

## ASPECTOS ESTRUCTURANTES Y REESTRUCTURANTES DE LA PERSONALIDAD EN UN CENTRO DE ACOGIDA TERAPÉUTICO\*

M. Parellada\*\*, L. Quintana\*\*

Espero que hayan escuchado en Otra comunicación los fundamentos básicos en que se basa el proyecto ‘CASA joven’ y cómo se organiza el centro. En resumen, se trata de un centro de acogida semiabierto para el tratamiento de adolescentes tutelados con trastornos de conducta o emocionales que no se benefician de tratamiento en régimen ambulatorio.

Voy a incidir en un aspecto muy importante en relación a los menores ingresados. Los criterios de inclusión de los menores son entidades nosológicas (además del criterio básico de ser menores en desamparo tutelados por Bienestar Social). Estas etiquetas ya sabemos que son puramente descriptivas de las conductas de la persona y no hacen alusión a la etiología del problema. Esos criterios de inclusión son:

- trastornos conductuales
- trastornos emocionales
- trastornos adaptativos

---

\* Comunicación presentada en XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, que bajo el título “Trastornos de la personalidad en la infancia y en la adolescencia”, se celebró en Donostia/San Sebastián los días 27 y 28 de octubre de 2000

\*\* Psicólogo

En el trabajo con los menores ingresados asumimos que los trastornos conductuales en general reflejan una problemática interna que deriva, además de las limitaciones impuestas por la herencia individual, de aprendizaje y experiencias patológicas que interfieren con la capacidad del niño para adaptarse a la realidad, relacionarse normalmente, controlar sus impulsos y emociones y respetar las normas sociales. Es decir, interfieren con el desarrollo psicoemocional normal.

Pensamos que los trastornos de conducta son la expresión sintomática de:

- conflictos psicogenéticos
- experiencias de pérdida, rechazo o abuso
- relaciones/estructura familiar patológica
- patología psiquiátrica

Todo ello en muchas ocasiones interaccionando entre sí.

También asumimos que los trastornos de conducta, salvo que sean el reflejo de una crisis adolescente normal (lo que no es habitual en esta población tan marginal), si no se resuelven, en un alto porcentaje dan lugar a adultos con trastornos de la personalidad.

Un 40% de los trastornos de conducta dan lugar a jóvenes delincuentes, y un 90% de los delincuentes han tenido trastornos de conducta.

Teniendo esto en cuenta, se realiza una intervención global que apunte a una transformación interna de los adolescentes y no sólo a un control de sus conductas disruptivas.

Por supuesto, sin descuidar el disminuir el sufrimiento, en control sintomático y la prevención de conductas antisociales, que son otros de los objetivos.

La manera de intervenir es la puesta en marcha de todos los recursos posibles necesarios para promover esa transformación, o reestructuración de la incipiente personalidad, para hacer posible un desarrollo psicoemocional lo más normal posible.

1. Necesidades evolutivas de cualquier adolescente. Los menores tienen entre 12 y 18 años, y los ingresos son largos. Como cualquier chico/a de esa edad se enfrentan a unas metas evolutivas de cuya satisfactoria resolución depende mucho de su desarrollo posterior como adultos.

Algunos hitos de adolescencia son:

- la transformación somática derivada de la maduración genital
  - desarrollo de una identidad propia
  - salida de la familia de origen y desarrollo de una autonomía personal
  - desarrollo de la capacidad de cuidar a otros (frente a ser cuidado)
  - desarrollo de recursos propios maduros y útiles
  - reubicación en la realidad- en el mundo, lo que pasa por una previa ubicación realista en la historia biográfica de cada uno
2. Necesidades derivadas de la situación de tutela (desamparo)
    - aspectos cotidianos, necesidades básicas de la vida
    - aspectos carenciales/abandonicos
    - abuso/maltrato
    - aspectos traumáticos

Para ello, tenemos que proveer un entorno cuidador, evitar la repetición de experiencias de abuso/maltrato, promover el aprendizaje de habilidades a las que no han tenido acceso, exposición a experiencias emocionales no vividas (de confianza, seguridad, apoyo), que les han dejado carencias tanto en conocimientos instrumentales como en mecanismos intrapsíquicos necesarios para un ajuste adecuado a la realidad.

3. Necesidades derivadas de la patología mental
  - tratamiento farmacológico
  - tratamiento psicoterapéutico

- experiencia emocional correctora global, para lo que se favorecerá el desarrollo de un proceso terapéutico en que se puedan poner en juego y modificar aspectos patológicos del desarrollo del adolescente.

Estas tres dimensiones son muy interdependientes, siendo la problemática emocional la que muchas veces impide el desarrollo cognitivo y el aprovechamiento de las posibilidades educativas.

La atención a las necesidades evolutivas del adolescente iría encaminada a una estructuración adecuada de la personalidad, y la atención a los aspectos ya patológicos de la personalidad y a las experiencias de abuso, maltrato, abandono, etc., tendría más relación con una reestructuración terapéutica de la personalidad. Sin embargo, tanto el entendimiento de las distintas necesidades, como las intervenciones dirigidas a su manejo se solapan en muchas ocasiones.

## **FUNCIONES DE LA INSTITUCIÓN**

La diferencia clave entre este centro y los hospitales de día para adolescentes (que tienen el mismo perfil psicopatológico de chicos) es el ser además centro de protección. Esto supone que son chicos de la administración, de nadie, o de todos.

La Administración (la Delegación de Bienestar Social correspondiente) representa a las figuras parentales reales (es quien asume la tutela, quien pide o rechaza el ingreso de un menor). Pero al ser una figura parental tan informe y ausente, tan poco personalizada, todas las proyecciones parentales recaen de forma masiva en el centro que acoge al menor.

El centro, por tanto, tiene que hacerse cargo de esa función parental total y real (el director del centro tiene de hecho la guarda de los chicos ingresados). Eso favorece que se de una regresión psicológica importante en los menores, con externalización de todos los conflictos, proyección de relaciones objetales primitivas, etc.

Analizándolas brevemente por partes, las funciones del centro que proveen las condiciones necesarias para que se dé un proceso terapéutico serían:

### **1. Sustitutiva de las figuras y funciones parentales**

Es por el propio modo de internamiento la primera función, la más global y que enmarca a todas las demás.

Esto significa desde darles de comer, enseñarles hábitos de higiene, darles una cama y techo, comprarles ropa, celebrar su cumpleaños, etc. hasta todas las funciones emocionales parentales, incluidas la contención de las angustias más primitivas, pasando por ser la base de seguridad desde la que explorar el mundo, hasta ser la pantalla sobre la que proyectarse, con la que pelearse en el proceso de afirmación de una identidad propia.

### **2. Protectora**

El internamiento en régimen semiabierto obliga a una tregua en los conflictos con el exterior y a la prevención de conductas auto o heterodestructivas. Con esto se quiere evitar que el adolescente acumule más experiencias estructurantes de una personalidad antisocial, reforzadoras de la omnipotencia juvenil y que complican el desarrollo hacia una identidad más prosocial y adaptativa.

No se pretende sólo evitar esas conductas, lo cual puede limitar el crecimiento personal, la educación y la libertad, sino que durante un tiempo se favorece, se presiona, se pone al menor en unas condiciones en que necesariamente va a pensar. Evitar la actuación es en estos momentos el único modo de afrontar las limitaciones de la realidad y las frustraciones personales.

### **3. Continente**

El centro tiene que ser capaz de “soportar” las actuaciones de los adolescentes sin recurrir al rechazo o a la expulsión, que

es la experiencia repetida que han vivido y que les ha ido dejando un poso de inseguridad básica y soledad sobre la que se arman los mecanismos de defensa más patológicos. El centro tiene que hacer de entorno firme, seguro e indestructible, es decir, de contención que ponga a prueba su omnipotencia y su certeza de soledad y abandono. Esto favorecerá que puedan ir confiando, expresando conflictos. Los chicos actuarán toda su problemática, provocarán y pondrán a prueba los límites de la institución, que debe ser capaz de digerir las actuaciones por ellos y “devolverlas” en palabras, dándoles un sentido. El equipo actuará de sostén de las angustias y yo auxiliar elaborativo, mientras el menor va desarrollando la capacidad de ir elaborando él sus conflictos. Se intentarán entender todas las conductas disruptivas y transformarlas en conflictos no resueltos o necesidades emocionales no cubiertas. Todo ello, sin permitir actuaciones auto o heterodestructivas.

#### **4. Mediadora**

Función mediadora de las relaciones interpersonales gravemente deterioradas o bloqueadas, que se expresan como proyección de aspectos parciales de relaciones objetales primitivas, en los distintos miembros del equipo. Se intentará que el equipo pueda responder de modo que el menor vaya interiorizando objetos totales, analizando sus proyecciones. Para ello la estructura del centro y la dinámica del equipo deben facilitar un entorno relacional donde se experimente y, en el mejor de los casos, introyecten, modos de relación menos patológicos que los previamente vividos.

#### **5. Acompañamiento, yo auxiliar, modelado**

Apoyo para aumentar la autoestima y proporcionar bienestar. El centro debe ser el agente que facilite el desarrollo progresivo del menor, con progresiva autonomía en condiciones de seguridad, no expuesto a riesgos inmanejables con sus recursos personales y que pueden ser muy perjudiciales.

## 6. Estructura

La organización del espacio, el tiempo, las actividades, la organización externa en general, facilita la organización interna (mental) de los pacientes. Parte fundamental de la estructura es la coherencia de la organización del equipo, con funciones claras del personal, fluidez de comunicación, reglada y no reglada. Que los miembros individuales del equipo no actúen de forma individualizada, manejando, ocultando información, pretendiendo responder desde lo individual. Es prioritario dar una coherencia y consistencia al manejo de los pacientes, que todas las intervenciones desde los distintos miembros del equipo no sean iguales pero sí coherentes unas con otras, y que haya espacios para resolver los conflictos internos del equipo, y no lleguen, sin digerir, al grupo de menores. Sólo si la estructura del centro es estable, flexible pero firme, se podrá favorecer el desarrollo de funciones mentales superiores (yoicas), ausentes en la mayor parte de los chicos que llegan: demora en las gratificaciones, regulación del placer/esfuerzo, etc.

## 7. Aceptación, espejo

Una actitud general de aceptación, de no reproche por sus conductas inadecuadas, síntomas y rarezas, sino de intento de entendimiento. Estas conductas no deben ser reprimidas (aunque la agresividad debe manejarse con firmeza) sino aceptadas como llenas de significado, expresión de dificultades internas. Esta actitud es necesaria para acompañar al menor en el proceso de afirmación de su individualidad, y de aceptación de sí mismo.

En resumen, se pretende un enfoque integrador (frente a ecléctico), que responda tanto a las necesidades evolutivas del adolescente como a las terapéuticas individuales de cada chico. En este enfoque juegan un papel fundamental en entorno (físico, humano y organizativo) que se organiza como

un todo facilitador del desarrollo de un proceso terapéutico que permita la transformación interna de los adolescentes. Todo ello en un tiempo limitado y con el objetivo de una integración lo más normalizada posible al alta. No se pretende que la estancia sea lo más corta posible sino lo más útil, y que se pueda llegar a un nivel de profundidad de cambio máxima en relación a la patología del menor.

El centro lleva funcionando dos años, con episódicas crisis en el funcionamiento pero recorriendo un camino hacia una estabilización cada vez mayor, donde el efecto de las distintas incidencias inesperadas puede tener progresivamente una menor incidencia desestabilizadora en el funcionamiento.

Asuntos preocupantes pendientes de resolución son la excesiva contención, represión de conductas, lo que puede llevar a anular la iniciativa, la esperanza y provocar dependencias. Las dificultades para integrar los aspectos de acogida y terapéuticos, que lo convierten en una institución total, de la que es muy difícil la salida. La continuidad de cuidados desde el centro para posibilitar la progresiva autonomía que desde el centro no se puede proveer de forma completa es un tema por resolver.

En este momento estamos pensando en la manera de evaluar los resultados, necesariamente a largo plazo, valorando la evolución a la salida del centro y no sólo el funcionamiento dentro, lo que tendrá necesariamente que pasar por la comparación con casos parecidos que no hayan pasado por el internamiento. De momento, con la escasa validez que ello aporta, las evoluciones intra-caso son positiva en muchos casos.

La teorización del trabajo que se viene realizando en CASA Joven se apoya en las ideas de la comunidad terapéutica de Baradacco, de entorno terapéutico de Gunderson, de manejo de pacientes difíciles de Kernberg y Kohut y las teorías del apego de Bowlby.