



Viernes 3 de marzo de 2023

Taller:

**¡Un adolescente en mi consulta!
Herramientas de comunicación y
vínculo para pediatras de AP**

Moderadora:

Victoria Martínez Rubio

Pediatra. CS Los Fresnos. Torrejón de Ardoz.

Madrid. Coordinadora del Congreso de

Actualización en Pediatría AEPap.

Ponente/monitor:

■ **Jorge Olivares Ortiz**

*Pediatra. Consulta de Pediatría general,
social y adolescentes.*

Hospital Universitario de Torrejón.

Torrejón de Ardoz. Madrid.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Olivares Ortiz J. ¡Un adolescente en mi consulta! Herramientas de comunicación y vínculo para pediatras de AP. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2023. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2023. p. 293-300.



Comisión de Formación Continua
de los Profesionales Sanitarios de
la Comunidad de Madrid

¡Un adolescente en mi consulta! Herramientas de comunicación y vínculo para pediatras de AP

Jorge Olivares Ortiz

Pediatra. Consulta de Pediatría general, social y adolescentes.

Hospital Universitario de Torrejón. Torrejón de Ardoz. Madrid.

jolivaresortiz78@gmail.com

RESUMEN

La adolescencia es un periodo de la vida con enormes cambios físicos, psicológicos y sociales que provocan conflictos y problemas que con frecuencia acaban siendo motivos de consulta en pediatría. La atención integral desde una perspectiva biopsico-social debería ser el eje de la asistencia en Atención Primaria para cualquier paciente, pero en la adolescencia cobra una especial relevancia.

El elemento clave de este taller es conocer y ser capaz de establecer el vínculo terapéutico con el paciente, así como conocer algunos conceptos psicológicos complejos pero que son de enorme utilidad para interpretar lo que les ocurre a nuestros pacientes y poder devolverles estrategias de afrontamiento y autoconocimiento que, en no pocas ocasiones, logran resultados sorprendentes.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo de la vida con enormes cambios físicos, psicológicos y sociales que provocan conflictos y problemas que con frecuencia acaban siendo motivos de consulta en Atención Primaria (AP) y es frecuente que tanto pediatras como médicos de familia sientan temor, incertidumbre e incluso rechazo cuando se trata de atenderles.

La atención integral desde una perspectiva biopsicosocial debería ser el eje de la asistencia en AP para cualquier paciente y a cualquier edad, pero en la población pediátrica y, especialmente en la adolescencia, esta idea cobra una enorme relevancia.

Desde la experiencia de una consulta de pediatría social y adolescentes en un hospital secundario de la comunidad de Madrid me gustaría desgranar algunos conceptos psicológicos complejos pero que son de enorme utilidad para interpretar lo que les ocurre a nuestros pacientes y poder devolverles estrategias de afrontamiento y autoconocimiento que, en no pocas ocasiones, logran resultados sorprendentes. Y todo desde la idea central que vehicula todo el contenido teórico y que es la importancia del vínculo terapéutico en el marco de nuestro trabajo en consulta.

CLAVES EN LA CONSULTA CON EL ADOLESCENTE

En el **primer contacto** es el momento en que la familia os trae un problema que puede ser de índole puramente médica, un problema de conducta o una dificultad académica. Por un lado hay que escuchar el relato de la familia, sea quien sea quien lo traiga y entender a la familia como un sistema, según el modelo terapia familiar todos los miembros de una familia forman parte de un sistema de elementos interrelacionados en el cual cuando uno de los elementos se mueve o cambia obliga a los demás a cambiar también, así que aunque trabajéis sólo con el adolescente o sólo con los padres se pueden lograr cambios en otros miembros del sistema que ni siquiera han acudido a la consulta. Hay que escuchar cuál es la demanda, sea cual sea, y ser conscientes que en esa primera consulta casi nunca hablan de lo que de verdad le está ocurriendo a ese paciente. Hay que recabar información sobre la familia: cómo es su convivencia, edad, estado de salud y profesión de los padres, en según qué casos conocer como fue la formación de esa familia y cómo se desarrolló el embarazo pueden ser datos muy relevantes. Debemos conocer el curso en el que está el paciente, como ha sido su historial académico y tratar de establecer el nivel de inteligencia de nuestro paciente.

A partir de este momento empezamos a **poner el foco** en el paciente y tratar de conocerle preguntándole, directamente al paciente, cuáles son sus aficiones e intereses y cuál es su objetivo futuro. Es el momento de dirigirnos al paciente y preguntarle cuál es su opinión acerca de todo lo que ha contado su acompañante hasta ese momento y tratar de encontrar cuál es su demanda.

En este momento yo trato de establecer las bases de la consulta, en presencia de los padres, aclarando que el espacio de la consulta es un lugar seguro, donde no se le va a juzgar, donde no se le va a mentir y se va a respetar la confidencialidad, con la única excepción de situaciones de riesgo grave de la salud para ellos o para alguien más.

Poner el foco quiere decir muchas cosas distintas para mí, a veces se trata de enfocar el problema: el problema puede estar en la mala relación de los padres, o uno o los dos padres necesitan claramente ayuda psicológica o el origen es un modelo educativo incoherente y erróneo. Este es el momento de cambiar el foco.

El elemento clave de este taller es establecer el **vínculo terapéutico** con el paciente. Sin vínculo nada va a funcionar y a través del vínculo honesto podemos facilitar cambios enormes en los pacientes y sus familias. Convertir la consulta en la que otras veces han estado para diferentes problemas de salud en un espacio seguro y de confianza no va a ser inmediato y hay algunas herramientas que pueden ser útiles para conseguirlo. Conecta con tu propia adolescencia y no tengas miedo a compartirlo: las broncas con tus padres, los primeros amores, el valor de la amistad...el mundo ha cambiado mucho, pero, en realidad, la adolescencia no lo ha hecho tanto. Conocer a nuestro paciente nos va a permitir encontrar algo con lo que puedas conectar, que puedas comprender y apreciar y así poder mostrar un interés sincero.

En medicina se nos ha enseñado a poner distancia emocional de nuestros pacientes, a no implicarnos porque eso sería una muestra de debilidad, bueno pues yo defiendo todo lo contrario porque el vínculo

terapéutico es un amor honesto, incondicional y sano, y comprenderlo y ser capaz de aplicarlo en nuestra consulta con adolescentes es el objetivo principal de este taller.

HERRAMIENTAS PSICOLÓGICAS

Desde la experiencia de una consulta de pediatría social y adolescentes en un hospital secundario de la comunidad de Madrid me gustaría desgranar algunos conceptos psicológicos complejos pero que son de enorme utilidad para interpretar lo que les ocurre a nuestros pacientes y poder devolverles estrategias de afrontamiento y autoconocimiento que, en no pocas ocasiones, logran resultados sorprendentes. Y todo desde la idea central que vehicula todo el contenido teórico y que tiene que ver con la importancia del vínculo terapéutico con nuestros pacientes.

LOS ESTADOS DEL YO

El análisis transaccional¹ es un método derivado de la psicología humanista propuesto por Eric Berne en los años 50. Este tipo de análisis se ha revelado como un método muy funcional para aproximarse a la comprensión de la personalidad y cuyo conocimiento nos puede ser enormemente útil en nuestra vida y en la aplicación en la consulta. Según Berne dentro de nosotros existen 3 estados desde los cuales actuamos, pensamos y sentimos, estos son el niño, el padre y el adulto.

El **padre** reproduce aquellas creencias, valores o frases que nos dijeron nuestras figuras de apego, el padre permite actuar como el padre real de un niño. Está conformado por reglas, opiniones, juicios y creencias. Automatiza decisiones normativas, nos dice lo que debemos hacer. El padre tiene dos funciones esenciales: cuidar (amor) y dar estructura (límites) y así es también nuestro estado del yo padre: cuida desde el **padre nutritivo** y estructura desde el **padre crítico**. Estos estados del yo tienen a su vez variantes positiva y negativa. El **padre crítico negativo** juzga, humilla, critica de forma negativa y excesiva, es sobreexigente. El **padre crítico positivo** pone límites sanos y coherentes, pone normas, estructura. El **padre nutritivo posi-**

vo da amor, apoyo y cuidado. El **padre nutritivo negativo** sobreprotege, no tiene en cuenta las necesidades del otro.

En **niño** está activo cuando actuamos, pensamos y sentimos como cuando éramos pequeños. Es la parte más genuina de nuestro ser, la parte más emocional, nos acerca a las emociones auténticas que estamos sintiendo, lo que tiene que ver con el juego, con el disfrute, con el placer. Al estado del yo niño corresponden los impulsos, las fantasías ilimitadas y todo el mundo de lo irracional. Nuestro niño interior debe ser cuidado y atendido desde nuestros estados del yo padre y adulto. Dentro del estado del yo niño se hace una distinción entre el **niño libre** y el **niño adaptado**. El niño libre es el que está activo cuando se hacen todas las cosas que son genuinas dentro de nosotros. Dentro del niño adaptado tenemos la variante negativa del **niño adaptado sumiso** que cumple las normas más allá de lo necesario, sin preguntarse el porqué, está sobreadaptado. Por otro lado, el **niño adaptado rebelde** se pone en riesgo, incumple las normas, desobedece, critica de forma destructiva.

El niño es el más básico de los estados del yo. Corresponde a los impulsos más elementales, que se aprendieron y se esgrimen desde la infancia y que, por diversas razones, han quedado fijados en nuestra personalidad. En principio, tiene que ver con expresar lo que sentimos y pensamos de forma completamente espontánea. Es una realidad en la que predominan las emociones por encima del pensamiento. La imprevisión, la imprudencia y la espontaneidad es lo que sobresale.

Para el análisis transaccional, el **adulto** es la forma organizada de percibir la realidad, de acuerdo con los conocimientos y las experiencias que hemos adquirido como fruto de la reflexión autónoma. La principal característica del estado del yo adulto es el autocontrol y la autodeterminación. No excluye ni al niño ni al padre, pero consigue moderar sus expresiones y sus afectos.

Para el análisis transaccional, una persona saludable es la que logra combinar todos los estados del yo en

su forma natural y regulándolos a través del adulto. Así, en el terreno del afecto lo más sano es permitir que emerja el niño natural o el padre natural hasta el punto en que resulte razonable.

Según esta teoría, cada persona interactúa con los demás a partir de alguno de esos estados, de los cuales se derivan consecuencias concretas en nuestras interacciones con el mundo.

EL TRIÁNGULO DRAMÁTICO

El triángulo dramático (TD) es el campo de batalla de las relaciones humanas del que nadie sale vencedor². Lo normal es que toda interacción social disfuncional tenga lugar en torno al TD. Si la interacción con alguien (persona, institución, familia, una enfermedad...) hace que te sientas dolido, enfadado, culpable, ansioso, resentido, avergonzado celoso, inerte, bloqueado, confuso, inadecuado, traicionado, incomprendido... seguro que estás atrapado en un TD.

Mientras estás en el TD tu desarrollo personal se bloquea, porque adoptas una actitud defensiva, mientras las heridas del pasado se hacen aún más profundas.

Estar inmerso en el TD amenaza tu salud física y mental a largo plazo.

La conciencia de tu rol habitual y cómo el resto tratan de meterte en el TD es el primer paso para salir de ahí, lo siguiente es ser capaz de desprenderse de los sentimientos de culpabilidad, vergüenza o victimismo que mantienen activo el TD.

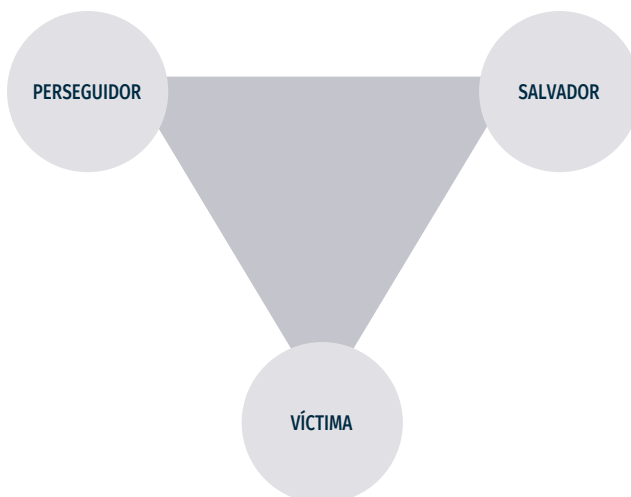
Los elementos que componen el TD son Perseguidor, Salvador y Víctima (**Figura 1**) y están intrínsecamente relacionados con los estados del yo que hemos visto previamente. Donde las posiciones de perseguidor y salvador son parentales y la víctima es filial, por tanto, en el TD **no hay adultos disponibles**.

Todos tendemos a estar más cómodos o identificados con una de las posiciones del TD. Por lo que vamos a tratar de describir de forma concisa que elementos componen cada rol.

Perseguidor (padre crítico)

Es esa parte oscura que se afirma arremetiendo contra los demás, criticando, protestando, juzgando, culpando,

Figura 1. Elementos del triángulo dramático



humillando e insultando a los demás. Está siempre pendiente de los demás, pero de forma negativa. El Perseguidor te hace ver que él está en posesión de la verdad. En el fondo se sienten intranquilos, inseguros, frágiles e infantiles, es frecuente que hayan sufrido abusos, por lo que tienen mucha rabia acumulada y sentimientos de vergüenza y falta de méritos. Intenta controlar o castigar a los demás, haciendo que se sientan mal. En general se sienten víctimas del mal comportamiento de los demás. Nada de todo esto cambia su sentimiento de inferioridad por lo que el ciclo de conducta se perpetúa. Los Perseguidores tienen la fuerte necesidad de ser considerados perfectos y de estar por encima de cualquier tipo de reproche, se ven a sí mismos como portadores de lo que es correcto, nunca admitirán que están equivocados. Cuando hablas con un Perseguidor tienes la sensación de estar en un campo de batalla constante.

Salvador (mártir héroe o complacidor de la gente)

Tiene una preocupación excesiva por los sentimientos y las necesidades de los demás, incluso en detrimento propio, buscando ser una persona alabada y querida, pero como no expresa sus necesidades acaba sintiéndose inapreciado. Se sienten responsables de la felicidad y el bienestar de los demás. Teniendo muy poca tolerancia a los conflictos, haciendo todo lo que sea necesario para evitarlos. El Salvador es casi imposible que tome una decisión que satisfaga sus necesidades pero que moleste a los demás. Los Salvadores necesitan ser valorados por los demás, indispensables porque si no temen ser rechazados y no queridos. Se sienten responsables de las elecciones de sus hijos, interfiriendo y dificultando con ello la creciente autonomía que requieren, los hijos de los Salvadores se sienten controlados en exceso. Los Salvadores proporcionan a los demás el cuidado y la atención que, en realidad, desearían para sí mismos, les cuesta trabajo decir que no o poner un límite que acote claramente su labor profesional. Los padres de un Salvador elogian cualquier conducta solidaria de sus hijos y desaprueban cualquier conducta que denote firmeza de carácter y, por tanto, el hijo se acostumbra a encontrar la aprobación siendo bueno y servicial, ahogando sus propios sentimientos.

Víctima

El rol de Víctima es una posición infantil, donde te sientes vulnerable e indefenso.

Estarás en el rol de Víctima cuando no paras de quejarte, cuando te sientes víctima de tus circunstancias, de tu pasado, de malas decisiones, cuando te sientes frágil o imperfecto, dolido, traicionado, incomprendido, controlado...es el peor de los roles del TD. Cuando estamos en el rol de Víctima es frecuente el bloqueo y la paralización que impide la toma de decisiones. La vía de escape de la Víctima es, en ocasiones representar un rol de Perseguidor o de Salvador, en otras vivir en un mundo de fantasía con el fin de eludir la realidad y las decisiones de su vida, o bien recurren a adicciones con la intención de llenar un vacío que tienen en su interior. Establecen relaciones de dependencia y, sin embargo, tienen un secreto resentimiento hacia sus cuidadores. Es frecuente que vayan de un médico a otro buscando soluciones mágicas para sus problemas de origen externo, siendo reacios a hacerse cargo de sí mismos.

Pero existe una alternativa positiva al TD, donde el Perseguidor es asertivo, el Salvador es un ayudador empático, que ofrece su ayuda, pero no la da sin preguntar, y la Víctima es vulnerable responsable que es capaz de expresar su necesidad y pide ayuda cuando la necesita. En nuestro entorno y cada día de nuestras vidas hay infinidad de situaciones que son propias del TD.

La mayoría de las situaciones que se plantean en una consulta con adolescentes, sobre todo aquellas que tienen que ver con conflictos familiares, con relaciones con iguales, conductas violentas, abusos...se pueden analizar desde la perspectiva del TD, y nos va a ser de enorme ayuda para interpretar lo que ocurre pero, no solo eso, es que devolverles a los pacientes esta explicación es esclarecedor para la mayoría de ellos (siempre que haya una inteligencia y una madurez suficiente para entenderlo) y les sirve de guía para el cambio de su conducta, siendo el motor de este cambio su autoconocimiento y no la dirección externa de los adultos.

LOS ESTILOS DE APEGO

«El apego es un vínculo emocional profundo y duradero que conecta a una persona con otra a través del tiempo y el espacio».

John Bowlby

El apego es un vínculo afectivo que se establece desde los primeros momentos de vida entre el recién nacido y la madre o la persona encargada de su cuidado. Su función es asegurar el cuidado, el desarrollo psicológico y la formación de la personalidad.

John Bowlby (1907-1990), psiquiatra y psicoanalista infantil. Se dedicó a estudiar los efectos de la relación entre el cuidador principal y el menor, en la salud mental de los menores y en su vida adulta. Para ello, Bowlby retoma los trabajos de la psicóloga estadounidense Mary Ainsworth.

Existen diferentes estilos de apego que vienen condicionados por la forma en que nuestros padres (o figuras de apego) se han relacionado con nosotros, de forma que nos están enseñando en qué modo vamos a relacionarnos en nuestra vida adulta, siendo la relación de pareja la que más frecuentemente pone en juego todo lo aprendido.

Los diferentes estilos de apego:

1. Apego seguro

Este tipo de apego está caracterizado por la incondicionalidad: el niño sabe que su cuidador no va a fallarle. Se siente querido, aceptado y valorado. Este tipo de apego depende en gran medida de la constancia del cuidador en proporcionar cuidados y seguridad. Debe tratarse de una persona atenta y preocupada por comunicarse con el recién nacido, no sólo interesada en cubrir las necesidades de limpieza y alimentación del bebé. Los niños con apego seguro manifiestan comportamientos activos, interactúan de manera confiada con el entorno y hay una sintonía emocional entre el niño y la figura vincular de apego. No les supone un esfuerzo unirse íntimamente a las

personas y no les provoca miedo el abandono. Es decir, pueden llevar a una vida adulta independiente, sin prescindir de sus relaciones interpersonales y los vínculos afectivos. Los adultos con apego seguro tienen relaciones de confianza y duraderas, tienden a tener buena autoestima, se sienten cómodos compartiendo sentimientos con personas de su confianza y buscan el apoyo social.

2. Apego ansioso ambivalente

En psicología, “ambivalente” significa expresar emociones o sentimientos contrapuestos, lo cual, frecuentemente genera angustia. Por eso, en el caso de un apego ansioso-ambivalente el niño no confía en sus cuidadores y tiene una sensación constante de inseguridad, de que a veces sus cuidadores están y otras veces no están, lo constante en los cuidadores es la inconsistencia en las conductas de cuidado y seguridad. Y generalmente acaban consiguiendo la atención cuando la expresión emocional es muy intensa.

Las emociones más frecuentes en este tipo de apego son el miedo y la angustia exacerbada ante las separaciones, así como una dificultad para calmarse cuando el cuidador vuelve. Los menores necesitan la aprobación de los cuidadores y vigilan de manera permanente que no les abandonen. Exploran el ambiente de manera poco relajada y procurando no alejarse demasiado de la figura de apego.

De adultos, el apego ansioso-ambivalente provoca, una sensación de temor a que su pareja no les ame o no les desee realmente. Les resulta difícil interactuar de la manera que les gustaría con las personas, ya que esperan recibir más intimidad o vinculación de la que proporcionan. Un ejemplo de este tipo de apego en los adultos es la dependencia emocional. Esto lleva a rupturas frecuentes y se sienten especialmente angustiadas cuando una relación termina.

3. Apego evitativo

Los niños con un apego de tipo evitativo han asumido que no pueden contar con sus cuidadores, lo cual les provoca sufrimiento. Se conoce como “evitativo” porque los bebés presentan distintas conductas de distanciamiento. Por ejemplo, no lloran cuando se separan de cuidador, se interesan sólo en sus juguetes y evitan contacto cercano.

Lo constante han sido conductas de sus cuidadores que no han generado suficiente seguridad, el menor desarrolla una autosuficiencia compulsiva con preferencia por la distancia emocional, ya que la expresión emocional nunca le ha dado lo que necesitaba así que reprimir las emociones es la única opción.

Estos menores viven sintiéndose poco queridos y valorados; muchas veces no expresan ni entienden las emociones de los demás y por lo mismo evitan las relaciones de intimidad. No buscan mucho contacto o consuelo de los padres ni muestran ninguna preferencia por los progenitores frente a los extraños.

En la edad adulta, se producen sentimientos de rechazo de la intimidad con otros y de dificultades de relación. Por ejemplo, las parejas de estas personas echan en falta más intimidad en la interacción. Invierten poca emoción en las relaciones sociales y románticas, en general son incapaces de compartir pensamientos o sentimientos con otros y experimentan poca angustia cuando una relación termina.

4. Apego desorganizado

Es una mezcla entre el apego ansioso y el evitativo en que el niño presenta comportamientos contradictorios e inadecuados. Hay quienes lo traducen en una carencia total de apego.

Lo constante en los cuidadores han sido conductas negligentes o inseguras. Se trata del extremo contrario al apego seguro. Por ejemplo, casos de abandono temprano, cuya consecuencia en el niño es la pérdida de confianza en su cuidador o figura vincular, e incluso puede sentir constantemente miedo hacia ésta.

Los menores tienen tendencia a conductas explosivas, destrucción de juguetes, reacciones impulsivas, así como grandes dificultades para entenderse con sus cuidadores y con otras personas.

Evitan la intimidad, no han encontrado una forma de gestionar las emociones que esto les provoca, por lo que se genera un desbordamiento emocional de carácter negativo que impide la expresión de las emociones positivas.

De adultos suelen ser personas con alta carga de frustración e ira, no se sienten queridas y parece que rechacen las relaciones, si bien en el fondo son su mayor anhelo. En otros casos, este tipo de apego en adultos puede encontrarse en el fondo de las relaciones conflictivas constantes.

CONCLUSIONES

La aplicación práctica de estos conceptos teóricos para un pediatra de AP es enorme y mucho más útil de lo que a priori podemos imaginar. Conocer los estados del yo para el pediatra puede ser interesante a la hora de comprender a una familia y explicar estos conceptos a padres y adolescentes puede esclarecer cuál es el papel en el que se sienten más representados y les ayuda a encontrar su camino, conectar con su adulto y comunicarse desde él. En el caso del triángulo dramático es muy clara su aplicación para interpretar conflictos dentro de la familia o del adolescente con sus amigos o parejas, ser consciente de cuál es el papel en el triángulo que suelen interpretar les ayuda a identificar situaciones futuras de conflicto y les enseña a afrontarlas de una forma menos dañina. Respecto a los estilos de apego el papel del pediatra podría ser realmente contundente y afectar a toda la vida adulta de ese niño al que acompañamos en su crecimiento desde que son recién nacidos, fomentar el apego seguro desde el inicio de la vida y ayudar a las familias a fomentar la seguridad y la autonomía de los niños a lo largo de los primeros años de vida es un privilegio que sólo los pediatras de AP tienen frente a cualquier otro profesional de la salud. Pero es que además el vínculo se convierte en herramienta cuando es a los adolescentes a los que tratamos, su personalidad ya está

desarrollada y el estilo de apego ya está definido cuando llegan a estas edades. No hay nada en medicina que sea más eficaz y más sencillo que el efecto del vínculo terapéutico que se establece entre el pediatra y el adolescente, debemos ser creativos, podemos conocer cientos de herramientas cognitivo-conductuales, podemos usar fármacos en algunos casos que nos pueden ser útiles como apoyo para el resto de estrategias terapéuticas, pero no podemos olvidar que **lo que cura es el vínculo**.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stewart I, Joines V. AT hoy: Una nueva introducción al Análisis Transaccional. 1ª ed. Madrid: Editorial CCS; 2007.
2. Edwards G. El triángulo dramático de Karpman. Como trascender los roles de perseguidor, salvador o víctima. 1ª ed. Madrid: Gaia ediciones; 2011.