuestra curiosidad, la conciencia del impacto de la emoción, la conciencia de que la mente del paciente es opaca y estamos modelando la capacidad de tomar diferentes perspectivas sobre una misma

realidad. Sobre todo, nuestra intención es promover una atmósfera de confianza epistémica que restablezca la capacidad de agencia y esperanza del joven.

En este sentido, un aspecto importante de nuestro Proyecto Piloto será trabajar activamente por la vinculación del joven con un solo profesional referente. Sabemos que a mayor gravedad del caso más servicios asistenciales de la red intervenimos y, demasiado a menudo, de forma poco coordinada. El joven y su familia son tratados por profesionales de diferentes servicios, que trabajamos con objetivos no coincidentes, utilizando varios modelos de tratamiento o intervención. Esto da lugar a lo que se conoce como el efecto *Torre de Babel*, donde el adolescente y su familia reciben input de múltiples servicios multi-disciplinarios, donde cada profesional ofrece implícita o explícitamente su marco explicativo. Son diferentes idiomas con diferentes miradas para nombrar una realidad confusa y fragmentada, lo que muy a menudo es vivido por el joven como si nos dijera: «Yo, un adolescente fragmentado, con mi familia fragmentada, he de poder integrar lo que todos vosotros no habéis conseguido integrar en muchos años». Esto implica un efecto abrumador para el joven y la familia, de manera que la relación con la red asistencial puede acabar siendo una experiencia que despierta aversión y desconfianza hacia todos los servicios, dándose una reedición de una experiencia de negligencia en la relación asistencial.

Para el joven tan dañado psicológicamente, sostener una sola relación con un profesional ya es bastante difícil. Por este motivo, ante esta muy frecuente problemática, AMBIT propone un cambio de énfasis: del modelo típico de la red asistencial de muchos equipos alrededor del paciente y la familia, con el riesgo de que se ha descrito que implica, a un modelo donde el joven establece una sola relación con lo que se llama el *profesional principal*, que será el encargado de establecer las relaciones con el resto de servicios e integrar sus aportaciones de cara al joven y su familia.

Este profesional pasará a ocupar el lugar central en torno al que se organicen y articulen las relaciones con el resto de los servicios, por lo que el joven sólo tendrá que mantener una sola relación, pero mucho más intensiva con un solo profesional. En este sentido, el *profesional principal* trabajará en conexión permanente con el resto de los servicios de la red, con el fin de integrar y coordinar nuestra intervención con todos ellos. Tendrá un papel muy activo para establecer una

vinculación lo más segura posible con el joven, ya que sabemos que para estimular, reparar y mantener la función de mentalización en una persona joven es fundamental desarrollar algo parecido a un vínculo seguro con una figura de confianza.

En este modelo de intervención el *profesional principal* recibe el apoyo continuado del equipo, que será la base segura que sostiene su intervención, con una serie de técnicas desarrolladas para articular la tarea del equipo alrededor de este profesional. En este sentido sigue siendo un abordaje en equipo, donde cada profesional trabajará con menos casos, pero con mayor efectividad.

De forma esquemática, la intervención de la ECID se organizará de la siguiente manera:

1. Primera visita y fase exploratoria llevada a cabo por dos profesionales.
2. Trabajo de vinculación de joven con clínico principal, con el apoyo del resto del equipo para facilitar y sostener este proceso.
3. Articulación de la intervención del resto del equipo a través del clínico principal.

El ECID inició su actividad asistencial en diciembre de 2017, con cinco profesionales que trabajábamos en la población de Badalona. El proyecto ha generado mucho interés en la red de salud mental, con muchas demandas de participación en distintas jornadas y congresos, así como el interés de los medios de comunicación (ver anexo 16). En el mes de julio de 2018, la Fundación Nous Cims eligió el ECID como proyecto innovador en la red de salud mental en Cataluña, proporcionando el apoyo financiero para doblar la dotación de profesionales y facilitar que se pudiese iniciar la actividad asistencial en la población de Santa Coloma de Gramanet.

En este momento el ECID cuenta con 12 profesionales, siendo todavía un proyecto piloto en fase de evaluación. Los resultados son prometedores, a pesar la gravedad de los casos atendidos.

Tenemos en marcha un estudio de valoración de los resultados de la intervención del ECID, con el fin de poder demostrar a la administración la necesidad de implementar equipos similares en la red pública de salud mental, para poder atender al grupo de adolescentes de alto riesgo que presentan ERA.

Esta tesis doctoral representa una culminación del proceso iniciado en el año 2008, facilitando el desarrollo y la creación de este nuevo modelo asistencial para el grupo de adolescentes que presentan serias consecuencias psicopatológicas de las ERA sufridas en la infancia.

13. Limitaciones y líneas futuras de investigación

13.1 Limitaciones

Una primera limitación de esta tesis es el hecho de que no se hayan utilizado instrumentos adaptados y validados para la valoración de las ERA, algo que limita en cierta medida la posibilidad de replicar nuestros estudios. En el capítulo 8 se han argumentado los motivos que, para este tipo de población y marco de trabajo asistencial, obligan a extremar los cuidados de la actividad asistencial cuando se realizan investigaciones en ese mismo encuadre. En resumen, tanto por cuestiones asistenciales como éticas y teniendo en cuenta la variabilidad de los clínicos y profesionales participantes en la clínica, nos hemos visto obligados a utilizar entrevistas semi-estructuradas en la exploración de las ERA, en buena medida siguiendo el modelo de entrevista semi-estructurada propuesto por Read et al. (2007).

En ese sentido, no podemos asegurar que los resultados coincidan punto por punto con los de otros estudios en otros encuadres que utilicen metodología más estandarizada y validada. Sin embargo, consideramos que es difícil que los estudios no sean replicables en dispositivos asistenciales similares, al menos si se siguen las pautas y los criterios establecidos por Read et al. para la valoración de las ERA en contextos clínicos (2007). Su coincidencia con estudios realizados en encuadres no clínicos y/o de menor gravedad o situación aguda, como hemos argumentado en la discusión, no pueden darse por segura, pero hay una alta probabilidad de que exista entre unos y otros una estrecha correlación, si no una continuidad.

Ciertamente, el hecho de no utilizar instrumentos adaptados y validados para la valoración de las ERA también podrá limitar la comparación con otros estudios, tanto previos como posteriores, aunque esta limitación no es exclusiva de la presente tesis doctoral, sino que es una limitación generalizada reconocida por la comunidad científica en el tema que nos ocupa, siendo un problema metodológico habitual y mencionado en diferentes estudios (Sanci, 2019) y algo que futuros trabajos y metodologías tendrán que ir solucionando progresivamente. Tal limitación tiene que ver, por un lado, con ciertas inconsistencias en la definición de las experiencias relacionales adversas, así como en la metodología utilizada para medir su presencia en diferentes estudios, así como con las limitaciones y riesgos de falsos negativos en dichos métodos. De ahí que, frecuentemente, los datos de

prevalencia varíen y, sobre todo, se subestimen. En particular, dada de la dificultad para identificar el abuso en niños pequeños y, en general, para identificar las ERA si la investigación es tan sólo sincrónica, puntual, y no incluye una posibilidad de replantear o recoger la información una vez que la vinculación asistencial se ha ampliado y robustecido.

Por otra parte, habría que pensar en la necesidad de estudios poblacionales más amplios, tanto en encuadres clínicos similares, como en otros encuadres clínicos y no clínicos: los estudios de esta tesis se centran sólo en los pacientes atendidos en el Hospital de Día de adolescentes de Badalona. En este sentido, una línea futura de investigación sería replicar los estudios en otros Hospitales de Día de adolescentes y en los CSMIJ de Cataluña.

También sería interesante pensar en estudios de la prevalencia de ERA y ERA-A en sujetos con patologías menos graves. Aquí, la menor vinculación asistencial puede implicar nuevas dificultades, especialmente en la fiabilidad de los datos, y, posiblemente por ello conocemos menos estudios y resultados.

Otra limitación de nuestros estudios conectada con lo que venimos diciendo: no hay un grupo de comparación de población general. La inexistencia de un estudio similar en la población general limita la fiabilidad de las conclusiones obtenidas. Si bien sí existen estudios en población general para varias de las ERA aquí investigadas, pero no para el conjunto escogido ni para las agrupaciones utilizadas en nuestros estudios.

También cabe preguntarse sobre la validez predictiva de alguna de las hipótesis planteadas en relación con el riesgo psicopatológico de los adolescentes, dada la complejidad de los factores que intervienen en el proceso de organización e integración de la personalidad y las organizaciones relacionales, así como de las variables mediadoras y otros factores que intervienen en su desintegración y un consecuente mayor riesgo psicopatológico en los menores.

Evidentemente, dada la relevancia del tema, cada uno de los seis estudios que componen la tesis merecería ampliaciones, tanto de la muestra como en el análisis estadístico, pero por limitaciones de tiempo del doctorando no se han podido llevar a cabo, aunque sí hay previsión de poder hacerlo en un futuro.

13.2 Líneas futuras de investigación

En el ECID estamos llevando a cabo un estudio que valora los resultados de la intervención de este nuevo tipo de servicio asistencial para el grupo de adolescentes de alto riesgo que atendemos. A la vez, recogemos los datos sobre las ERA que presentan tanto los menores como sus progenitores. En este último caso, también cuantificamos las ERA que presentan los progenitores.

Para mejorar la calidad de esta valoración de los resultados de la intervención del ECID, la FVB ha contactado con la Fundación Avedis Donabedian de Barcelona, que nos ha ayudado en el diseño y la planificación del estudio de valoración del ECID.

Los primeros resultados de este estudio estarán disponibles en febrero de 2020, resultados que estarán basados en los datos recogidos a través de la metodología ROM –*Routine outcome measurement in mental health*–, con el que el equipo clínico sujeto de esta investigación , así como el conjunto de equipos de la FVB están trabajando. El ROM es un sistema de evaluación de la asistencia basado en la administración regular de pruebas estandarizadas y validadas en castellano y catalán a todos los pacientes del ECID basándonos en la sintomatología, la calidad de vida y la satisfacción del paciente y la familia. El principal objetivo del ROM es disponer de un *feedback* de la evolución del paciente que permita valorar su evolución para orientar el tratamiento y poder modificarlo en el transcurso del tiempo. Los objetivos secundarios del ROM son comparar y analizar los resultados obtenidos.

Los objetivos concretos del ROM son:

- Evaluar la evolución de cada paciente concreto.
- Ser útil a cada profesional, constituyéndose en una herramienta de orientación y focalización del propio trabajo por parte de los profesionales.

El ROM se puede incluir fácilmente en el proceso asistencial, ya que el coste de tiempo de aplicación es muy breve, la introducción de datos y la explotación de resultados son relativamente sencillas. Es una evaluación continua, pero también puede evaluar procesos. Ofrece posibilidades de desarrollo muy poderosas, tales como diferenciar resultados por patologías, procesos utilizados, grupos étnicos o culturales, etc. Se puede ir desarrollando con el apoyo y la colaboración del CORC en el Reino Unido, –*Child Outcome Research Consortium*– al que la Fundación Vidal y

Barraquer se ha adherido como socio. Un grupo importante de instituciones de diferentes países aplican el ROM y estudian y discuten resultados y metodología de forma regular.

El ROM implica una evaluación de la asistencia basada en la administración periódica de pruebas a los pacientes del servicio de salud mental, basado en:

- La sintomatología
- La calidad de vida
- La satisfacción del paciente y la familia

Además del estudio mencionado que ya tenemos en marcha, sería importante poder llevar a cabo estudios sobre la prevalencia de ERA-A en población general y en población atendida en centros de salud mental, aunque, como se ha mencionado en las limitaciones, sería necesario poder llegar a consensos y acuerdos en las definiciones de las distintas ERA, así como en la metodología para contabilizarlas.

Así mismo, sería importante realizar estudios más amplios sobre la frecuencia de detección de las ERA por parte de los servicios de salud mental de la red asistencial, así como sobre las posibles consecuencias psicopatológicas de la falta de detección de estas ERA en muestras de población más amplias.

También es importante pensar en investigaciones que incluyan el estudio de la prevalencia de las ERA en distintas generaciones, con la finalidad de aportar más datos a la línea de investigación que, según nuestro conocimiento, esta tesis abre en España. Es necesario poder tener más datos sobre la transmisión transgeneracional del trauma relacional, con el fin de poder justificar las medidas de prevención e intervención precoz en la población de riesgo, conociendo los riesgos de una reedición de las ERA en las nuevas generaciones.

14. Referencias bibliográficas

- Addington, J., Stowkowy, J., Cadenhead, K. S., Cornblatt, B. A., McGlashan, T. H., Perkins, D. O., Seidman, L. J., Tsuang, M. T., Walker, E. F. & Woods, S. W., (2013). Early traumatic experiences in those at clinical high risk for psychosis. *Early Intervention Psychiatry, 7* (3), 300-305. doi: 10.1111/eip.12020
- Afifi, T. O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, M. W., MacMillan, H. & Sareen, J. (2011). Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *Journal of Psychiatric Research*, *45* (6), 814–822.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allen, J. G., Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Allen, J. G. (2013). *Restoring Mentalizing in Attachment Relationships: Treating Trauma With Plain Old Therapy.* Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Álvarez, M. J., Masramon, H., Peña, C., Pont, M., Gourdier, C., Roura-Poch, P. & Arrufat, F. (2015). Cumulative Effects of Childhood Traumas: Polytraumatization, Dissociation and Schizophrenia. *Community Mental Health Journal, 51*, 54-62.
- Álvarez-Lister, M. S., Pereda, N., Abad, J. & Guilera, G. (2013). Polyvictimization and its relationship to symptoms of psychopathology in a southern European sample of adolescent outpatients. *Child Abuse & Neglect* (2013). doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.09.005.
- Anderson, J., Martin, J., Mullen, P., Romans, S. & Herbison, P. (1993). The prevalence of childhood sexual abuse experiences in a community sample of women. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 911–919.

- Angermeyer, M., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*, 163–179.
- Aragonés, J. (2002). *Poesías.* Barcelona: Edición del autor.
- Artigue J. & Tizón, J. (2014). Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. *Atención Primaria*, *46* (7), 336-356.
- Artgue, J., Tizón, J. & Salamero, M. (2016). Reliability and Validity of the List of Mental Health Items (LISMEN). *Schizophrenia Research, 176*, 423-430.
- Asen, E., & Bevington, D. (2007). Barefoot practitioners: A proposal for a manualized, home-based adolescent in crisis intervention project. In G. Baruch, P. Fonagy, & D. Robins (Eds.). *Reaching the hard to reach: Evidence-based funding priorities for intervention and research* (pp. 3–34). Chichester: John Wiley & Sons.
- Ashcroft, K., Kingdon, D. & Chadwick, P. (2012). Persecutory delusions and childhood emotional abuse in people with a diagnosis of schizophrenia. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, *4*, 168–71.
- Assan, B., Burchell, P., Chia, A., Coffey, C., Floreani, S., Weir, J., Hammond, S.W., Woods, B., (2008). The Adolescent Intensive Management Team: an intensive outreach mental health service for high-risk adolescents. *Australas Psychiatry, 16* (6), 423-427.
- Bailey, T., Álvarez-Jiménez, M., García-Sánchez, A. M., Hulbert, C., Barlow, E. & Bendall, S. (2018). Childhood Trauma is associated with severity of hallucinations and delusions in psychotic disorders: a systematic review and meta-analysis, *Schizophrenia Bulletin, 44* (5), 1111-1122. doi: 10.1093/schbul/sbx161.
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2003). The impact of complex trauma and depression on parenting: An exploration of mediating risk and protective factors. *Child Maltreatment*, *8*, 333–349. doi:10.1177/1077559503257106.
- Barnett, D., Ganiban, J. & Cicchetti, D. (1999). Maltreatment, negative expressivity, and the development of Type D attachments from 12 to 24 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development,*

64 (3), 97-118. doi.org/10.1111/1540-5834.00035.

- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry, 165*, 631-638.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient Mentalization-Based Treatment versus Structured Clinical Management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 166 (12)*, 1355-1364.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders. A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Belsky, J. & Pluess, M. (2013). Beyond risk, resilience, and dysregulation: phenotypic plasticity and human development. *Developmental Psychopath*ology *25*, 1243–1261.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Ramos Rodriguez, G., Sethi, D. & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health, Published Online September 3,* 2019.
- Benbasset, N. & Priel, B. (2012) Parenting and adolescent adjustment: the role of parental reflective function. *Journal of Adolescence*, *35*(1), 163-74. doi: 10.1016/j.adolescence.2011.03.004.
- Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. & McGorry, P. D. (2008). Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of evidence. *Schizophrenia Bulletin, 34* (3), 568-579.
- Bentall, R. P. & Fernyhough, C. (2008). Social predictors of psychotic experiences: specificity and psychological mechanisms. *Schizophrenia Bulletin*, *34*, 1012–1020.
- Bentham, M. & Cecil, N. (2015). New Zealand judge Lowell Goddard chosen to lead child abuse inquiry. *Evening Standard.* 4 February 2015.

- Berry, K., Barrowclough, C. & Wearden, A. (2007). A review of the role of adult attachment style in psychosis: Unexplored issues and questions for further research. *Clinical Psychology Review, 27*, 458-475.
- Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P. & Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: the role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, *36* (2), 200–212.
- Bevington, D., & Fuggle, P. (2012). Supporting and enhancing mentalization in community outreach teams working with socially excluded youth: The AMBIT approach. In N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families,* pp. 163–186. Hove, UK: Routledge.
- Bevington, D., Fuggle, P., Fonagy, P., Target, M. & Asen, E. (2012). Innovations in Practice: Adolescent Mentalization-Based Integrative Therapy (AMBIT) - a new integrated approach to working with the most hard to reach adolescents with severe complex mental health needs. *Child and Adolescent Mental Health*, *18* (1), 46-51.
- Bevington, D., Fuggle, P. & Fonagy, P. (2015). Applying attachment theory to effective practice with hard-to-reach youth: the AMBIT approach. Attachment & Human Development.
  doi: 10.1080/14616734.2015.1006385.
- Bevington, D., Fuggle, P., Cracknell, L. & Fonagy, P. (2017). *Adaptive Mentalization-Based Integrative Treatment: A Guide for Teams to Develop Systems of Care.* Oxford University Press.
- Bleiberg, E., Rossouw, T. & Fonagy, P. (2012). Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder, in Eds. Bateman & Fonagy, *Handbook of mentalizing in mental health practice*. 463–510. American Psychiatric publishing, Washington DC.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. London, Tavistock.
- Bion, W.R. (1962). The Psycho-Analytic Study of Thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 306-310.
- Bleiberg, E., Rossouw, T. & Fonagy, P. (2012). Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder. In A. W. Bateman & P. Fonagy

(Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 463-509). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.

- Bourgeois, C., Lecomte, T. & Daigneault, I. (2018). Psychotic disorders in sexually abused youth: A prospective matched-cohort study. *Schizophrenia Research*, *199*, 123–127.
- Boyda, D., McFeeters, D. & Shevlin, M. (2015). Intimate partner violence, sexual abuse, and the mediating role of loneliness on psychosis. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 7, 1–13.
- Bowlby, J., & Ainsworth, M.D.S. (1951). *Maternal care and mental health (Vol.2)*. Geneva: World Health Organization.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume1. Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume2. Separation*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Volume 3. Loss*. New York, NY: Basic Books.
- Bradley, R.H., & Corwyn, R.F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, *53*, 371–399.
- Briere, J., Woo, R., McCrae, B., Foltz, J. & Sitzman, R. (1997). Lifetime victimization history, demographics and clinical status in female psychiatric emergency room patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 185*, 95-101.
- Broome, M.R., Woolley, J.B., Johns, L.C., Valmaggia, L.R., Tabraham, P., Gafoor, R., Bramon, E. & McGuire, P.K. (2005). Outreach and support in south London (OASIS): implementation of a clinical service for prodromal psychosis and the at risk mental state. *European Psychiatry, 20*, (5-6), 372–378.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology, 25* (4), 525-531. doi.org/10.1037/0012-1649.25.4.525.

- Cavanagh, M.R., Read, J. & New, B. (2004). Sexual abuse inquiry and response: a New Zealand training programme. *New Zealand Journal of Psychology, 33*(3), 137-144.

- Cernuda, L. (2005). *Un río de amor; Los placeres prohibidos.* Madrid: Cátedra, Letras Hispánicas.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A. & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Developmental Psychopathology, 18* (3), 623-49.
- CIE-9-MC, documento descargado en la web: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE9MC_2014_def_accesible.pdf
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, *4*, 1. doi:10.3402/ejpt.v4i0.20706.
- Cohen, L. R., Hien, D. A., & Batchelder, S. (2008). The impact of cumulative maternal trauma and diagnosis on parenting behavior. *Child Maltreatment*, *13* (1), 27–38. doi:10.1177/1077559507310045.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., & Mallah, K. (2017). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, *35* (5), 390–398. doi:10.3928/00485713-20050501-05.
- Coromines, J. (1991), *Psicopatologia i desenvolupaments arcaics, Assaig psicoanalític*, Barcelona Espaxs.
- Coromines, J. (1994), Possibles vinculacions entre organitzacions patològiques de l'adult i problemes del desenvolupament mental primari, *Revista Catalana de Psicoanàlisis*, *vol. XI (1 i 2).*
- Coromines, J., Fieschi, E., Grimalt, A., Guàrdia, M., Oromí, I., Palau, M., Viloca, Ll. (2005), Comprendre el psiquisme primitiu, com ens ajuda?, *Revista Catalana de Psicoanàlisi, vol. XXII (1 i 2),* 155-167.
- Coromines, J., Fieschi, E., Grimalt, A., Guàrdia, M., Oromí, I., Palau, M. i Viloca, Ll. (2008), *Processos mentals primaris*, Barcelona, Fundació Orienta.
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *41* (4), 412–425. doi:10.1037/0033-3204.41.4.412
- Craine, L.S., Henson, C.E., Colliver, J.A. & MacLean, D.G., (1988). Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. *Hospital and Community Psychiatry, 39*, 3, 300–304.

- Cutajar, M., Mullen, P., Ogloff, J., Thomas, S., Wells, D. & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse y Neglect*, *34*, 81–822.
- Dangerfield, M. (2012). Negligencia y violencia sobre el adolescente: abordaje desde un Hospital de Día. *Temas de Psicoanálisis, 4*, Junio 2012. www.temasdepsicoanalisis.org
- Dangerfield, M. (2015). *Un intent de posar en paraules allò impensable: reflexions sobre un procés psicoanalític*. Treball presentat a l'Institut de Psicoanàlisi de Barcelona.
- Dangerfield, M. (2016). "Sense un lloc a la teva ment, sense un lloc al món." Aspectes tècnics del treball amb adolescents desatesos. *Revista Catalana de Psicoanàlisi. vol. XXXIII*, *2*, 99-129.
- Dangerfield, M. (2017). Aportaciones del tratamiento basado en la mentalización (MBT-A) para adolescentes que han sufrido adversidades en la infancia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 63*, 29-47.
- Dangerfield, M. (2019). *Working with At-Risk Mental States in Adolescence.* (In press).
- Davins, M., Pérez Testor, C., Aramburu, I. & Aznar, B. (2012). Maltrato en la pareja: una modalidad de relación dañina. *Temas de Psicoanálisis, 4,* Junio 2012. www.temasdepsicoanalisis.org
- Das, J.K., Salam, R.A., Lassi, Z.S., Khan, M.N., Mahmood, W., Patel, V. & Bhutta, Z.A. (2016). Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. *Journal of Adolescent Health*, 59 (2016) S49-S60.
- De Vos, C., Thompson, A., Amminger, P., Bendall, S., Haan, L., Hartmann, J., Lavoie, S., Markulev, C., McGorry, P., Nieman, D., Phillips, L., Reininghaus, U., Yuen, H. P., Yung, A. & Nelson, B. (2019). The relationship between childhood trauma and clinical characteristics in ultra-high risk for psychosis youth. *Psychosis*, DOI: 10.1080/17522439.2019.1582686.
- Denny, B. T., Kober, H., Wager, T. D & Ochsner, K. N. (2012). A Meta-analysis of Functional Neuroimaging Studies of Self- and Other Judgments Reveals a Spatial Gradient for Mentalizing in Medial Prefrontal Cortex. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *24* (8), 1742–1752.

- Dill, D., Chu, J., Grob, M. & Eisen, S. V. (1991). The reliability of abuse history reports. A comparison of two inquiry formats. *Comprehensive Psychiatry, 32*, 166–169.
- Ensink, K., Berthelot, N., Bernazzani, O., Normandin, N. & Fonagy, P. (2014). Attachment and reflective function specific to trauma in pregnant women with histories of abuse and neglect. *Frontiers in Psychology*, *5*, 1–12.
- Ensink, K., Normandin, L., Plamondon, A., Berthelot, N. & Fonagy, P. (2016). Intergenerational Pathways From Reflective Functioning to Infant Attachment Through Parenting. *Canadian Journal of Behavioural Science. Vol 48,* 1, 9-18.
- Farahmand, F.K., Duffy, S.N., Tailor, M.A., DuBois, D.L., Lyon, A.L., Grant, K.E., Zarlinski, J.C., Masini, O., Zander, K.J. & Nathanson, A.M. (2012). Community-based mental health and behavioral programs for low-income urban youth: a meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *19* (2), 195-215.
- Fearon, R.P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M. & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Development, 81* (2), 435–456.
- Feduchi, L., Mauri, L., Raventós, P., Sastre, V. y Tió, J. (2006). Reflexiones entorno a la violencia en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente, 8*, 19-26.
- Felitti, V. J. (1991). Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. *Southern Medical Journal*, *84*, 328–31.
- Felitti, V. J. (1993). Childhood sexual abuse, depression and family dysfunction in adult obese patients: a case control study. *Southern Medical Journal, 86*, 732–6.
- Felleti V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14* (4), 245-258.

- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35* (10), 1365-1374.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H. & Hamby, S. L. (2005a). The victimization of children and youth: A comprehensive national survey. Child Maltreatment, *10* (1), 5–25. doi.org/10.1177/1077559504271287.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H. & Hamby, S. L. (2005b). Measuring poly-victimization using the Juvenile Victimization Questionnaire. *Child Abuse & Neglect, 29*, 1297–1312. doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.06.005.
- Finkelhor, D. (2007). Developmental victimology. The comprehensive study of childhood victimizations. In Davis, R. C., Luirigio, A. J., & Herman, S. (Eds.), *Victims of crime* (3rd ed) (pp. 9-34). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Fisher, H. L., Craig, T. K., Fearon, P., Morgan, K., Dazzan, P., Lappin, J., Hutchinson, G., Doody, G. A., Jones, P. B., McGuffin, P., Murray, R. M., Leff, J. & Morgan, C. (2011) Reliability and comparability of psychosis patients' retrospective reports of childhood abuse. *Schizophrenia Bulletin*, *37,* 546–553. doi: 10.1093/schbul/sbp103.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and Borderline Personality Disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 48 (4),* 1129-1146.
- Fonagy, P. (2004). Psychotherapy meets neuroscience: A more focused future for psychotherapy research. *Psychiatric Bulletin*, *28, (10)*, 357-359.
- Fonagy, P. & Allison, E. (2011). What is Mentalization? The Concept and its Foundations in Developmental Research and Social-Cognitive Neuroscience, in Midgley, N. & Vrouva, I. (eds). *Minding the Child: Mentalization-based Interventions with Children, Young People and their Families*. Hove, UK: Routledge.
- Fonagy, P. & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy, 51*, 372-380.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.

- Fonagy, P., Lorenzini, N. & Campbell, C. (2014). Why are we interested in attachments? In Holms, P. and Farnfield, S. (Eds.). *The Routledge Handbook of Attachment: Theory.* New York: Routledge
- Fonagy, P., Luyten, P., Campbell, C., & Allison, L. (2014). Epistemic trust, psychopathology and the great psychotherapy debate. Retrieved from www.societyforpsychotherapy.org/epistemic-trust-psychopathology-and-the-great-psychotherapy-debate
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). The predictive validity of Mary Main's Adult Attachment Interview: A psychoanalytic and developmental perspective on the transgenerational transmission of attachment and borderline states. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives.* (pp.233–278). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, *12*, 201–218.
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Developmental Psychopathology, 9(4),* 679-700.
- Fonagy, P. & Target, M. (2005). Mentalization and the Changing Aims of Child Psychoanalysis, *in Relational psychoanalysis: Innovation and expansion*, Vol. 2, Aron, L. (Ed.), Harris, A. (Ed.), Mahwah, N.J., US, Analytic Press, 2005, pp. 253-278.
- Fonagy, P. & Target, M. (2006). The mentalisation-based approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders, 20*, 544–576.
- Ford, J. D. & Courtois, C. A. (2013). *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents. Scientific Foundations and Therapeutic Models.* New York: The Guilford Press.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *14*, 387–421.

- Frenken, J. & Van Stolk, B. (1990). Incest victims' inadequate help by professionals. *Journal of Child Abuse and Neglect*, 14, 253–263.
- Fuggle, P., Bevington, D., Cracknell, L., Hanley, J., Hare, S., Lincoln, J., & Zlotowitz, S. (2014). The adolescent mentalization-based integrative treatment (AMBIT) approach to outcome evaluation and manualization: Adopting a learning organization approach. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication.
- Fuller-Thomson, E., & Lewis, D.A. (2015) The relationship between early adversities and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Abuse & Neglect* (2015).
- Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F., Keshavan, M., Wood, S., Ruhrmann, S., Seidman, L., Valmaggia, L., Cannon, T., Velthorst, E., De Haan, L., Cornblatt, B., Bonoldi, I., Birchwood, M., McGlashan, T., Carpenter, W., McGorry, P., Klosterkötter, J., McGuire, P. & Yun, A. (2013). The Psychosis High-Risk State. A Comprehensive State-of-the-Art Review. *JAMA Psychiatry*, *70* (1), 107-120. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.269.
- Gabbard, G.O. and Westen, D. (2003). Rethinking therapeutic action. *International Journal of Psychoanalysis*, *84*, 823-841.
- Generalitat de Catalunya, (2010). *Protocol d'actuació entre els Departaments de Benestar Social i Família i d'Ensenyament, de detecció, notificació, derivació i coordinació de les situacions de maltractament infantil i adolescent en l'àmbit educatiu*. Texto accesible en la web: http://educacio.gencat.cat/documents/PC/ProjectesEducatius/protocol_maltractament_infantil_adolescent.pdf
- Gergely, G. & Csibra, G. (2005) The social construction of the cultural mind: Imitative learning as a mechanism of human pedagogy. *Interaction Studies, 6 (3)*, 463 – 481.
- Goff, D., Brotman, A., Kindlon, D., Waites, M. & Amico, E. (1991). Self-reports of childhood abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry Research, 37*, 73-80.

- Gore, F. M., Bloem, P. J., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., Sawyer S. M. & Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*, *377* (9783), 2093-2102.
- Gould, D. A., Stevens, N. G., Ward, N. G., Carlin, A. S., Sowell, H. E. & Gustafson, B. (1994). Self-reported childhood abuse in an adult population in a primary care setting. *Archives of Family Medicine*, *3*, 252–256.
- Granqvist, P., Sroufe, L. A., Dozier, M., Hesse, E., Steele, M., Ijzendoorn, M., Solomon, J., Schuengel, C., Fearon, P., Bakermans-Kranenburg, M., Steele , H., Cassidy, J., Carlson, E., Madigan, S., Jacobvitz, D., Foster, S., Behrens, K., Rifkin-Graboi, A., Gribneau, N., Spangler, G., Ward, M. J., True, M., Spieker, S., Reijman, S., Reisz, S., Tharner, A., Nkara, F., Goldwyn, R., Sroufe, J., Pederson, D., Pederson, D., Weigand, R., Siegel, D., Dazzi, N., Bernard, K., Fonagy, P., Waters, E., Toth, S., Cicchetti, D., Zeanah, C. H., Lyons-Ruth, K., Main M. & Duschinsky, R. (2017). Disorganized attachment in infancy: a review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attachment & Human Development*, *19* (6), 534–558.
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, *67* (2), 113–123.
- Grimalt, A. (2012). Traumes preconceptuals: l'assassinat de la ment i el self oblidat. *Revista Catalana de Psicoanàlisi, Vol. XXIX, 2*, 69-88.
- Grossmann, K. E., Grossman, K. & Waters, E. (2005). *Attachment from infancy into adulthood: The major longitudinal studies*. New York, NY: Guildford Press.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., Dodel, R., Ekman, M., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Gannon, B., Jones, D. H., Jennum, P., Jordanova, A., Jönsson, L., Karampampa, K., Knapp, M., Kobelt, G., Kurth, T., Lieb, R., Linde, M., Ljungcrantz, C., Maercker, A., Melin, B., Moscarelli, M., Musayev, A., Norwood, F., Preisig, M., Pugliatti, M., Rehm, J., Salvador-Carulla, L., Schlehofer, B., Simon, R., Steinhausen, H. C., Stovner, L. J., Vallat, J. M., Van den Bergh, P., van Os, J., Vos, P., Xu, W., Wittchen, H. U., Jönsson, B. &

Olesen, J. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21* (10), 718-79.

- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A. & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry*, *Published Online September 10, 2019.* doi.org/10.1016/ S2215-0366(19)30286-X
- Hardt J. & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*, 260–273.
- Hernández, V. (2008). *Las psicosis. Sufrimiento mental y comprensión psicodinámica.* Barcelona, Paidós / Fundació Vidal i Barraquer.
- Higgins, D. (2004). The importance of degree versus type of maltreatment: A cluster analysis id child abuse types. *Journal of Psychology*, *138*, 303–324. doi.org/10.3200/JRLP.138.4. 303-324.
- Higgins, D. J. & McCabe, M. P. (2000). Relationships between different types of maltreatment during childhood and adjustment in adulthood. *Child Maltreatment*, *5* (3), 261–272. doi.org/10.1177/1077559500005003006.
- Higgins, D. J. & McCabe, M. P. (2001). Multiple forms of child abuse and neglect: adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior*, *6*, 547–578.
- Holmes, J. & Slade, A. (2017). *Attachment in therapeutic practice*. London, UK: Sage.
- Institut Català de la Salut – Generalitat de Catalunya. (1996). *LLibre d'en Pau: Guia per a l'abordatge del maltractament en la infància per als professionals de la Salut*. Barcelona: Institut Català de la Salut.
- Institut d'Estadística de Catalunya, 2018, datos obtenidos en la web: www.idescat.cat/emex/?id=080155&utm_campaign=home&utm_medium=cercador&utm_source=territori.
- Isohanni, M., Lauronen, E., Moilanen, K., Isohanni, I., Kemppainen, L., Koponen, H., et al. (2005). Predictors of schizophrenia: Evidence from the Northern Finland 1966 Birth Cohort and other sources. *The British Journal of Psychiatry, 187,* 4-7.

- Jablensky, A. (2000). Prevalence and incidence of schizophrenia spectrum disorders: implications for prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*, S26-S34.
- Jacobson, A. & Richardson, B. (1987). Assault Experiences of 100 Psychiatric Inpatients: Evidence of the Need for Routine Inquiry. *American Journal of Psychiatry, 144*, 908-913.
- Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., de Graaf, R. & Van Os, J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109,* 38-45.
- Jonas, H. (1984). *The Imperative of Responsibility. In Search of an Ethics for the Technological Age*. The University of Chicago Press Books.
- Jones, P., Murray, R., Rodgers, B. & Marmot, M. (1994). Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet, 344* (8934),1398-1402.
- Jurist, E. (2005). Mentalized Affectivity. *Psychoanalytic Psychology, 22* (3), 426–444.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Dahl, R., Bridge, J. & Ryan, N. D. (1998). Psychopathology in the relatives of depressed-abused children. *Child abuse & neglect, 22* (3), 171–181.
- Kaufman, J. & Charney, D. (2001). Effects of early stress on brain structure and function: implications for understanding the relationship between child maltreatment and depression. *Developmental Psychopathology*, *13* (3), 451–471.
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J. & Prescott, M. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry, 57* (10), 953-9.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lépine, J. P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tsang, A., Ustun, T. B., Vassilev, S., Viana, M. C. & Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and

adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, *197* (5), 378–385. doi:10.1192/bjp.bp.110.080499.

- Khashan, A. S., Abel, K. M., McNamee, R., Pedersen, M. G., Webb, R. T., Baker, P. N. et al. (2008). Higher risk of offspring schizophrenia following antenatal maternal exposure to severe adverse life events*. Archives of General Psychiatry, 65* (2), 146-152.
- Klosterkötter, J., Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., Salokangas, R., Linszen, D., Birchwood, M. et al. (2005). The European Prediction of Psychosis Study (EPOS): integrating early recognition and intervention in Europe. *World Psychiatry*, *4*, 161– 167.
- Knapp, M., Funk, M., Curran, C., Prince, M., Grigg, M. & McDaid, D. (2006). Economic barriers to better mental health practice and policy*. Health Policy Plan,21* (3), 157-70.
- Kraan, T., Velthorst, E., Smit, F., de Haan, L., & van der Gaag, M. (2015). Trauma and recent life events in individuals at ultra high risk for psychosis: Review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *161* (2–3), 143–149.
- Lamb, C. E. (2009). Alternatives to admission for children and adolescents: providing intensive mental healthcare services at home and in communities: what works? *Current Opinion in Psychiatry, 22* (4), 345-350.
- Larsson, S., Andreassen, O. A., Aas, M., Røssberg, J. I., Mork, E., Steen, N. E., Barret, E. A., Lagerberg, T. V., Pelekis, D., Agartz, I., Melle, I. & Lorentzen, S. (2013). High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *54* (2), 123–127.
- Laufer, M. (Ed.) (1995), *The suicidal adolescent,* London, Karnac.
- Lehtinen, K. & Svensson, A. (Eds.) (2014). *ISPS Newsletter*, *3* (1), January 2014.
- Lieberman, M. D. (2007). Social Cognitive Neuroscience: A Review of Core Processes. *Annual Review of Psychology, 58 (1),* 259–289.
- Lingiardi, V. & McWilliams, N. (Eds.) (2008). *Psychodynamic Diagnostic Manual: PDM*. New York: The Guilford Press.
- Lingiardi, V. & McWilliams, N. (Eds.) (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual, Second Edition: PDM-2* (English Edition). New York: The Guilford Press.

- López-Corvo, R.E. (2013). Time Distortion Between "Conceptual" and "Preconceptual" Traumas. *The Psychoanalytic Review*, *Vol. 100, 2*, 289-310.
- López-Corvo, R.E. (2014). *Traumatised and Non-Traumatised States of the Personality: A Clinical Understanding Using Bion's Approach*. London, Karnac Books.
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, Vol. 13, 3*, 159-174.
- Lothian, J. & Read, J. (2002). Asking about abusing during mental health assessments: clients' views and experiences. *New Zealand Journal of Psychology, 31* (2), 98-103.
- Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D. (2016). Attachment disorganization from infancy to adulthood: Neurobiological correlates, parenting contexts and pathways to disorder. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (3rd ed., pp. 667–695). New York: NY: Guilford Press.
- Lysaker, P. H., Wickett, A. M., Lancaster, R. S. & Davis, L. W. (2004). Neurocognitive deficits and history of childhood abuse in schizophrenia spectrum disorders: associations with Cluster B personality traits. *Schizophrenia Research*, *68* (1), 87-94.
- Mackinnon, R.A. & Michels, R. (1971). *The Psychiatric Interview in Clinical Practice.* Philadelphia: W. B. Saunders.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment: Some findings and some directions for future research. In P. Marris, J. Stevenson-Hinde & C. Parkes (Eds.), *Attachment Across the Life Cycle* (pp. 127–159). New York: Routledge.
- Malberg, N. T. (2013). Mentalization Based Group Interventions With Chronically Ill Adolescents: An Example of Assimilative Psychodynamic Integration? *Journal of Psychotherapy Integration*, *23* (1), 5–13.
- Malberg, N. T. (2013). A Caged Life: A Girl's Discovery of Freedom Through the Co-Creation of Her Life's Narrative*. Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy, 12*, 59–71.

- Malberg, N. T. (2019). Psychodynamic Psychotherapy and Emotion, in Greenberg, L. S., Malberg, N. T. & Tompkins, M. A. (2019). *Working With Emotion in Psychodynamic, Cognitive Behavior, and Emotion-Focused Psychotherapy.* Washington, DC: American Psychological Association.
- Malberg, N.T. & Midgley, N. (2017). A Mentalization Based Approach to Working with Adolescents in Groups, in Haen, C & Aronson, S. (2017). *Handbook of Child and Adolescent Group Therapy*. *A practitioner's reference.* New York, NY: Routledge.
- Malda-Castillo, J., Browne, C. & Perez-Algorta, G. (2018). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. The British Psychological Society.* doi: 10.1111/papt.12195.
- Matheson, S. L., Shepherd, A. M., Pinchbeck, R. M., Laurens, K. R. & Carr, V. J. (2013). Childhood adversity in schizophrenia: A systematic meta-analysis. *Psychological Medicine*, *43* (2), 225–238.
- Maurer, K., Hörrmann, F., Schmidt, G. et al. (2004). The early recognition inventory ERIraos: a two-step procedure for detection of "at-risk mental states". *Schizophrenia Research, 70*, s76.
- Maurer, K., Hörmann, H. & Häfner, H. (2008). *Chequeo ERIraos. Inventario de Detección Precoz.* Traducción al castellano de Tizón, J. L., Oriol, A. y Rosenberg, S. (EAPPP) 08/2008 PV I / TP 1.1.1.
- McCauley J., Kern, D. E., Kolodner, K., Schroeder, A. F., et al. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse. *Journal of the American Medical Association*, *277*, 1362–1368.
- Meltzer, D. (1973). *Sexual States of Mind*. Perthshire: Clunie Press.
- Mészáros, J. (2012). Los pilares de la teoría contemporánea del trauma: el cambio de paradigma de Ferenczi. *Temas de Psicoanálisis,* Núm 3, Enero 2012.
- Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N.T. and Muller, N. (2017). *Mentalization-Based Treatment for Children: A Time-Limited Approach.* Washington, DC: American Psychological Association.
- Midgley & I. Vrouva (Eds.) (2012). *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families*. Hove, UK: Routledge.

- Ministerio de Educación, Subdirección General de Estadística y Estudios, 27 de Junio de 2019. Datos sobre los centros educativos en España. Documento disponible en: http://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:16e96530-4026-4978-8ce2-c2d3d93f582d/notres1819.pdf
- Mitrani, J.L. (1992), On the Survival Function of Autistic Manoeuvres in Adult Patients, *International Journal of Psychoanalysis*, *73,* 549-559.
- Mitrani, J.L. (2001), Taking the Transference, *International Journal of Psychoanalysis*, *82,* 1085-1104.
- Mitrani, J.L. (2007), Bodily Centred Protections in Adolescence: An Extension of the work of Frances Tustin, *International Journal of Psychoanalysis, 88,* 1153-1169.
- Morelli, N., Fogler, J., Tembulkar, S., Graber, K., Lincoln, S. H., Bosquet Enlow, M., ... D'Angelo, E. J. (2018). Potentially traumatic events in youth with and at clinical high risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. doi:10.1111/eip.12565.
- Morgan, C. & Fisher, H. (2007). Environment and Schizophrenia: Environmental Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma - A Critical Review. *Schizophrenia Bulletin 33* (1), *3-10.*
- Morgan, C. & Gayer-Anderson, C. (2016). Childhood adversities and psychosis: Evidence, challenges, implications. *World Psychiatry*, *15* (2), 93–102.
- Muenzenmaier, K. et al. (1993). Childhood abuse and neglect among women outpatients with chronic mental illness. *Hospital and Community Psychiatry, 44,* 666-670.
- Mullen, P., Martin, J., Anderson, J., Roamns, S. & Herbison, G. (1993). Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry, 163,* 721-732.
- Murray, R. M., Bhavsar, V., Tripoli, G., & Howes, O. (2017). 30 years on: How the neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia morphed into the developmental risk factor model of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, *43* (6), 1190–1196.
- Musaka, M. M. (2012). A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal*, *24* (3), 69–71.

- National Scientific Council on the Developing Child (2012). *The Science of Neglect: The Persistent Absence of Responsive Care Disrupts the Developing Brain: Working Paper No. 12*. Retrieved from www.developingchild.harvard.edu.
- National Scientific Council on the Developing Child (2005/2014). *Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper No. 3*. Updated Edition. Retrieved from www.developingchild.harvard.edu.
- OMS (2016). *INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños.*
- OMS (2018). Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ) Rationale for ACE-IQ. Documento accesible en la web: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/introductory_materials.pdf?ua=1
- Parlament de Catalunya, (2011). Llei dels drets i les oportunitats en la infancia i l'adolescència. *Publicacions del Parlament de Catalunya*, Gener 2011, edició núm. 396. Textos legislatius 115.
- Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, Gustavsson A, Salvador-Carulla L & Alonso, J. (2014). Cost of Disorders of the Brain in Spain. *PLOS ONE, 9* (8): e105471. doi.org/10.1371/journal.pone.0105471.
- Penot, B. (2005). Psychoanalytical teamwork in a day hospital. *International Journal of Psychoanalysis*, *86*, 503-515.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*, 328-338. doi:10.1016/j.cpr.2009.02.007.
- Pereda, N., Guilera, G. & Abad, J. (2014). Victimization and polyvictimization of Spanish children and youth: Results from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, *38*, 640–649.
- Pereda, N., Abad, J., Guilera, G. y Arch, M. (2015a). Victimización sexual autorreportada en adolescentes españoles comunitarios y en colectivos de riesgo. *Gaceta Sanitaria*, *29* (5), 328–334.

- Pereda, N., Guilera, G. & Abad, J. (2015b). Victimization and Polyvictimization Among Spanish Adolescent Outpatients. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 00*, 1–23. doi:10.1080/10926771.2015.1072121
- Pereda, N. (2016). ¿Uno de cada cinco?: victimización sexual infantil en España. *Papeles del Psicólogo*, *37* (2), 126-133.
- Pérez-González, A. y Pereda, N. (2015). Revisión sistemática de la prevalencia de ideación y conducta suicida en menores víctimas de abuso sexual. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *43* (4), 149-58.
- Pérez-Testor, C. (comp.) (2006). *Parejas en conflicto.* Barcelona: Paidós.
- Perry, B. D., Pollard, R., Blakely, T., Baker, W. & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and 'use-dependent' development of the brain: how "states" become "traits". *Infant Mental Health Journal, 16*(4), 271-291.
- Quijada, Y., Tizón, J. L., Artigue, J. y Parra, B. (2010). At-risk mental state (ARMS) detection in a community service center for early attention to psychosis in Barcelona. *Early Intervention in Psychiatry, 4*(3), 257–262.
- Read, J. (1997). Child abuse and psychosis: a literature review and implications for professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 28* (5), 448-456.
- Read, J. (1998). Child abuse and severity of disturbance among adult psychiatric inpatients. *Child Abuse & Neglect, 22*, 359-366.
- Read, J., Agar, K., Barker-Collo, S., Davies, E. & Moskowitz, A. (2001). Assessing suicidality in adults: Integrating childhood trauma as a major risk factor. *Professional Psychology: Research and Practice*, *32* (4), 367-372.
- Read, J., Agar, K., Argyle, N. & Aderhold, V. (2003). Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 76*, 1-22.
- Read, J., Bentall, R. P. & Fosse, R. (2009). Time to abandon the bio-bio-bio model of psychosis: Exploring the epigenetic and psychosocial mechanisms by which adverse life events lead to psychotic symptoms. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 18* (4), 299-310.

- Read, J. & Fraser, A. (1998). Abuse histories of psychiatric inpatients: to ask or not to ask? *Psychiatric Services*, *49* (3), 355-359.
- Read, J., Fink, P., Rudegeair, T., Felitti, V. & Whitfield, C. (2008). Child maltreatment and psychosis: a return to a genuinely integrated bio-psycho-social model. *Clinical Schizophrenia & Related Psychosis, October 2008*, 235-254.
- Read, J., Goodman, L., Morrison, A., Ross, C. A. & Aderhold, V. (2004). Childhood trauma, loss and stress, in Read, J., Mosher, L. & Bentall, R. (Eds.) *Models of Madness*. New York: Routledge, pp. 223-252.
- Read, J., Hammersley, P. & Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment, 13,* 101–110*.*
- Read, J., Hammersley, P. & Rudegeair, T. (2015). Por qué, cuándo y cómo preguntar sobre el abuso infantil. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente, 26*, 9-2.
- Read, J., Harper, D., Tucker, I. & Kennedy, A. (2017). Do adult mental health services identify child abuse and neglect? A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing,* doi:10.1111/inm.12369.
- Read, J., Perry, B.D., Moskowitz, A. & Connolly, J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry, 64* (4), 319-345.
- Read, J., Van Os, J., Morrison, A. P. & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatryca Scandinavica, 112*, 330-350.
- Robles, M. E., Badosa, J. M., Roig, A., Pina, B. y Feixas, G. (2009). La evaluación del estrés y del trauma: presentación de la versión española de la escala de trauma acumulativo (CTS). *Revista de Psicoterapia, 20* (80), 89-104.
- Rose, S., Peabody, C. & Stratigeas, B. (1991). Undetected abuse among intensive case management clients. *Hospital and Community Psychiatry, 42,* 499-503.
- Rosen C., McCarthy-Jones, S., Jones, N., Chase, K. A. & Sharma, R. P. (2018). Negative voice-content as a full mediator of a relation between childhood adversity and distress ensuing from hearing voices. *Schizophrenia Research*, *199*, 361-366. doi.org/10.1016/j.schres.2018.03.030.

- Rossouw, T. I. (2012). Self-harm and young people: Is MBT the answer?, in Midgely & Vrouva (Eds.), *Minding the child: Mentalization based interventions with children, young people and their families*. 131- 144, Routledge, London.
- Rossouw, T. I. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51 (12),* 1304-1313.
- Sahin, S., Yüksel, C., Güler, J., Karadayı, G., Akturan, E., Göde, E., Özhan, A. A. & Üçok, A. (2013). *Early Intervention in Psychiatry*, *7*, 414–420.
- Salokangas, R. K., Patterson, P., Hietala, J., Heinimaa, M., From, T., Ilonen,T., ... Dingemans,P. (2018). Childhood adversity predicts persistence of suicidal thoughts differently in females and males at clinical high-risk patients of psychosis. Results of the EPOS project. *Early Intervention in Psychiatry*. doi:10.1111/eip.12714
- Sanci, L. (2019). Understanding and responding to the long-term burdens of childhood sexual abuse. *The Lancet Psychiatry, Published Online September 10, 2019.* doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30329-3.
- Schore, A. N. (2013). Relational trauma, brain development, and dissociation. In J. D. Ford & C. A. Courtois (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents. Scientific Foundations and Therapeutic Models.* New York: The Guilford Press.
- Schreier, A., Wolke, D., Thomas K., Horwood, J., Hollis, C., Gunnell, D., Lewis, G., Thompson, A., Zammit, S., Duffy, L., Salvi, G. & Harrison, G. (2009). Prospective study of peer victimization in childhood and psychotic symptoms in a nonclinical population at age 12 years. *Archives of General Psychiatry*, *66*, 527–536. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2009.23.
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F. & Galea, G. (2013). European report on preventing child maltreatment. *World Health Organization.* Regional Office for Europe. ISBN: 978 92 890 0028 4.
- Shai, D., & Belsky, J. (2011). When words just won't do: Introducing parental embodied mentalizing. *Child Development Perspectives*, *5*, 173–180.
- Shai, D., & Belsky, J. (2011). Parental Embodied Mentalizing: Let's Be Explicit About What We Mean by Implicit. *Child Development Perspectives, 5* (3), 187–188.

- Shevlin, M., Houston, J., Dorahy, M. & Adamson, G. (2008). Cumulative Traumas and Psychosis: an Analysis of the National Comorbidity Survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin, 34* (1), 193–199.
- Silva, H. y Jerez, S. (2014). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en el DSM-5. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, *52* (SUPL 1), 9-15.
- Síndic de Greuges de Catalunya (2016). *Informe sobre l'abús sexual infantil a Catalunya*. 1ª Edició: octubre 2016.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. Attachment & Human Development, *7 (3)*, 269–281. doi:10.1080/14616730500245906
- Slade, A. (2014). Imagining fear: Attachment, threat and psychic experience. *Psychoanalytic dialogues*, *24 (3),* 253–266. doi:10.1080/10481885.2014.911608
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D. & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development*, *7,* 283–298.
- Sorensen, H., Mortensen, E., Schiffman, J., Reinisch, J., Maeda, J. & Mednick, S. A. (2010). Early developmental milestones and risk of schizophrenia: a 45-year follow- up of Copenhagen Perinatal Cohort. *Schizophrenia Research, 118* (1-3), 41-47.
- Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L. & Moss, S. A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. *The British Journal of Psychiatry, 184*, 416-421.
- Springs. F. & Friedrich, W. N. (1992). Health risk behaviors and medical sequelae of childhood sexual abuse. *Mayo Clinic Proceedings*, *67*, 527– 532.
- Sroufe, L. A. (1988). The role of infant-caregiver attachment in development. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Child psychology. Clinical implications of attachment* (pp.18–38). Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates.
- Steel, H., Steel, M., & Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers and their infants. *Child Development*, *67*, 541–555.

- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant.* New York, NY: Basic Books.
- Stob, V., Slade, A., Brotnow, L., Adnopoz, J. & Woolston, J. (2019). The Family Cycle: An Activity to Enhance Parents' Mentalization in Children's Mental Health Treatment. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, DOI:10.1080/15289168.2019.1591887.
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn M. H., Euser E. M. & Bakermans-Kranenburg M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment, 16*, 79–101.
- Subirats, J. (dir.) (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea.* Barcelona: Fundació La Caixa.
- Suchman, N. E., De Coste, C., Leigh, D. & Borelli, J. L. (2010). Reflective functioning in mothers with drug use disorders: Implications for dyadic interactions with infants and toddlers. *Attachment & Human Development*, *12,* 567–585.
- Superior Health Council (2019). *DSM (5): The use and status of diagnosis and classification of mental health problems*. Brussels: SHC; 2019. Report 9360.
- Taylor, P. J., Hutton, P., & Wood, L. (2015). Are people at risk of psychosis also at risk of suicide and self-harm? A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *45* (5), 911–926.
- Teicher, M. H. & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry*, *170* (10), 1114–1133. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12070957.
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M. & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature, 17*, 652-666. doi:10.1038/nrn.2016.111.
- Tikka, M., Luutonen, S., Ilonen, T., Tuominen, L., Kotimäki, M., Hankala, J. & Salokangas, R. K. (2013). Childhood trauma and premorbid adjustment among individuals at clinical high risk for psychosis and normal control subjects. *Early Intervention Psychiatry*, *7* (1), 51–57.

- Tizón, J. L. (1992). Psicosis, contención y esperanza: las funciones emocionales del equipo en el tratamiento de pacientes graves. *Informaciones Psiquiátricas*, *129* (3), 593-616.
- Tizón, J.L. (1998), Agresividad y modos psico(pato)lógicos de relación en el funcionamiento fronterizo, APM-SEP-SPP, *Anuario Ibérico de Psicoanálisis*, 1998.
- Tizón, J. L. (2003). La relación paranoide: la vida desde el búnker, *Intersubjetivo*, *2* (5), 163-192.
- Tizón, J.L. (2004). *Pérdida, pena, duelo: vivencias, organización y asistencia*. Barcelona: Paidós / Fundació Vidal i Barraquer.
- Tizón, J. L. (2006). *Factors de risc de patir un trastorn psicòtic. Disseny d'un instrument de detecció d'aplicació a la infància i adolescència*. (Proyecto LISMEN: TV02/0133/000 - Ref. 014510). Barcelona: Fundació La Marató de TV3: Malalties Mentals Greus.
- Tizón, J.L. (2007). *Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis*. Barcelona: Herder Editorial.
- Tizón, J.L., Oriol, A. y Rosenberg, S. (2008). *Chequeo Eriraos.* Barcelona, Institut Català de la Salut.
- Tizón, J. L. (2014a). Prólogo a la edición española, en Williams, P. (2014). *El quinto principio.* Barcelona: Herder
- Tizón, J.L. (2014b). *Familia y psicosis.* Barcelona: Herder Editorial.
- Tizón, J.L. (2015). *Psicopatología del poder. Un ensayo sobre la perversión y la corrupción.* Barcelona: Herder Editorial.
- Tizón, J. (2018). *Apuntes para una psicopatología basada en la relación. Vol. I: Psicopatología general.* Barcelona: Herder.
- Tizón, J. (2018). *Apuntes para una psicopatología basada en la relación*. *Vol. II: Relaciones dramatizadas, atemorizadas y racionalizadoras*. Barcelona: Herder.
- Tizón, J. (2019). *Apuntes para una psicopatología basada en la relación. Vol. III: relaciones emocionalizadas, intrusivas, actuadoras y "operativas"*. Barcelona: Herder.
- Tizón, J. L., Parra, B., Artigue, J., Pareja, F., Pérez, C., Ferrando, J., Catalá, L. y Sorribes, M. (2006). Hijos de pacientes con psicosis en el proyecto SASPE:

Investigar para cuidar un futuro comprometido. *Archivos de Psiquiatría, 69* (1), 47-68.

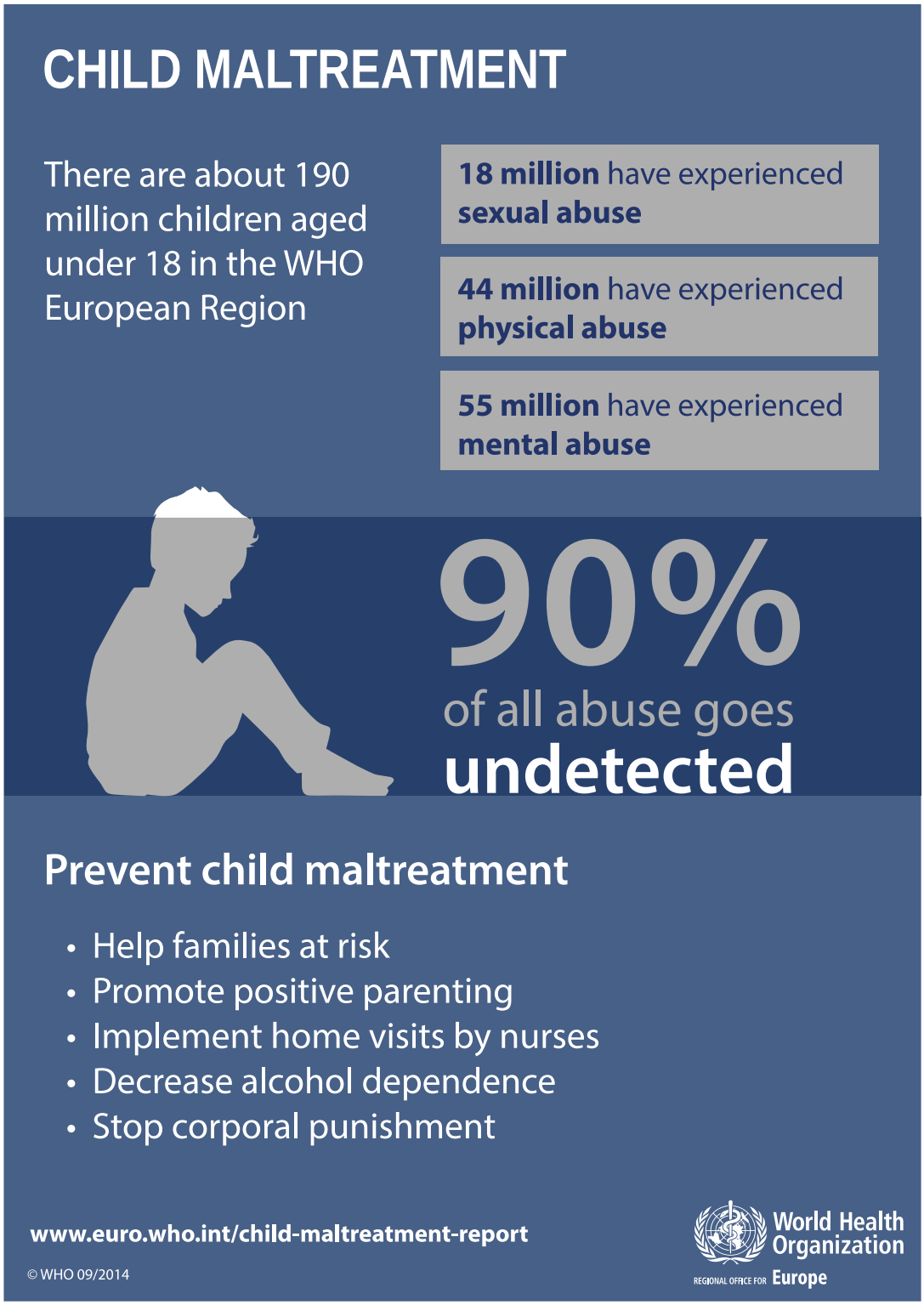
- Tomoda, A. et al. (2011). Exposure to parental verbal abuse is associated with increased gray matter volume in superior temporal gyrus. *Neuroimage* 54, S280–S286.
- Turner, H., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science & Medicine*, *62,* 13–27. doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.030.
- Turner, H., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010a). Child mental health problems as risk factors for victimization. *Child Maltreatment*, *15*, 132–143. doi.org/10.1177/1077559509349450.
- Turner, H., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010b). Poly-victimization in a national sample of children and youth. *American Journal of Preventive Medicine*, *38*, 323–330. doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.012.
- Turner, R., & Lloyd, D. (1995). Lifetime traumas and mental health: The significance of cumulative adversity. *Journal of Health and Social Behavior*, *36* (4), 360–376.
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F., McFarlane, A., & Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, *153* (7), 83–93. doi:10.1176/ajp.153.7.83.
- Van der Kolk, B. (2015). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York: Penguin Books.
- Van IJzendoorn, M. (1995). Adult Attachment Representations, Parental Responsiveness, and Infant Attachment: A Meta-Analysis on the Predictive Validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin, 117* (3), 387-403.
- Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Developmental Psychopathology, 11* (2), 225–250. doi:10.1017/S0954579499002035
- Van Os, J., Kenis, G. & Rutten, B.P. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, *468*, 203–212.

- Varese, F., Feikje, S., Drukker, M., Ritsaert, L., Tineke, L., Viechtbauer, W., Read, J., Van Os, J. & Bentall, R.P. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin, 38* (4), 661–671.
- Verhulst, F. & Van der Ende, J. (1997). Factors associated with child mental health service use in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 901–909. doi:10.1097/00004583-199707000-00011.
- Williams, P. (2014). *El quinto principio.* Barcelona: Herder
- Winnicott, D. W. (1956). Primary Maternal Preoccupation, in Caldwell, L. & Robinson, H. T. (2016). *The Collected Works of D. W. Winnicott: Volume 5, 1955-1959.* Oxford University Press.
- Winnicott, D. W. (1960). Ego distortion in terms of true and false self, in *The Maturational Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. New York: International Universities Press, Inc: 140–57.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21* (9), 655-79.
  doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.
- World Health Organization (2014). *Survey on the prevalence of adverse childhood experiences among young people in the Russian Federation Survey on the prevalence of adverse childhood experiences among young people in the Russian Federation Report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Publications.
- World Health Organization. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire. In Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). [website]: Geneva: WHO, 2018.
  http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/en/

- *World Medical Association Declaration of Helsinki, Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. 64th WMA General Assembly. Fortaleza, Brazil, October 2013.
- Wurr, C.J. & Partridge, I.M. (1996). The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. *Child Abuse and Neglect, 20,* 9, 867-872.

15. Anexos

Anexos 1: Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre ERA (2014)



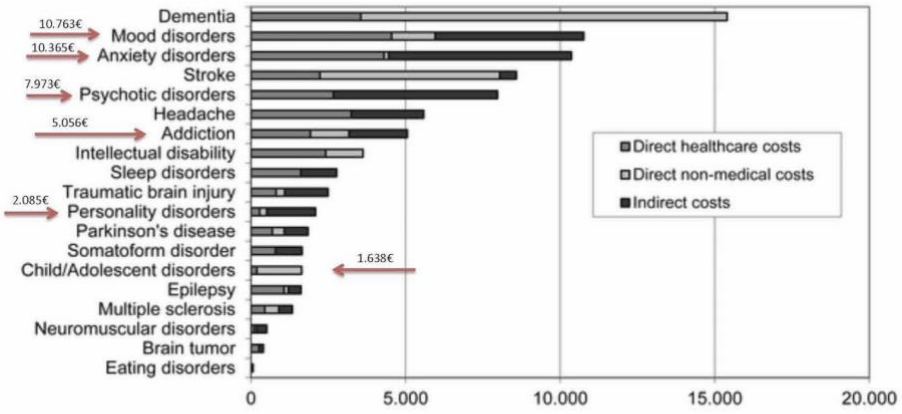
Anexo 2: Costes derivados de los principales trastornos mentales

Trastorno	Coste en millones de euros
Trastornos del estado de ánimo	10.763
Trastornos de ansiedad	10.365
Trastornos psicóticos	7.973
Adicciones	5.056
Trastornos del sueño	2.769
Trastornos de personalidad	2.085
Trastornos somatoformes	1.650
Trastornos de la infancia y adolescencia	1.638
Trastornos de la alimentación	65
TOTAL	42.364

Parés-Badell O., Barbaglia G., Jerinic P., Gustavsson A., Salvador-Carulla L., et al. (2014).

Costes directos sanitarios, directos no sanitarios e indirectos

Anexo 3: Coste social por trastorno y tipos de costes en España (millones de €, 2010)



Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, Gustavsson A, Salvador-Carulla L, et al. (2014) Cost of Disorders of the Brain in Spain. PLOS ONE 9(8): e105471. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471
http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0105471

Anexo 4: Precio por proceso de hospitalización convencional

ANNEX VIII

Preu per estada d'hospitalització convencional

Prestació	Hospital							
	Viladecans	Arnau de Vilanova	Joan XXIII	Verge de la Cinta	Josep Trueta	Bellvitge	Germans Trias i Pujol	Vall d'Hebron
Estada mèdica: dies del 1r al 5è	378,00 €	536,00 €	536,00 €	536,00 €	536,00 €	630,00 €	630,00 €	630,00 €
Estada mèdica:dies a partir del 6è i següents	300,00 €	425,00 €	425,00 €	425,00 €	425,00 €	500,00 €	500,00 €	500,00 €
Estada quirúrgica: dies del 1r al 5è	480,00 €	680,00 €	680,00 €	680,00 €	680,00 €	800,00 €	800,00 €	800,00 €
Estada quirúrgica: dies a partir del 6è i següents	342,00 €	485,00 €	485,00 €	485,00 €	485,00 €	570,00 €	570,00 €	570,00 €
Estada de complexitat superior	510,00 €	723,00 €	723,00 €	723,00 €	723,00 €	850,00 €	850,00 €	850,00 €
Estada especial: UCI, cremats,...		1.105,00 €	1.105,00 €	1.105,00 €	1.105,00 €	1.300,00 €	1.300,00 €	1.300,00 €

CVE-DOGC-A-12031101-2012

DEPARTAMENT DE SALUT

ORDRE

SLT/42/2012, de 24 de febrer, per la qual es regulen els supòsits i conceptes facturables i s'aproven els preus públics corresponents als serveis que presta l'Institut Català de la Salut.

424	Procediments quirúrgics amb diagnòstic principal de malaltia mental	6.563,00 €
425	Reacció d'adaptació aguda i disfunció psicosocial	2.391,00 €
426	Neurosi depressiva	2.281,00 €
427	Neurosi, excepte depressiva	2.852,00 €
428	Trastorns de personalitat i control d'impulsos	2.517,00 €
429	Alteracions orgàniques i retard mental	6.122,00 €
430	Psicosi	4.811,00 €
431	Trastorns mentals de la infantesa	2.771,00 €

Preu per procés d'hospitalització convencional

CVE-DOGC-A-12031101-2012

DEPARTAMENT DE SALUT

ORDRE

SLT/42/2012, de 24 de febrer, per la qual es regulen els supòsits i conceptes facturables i s'aproven els preus públics corresponents als serveis que presta l'Institut Català de la Salut.

Un noi que **ingressa 10 dies** amb diagnòstic de trastorn mental a la infància costa: 5650€ d'estada més 2771€, total **8421€**.

Un segon ingrés de 7 dies: **6921€.**

Total: 15.342€

Anexo 5: Documentos relativos al proceso de exploración diagnóstica y exploración de la ERA llevados a cabo en el momento del ingreso en el Hospital de Día de Badalona.

PROTOCOL D'INGRÉS

1- Procés d'Admissió.

- El diagnòstic es realitza al propi centre abans de l'admissió.

  El professional responsable, psiquiatra o psicòleg, amb la informació oral transmesa pel CSMIJ i l'informe de derivació, realitzarà les entrevistes necessàries per valorar les possibilitats del pacient de beneficiar-se del tractament a l'Hospital de Dia.

2- El procés de valoració consta habitualment de 3 entrevistes:

- Entrevista d'acollida: primer contacte amb la família i entrevista individual.
- 2ª entrevista: el psiquiatra o psicòleg i la treballadora social del centre realitzaran l'entrevista amb la família. Anamnesis
- Entrevista de devolució: individual i amb la família. Signatura del contracte terapèutic. Presentació de l'educador referent i donar-li dia per l'entrevista d'acollida amb l'educador referent.

3- El nombre d'entrevistes pot variar en funció de les característiques i situació del cas.

Es valorarà, a més a més del diagnòstic psicopatològic, les possibilitats del pacient de beneficiar-se'n d'un tractament globalitzador, l'element terapèutic principal del qual, és el medi institucional; les capacitats conservades (aspectes sans); capacitat de vinculació i possibilitat de reinserció en el medi habitual.

4- Durant el procés de valoració es discuteix el cas en reunió clínica i en reunió d'equip assistèncial. Es realitza un diagnòstic clínic (psiquiàtric i psicodinàmic), familiar, social i psicopedagògic.

5- Si es decideix l'ingrés, s'elabora un pla inicial, a partir del diagnòstic multidisciplinari.

6- En la indicació d'ingrés es tindrà en consideració, a més de les característiques del pacient, la situació grupal i la dinàmica dels pacients ja admesos, cosa que podrà fer endarrerir l'ingrés tot i la seva indicació.

7- Una vegada admès es dissenyarà el Pla Terapèutic Individualitzat.

8- En cas de valorar la no indicació d'ingrés, es realitzarà la devolució al CSMIJ, informació oral i informe escrit de valoració; en cas necessari, informació a altres dispositius que la sol.licitin i recomanació terapèutica alternativa.

Indicacions i Contraindicacions

En línies generals, el dispositiu assistèncial de l'Hospital de Dia, està indicat per a adolescents en situació de crisis, en desadaptacions importants no abordables des de l'assistència ambulatoria, que precisin una intervenció terapèutica intensiva i pluridimensional durant un període de temps determinat i amb l'objectiu de la reinserció al seu medi habitual.

- Indicacions psicopatològiques

a. Descompensació psicòtica, en fase prodròmica, aguda o post-descompensació, amb possibilitats d'elaboració una vegada superada la fase aguda.

b. Estats/Trastorns límits.

c. Neurosis greus.

d. Fòbies escolars.

e. Quadre d'actuacions no cronificat i amb un medi abordable.

f. Crisis adolescents greus. Trastorns reactius.

g. Inhibicions emocionals greus que pertorbin les relacions familiars, socials i/o d'aprenentatge.

h. Realitzar un diagnòstic diferencial i pronòstic; calibrar possibilitats terapèutiques en casos de difícil abordatge amb evolucions ambulatories desfavorables.

Contraindicacions

a. Casos amb incapacitat severa de mentalització.

b. Dèficit intel.lectual.

c. Processos cronificats. Psicosis cròniques amb deteriorament.

d. T.G.D.

e. Situacions psicosociofamiliars de llarga evolució en el seu deteriorament.

f. Psicopaties estructurades. Conductes antisocials persistents que requereixin intervenció en altres àmbits.

g. Addiccions establertes, que no poden, durant la seva estada a l'Hospital de Dia, abstenir-se de consumir substàncies tòxiques.

h. Trastorns greus de l'alimentació que requereixin ingrés mèdic; situacions d'alt risc suïcida i en general, qualsevol estat psicopatològic que requereixi la contenció pròpia d'un ingrés total.

i. Pacients amb un comportament agressiu o destructiu que no pugui remetre durant la seva estada a l'Hospital de Dia.

Per aquests motius, l'equip podrà excloure, una vegada ingressats, pacients que presentin conductes com les anteriorment citades, que puguin ser lesives per a la seva evolució i tractament.

PROTOCOL D'OBSERVACIÓ

1. Síntesi situació inicial (0-2 mesos)

2. Avaluació Inicial/Síntesi Inicial

3. PTI

   - Àrea Educativa
   - Àrea Social (socio-relacional)
   - Àrea Psicològica
   - Àrea Familiar
   - Àrea Escolar

PROTOCOL D'OBSERVACIÓ

1. NIVELL INDIVIDUAL

HÀBITS

. Higiene/cura personal; aspecte

. Alimentació

. Horaris

. Horaris àpats

. Acceptació de les normes: Si No

HÀBITS SANITARIS

. Presa de medicació

. Consum Tòxics

. Relacions sexuals. Prevenció embaràs i M.T.S.

ACTITUDS

. Relació amb els companys

. Relació amb l'adult

. Actitud davant l'activitat:

- Tolerància a la frustració
- Interès
- Passivitat
- Pot aprendre de l'experiència

. Actitud cap a ell mateix

HABILITATS

. Capacitat de comunicació
. Sociabilitat (Cerca la relació)
. Habilitats Intel·lectuals
. Habilitats manuals
. Habilitats expressives

AUTONOMIA

. De la família
. Dels companys
. De l'adult
. Restringida a determinades activitats o situacions
. Dificultats més rellevants.

ANAMNESIS

. Embaràs i part
. Lactància
. Alimentació
. Marcadors de Spitz: fixar la mirada
somriure
reacció davant l'estrany al 8è mes
. Gatejar / deambulació
. Primeres paraules
. Control d'esfínters
. Terrors nocturns/fòbies normals
. Crisi 9 anys

. Escola bressol/ escolaritat

. Crisi Pubertat

. Presència d'adversitats sofertes a la infantesa: abús sexual, maltractament físic, maltractament psicològic, negligència parental y/o bullying

Adolescència

. Sexualitat

. Quan i qui detecta els primers problemes

. Primera consulta: motiu i edat

. Ingressos psiquiàtrics: motiu i lloc (URPI/UCA)

. Ingressos Hospitalaris

. Motiu derivació HD (en opinió de la família)

Antecedents mèdics i quirúrgics

. Al·lèrgies conegudes

. Hàbits tòxics

. Tractaments no psiquiàtrics

. Malalties conegudes

Antecedents familiars

. Genograma

. AF: TMS. Observacions

. EP Actual

.Orientació Diagnòstica: DSM IV
CIM 9
FENET

. Diagnòstic Diferencial

. Diagnòstic Psicodinàmic: estructural, ansietats predominants. Defenses predominants. Funcionament Mental
. Nivell Intel·lectual
. Temps lliure/Oci
. Principals recursos e interessos
. Dificultats més rellevants
. Aspectes col·laboradors i no col·laboradors
. Expectatives davant el tractament
. Consciència de trastorn i actituds davant les seves dificultats

2.NIVELL FAMILIAR

HISTORIA SOCIAL

. Nivell socio-cultural
. Nivell socioeconòmic
. Ingressos
. Habitatge: tipus, condicions d'habitabilitat
. Organització maneig recursos familiar
. Historia laboral
. Recursos extrafamiliars
  - Suport relacional-informal
  - Suport institucional-formal
  - Satisfacció davant del suport rebut
. Equilibri entre l'ús dels recursos intra i extrafamiliars
. Adequació normes familiars amb les normes entorn comunitari

DINÀMICA FAMILIAR

. Organització vida quotidiana

. Vincle emocional entre els membres de la família

. Nivell d'autonomia individual dintre de l'àmbit familiar

. Principals conflictes relacionals. Relació entre ells.

. Estils d'afrontament de les ansietats i el conflicte

. Capacitats per l'elaboració del conflicte

. Habilitat del grup familiar per respondre a l'estrès en situació de desenvolupament

. Capacitat d'ajuda mútua

. Habilitats de comunicació:

Positives (empatia, escolta, suport…)

Negatives (dobles missatges, crítiques destructives, no compartir…)

. Temps d'estar i fer coses en família

. Adequació i flexibilitat rols parental en funció de les necessitats

. Adequació normes de convivència a la realitat familiar

. Compromís del grup familiar cap el benestar individual i familiar

. Reacció dels membres de la família davant la malaltia del pacient.

. Aspectes col·laboradors i no col·laboradors amb el tractament

. Reacció davant l'ET de l'HD: ambivalència, rivalitat, col·laboració, nivell d'acceptació, realitat, implicació

. Normes., valors, creences, expectatives entre el que és acceptable i no acceptable

. Aspectes Psicopatològics familiars

. Antecedents biogràfics, presència d'adversitats a la infantesa dels pares

3. NIVELL SOCIO-RELACIONAL I ENTORN

. Relacions formals

. Relacions informals (Dades socials família)

. Tipus de barri i característiques dels llocs d'oci

. Grup d'iguals: grup d'adolescents natural, grups de risc

. Amistat: amic/a íntim/a

grup indiferenciat

Relacions de parella

4.NIVELL ESCOLAR

. Historia acadèmica

- Informe tutor
- Expedient acadèmic (SS.SS, DGAI, EAIA)
- Informe EAP o altres

. Mesures educatives adoptades prèvies a l'ingrés y/o grau de competència curricular en cada una de les àrees: habilitats i capacitats.

. Vinculació

. Canvis de col·legi. Motius

. Reacció davant programa pedagògic HD

. Relació amb la família

. Tipus de relació iguals i adults

. Hàbits:

- Assistència
- Higiene
- Normes
- Treball
- Actitud davant les activitats: interès, passivitat, tolerància a la frustració, participació

DADES EXPLORATÒRIES INICIALS

N.H.C.:

Nom pacient: _____

Data ingrés: _____

Referents HDA:

Terapeuta: _____

Educador/a: _____

SERVEIS IMPLICATS (amb telfs. i professionals referents)

Servei derivant: Informe derivació: ☐ Sí ☐ No

Centre escolar:

Altres:

MOTIU DERIVACIÓ

GENOGRAMA FAMILIAR

DIAGNÒSTIC INICIAL (CIM-9)

DADES EXPLORATÒRIES INICIALS

N.H.C.:

EXPLORACIÓ PSICOPATOLÒGICA. *Nom del professional:*

Dades biogràfiques significatives i rellevants del desenvolupament evolutiu.

DADES EXPLORATÒRIES INICIALS

N.H.C.:

Dinàmica familiar i exploració experiències adverses

DADES EXPLORATÒRIES INICIALS

N.H.C.:

Diagnòstic psicodinàmic. *Nom del professional:*

Antecedents <u>personals</u> somàtics i psiquiàtrics. Tractaments rebuts.

DADES EXPLORATÒRIES INICIALS

N.H.C.:

Antecedents <u>familiars</u> somàtics i psiquiàtrics. Tractaments rebuts.

DADES EXPLORATÒRIES INICIALS

N.H.C.:

EXPLORACIÓ INFERMERIA. *Nom del professional:*

Hàbits alimentaris, higiene, son, consum tòxics, sexualitat, consciència malaltia?.

EXPLORACIÓ EDUCATIVA. *Nom del professional:*

Relacions grupals. Interessos activitats cognitives, manipulatives, esportives, culturals i lúdiques.

DADES EXPLORATÒRIES INICIALS

N.H.C.:

EXPLORACIÓ ESCOLAR *Nom del professional:*

Història escolar. Dades sobre els aprenentatges i comportament a l'aula. Relació amb professors i companys. Interessos formatius.

EXPLORACIÓ SOCIAL. *Nom del professional:*

Situacions familiars i socials de risc o alt risc. Interessos pre-laborals i laborals.

FULL REGISTRE

Nom del Pacient:_____ **N.H.C.:** _____

Nom del Professional: _____

Data Signatura	**FACTORS DE RISC**
	ANTECEDENTS FAMILIARS / DADES FAMILIARS: ➢ **Antecedents familiars TM-TP:** ☐ Si ☐No ➢ **Pare o mare TM-TP:** ☐ Si ☐No ➢ **Pare o mare RM**: ☐ Si ☐No ➢ **Pare i mare TM-TP RM:** ☐ Si ☐No ➢ **Pare i/o mare adiccions:** ☐ Si ☐No ➢ **Morts progenitors:** ☐ Pare ☐ Mare ➢ **Absència llarga pares**: ☐ Empresonament ☐Ingrés Psiq. ☐Altres motius ➢ **Maternitat / paternitat precoç:** ☐ Si ☐No ➢ **Embaràs no desitjat**: ☐ Si ☐No ➢ **Tipologia família:** ☐ Tradicional ☐ Monoparental ☐ Reconstituïda ➢ **Nivell econòmic:** ☐ baix ☐mig ☐alt ➢ **Pare i/o mare han patit adversitats a la infantesa:** ☐ Si ☐No ➢ **Pares separats:** ☐ Si ☐No ➢ **Adopció:** ☐ Si ☐No
	DADES DIAGNÒSTIQUES: ➢ **Esfera Inicial:** ☐ Psicòtica ☐ Afectiva ☐ Impulsiva ☐Caracterial ➢ **Esfera Final:** ☐ Psicòtica ☐ Afectiva ☐ Impulsiva ☐Caracterial ➢ **Patologia Primerenca 1:** ☐ Perinat. ➢ **Patologia Primerenca 2**: ☐ Retard desenv. ➢ **Patologia Primerenca 3:** ☐ Tr. Llenguatge ➢ **CDIAP**: ☐ Si ☐No ➢ **TDAH:** ☐ Si ☐No
	LESIONS /TRANSTORNS / ADVERSITATS: ➢ **Intent de suïcidi**: ☐ Si ☐No ➢ **Autoagressions:** ☐ Si ☐No ➢ **Maltractament físic**: ☐ Si ☐No ➢ **Maltractament psíquic**: ☐ Si ☐No ➢ **Abús sexual:** ☐ Si ☐No ➢ **Negligència parental:** ☐ Si ☐No ➢ **Bullying:** ☐ Si ☐No ➢ **T. Alimentació**: ☐ Si ☐No ➢ **Consum de tòxics:** ☐ Si ☐No ➢ **Institucionalització 1ers. anys de vida:** ☐ Si ☐No

FULL REGISTRE

Data Signatura	FACTORS DE RISC
	DADES ESCOLARS ➢ **Escola inicial (manté esc. Inicial):** ☐ Si ☐No ➢ **Absentisme:** ☐ Si ☐No ➢ **Fracàs escolar:** ☐ Si ☐No
	INTERVENCIÓ DE SERVEIS: ➢ **Suport Xarxa familiar i/o social:** ☐ Si ☐No ➢ **Serveis social:** ☐ Inicial ☐ Derivem ☐ Cap de les dues ➢ **DGAIA:** ☐ Inicial ☐ Derivem ☐ Cap de les dues
	ALTRES DADES: ➢ **Immigrant o grup minoritari:** ☐ Si ☐No ➢ **Grup social risc o bandes**: ☐ Si ☐No ➢ **Conductes delictives:** ☐ Si: Justícia Juvenil: ☐ Si ☐No ☐No ➢ **Tractament previ:** ☐ Si: ☐ Csmij ☐ Privada ☐ Xarxa S. Mental ☐No ➢ **Vincle HD:** ☐ Pacient ☐ Família

HOSPITAL DE DIA D'ADOLESCENTS DE BADALONA

FULL D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

En virtut dels articles 4, 5 i 6 de la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre, la Fundació Vidal i Barraquer posa en el seu coneixement que disposa d'un fitxer amb dades de caràcter personal denominat **Fitxer de pacients de HOSPITAL DE DIA.**

La finalitat de la seva creació és el tractament mèdico-sanitari i social als usuaris del nostre centre, en la seva totalitat o alguna part.

Els destinataris de la informació són tots els departaments en els que s'organitza el **HD**, així com els estaments oficials públics o privats que, per obligació legal o necessitat material, hagin d'accedir a les dades als efectes de la correcta prestació de l'assistència mèdico-sanitària i social, que constitueix la finalitat del tractament d'aquestes dades.

En tot cas, vostè té dret a exercir els drets d'oposició, accés, rectificació i cancel·lació, en l'àmbit reconegut per la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre, així com en el Codi Tipus de la Unió Catalana d'Hospitals, al qual aquest centre està adherit.

El responsable del fitxer és el Gerent de la Fundació Vidal i Barraquer. Per a exercitar els drets esmentats i per qualsevol aclariment pot dirigir-se per escrit mitjançant instància dirigida al Director de HD en el seu domicili situat a l'Avda. Marti Pujol,654 08915 Badalona.

Així mateix i pel present, consenteixo expressament i autoritzo al HD per a que cedeixi les dades que siguin estrictament necessàries per a què per l'entitat amb la qual tinc concertada la prestació dels serveis mèdico-sanitaris i socials que sol·licito, pugui procedir al pagament de llur cost, acceptant que, en el cas de revocar el present consentiment, això significarà que em correspondrà a mi personalment fer-me càrrec del seu pagament.

Badalona, de de 200

Signatura / Firma
Nom i cognoms

Número història:

Avda. Marti Pujol,654 08915 Badalona

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

En vitud de los artículos 4, 5 y 6 de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, la Fundació Vidal i Barraquer pone en su conocimiento que dispone de un fichero con datos de caracter personal llamado **Fichero de pacientes de HOSPITAL DE DIA.**

La finalidad de su creación es el tratamiento médico-sanitario y social a los usuarios de nuestro centro, en su totalidad o en parte.

Los destinatarios de la información son todos los departamentos en los que se organiza el HD, así como los estamentos oficiales públicos o privados que, por obligación legal o necesidad material, han de acceder a los datos a los efectos de la correcta prestación de la asisténcia médico-sanitária y social, que constituye la finalidad del tratamiento de estos datos.

En todo caso, usted tiene derecho a ejercitar el derecho de oposición, acceso, rectificación y cancelación, en el ámbito reconocido por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, así como en el Código Tipo de la Unión Catalana de Hospitales, a la cual este centro está adherida.

El responsable del fichero es el Gerente de la Fundació Vidal i Barraquer. Para ejercer los derechos mencionados y para cualquier aclaración puede dirigirse por escrito mediante instáncia dirigida al Director de HD a su domicilio situado en el Pasaje St. Miquel, s/n de Santa Coloma de Gramenet.

Asi mismo y por el presente, consiento expresamente y autorizo al HD para que ceda los datos que sean estrictamente necesarios para que por la entidad con la cual tengo concertada la prestación de los servicios médico-sanitarios y sociales, pueda proceder al pago de su coste, aceptando que, en caso de revocar el presente consentimiento, esto significará que me corresponderá a mi personalmente hacerme cargo de su pago.

DOCUMENT DE COMPROMÍS ASSISTENCIAL:

DATA:

NOM PACIENT:……..

NOM DELS PARES O TUTORS:……...

PSIQUIATRA/ PSICÒLEG……..

EDUCADOR…….

- L'Hospital de Dia per Adolescents és un centre per a nois i noies de 12 a 17 anys que acudeixen durant un període de temps limitat, unes hores al dia, diferent segons les necessitats individuals, amb la finalitat de rebre tractament, a nivell psíquic, educatiu i de suport social amb l'objectiu de superar moments de crisis personal i familiar.

- **L'assistència al centre és voluntària i és imprescindible l'acceptació dels DRETS I DEURES inclosos en el present contracte.**

HORARI

- L'horari de l'Hospital és de 9.00 a 17.00 hores, de dilluns a divendres, tot l'any, incloent els períodes de Nadal, Setmana Santa i Estiu. Els pacients i les famílies seran informades amb antelació de qualsevol modificació en aquest horari.
- Els dies festius (dissabtes i diumenges) i festes nacionals i locals el centre romandrà tancat.
- **Cada pacient disposarà d'un horari d'activitats general *(Veure document adjunt)* i, posteriorment, d'un horari personalitzat, segons el programa que s'hagi pactat amb ell.**
- És imprescindible ***la puntualitat*** en l'assistència al centre per poder participar en el conjunt d'activitats programades.
- Si el pacient no pot arribar a l'hora o no pot assistir per qualsevol motiu, el propi pacient o el familiar responsable ho tindrà de comunicar ***abans de les 11.00 hores del matí.***
- Cap pacient pot sortir del centre dintre l'horari pactat sense que la família ho hagi comunicat anteriorment.
- Si sorgeix alguna emergència que requereixi que el pacient surti del centre abans de finalitzar el seu horari, s'informarà prèviament a la família sobre els motius i s'acordaran les condicions d'aquesta sortida.

TRACTAMENT TERAPÈUTIC I EDUCATIU

- El pacient es compromet a realitzar les activitats pactades amb el terapeuta i educador referents, en funció del programa terapèutic pactat segons les necessitats individuals de cada cas: **tallers, entrevistes, reunions familiars, sortides, activitat escolar (si està en edat escolar).**
- Els pares es comprometen a adequar-se a les indicacions proposades per el terapeuta responsable del cas segons les característiques de cada situació familiar: **assistència a entrevistes, sessions familiars, assistència al grup de pares.**

- El pacient i la família podran sol·licitar visites d'urgència amb el seu terapeuta referent, que atendrà aquesta demanda tan aviat com sigui possible.

TRACTAMENT MÈDIC I FARMACOLÒGIC

- En cas de ser necessari el tractament farmacològic forma part del pla terapèutic individualitzat.
- La prescripció dels medicaments i/o indicació d'altres analítiques i/o exploracions complementaries ***en relació amb el tractament psiquiàtric*** del pacient serà responsabilitat exclusiva del psiquiatre de l'Hospital de Dia mentre duri el període de tractament.
- El control de la presa de medicaments fora de l'Hospital de Dia continuarà sent responsabilitat del pacient i la família.
- La família haurà d'informar de qualsevol medicació o tractament complementari que per qualsevol raó mèdica el pacient estigui prenent.
- En cas de necessitat, el pacient disposa de servei d'infermeria.

INFORMACIÓ GENERAL

- Mitjançant un dipòsit de 5 euros, tots els pacients disposen d'una taquilla individual, a on podran guardar tots els seus objectes personals (jaqueta, diners, mòbil, MP3, MP4, etc.). L'Hospital de Dia no es responsabilitzarà de la pèrdua dels objectes que no estiguin guardats a la taquilla.

- En cas de desperfecte/ ruptura del material i del mobiliari del centre, el pacient/familiar s'haurà de fer càrrec de la reposició del mateix o assumirà les despeses de reparació i/o reposició.

- El centre disposa d'una normativa de convivència i respecte que cada un ha de complir. *(Veure document adjunt).*

- Les famílies hauran d'estar sempre localitzables en un telèfon fix o mòbil, amb la finalitat de poder avisar en el cas que es doni alguna urgència relacionada amb el pacient.

- Els pacients que facin horari complert hauran de portar dinar cuinat en una carmanyola.

- Les activitats incloses habitualment dins del Taller setmanal d'Esport seran majoritàriament gratuïtes per als pacients. Les famílies únicament es faran càrrec de la despesa del desplaçament i, molt excepcionalment, d'alguna activitat especial.

- El cost de les activitats incloses al Taller de Sortides, programades fora de l'Hospital, aniran a càrrec de la família (entrada i desplaçament).

- ***L'Hospital de Dia garanteix que les dades de caràcter personal seran tractades de manera confidencial, emparats en la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal. (Firmar document adjunt).***

- L'Hospital de Dia disposa d'una BÚSTIA DE SUGGERÈNCIES I RECLAMACIONS a on agrairíem que dipositessin aquelles opinions, crítiques o suggeriments que considerin puguin ajudar a millorar el funcionament de la tasca assistencial del centre. *(Veure documents adjunts).*

- La falta d'assistència repetida sense justificació comportarà un replantejament, o en el seu cas, la finalització del contracte terapèutic.
- L'incompliment de les normes i acords establerts amb l'Hospital a traves del present contracte suposarà un *replantejament*, o si fos el cas, la *finalització* del contracte terapèutic previ notificació i traspàs d'informació clínica al Centre de Salut Mental o professional referent.

En el cas que fora de l'horari assistencial citat es presenti alguna situació crítica en la que es consideri necessària una <u>atenció psiquiàtrica immediata,</u> han de dirigir-se al servei d'urgències de l'<u>Hospital Clínic C/ Casanoves 143</u> (Casanoves-Provença) de Barcelona, Telèfon: 93.227.54.00 extensió 2646.

El sotasignats es fan sabedors i accepten les normes de funcionament del centre.

Pacient Família Terapeuta referent

Anexo 6: ACE International Questionnaire

Participant Identification Number: [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ]

Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)

0	**DEMOGRAPHIC INFORMATION**	
0.1 [C1]	Sex (*Record Male / Female as observed)*	Male
		Female
0.2 [C2]	What is your date of birth?	Day [ ][ ] Month [ ][ ] Year [ ][ ][ ][ ] Unknown *(Go to Q.C3)*
0.3 [C3]	How old are you?	[ ][ ]
0.4 [C4]	What is your [*insert relevant ethnic group / racial group / cultural group / others*] background?	[*Locally defined*]
		[*Locally defined*]
		[*Locally defined*]
		Refused
0.5 [C5]	What is the highest level of education you have completed?	No formal schooling
		Less than primary school
		Primary school completed
		Secondary/High school completed
		College/University completed
		Post graduate degree
		Refused
0.6 [C6]	Which of the following best describes your main work status over the last 12 months?	Government employee
		Non-government employee
		Self-employed
		Non-paid
		Student
		Homemaker
		Retired
		Unemployed (able to work)
		Unemployed (unable to work)
		Refused
0.7 [C7]	What is your civic status?	Married *(Go to Q.M2)*
		Living as couple
		Divorced or separated
		Single
		Widowed *(Go to Q.M2)*
		Other
		Refused
1	**MARRIAGE**	
1.1 [M1]	Have you ever been married?	Yes
		No *(Go to Q.M5)*
		Refused
1.2 [M2]	At what age were you first married?	Age [ ][ ]
		Refused
1.3 [M3]	At the time of your first marriage did you yourself choose your husband/wife?	Yes *(Go to Q.M5)*
		No
		Don't know / Not sure
		Refused
1.4 [M4]	At the time of your first marriage if you did not choose your husband/wife yourself, did you give your consent to the choice?	Yes
		No
		Refused
1.5 [M5]	If you are a mother or father what was your age when your first child was born?	Age [ ][ ]
		Not applicable
		Refused

2	**RELATIONSHIP WITH PARENTS/GUARDIANS**	
	When you were growing up, during the first 18 years of your life . . .	
2.1 [P1]	Did your parents/guardians understand your problems and worries?	Always Most of the time Sometimes Rarely Never Refused
2.2 [P2]	Did your parents/guardians **really** know what you were doing with your free time when you were not at school or work?	Always Most of the time Sometimes Rarely Never Refused
3		
3.1 [P3]	How often did your parents/guardians **not** give you enough food even when they could easily have done so?	Many times A few times Once Never Refused
3.2 [P4]	Were your parents/guardians too drunk or intoxicated by drugs to take care of you?	Many times A few times Once Never Refused
3.3 [P5]	How often did your parents/guardians **not** send you to school even when it was available?	Many times A few times Once Never Refused
4	**FAMILY ENVIRONMENT**	
	When you were growing up, during the first 18 years of your life . . .	
4.1 [F1]	Did you live with a household member who was a problem drinker or alcoholic, or misused street or prescription drugs?	Yes No Refused
4.2 [F2]	Did you live with a household member who was depressed, mentally ill or suicidal?	Yes No Refused
4.3 [F3]	Did you live with a household member who was ever sent to jail or prison?	Yes No Refused
4.4 [F4]	Were your parents ever separated or divorced?	Yes No Not applicable Refused
4.5 [F5]	Did your mother, father or guardian die?	Yes No Don't know / Not sure Refused
These next questions are about certain things you may actually have heard or seen IN YOUR HOME. These are things that may have been done to another household member but not necessarily to you.		

When you were growing up, during the first 18 years of your life . . .		
4.6 [F6]	Did you see or hear a parent or household member in your home being yelled at, screamed at, sworn at, insulted or humiliated?	Many times A few times Once Never Refused
4.7 [F7]	Did you see or hear a parent or household member in your home being slapped, kicked, punched or beaten up?	Many times A few times Once Never Refused
4.8 [F8]	Did you see or hear a parent or household member in your home being hit or cut with an object, such as a stick (or cane), bottle, club, knife, whip etc.?	Many times A few times Once Never Refused
These next questions are about certain things YOU may have experienced. **When you were growing up, during the first 18 years of your life . . .**		
5		
5.1 [A1]	Did a parent, guardian or other household member yell, scream or swear at you, insult or humiliate you?	Many times A few times Once Never Refused
5.2 [A2]	Did a parent, guardian or other household member threaten to, or actually, abandon you or throw you out of the house?	Many times A few times Once Never Refused
5.3 [A3]	Did a parent, guardian or other household member spank, slap, kick, punch or beat you up?	Many times A few times Once Never Refused
5.4 [A4]	Did a parent, guardian or other household member hit or cut you with an object, such as a stick (or cane), bottle, club, knife, whip etc?	Many times A few times Once Never Refused
5.5 [A5]	Did someone touch or fondle you in a sexual way when you did not want them to?	Many times A few times Once Never Refused
5.6 [A6]	Did someone make you touch their body in a sexual way when you did not want them to?	Many times A few times Once Never Refused
5.7 [A7]	Did someone attempt oral, anal, or vaginal intercourse with you when you did not want them to?	Many times A few times Once

		Never
		Refused
5.8 [A8]	Did someone actually have oral, anal, or vaginal intercourse with you when you did not want them to?	Many times
		A few times
		Once
		Never
		Refused
6	**PEER VIOLENCE**	
	These next questions are about BEING BULLIED when you were growing up. Bullying is when a young person or group of young people say or do bad and unpleasant things to another young person. It is also bullying when a young person is teased a lot in an unpleasant way or when a young person is left out of things on purpose. It is not bullying when two young people of about the same strength or power argue or fight or when teasing is done in a friendly and fun way. **When you were growing up, during the first 18 years of your life . . .**	
6.1 [V1]	How often were you bullied?	Many times
		A few times
		Once
		Never *(Go to Q.V3)*
		Refused
6.2 [V2]	How were you bullied most often?	I was hit, kicked, pushed, shoved around, or locked indoors
		I was made fun of because of my race, nationality or colour
		I was made fun of because of my religion
		I was made fun of with sexual jokes, comments, or gestures
		I was left out of activities on purpose or completely ignored
		I was made fun of because of how my body or face looked
		I was bullied in some other way
		Refused
This next question is about PHYSICAL FIGHTS. A physical fight occurs when two young people of about the same strength or power choose to fight each other. **When you were growing up, during the first 18 years of your life . . .**		
6.3 [V3]	How often were you in a physical fight?	Many times
		A few times
		Once
		Never
		Refused
7	**WITNESSING COMMUNITY VIOLENCE**	
	These next questions are about how often, when you were a child, YOU may have seen or heard certain things in your NEIGHBOURHOOD OR COMMUNITY (not in your home or on TV, movies, or the radio). **When you were growing up, during the first 18 years of your life . . .**	
7.1 [V4]	Did you see or hear someone being beaten up in real life?	Many times
		A few times
		Once
		Never
		Refused
7.2	Did you see or hear someone being stabbed	Many times

[V5]	or shot in real life?	A few times
		Once
		Never
		Refused
7.3 [V6]	Did you see or hear someone being threatened with a knife or gun in real life?	Many times
		A few times
		Once
		Never
		Refused
8	**EXPOSURE TO WAR/COLLECTIVE VIOLENCE**	
	These questions are about whether YOU did or did not experience any of the following events when you were a child. The events are all to do with collective violence, including wars, terrorism, political or ethnic conflicts, genocide, repression, disappearances, torture and organized violent crime such as banditry and gang warfare. **When you were growing up, during the first 18 years of your life . . .**	
8.1 [V7]	Were you forced to go and live in another place due to any of these events?	Many times
		A few times
		Once
		Never
		Refused
8.2 [V8]	Did you experience the deliberate destruction of your home due to any of these events?	Many times
		A few times
		Once
		Never
		Refused
8.3 [V9]	Were you beaten up by soldiers, police, militia, or gangs?	Many times
		A few times
		Once
		Never
		Refused
8.4 [V10]	Was a family member or friend killed or beaten up by soldiers, police, militia, or gangs?	Many times
		A few times
		Once
		Never
		Refused

Anexo 7: cuestionario ERIRAOS

Chequeo ERIraos©

(Inventario de Detección Precoz: Early Recognition Inventory) v.E-4

Este cuestionario consiste en 15 ítems orientados a evaluar principalmente los síntomas prodrómicos presentes en los últimos 12 meses. Han de responderse con un "si" o un "no", independientemente de la duración del síntoma. La respuesta a estas preguntas intenta la detección temprana de trastornos mentales graves.

DIRECTRICES PARA LA ENTREVISTA

El redactado de las preguntas (página 2) y su secuencia le ayudará a ordenar la entrevista. Se trata tan sólo de una sugerencia para realizar una entrevista estructurada. **Si no hay entrevistador** disponible (Médico, Psicólogo, Enfermero, Trabajador Social o Maestro), el Paciente o Usuario puede usar el cuestionario marcando las respuestas en la hoja de resultados.

El entrevistador empieza normalmente por la pregunta impresa en negrita. Si la respuesta no es clara, deberá hacer más averiguaciones, utilizando los ejemplos presentes en cada pregunta (página 2), para una exploración más detallada.

Si el entrevistador está familiarizado con el cuestionario y con la evolución de los síntomas, puede hacer las preguntas con sus propias palabras. Si el entrevistador se siente capaz de realizar la entrevista usando sólo la hoja de resultados, también puede hacerlo así.

INSTRUCCIONES PARA LA HOJA DE RESULTADOS

Por favor: En la hoja de respuesta, marque en la casilla correspondiente a cada pregunta la respuesta adecuada, sea "**SI**" o "**NO**" (página 3). La hoja de respuestas termina con una pregunta general acerca del curso de los síntomas durante el último año.
En la página 4 se solicita información adicional sobre el entrevistado.
En esa página hay que marcar si el ERIraos se ha aplicado como una entrevista o como un cuestionario.

EVALUACIÓN Y RECOMENDACIONES

Si solo están presentes los síntomas del **grupo 1 – 5** probablemente significa que no hay un riesgo extremo de una agudización psicótica**.** Sin embargo, suele necesitarse algún tipo de ayuda terapéutica.

Los síntomas del **grupo 6 – 10** son los que indican un incremento del riesgo de psicosis. En este caso se necesitan exploraciones diagnósticas especializadas. El experto en detección e intervención precoz decidirá la estrategia de intervención temprana más adecuada. Pónganse en contacto con un Equipo de Prevención en Salud Mental.

Los síntomas del **grupo 11 – 15** son signos de una psicosis al menos incipiente. Debe realizarse cuanto antes un diagnóstico y el tratamiento o tratamientos correspondientes.

Muchas Gracias por su interés y compromiso en la detección temprana de problemas de Salud Mental.

© K. Maurer, F. Hörrmann & H. Häfner (Traducción al castellano, Jorge L. Tizón, Anna Oriol y Sandra Rosenberg (EAPPP))
08/2008 PV I / TP 1.1.1

	EJEMPLOS: Recuerde que las preguntas se refieren a la presencia de esos síntomas en los últimos 12 meses.
1	● **¿Ha notado que se ha vuelto solitario o menos hablador? Ejemplos: ¿**Prefiere pasar la mayor parte del tiempo solo? ¿Habla menos que antes? ¿Se ha empezado a apartar de su grupo de amigos? ¿Ha dejado de hablar con otras personas?
2	● **¿Su humor se ha vuelto triste, depresivo o apagado durante semanas? Ejemplos:** ¿Ha llorado muy a menudo o ha estado continuamente al borde del llanto?¿Se siente triste a menudo, con menos interés por las cosas?
3	● **¿Ha tenido problemas para dormir? O ¿Ha disminuido su apetito, ganas de comer? ¿Ha cambiado su interés por el sexo?: Ejemplos: ¿**Ha tenido dificultades para conciliar el sueño, para dormir durante la noche o se ha despertado muy temprano? ¿Todo le sabe insípido, de manera que no le apetece comer? ¿Su deseo sexual ha disminuido significativamente?
4	● **¿Ha sentido que su pensamiento, lenguaje o movimientos son más lentos? ¿Ha cambiado su vida emocional y su empatía con los demás? Ejemplos:** ¿Se ha sentido demasiado cansado y débil para realizar las actividades del día a día? ¿Nota que ya no tiene sentimientos o que sus sentimientos parecen falsos o vacíos?
5	● **¿Ha disminuido significativamente la calidad, rendimiento o motivación en el trabajo, la escuela, la formación o la búsqueda de trabajo? Ejemplos:** ¿Su interés o motivación por su trabajo (o por conseguirlo) se ha reducido? ¿Siente que disfruta menos aprendiendo o formándose o qué disfruta menos de su trabajo?
6	● **¿Le ha estado dando vueltas continuamente a ciertas ideas? Ejemplos**: ¿Le han venido una y otra vez ideas a propósito de cambios en su cara o en su cuerpo? ¿Le han venido una y otra vez pensamientos violentos? ¿O pensamiento sobre el sexo que le gustaría dejar de lado pero no puede?
7	● **¿Le ha costado más contactar/relacionarse con otras personas y mantener el contacto? Ejemplos:** ¿Se ha sentido más inseguro, tenso o preocupado por si mismo en su relación con los demás, aunque sigue deseando esas relaciones?
8	● **¿Le han interesado mucho algunos temas, ideas o ropas que los demás consideran raros? Ejemplos:** ¿Por algún motivo ha guardando y coleccionando cosas de las que antes se deshacía o ha guardado comida, basuras o trastos? ¿Ha hablado consigo mismo aún estando ante otra gente?
9	● **En comparación con el pasado ¿ha tenido más a menudo la impresión de que los demás se aprovechaban de usted, le engañaban, o le explotaban? Ejemplos:** ¿Ha estado particularmente desconfiando, precavido, en alerta ante los demás?
10	● **¿A menudo se ha sentido nervioso, tenso o agitado? ¿Eso ha hecho que discuta con los demás incluso por cuestiones sin importancia, que normalmente no le preocuparían? ¿Ha estado más activo de lo habitual? ¿Tal vez tan activo que los demás pueden haber pensado que algo le pasaba? Ejemplos:** ¿Ha aumentado su interés por el sexo? ¿Ha necesitado dormir menos de lo habitual? ¿Se ha levantado mucho más temprano que habitualmente? ¿Ha tenido mucha más hambre de la normal para usted, sintiendo que nunca comía suficiente, sin importar lo que hubiera comido?
11	● **¿Su entorno habitual le ha parecido a veces cambiado, irreal o extraño? O ¿en algún momento ha sentido que usted no era usted mismo, o que usted era irreal o extraño para los demás o para si mismo? Ejemplos:** ¿En algunos momentos su entorno –paisaje, animales y personas –aparecían diferentes de lo habitual (por ejemplo, se le han hecho diferentes, impresionantes, cambiantes o bien amenazantes y que asustan)? ¿O ha tenido la impresión de que todo era una imitación de la realidad, similar a un teatro o una película donde la gente actúa en vez de ser ellos mismos? ¿Ha tenido sensación de verse diferente cuando se ha mirado al espejo?
12	● **¿Ha estado preocupado por pensamientos, ideas o hechos inusuales, secretos o sobrenaturales? Ejemplos:** ¿Ha tenido pensamientos especiales que otras personas dicen que son raros? ¿Piensa mucho tiempo en esos temas?
13	● **¿Ha sentido pensamientos que se le metían en la cabeza, interrumpiendo sus propias ideas? ¿Ha sentido que esos pensamientos estaban a veces fuera de su cabeza? ¿Ha sentido que su pensamiento podía ser leído por otras personas?** ¿Ha sentido que sus propios pensamientos de alguna manera se transmiten a otras personas, de manera que ellas saben lo que ha estado pensando? ¿Ha tenido la sensación de que algunos pensamientos, que usted sabe que no son suyos, han sido introducidos en su cabeza?
14	● **¿Ha experimentado que las personas o cosas de su entorno parecen haber cambiado? ¿Algunas veces ha visto, oído, olido o notado gustos que las otras personas no sentían? A veces ha oído ruidos o voces que sólo usted podía oírlas? Esas experiencias: ¿Se pueden explicar por causas naturales, habituales? Ejemplos**: ¿Ha experimentado que su oído o visión era extraordinariamente intensa o sobrenaturalmente clara? ¿O que a veces las personas o las cosas parecían cambiar respecto a su color, forma o magnitud? ¿Ha percibido las cosas particularmente intensas o deslumbrantes?. ¿A veces ha oído ruidos o voces solo para usted mismo? ¿A veces ha sentido (oído, visto, olido) cosas que en realidad no estaban presentes?
15	● **¿Se ha sentido observado, perseguido, o amenazado por algo o alguien? Ejemplos: ¿**Ha tenido la sensación de que alguien estaba tratando de hacerle daño de alguna manera, envenenándolo o matándolo, o que le estaban siguiendo?

© K. Maurer, F. Hörrmann & H. Häfner (Traducción al castellano, Jorge L. Tizón, Anna Oriol y Sandra Rosenberg (EAPPP))
08/2008 PV I / TP 1.1.1

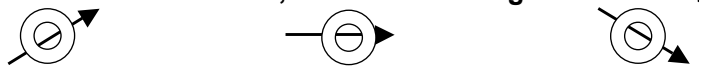
Fecha: _____

Cuestionario ERIraos
Early **R**ecognition **I**nventory

HOJA DE ANOTACIÓN

	SÍNTOMA	Presencia de los síntomas durante los 12 meses anteriores a la entrevista: Por favor marque SI o NO SI	NO
01	**Retraimiento Social**		
02	**Humor Depresivo**		
03	**Funciones Corporales Perturbadas**		
04	**Enlentecimiento, falta de energía o falta de sentimientos**		
05	**Reducción de la motivación y el rendimiento en el trabajo o en la escuela**		
06	**Pensamientos recurrentes que no puede evitar (rumiación)**		
07	**Disminución de la capacidad para mantener o iniciar relaciones sociales**		
08	**Comportamiento raro**		
09	**Suspicacia / Desconfianza**		
10	**Síntomas de exaltación, irritabilidad, excitación…** (maníacos y disfóricos)		
11	**Des-personalización y des-realización**		
12	**Preocupación por cosas misteriosas/pensamientos con contenidos inusuales**		
13	**Alteraciones del pensamiento** (Trastornos (pre) psicóticos del pensamiento)		
14	**Percepciones anormales y alucinaciones** (voces, visiones y otras percepciones especiales)		
15	**Ideas de referencia y síntomas paranoides**		

Durante el ultimo año, los síntomas en general han…



...empeorado **....no han cambiado** **…mejorado**

(por favor marque la flecha que se ajuste mejor)

© K. Maurer, F. Hörrmann & H. Häfner (Traducción al castellano, Jorge L. Tizón, Anna Oriol y Sandra Rosenberg (EAPPP))
08/2008 PV I / TP 1.1.1

Por favor envíe el cuestionario a la siguiente dirección:

Información General Sobre el Usuario *(*puede ponerla o no, según usted mismo desee).*

Espacio destinado a la dirección y forma de contactar con el centro especializado de prevención de psicosis que promueve la utilización del cuestionario. Si nos lo pedís os lo enviamos en formato "word" para que podáis poner vuestros datos y logos.

CIP:

Nombre y Apellido

Dirección

Teléfono

E-Mail

Soltero, Casado, Separado, Divorciado, Viudo, Otros (dar detalles), sin información. — Estado Civil

Sin educación, Educación Primaria, Educación Secundaria, Ciclos Formativos, Formación Universitaria, Otros (dar detalles), sigue estudiando, sin información. — Educación

Sin formación, Formación no cualificada, Formación terminada, Título Universitario, otros (dar detalles), En formación, Desconocido. — Formación Laboral

Preguntas al final de la entrevista

- **¿Sabe si hubo algunas complicaciones durante su nacimiento o el embarazo de su madre?**

Ejemplo: Su madre estuvo enferma (Ejemplos: Con fiebres altas o mantenidas, convulsiones posparto o tempranas, parto muy prolongado, nacimiento prematuro, presentación de nalgas, nacimiento traumático, con asfixia o instrumentalizado, septicemia, etc.

❑ **SI** ❑ **NO** ¡¡Por favor dé detalles!!

Complicaciones durante el Embarazo/Parto

- **¿Alguien entre sus familiares cercanos ha padecido algún tipo de problema de salud mental (Padres, Hermanos, Hijos, Tíos)?**

❑ **SI** ❑ **NO** ¡¡Por favor dé detalles!!

Problemas de Salud Mental en la familia (por favor indique parentesco):

- **¿Sabe qué tipo de trastorno mental o el diagnóstico?**

❑ **SI** ❑ **NO** ¡¡Por favor dé detalles!!

Trastorno/Diagnóstico

- **¿Ha usado usted el cuestionario como una entrevista?**

❑ **SI** ❑ **NO**

Titulación o especialidad del Entrevistador

- **¿Ha completado el/la paciente el cuestionario por si mismo (sin ser entrevistado)?**

❑ **SI** ❑ **NO**

© K. Maurer, F. Hörrmann & H. Häfner (Traducción al castellano, Jorge L. Tizón, Anna Oriol y Sandra Rosenberg (EAPPP))
08/2008 PV I / TP 1.1.1

Anexo 8: Certificado del Comité de Ética del IUSM de la Universidad Ramón Lull

FUNDACIÓ VIDAL i BARRAQUER
Institut Universitari de Salut Mental
UNIVERSITAT RAMON LLULL

El projecte de recerca "ESTUDIO DE LAS CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS DE LAS ADVERSIDADES EN LA INFANCIA Y DE LA TRANSMISIÓN DEL TRAUMA TRANSGENERACIONAL" ha estat presentat per Mark Dangerfield i avaluat pel Comitè d'Ètica de la Recerca del Institut Universitari de Salut Mental Vidal i Barraquer de la Universitat Ramon Llull (URL), en reunió ordinària de l'6 de setembre de 2019. Aquest Comitè ha considerat:

- Que el projecte és d'interès i s'ajusta a les línies de recerca de l'Institut.

- Que no es tracta d'un assaig clínic i que, per tant, no procedeix remetre-ho a un Comitè Ètic d'Investigació Clínica.

- Que compleix amb les recomanacions ètiques de la investigació i que les mateixes satisfan de forma molt àmplia les garanties que en aquest tipus d'estudi es demanen.

Per tant, aprova la seva realització en el marc del Grupo de Recerca de Parella i Família de la URL.

I perquè tingui els efectes oportuns, signen la present a Barcelona a 6 de setembre de 2019.

Rafael Barba — Director General

Josep Mercadal — Secretari

Anexo 9: Certificado ISO 90001:2015

DNV·GL

MANAGEMENT SYSTEM CERTIFICATE

Número de certificado:/Certificate No.:	Fecha Inicial de Certificación:/Initial date:	Validez:/Valid:
204697-2016-AQ-IBE-ENAC	30 julio 2010	29 julio 2019 - 29 julio 2022

Se certifica que el sistema de gestión de/This is to certify that the management system of

FUNDACIO CARDENAL VIDAL I BARRAQUER

C/ St. Gervasi de Cassoles, 88-90, 08022, Barcelona, Barcelona, Spain
y las sedes que se mencionan en el Anexo que acompaña a este certificado / and the sites as mentioned in the appendix accompanying this certificate

es conforme a la Norma del Sistema de Gestión de Calidad/
has been found to conform to the Quality Management System standard:
ISO 9001:2015

Este certificado es válido
para el siguiente campo de aplicación:

Prestación de servicios de atención sanitaria en salud mental, investigación y docencia.

This certificate is valid
for the following scope:

Mental health, research and training health care services.

Lugar y fecha/Place and date:
Barcelona, 10 julio 2019

ENAC
CERTIFICACIÓN
Nº 03/C-SC005

Oficina de emisión/
For the Certification Body
DNV GL – Business Assurance
Gran Via de les Corts Catalanes, 130-136, Pl. 9 08038 Barcelona, Spain

Ana del Rio Salgado
Representante de la dirección/
Management Representative

El incumplimiento de las condiciones establecidas en el Contrato puede dar lugar a la cancelación del certificado/
Lack of fulfilment of conditions as set out in the Certification Agreement may render this Certificate invalid.
DNV GL BUSINESS ASSURANCE ESPAÑA, SLU, Gran Via de les Corts Catalanes, 130-136, Pl. 9 08038 Barcelona, Spain. TEL:+34 93 479 26 00.
www.dnvgl.es/assurance

Anexo 10: presentaciones en congresos y jornadas

Fecha Inicio	Fecha Final	Tipo de contribución	Título de la contribución	Nombre del congreso o jornada	Lugar de celebración	¿publicado?	Si publicado, ¿dónde?	Evidencias
Data inici	*Data final*	*Tipus de contribució*	*Títol de la contribució*	*Nom del congrés o jornada*	*Lloc de celebració*	*Publicat?*	*Si publicat, a on?*	*Evidències*
29/11/2015	29/11/2015	Ponència	"Intents de suïcidi en l'adolescència i la seva relació amb el maltractament i l'abús sexual"	V Jornada Multidisciplinària "El suïcidi en la infància i l'adolescència", organitzada pel Grup de Treball de Pediatria Social de la Societat Catalana de Pediatria	Auditori de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears, Barcelona	No		Programa de la Jornada
06/02/2015	06/02/2015	Ponència	"Recerca en maltractament infantil: aportacions de la recerca a la clínica"	Jornada de la Fundació Vidal i Barraquer de l'any 2015: "Aplicacions clíniques de la recerca"	Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona	No		Programa de la Jornada
20/03/2015	20/03/2015	Simpòsium	"Transgenerational trauma and risk of psychosis", Aquesta conferència formava part d'un Simposi que portava per títol: "Childhood neglect, physical and sexual abuse, perversion, … antecedents of psychosis?", presentat conjuntament amb el Dr. Jorge L. Tizón i el Dr. John Read.	19th ISPS (International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis) International Conference - From DNA to neighborhood: Relationship and Experience in Psychosis. An International Dialogue.	The Cooper Union - New York City (US)	No		Programa de la Jornada
21/03/2015	21/03/2015	Workshop	"Transgenerational trauma and risk of psychosis: A clinical illustration",	19th ISPS (International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis) International Conference - From DNA to neighborhood: Relationship and Experience in Psychosis. An International Dialogue.	The Cooper Union - New York City (US)	No		Programa de la Jornada
13/05/2015	13/05/2015	Ponència	"The Challenges of confronting a desire for change as an outcome of AMBIT training"	Jornada: "AMBIT Conference: sharing outcomes", organitzada per	Anna Freud Centre - London (UK)	No		Programa de la Jornada

				l'Anna Freud Centre de Londres.				
17/09/2015	17/09/2015	Ponència	"Vivencias y sucesos traumáticos en la infancia"	Jornada: "La vida y sus sucesos traumáticos", organizada por la Fundación Cassià Just,	Caixa Forum, Barcelona	No		Programa de la Jornada
22/10/2015	23/10/2015	Ponència	"Retos en el abordaje de adolescentes con trastornos graves de mentalización: límites del tratamiento desde un Hospital de Día y aportaciones del modelo AMBIT - Anna Freud Centre"	IV Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes	Universidad de Deusto, Bilbao	No		Programa de la Jornada
16/04/2016	16/04/2016	Ponència	"Tratamiento basado en la mentalización para adolescentes (MBT-A): aplicaciones para adolescentes con conductas autodestructivas"	XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA)	Auditorio de Burlada (Pamplona)	Si	Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente	Programa de la Jornada
15/06/16	15/06/16	Ponència	"Problemàtica social als Hospitals de Dia: com podem optimitzar els recursos que tenim?"	2a jornada catalana d'hospitals de dia de salut mental per a nens i adolescents	Hospital Parc Taulí (Sabadell)	No		Programa de la Jornada
28/10/2016	28/10/2016	Ponència	Negligència, maltractament i abusos sexuals en la infància: prevalença i conseqüències sobre el desenvolupament emocional del nen	3a Edició Trobada Pediàtrica Solidària	Col·legi de Metges de Barcelona	No		Programa de la Jornada
10/11/2016	11/11/2016	Ponència	Abordaje terapéutico de adolescentes reticentes a la ayuda: Aportaciones del modelo AMBIT	El abordaje educativo-terapéutico en contextos de involuntariedad	Facultad de Psicología de Donosti	No		Programa de la Jornada
19/11/2016	19/11/2016	Ponència	Sense un lloc a la teva ment, sense un lloc al món. Aspectes tècnics del treball amb adolescents negligits.	XXXI Jornades de la Revista Catalana de Psicoanàlisi: Negligència en la infància i expressió psicopatològica en l'adolescència	CCCB Barcelona	Si	Revista Catalana de Psicoanàlisi	Programa de la Jornada
21/11/2016	21/11/2016	Ponència	Bones pràctiques en intervencions en salut mental:	Jornada Fundació Víctor Grífols: Crisi i salut mental en infants	Casa de la Convalescència (Barcelona)	Si	Cuadernos de la Fundació Víctor	Programa de la Jornada

			alguna idea sobre AMBIT	i joves: causa o conseqüència?			Grífols i Lucas	
16/12/2016	16/12/2016	Ponència	Reflexions al voltant del treball a la xarxa de salut mental a Catalunya i algunes aportacions del model AMBIT	Jornada AMBIT organitzada per la Fundació Vidal i Barraquer	Palau Macaya (Barcelona)	No		Programa de la Jornada
17/02/2017	18/02/2017	Ponència	"Si la vida es esto, prefiero morirme". Intentos de suicidio en adolescentes y su relación con el abuso sexual: aportaciones de la MBT-A en el abordaje terapéutico.	III Jornadas de Protección a la Infancia y Adolescencia de la Fundación Xilema	Colegio de Médicos de Navarra (Pamplona)	No		Programa de la Jornada
26/06/2017	26/06/2017	Ponència	Sobre la cura dels adolescents tutelats per l'Administració: reflexions sobre el seu patiment i les seves necessitats	Jornada Síndic de Greuges: Adolescents tutelats i en privació de llibertat: els seus drets, la seva recuperació	Síndic de Greuges de Catalunya	No		Programa de la Jornada
28/4/18	28/4/18	Ponència	Lessons from an AMBIT implementation in Barcelona	VIII Congreso Europeo de Psicopatología del Niño y del Adolescente y XXX Congreso de SEPYPNA	Bilbao	No		Programa de la Jornada
01/06/18	02/06/18	Ponència	Equipo clínico de Intervención a Domicilio (ECID): aportaciones de AMBIT para el trabajo con adolescentes de alto riesgo	II Jornadas de la Asociación Internacional para el Estudio y Desarrollo de la Mentalización (AIEDEM)	Madrid	No		Programa de la Jornada
29/09/18	29/09/18	Ponència	ECID Project: AMBIT based community outreach mental health team for adolescents	5th International Congress on Borderline Personality Disorder	Sitges	No		Programa de la Jornada
09/11/18	09/11/18	Ponència	El projecte ECID: una nova perspectiva pel treball amb adolescents d'alt risc	Jornada Conmemorativa del 20 Aniversario del Hospital de Día para Adolescentes de Gavá, de la Fundación Orienta	Gavà	No		Programa de la Jornada
23/11/18	23/11/18	Ponència	El treball amb adolescents d'alt risc no vinculats a la xarxa: Equip Clínic	Jornada "La Xarxa a Debat", organizada por la Associació Catalana de Professionals de	Col·legi de Metges de Barcelona	No		Programa de la Jornada

			d'Intervenció a Domicili (ECID)",	Salut Mental (ACPSM-AEN) y la Fundació Congrés Català de Salut Mental (FCCSM)				
30/11/18	30/11/18	Ponència	Aportaciones del proyecto AMBIT para el abordaje de la violencia intrafamiliar en la adolescencia	Congreso Internacional Conflicto y Crisis en las Familias: Avances en la Intervención Clínica y Comunitaria, organizado por la Asociación Española para la Investigación y Desarrollo de la Terapia Familiar	Universidad de Deusto, Bilbao	No		Programa de la Jornada
02/02/19	02/02/19	Ponència	Sobre el bullying i el cyberbullying	Jornada sobre el Bullying organitzada per la Societat Catalana de Pediatria	Acadèmia de Ciències Mèdiques de Barcelona	No		Programa de la Jornada
01/03/19	02/03/19	Ponència	Equipo Clínico de Intervención a Domicilio (ECID): Aportaciones del proyecto AMBIT para el trabajo con adolescentes de alto riesgo	IV Jornadas de Protección a la Infancia y Adolescencia, Fundación Xilema	Colegio de Médicos de Navarra (Pamplona)	No		Programa de la Jornada
	14/03/19	Ponència	Equip Clínic d'Intervenció a Domicili (ECID)	IX JORNADA BCN SALUT MENTAL "Salut Mental a l´entorn de vida: un nou repte"	Col·legi de Metges de Barcelona	No		Programa de la Jornada

Anexo 11: otras presentaciones orales

Fecha Inicio *Data inici*	Fecha Final *Data final*	Tipo de presentación *Tipus de presentació*	Lugar de celebración *Lloc de celebració*	Evidencias *Evidències*
06/03/2015	06/03/2015	Conferència: "Trastorns de pensament a l'adolescència: conseqüències psicopatològiques i aspectes de l'abordatge terapèutic seguint el model d'intervenció AMBIT".	Fundació Hospital Sant Pere Claver de Barcelona	Programa de la conferència
21/04/2015	21/04/2015	Conferència titulada "Adversidades en la infancia: dificultades de detección y consecuencias psicopatológicas"	Grup de Treball de Pediatria Social, en el marc de les activitats de formació continuada de la Societat Catalana de Pediatria, a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut, Barcelona	Programa de formació continuada de la Societat Catalana de Pediatria
18/09/2015	21/09/2015	Curso sobre Tratamiento Basado en la Mentalización	Fundació Vidal i Barraquer de Barcelona	Programa de la formació
21/01/2016	21/01/2016	Conferencia titulada: "Un intento de poner en palabras aquello impensable. Reflexiones sobre un proceso psicoanalítico"	Sociedad Española de Psicoanálisis	Programa de formación continuada de la Sociedad Española de Psicoanálisis
28/01/2016	28/01/2016	Conferencia titulada: "Adolescentes con trastornos graves de mentalización: relación con las adversidades sufridas en la infancia, límites del tratamiento desde un dispositivo de hospitalización parcial y aportaciones del modelo AMBIT - Anna Freud Centre"	Centro Els Til·lers del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya	Certificado expedido por el Centro Els Til·lers del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya
23/02/2016	23/02/2016	Conferencia titulada "Intentos de suicidio en la adolescencia: comprensión y abordaje"	Hospital de Nens de Barcelona	Certificado expedido por el Hospital de Nens de Barcelona
03/03/2016	03/03/2016	Conferencia titulada "Abuso sexual, maltrato y negligencia en la infancia: consecuencias psicopatológicas e implicaciones asistenciales"	Sección de Pediatría del Colegio de Médicos de Lleida	Certificado expedido por el Colegio de Médicos de Lleida
02/06/2016	03/06/2016	Participació en la jornada anual AMBIT a l'Anna Freud Centre: AMBIT Unconference. Jornada on professionals de diferents Serveis de Salut Mental per Adolescents (sobre tot del Regne Unit) formats en AMBIT aportem i intercanviem les nostres experiències. En aquesta	Anna Freud Centre de Londres	Certificat d'inscripció a la Jornada

		edició sóc l'únic participant de fora del Regne Unit.		
10/01/2017	11/01/2017	Curso: Introducción a la terapia basada en la mentalización para adolescentes y familia	ALTXA Bilbao	http://www.altxa.com/noticias/2017-01-10-introduccion-a-la-terapia-basada-en-la-mentalizacion-para-adolescentes-y-familia-mark-dangerfield-bilbao/
25/03/2017	25/03/2017	Aportaciones de la terapia basada en la mentalización (MBT-A) y del modelo AMBIT en el trabajo con adolescentes de alto riesgo	Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao	http://gpab.org/wp-content/uploads/2017/05/historial-de-actividades-2-1.pdf
17/11/17	17/11/17	Curs: Comprensió i conseqüències psicopatològiques de les adversitats sofertes a la infantesa: aportacions pel treball amb adolescents amb dificultats de mentalització	Activitat organitzada pels Serveis Territorials a Tarragona del Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya	Programa de la formació
12/03/18	12/03/18	Curs: Introducción al Tratamiento Basado en la Mentalización para Adolescentes	Fundació Orienta	Programa de la formació
09/03/18	15/04/0118	Introducción al Tratamiento Basado en la Mentalización	Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil (SPPIJ) de l'Hospital Clínic de Barcelona	Programa de la formació
21/04/18	21/04/18	Aportacions del projecte AMBIT i de la MBT-A pel treball amb adolescents d'alt risc psicopatològic i social	GAP (Grup Assemblea Psicoanalítica) Barcelona	Programa de la formació
07/06/18	15/06/18	Curso:Introducción al Tratamiento Basado en la Mentalización	Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona	Programa de la formació
28/01/19	25/03/19	Curso:Introducción al Tratamiento Basado en la Mentalización	Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona	Programa de la formació
31/05/19	31/05/19	Curso: Equipo Clínico de Intervención a Domicilio (ECID): El trabajo con adolescentes de alto riesgo psicopatológico desde las aportaciones de la mentalización y AMBIT	Fundación para la Atención Integral del Menor, Zaragoza	Programa de la formació

Anexo 12: actividades formativas en las que se explicaron y difundieron datos y resultados de las investigaciones de la tesis doctoral

Col·laboracions docents

Fecha Inicio	Fecha Final	Asignatura/Materia	Profesor supervisor	Titulación	Tipo de colaboración	Nº de horas lectivas	Evidencias
Data inici	*Data final*	*Assignatura/Matèria*	*Professor supervisor*	*Titulació*	*Tipus de col·laboració*	*Nombre d'hores lectives*	*Evidències*
02/02/2015	15/06/2015	Psicopatologia de l'agressivitat, la destructivitat i la maldat	Dr. Victor Cabré	Máster de Psicopatologia Clínica	Professor de l'assignatura	20 hores	www.fvb.cat
06/10/2015	19/01/2016	Psicoteràpia basada en la Mentalització de Fonagy	Dr. Victor Cabré	Máster de Psicoteràpia Psicoanalítica	Professor de l'assignatura	20 hores	www.fvb.cat
03/10/16	07/10/2016	AMBIT Train the trainer for international teams	Dr. Dickon Bevington	AMBIT Train the trainer for international teams	Professor	35 hores	dickon.bevington@annafreud.org
11/10/2016	21/02/2017	Psicoteràpia basada en la Mentalització de Fonagy	Dr. Victor Cabré	Máster de Psicoteràpia Psicoanalítica	Professor de l'assignatura	20 hores	www.fvb.cat
17/3/2017	17/3/2017	Mentalización terapéutica con adolescentes y familia	Dr. Carles Pérez Téstor	Máster en Teràpia Familiar	Professor de l'assignatura	5 hores	www.fvb.cat
06/02/2017	14/06/2017	Psicopatologia de l'agressivitat, la destructivitat i la maldat	Dr. Victor Cabré	Máster de Psicoteràpia Psicoanalítica	Professor de l'assignatura	20 hores	www.fvb.cat
11/05/17	12/05/17	AMBIT Train the trainer	Dr. Dickon Bevington	AMBIT Train the trainer	Professor	14 hores	dickon.bevington@annafreud.org
22/06/17	23/06/17	AMBIT Train the trainer	Dr. Dickon Bevington	AMBIT Train the trainer	Professor	14 hores	dickon.bevington@annafreud.org
16/02/18	04/05/18	Psicoteràpia basada en la Mentalització de Fonagy	Dr. Victor Cabré	Máster de Psicoteràpia Psicoanalítica	Professor de l'assignatura	20 hores	www.fvb.cat
06/04/18	06/04/18	Mentalización terapéutica con adolescentes y familia	Dr. Carles Pérez Téstor	Máster en Teràpia Familiar	Professor de l'assignatura	5 hores	www.fvb.cat
22/05/18	19/06/18	AMBIT Multi Team Training	Dr. Peter Fuggle	AMBIT Multi Team Training	Professor	35 hores	peter.fuggle@annafreud.org
23/07/18	27/07/18	AMBIT Train the trainer for international teams	Dr. Dickon Bevington	AMBIT Train the trainer for international teams	Professor	35 hores	dickon.bevington@annafreud.org
11/02	05/03/19	AMBIT Multi Team Training	Dr. Peter Fuggle	AMBIT Multi Team Training	Professor	35 hores	peter.fuggle@annafreud.org

29/03/19	29/03/19	Mentalización terapéutica con adolescentes y familia	Dr. Carles Pérez Téstor	Máster en Teràpia Familiar	Professor de l'assignatura	5 hores	www.fvb.cat
22/02/19	14/06/19	Psicoteràpia basada en la Mentalització de Fonagy	Dr. Victor Cabré	Máster de Psicoteràpia Psicoanalítica	Professor de l'assignatura	20 hores	www.fvb.cat

Anexo 13: Datos de la OMS sobre ERA (2002)

facts

Child abuse and neglect

Reports of infanticide, mutilation, abandonment and other forms of physical and sexual violence against children are widespread. Child abuse is a global problem that is deeply rooted in cultural, economic and social practices.

THE EXTENT OF THE PROBLEM

- An estimated 57 000 children were victims of homicide in the year 2000. Many child deaths, however, are not routinely investigated or autopsied making it difficult to know the true extent of the problem.
- The highest rates of fatal child abuse are found among children aged 0-4 years. The most common cause of death is head injury, followed by abdominal injuries and intentional suffocation.
- Deaths are only the visible tip of the problem. Millions of children are victims of non-fatal abuse and neglect. In some studies, between one-quarter and one-half of children report severe and frequent physical abuse, including being beaten, kicked or tied up by parents.
- Available data also suggests that about 20% of women and 5-10% of men suffered sexual abuse as children.
- A substantial amount of harsh punishment in the form of hitting, punching, kicking or beating also occurs in schools and other institutions.
- Many children are subjected to psychological or emotional abuse as well as neglect, though the true extent of these problems are not known.

THE CONSEQUENCES OF CHILD ABUSE AND NEGLECT

Ill health caused by child abuse forms a significant portion of the global burden of disease.

Apart from physical injuries such as bruises and welts, burns and scalds, lacerations and fractures, child maltreatment is associated with a number of other consequences, including:

- alcohol and drug abuse
- cognitive impairment and developmental delays
- delinquent, violent and other risk-taking behaviours
- eating and sleep disorders
- poor school performance
- poor relationships
- reproductive health problems
- post-traumatic stress disorder
- depression and anxiety
- suicidal behaviour and self-harm.

Many of these problems, in turn, increase the likelihood of several major adult forms of illness and disease.

WHAT ARE THE RISK FACTORS FOR CHILD ABUSE?

Research has linked certain characteristics of the child and caregiver, as well as features of the family environment, to child abuse and neglect.

Vulnerability to child abuse – whether physical, sexual or through neglect – depends in part on the child's age and sex. Young children are most at risk of physical abuse, whereas the highest rates of sexual abuse are found among children who have reached puberty or adolescence.

In most places, boys are the victims of beatings and physical punishment more often than girls, while girls are at higher risk of infanticide, sexual abuse, forced prostitution, and educational and nutritional neglect. Globally, more than 130 million children between the ages of 6 and 11 years are not in school, 60% of whom are girls.

Other factors that increase a child's vulnerability to abuse include:

- being raised by a single parent or by very young parents without the support of an extended family
- household overcrowding
- a lack of income to meet the family's needs
- the presence of other violent relationships in the home.

Parents more likely to abuse their children tend to have low self-esteem, poor control over their impulses, mental health problems and to display antisocial behaviour. They also tend to be uninformed and have unrealistic expectations about child development.

Research also shows that child maltreatment is more likely in communities with high rates of poverty and fewer of the social networks and neighbourhood support systems that have been shown to protect children.

World Health Organization

WHAT CAN BE DONE TO PREVENT CHILD ABUSE AND NEGLECT?

Some of the most effective responses for combating child abuse and neglect focus on child-rearing, parent-child relationships and the family environment, including:

- Training in parenting – providing parents with information about child development as well as attachment and bonding, and teaching them to use consistent child-rearing methods and how to manage family conflict.
- Home visitation programmes – involving regular visits from a nurse or other health professional to the homes of families in special need of support with childcare or where there is an identified risk of child maltreatment. Interventions can include counselling, training and referrals to specialists or other agencies.

Programmes that focus primarily on keeping the family unit intact without necessarily addressing the underlying causes of the problem, however, are less effective. Those that include high levels of participant involvement, using an approach that builds on the strengths of the family, and that involve an element of social support, seem to produce better results than those without these components.

Health care professionals have a key role to play in identifying, treating and referring cases of abuse and neglect and in reporting suspected cases of maltreatment to the appropriate authorities. To facilitate the detection and reporting of abuse, a number of health care organizations have developed training programmes.

While evaluations of these programmes show improvements in health care worker's knowledge of child abuse and neglect, the impact of training programmes on other outcomes, such as improved care and referral for children, is not known.

Other approaches to prevent child abuse and neglect focus on:

- therapy and other services for children who have witnessed or experienced abuse
- treatment programmes for perpetrators
- legal remedies such as arrest and prosecution policies, child protection services and mandatory and voluntary reporting systems to aid in the identification of cases of abuse.

The evidence to date for the effectiveness of these approaches is rather limited. Most have not been adequately evaluated.

Community-based initiatives are also increasingly being used to tackle the problem. While some are school-based – instructing children how to recognize threatening situations and providing them with skills to protect against abuse – others involve the collaboration of many sectors to increase knowledge and awareness, and improve services.

Media and other types of prevention campaigns have also been used to stimulate community action and change behavioural patterns.

Much can be done at the societal level to prevent child abuse and neglect – including measures to tackle poverty, improve educational and employment opportunities, and increase the availability and quality of child care. These measures have the potential to offset social and economic inequalities and improve child outcomes.

For more information, please visit: http://www.who.int/violence_injury_prevention, or e-mail: violenceprevention@who.int

©World Health Organization 2002. All rights reserved.

Organización Mundial de la Salud

Buscar términos y siglas

Maltrato infantil

30 de septiembre de 2016

Datos y cifras

- **Una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños.**
- **Una de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia.**
- **El maltrato infantil causa alteraciones en la salud mental y física que perduran toda la vida, y sus consecuencias a nivel socioprofesional pueden, en última instancia, ralentizar el desarrollo económico y social de un país.**
- **Es posible prevenir el maltrato infantil antes de que se produzca, y para ello es necesario un enfoque multisectorial.**
- **Los programas preventivos eficaces prestan apoyo a los padres y les aportan conocimientos y técnicas positivas para criar a sus hijos.**
- **La atención continua a los niños y a las familias puede reducir el riesgo de repetición del maltrato y minimizar sus consecuencias.**

El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.

Magnitud del problema

El maltrato infantil es un problema mundial con graves consecuencias que pueden durar toda la vida. A pesar de las encuestas nacionales recientes en varios países de ingresos bajos y medianos, faltan todavía datos acerca de la situación actual en muchos países.

El maltrato infantil es complejo y su estudio resulta difícil. Las estimaciones actuales son muy variables, dependiendo del país y del método de investigación utilizado. Dichas estimaciones dependen de:

- **las definiciones de maltrato infantil utilizadas;**
- **el tipo de maltrato infantil estudiado;**
- **la cobertura y la calidad de las estadísticas oficiales;**
- **la cobertura y la calidad de las encuestas basadas en los informes de las propias víctimas, los padres o los cuidadores.**

No obstante, los estudios internacionales revelan que una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños y 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Además, muchos niños son objeto de maltrato psicológico (también llamado maltrato emocional) y víctimas de desatención.

Se calcula que cada año mueren por homicidio 41 000 menores de 15 años. Esta cifra subestima la verdadera magnitud del problema, dado que una importante proporción de las muertes debidas al maltrato infantil se atribuyen erróneamente a caídas, quemaduras, ahogamientos y otras causas.

En situaciones de conflicto armado y entre los refugiados, las niñas son especialmente vulnerables a la violencia, explotación y abusos sexuales por parte de los combatientes, fuerzas de seguridad, miembros de su comunidad, trabajadores de la asistencia humanitaria y otros.

Consecuencias del maltrato

El maltrato infantil es una causa de sufrimiento para los niños y las familias, y puede tener consecuencias a largo plazo. El maltrato causa estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano. Los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. En consecuencia, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales, tales como:

- **actos de violencia (como víctimas o perpetradores);**
- **depresión;**
- **consumo de tabaco;**
- **obesidad;**
- **comportamientos sexuales de alto riesgo;**
- **embarazos no deseados;**
- **consumo indebido de alcohol y drogas.**

A través de estas consecuencias en la conducta y la salud mental, el maltrato puede contribuir a las enfermedades del corazón, al cáncer, al suicidio y a las infecciones de transmisión sexual.

Más allá de sus consecuencias sanitarias y sociales, el maltrato infantil tiene un impacto

económico que abarca los costos de la hospitalización, de los tratamientos por motivos de salud mental, de los servicios sociales para la infancia y los costos sanitarios a largo plazo.

Factores de riesgo

Se han identificado varios factores de riesgo de maltrato infantil. Aunque no están presentes en todos los contextos sociales y culturales, dan una visión general que permite comprender las causas del maltrato infantil.

Factores del niño

No hay que olvidar que los niños son las víctimas y que nunca se les podrá culpar del maltrato. No obstante, hay una serie de características del niño que pueden aumentar la probabilidad de que sea maltratado:

- **la edad inferior a cuatro años y la adolescencia;**
- **el hecho de no ser deseados o de no cumplir las expectativas de los padres;**
- **el hecho de tener necesidades especiales, llorar mucho o tener rasgos físicos anormales.**

Factores de los padres o cuidadores

Hay varias características de los padres o cuidadores que pueden incrementar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas:

- **las dificultades para establecer vínculos afectivos con el recién nacido;**
- **el hecho de no cuidar al niño;**
- **los antecedentes personales de maltrato infantil;**
- **la falta de conocimientos o las expectativas no realistas sobre el desarrollo infantil;**
- **el consumo indebido de alcohol o drogas, en especial durante la gestación;**
- **la participación en actividades delictivas;**
- **las dificultades económicas.**

Factores relacionales

Hay diversas características de las relaciones familiares o de las relaciones con la pareja, los amigos y los colegas que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas:

- **los problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia;**
- **la ruptura de la familia o la violencia entre otros miembros de la familia;**
- **el aislamiento en la comunidad o la falta de una red de apoyos;**
- **la pérdida del apoyo de la familia extensa para criar al niño.**

Factores sociales y comunitarios

Hay diversas características de las comunidades y las sociedades que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas:

- **las desigualdades sociales y de género;**
- **la falta de vivienda adecuada o de servicios de apoyo a las familias y las instituciones;**
- **los niveles elevados de desempleo o pobreza;**
- **la disponibilidad fácil del alcohol y las drogas;**
- **las políticas y programas insuficientes de prevención del maltrato, la pornografía, la prostitución y el trabajo infantiles;**
- **las normas sociales y culturales que debilitan el estatus del niño en las relaciones con sus padres o fomentan la violencia hacia los demás, los castigos físicos o la rigidez de los papeles asignados a cada sexo;**
- **las políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan malas condiciones de vida o inestabilidad o desigualdades socioeconómicas.**

Prevención

La prevención del maltrato infantil requiere un enfoque multisectorial. Los programas eficaces son los que prestan apoyo a los padres y les aportan conocimientos y técnicas positivas para criar a sus hijos. Entre ellos se encuentran:

- **las visitas domiciliarias de enfermeras para ofrecer apoyo, formación e información;**
- **la formación de los padres, generalmente en grupos, para mejorar sus aptitudes para criar a los hijos, mejorar sus conocimientos sobre el desarrollo infantil y alentarlos a adoptar estrategias positivas en sus relaciones con los hijos, y**
- **las intervenciones con múltiples componentes, que generalmente incluyen el apoyo a los padres y su formación, la educación preescolar y la atención al niño.**

Otros programas preventivos prometedores son:

- **los destinados a prevenir los traumatismos craneoencefálicos por maltrato (también conocido como síndrome del bebé sacudido, síndrome del niño sacudido o lesión cerebral infligida por traumatismo). Generalmente se trata de programas hospitalarios mediante los cuales se informa a los nuevos padres de los peligros de zarandear a los niños pequeños y de cómo afrontar el problema de los niños con llanto inconsolable.**
- **los destinados a prevenir los abusos sexuales en la infancia. Generalmente se realizan en las escuelas y les enseñan a los niños:**
  - **la propiedad de su cuerpo;**
  - **las diferencias entre los contactos normales y los tocamientos impúdicos;**
  - **cómo reconocer las situaciones de abuso;**
  - **cómo decir "no";**
  - **cómo revelar los abusos a un adulto en el que confíen.**

Estos programas son eficaces para reforzar los factores de protección frente al abuso sexual en

Anexo 15: medidas propuestas por INSPIRE para prevenir y combatir la violencia contra menores

Panorama general de las medidas propuestas por INSPIRE para prevenir y combatir la violencia contra los niños de edades comprendidas entre 0 y 18 años

Estrategia	Medidas	Sectores	Actividades transversales
Aplicación y vigilancia del cumplimiento de las leyes	• Leyes que prohíban los castigos violentos a los niños impuestos por los padres, los maestros u otros cuidadores • Leyes que penalicen el abuso sexual y la explotación de los niños • Leyes que prevengan el uso nocivo del alcohol • Leyes que limiten el acceso de los jóvenes a las armas de fuego y de otro tipo	Justicia	Actuación y coordinación multisectorial
Normas y valores	• Producir cambios en la adhesión a normas sociales y de género restrictivas y nocivas • Programas de movilización comunitaria • Intervenciones de testigos	Salud, Educación y Bienestar Social	
Entornos seguros	• Reducir la violencia mediante actuaciones específicas en las "zonas críticas" • Impedir la propagación de la violencia • Mejorar el entorno construido	Interior, Planificación	
Apoyo a los padres y a los cuidadores	• A través de visitas domiciliarias • A través de grupos en el entorno comunitario • A través de programas integrales	Bienestar Social, Salud	
Ingresos y fortalecimiento económico	• Transferencias de efectivo • Asociaciones de ahorro y crédito combinadas con formación en equidad de género • Micro financiación combinada con formación sobre normas de género	Finanzas, Trabajo	Vigilancia y evaluación
Servicios de respuesta y apoyo	• Asesoramiento y terapia • Programas combinados de detección e intervención • Programas de tratamiento para delincuentes juveniles en el sistema de justicia penal • Intervenciones de acogimiento familiar, con participación de los servicios de bienestar social	Salud, Justicia, Bienestar Social	
Educación y aptitudes para la vida	• Aumentar las tasas de matriculación en preescolar, primaria y secundaria • Crear un entorno escolar seguro y propicio • Mejorar el conocimiento de los niños de qué son los abusos sexuales y cómo pueden protegerse frente a ellos • Formación en aptitudes sociales y para la vida • Programas dirigidos a adolescentes para la prevención de la violencia de pareja	Educación	

Anexo 16: aparición del ECID en medios de comunicación

Entrevista a Mark Dangerfield sobre el Proyecto ECID en Tv3:
https://www.ccma.cat/324/el-70-dels-trastorns-mentals-greus-comencen-abans-dels-18-anys/noticia/2880265/

EDUCACIÓN

Adolescentes 'desbordados' por el mundo

Jóvenes que se 'encierran' en casa o que salen y crean problemas. En ambos casos, el origen es su dificultad para relacionarse. Así lo explicaron dos psicólogos en una jornada en Pamplona

Los psicoanalistas Norka Malberg y Mark Dangerfield, el viernes en el Colegio de Médicos de Pamplona. | CALLEJA

Entrevista a Mark Dangerfield sobre el Proyecto ECID en el Diario de Navarra: https://www.diariodenavarra.es/noticias/navarra/2019/03/04/adolescentes-desbordados-por-mundo-selecciondn-637877-300.html

Reportaje sobre el ECID en el periódico *L'Independent de Badalona:* *http://independentbadalona.cat/setmanari/noticia/475-badalona-pionera-en-l-atencio-domiciliaria-a-adolescents-amb-trastorns-mentals*

SANITAT

Badalona, pionera en l'atenció domiciliària a adolescents amb trastorns mentals

La Fundació Vidal i Barraquer ha posat en marxa a Badalona l'ECID (Equip Clínic d'Atenció a Domicili), un projecte pilot d'assistència a domicili que atén a vint-i-cinc adolescents que pateixen trastorns mentals greus

L'equip de l'ECID, treballant al despatx / ECID

Silvia Rodríguez Gómez - 21/01/19

Des de fa un any, Badalona és una ciutat pionera en quant a l'atenció a adolescents amb trastorns mentals greus. I ho és gràcies a l'ECID (Equip Clínic d'Atenció a Domicili), un equip assistencial de salut mental que atén a aproximadament vint-i-cinc adolescents entre els 12 i els 18 anys amb trastorns mentals greus i també a les seves famílies. Aquest equip, format per dos psicòlegs, un psiquiatra, una treballadora social i una infermera, s'ha posat en funcionament des de la Fundació Vidal i Barraquer, una institució que es dedica a l'àmbit de la salut mental des de fa cinquanta anys i que treballa en coordinació amb l'Institut Català de la Salut.

El que és pioner en aquest servei, tant a Catalunya com a la resta de l'Estat, és que tal com el seu nom indica, són els professionals qui s'adrecen als adolescents a casa seva. Tots els pacients tenen en comú, a banda del seu trastorn, que són absentistes: han deixat d'anar a l'institut, i la gran majoria, tampoc no anava a les visites regulars als Serveis Socials o als Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil, on es fa el seguiment de les seves patologies.

Segons Mark Dangerfield, coordinador de l'ECID, la majoria dels joves que atenen han decidit "retirar-se del món". "Fugen de les relacions, i poden arribar a estar tancats a casa fins a dos anys. Poden tenir una fòbia social més greu i poden acabar amb un estat mental d'alt risc", relata aquest psicòleg que durant vuit anys ha treballat a l'Hospital de Dia d'Adolescents de Badalona, on es deriven els casos de salut mental més greus. "Allà vaig veure les limitacions que té un dispositiu com aquest per atendre a aquest perfil de nanos, justament perquè no van" diu Dangerfield. A banda d'aquest perfil d'adolescents que es tanquen a casa, l'ECID també atén a joves amb trastorns mentals que es refugien en el carrer "amb situació de risc emocional i exclusió social", apunta.

El fet de ser els professionals els que van a casa dels pacients fa que es sentin més còmodes i que acabin confiant amb els terapeutes. Per a Dangerfield, molts d'aquests adolescents no confien massa en el que els hi pot oferir una relació assistencial i per això no accepten l'ajuda. "Acumulen experiències de relacions complexes, amb patiment, i també les seves famílies acumulen situacions emocionals de patiment. Si no hi ha confiança no es fa el vincle, i per això la nostra avantatge és que transmetem el nostre interès per conèixer el seu món, i anem a casa seva. Som nosaltres els que necessitem que ells ens ajudin a entendre el seu món", explica el psicòleg, tot apuntant que l'equip s'allunya de la idea del professional expert, "de vegades distant". Ells surten d'aquest rol, i adopten una posició molt més propera, "més com a persona que com a professional", agrega, tot recordant que l'objectiu principal de l'equip és "establir una relació de confiança amb l'adolescent". Segons Mark Dangerfield, de vegades la xarxa de salut mental convencional "sembla demanar uns requisits mínims als pacients", tal com confiar, acceptar que tens dificultats, i assumir l'ajuda. "Hi ha nanos que no compleixen aquests requisits i per això era important capgirar la situació: serem nosaltres els que ens preguntem com canviar la nostra manera de treballar o la forma de concebre l'assistència".

Perfil variat de pacients

Els adolescents atesos a l'ECID tenen un "perfil molt variat" segons destaca Dangerfield. Encara que el psicòleg apunta que la pobresa és un factor de risc per als trastorns de salut mental, els pacients provenen de famílies amb diferents nivells adquisitius, i per tant, diu, "de tots els barris de Badalona".

El psicòleg destaca que amb tots els pacients es fa un treball "molt intensiu", encara que amb flexibilitat. "No fem el mateix amb tots ni de la mateixa manera, sinó que busquem entendre la situació psicològica, la dinàmica familiar i adaptar-nos a les necessitats de cada cas i cada família", agrega. En total, però, la majoria dels adolescents necessiten un any mínim d'atenció.

Les famílies, cabdals

L'atenció a les famílies també és un dels eixos per a obtenir bons resultats, ja que, tal com destaca Mark Dangerfield, la família és un "element bàsic del suport" i recorda que són persones que estan patint molt i també necessiten atenció per fer front a la situació. "Un trastorn mental té molts factors d'entorn. Som un ésser social, i són les relacions les que ens fan desenvolupar-nos

psicològicament. Tots tenim predisposicions genètiques, però l'estil de gestió de la vida emocional de l'entorn, és cabdal", recorda el psicòleg.

Preguntada per aquest diari, una mare d'una pacient que rep assistència de l'ECID ens manifesta que la seva filla "ara comença a millorar" després de dos anys d'atenció amb diferents professionals. Ella creu que la seva filla ha fet un gir positiu gràcies a que es sent "a gust" amb els professionals de l'ECID i per la teràpia que realitzen. "Abans li costava anar a teràpia i inclús anava forçada per nosaltres. Ara ho fa amb gust i afronta el dia a dia amb tranquil·litat, l'angoixa gairebé ha desaparegut", reconeix. La seva filla, que havia deixat l'escola, ha tornat a classe.

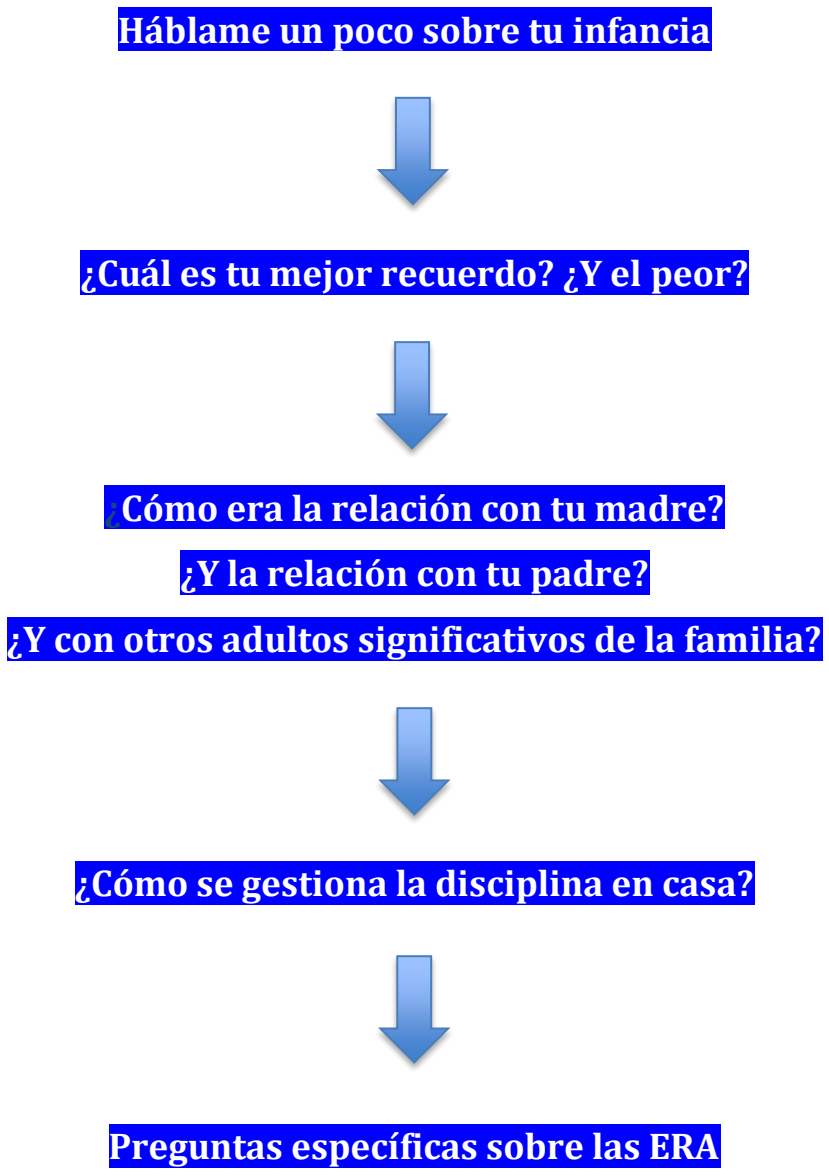
Aquest és un dels resultats que, tot i que encara és aviat, ha sorprès molt a l'equip de l'ECID. I és que, el 61% dels adolescents atesos van tornar a classe al setembre. "Alguns van en horaris reduïts, però un d'ells feia dos anys i mig que no anava", diu amb satisfacció Dangerfield.

Altre bona notícia per a l'equip és que el seu projecte ha estat escollit per la Fundació Nous Cims, qui donarà un suport econòmic que permetrà doblar l'equip per atendre també a adolescents de Santa Coloma de Gramanet.

Projecte d'èxit al Regne Unit

Encara que pioner a Catalunya i Espanya, l'ECID està basat en el projecte 'Ambit', una iniciativa molt similar que es va posar en marxa al Regne Unit a través d'un dels centres més punters a nivell internacional en quant a recerca i assistència en salut mental infantojuvenil, l'Anna Freud National Centre for Children and Families. El Mark Dangerfield ha viatjat a Londres en moltes ocasions per rebre formació dels equips d'aquest centre, i ara, ell mateix és formador de l'Anna Freud.

Anexo 17: embudo de preguntas para la exploración de las ERA (basado en el embudo de Read et al. (2007). Este embudo no recoge las preguntas específicas que se formulan en cada apartado. Es una guía sobre la manera de organizar la entrevista semi-estructurada para valorar las ERA.



Esta Tesis Doctoral ha sido defendida el día ____ d_____ de 201__

En el Centro_____

de la Universidad Ramon Llull, ante el Tribunal formado por los Doctores y Doctoras abajo firmantes, habiendo obtenido la calificación:

Presidente/a

_____

Vocal

_____

Vocal *

_____

Vocal *

_____

Secretario/a

_____

Doctorando/a

(*): Sólo en el caso de tener un tribunal de 5 miembros

C.I.F. G: 59069740 Universitat Ramon Llull Fundació Rgtre. Fund. Generalitat de Catalunya núm. 472 (28-02-90)