

TERAPÉUTICA INSTITUCIONAL EN EL ABORDAJE DE UN TRASTORNO GRAVE DE LA CONDUCTA*

Daniel Cruz**, Sergio Herrera***

Los trastornos graves de la conducta en la adolescencia son un cuadro cada vez más frecuente en los centros de salud mental infanto-juvenil. Su abordaje debe afrontar tanto la aparatosidad y urgencia de la sintomatología como los trastornos de personalidad subyacentes en muchos de estos cuadros. Son tratamientos difíciles que ponen a prueba la capacidad de contención de los equipos. Una cuestión fundamental es poder montar un dispositivo terapéutico que responda con eficacia al tipo de funcionamiento mental que presentan los pacientes. Se ha de hacer frente a diferentes aspectos sintomáticos, que incluyen cuestiones farmacológicas, psicoterapéuticas, familiares, pedagógicas y sociales. El trabajo interno del equipo de salud mental y el trabajo en red comunitario son imprescindibles. Es frecuente usar diferentes modalidades terapéuticas y a menudo se hace necesario el paso del paciente a través de diversas instituciones, como ocurre con los ingresos hospitalarios. El reto es poder incorporar estas transiciones al encuadre terapéutico, tanto para garantizar la continuidad asistencial

* Comunicación libre presentada en el XXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA) que bajo el título "Períodos de transición en el desarrollo e intervenciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Almagro del 17 al 18 de octubre de 2008.

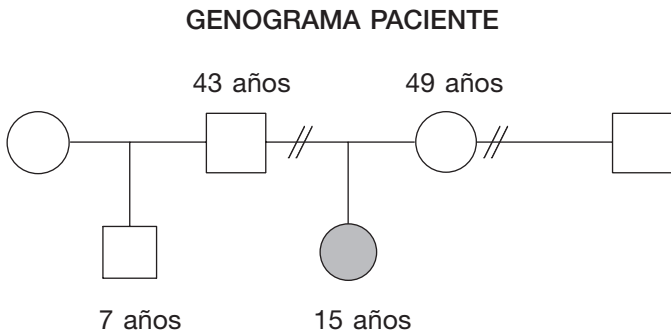
** Psicólogo clínico, psicoterapeuta. Coordinador Centro Salud Mental Infantil y Juvenil Garraf. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Universitario Sant Joan de Déu, Barcelona. E-mail: dcruz@hsjdbcn.org

*** Psiquiatra. Responsable clínico Hospital de Día de Adolescentes. Centro Salud Mental Infantil y Juvenil Garraf. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Universitario Sant Joan de Déu, Barcelona.

como para poder entender las manifestaciones subjetivas que se expresan de forma actuada. Algunas de estas reflexiones se nos plantearon a propósito del caso de una chica atendida en nuestro Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil desde hace dos años y medio. Durante este tiempo requirió varios ingresos y ha pasado por diferentes modalidades terapéuticas. Acude por primera vez a nuestro centro con 12 años de edad, derivada por su pediatra, por presentar desde hacía 6 meses un cuadro depresivo con ideación autolítica, trastornos de la conducta alimentaria y quejas somáticas.

Nos llama la atención desde el primer momento la actitud de la madre, que nos pide si puede hablar a solas de lo que le pasa a su hija antes de que ésta pase, que tiende a hablar por la paciente, y que usa expresiones como “la separé de su padre, estamos solas” al informarnos de que los padres están separados. Aquí vemos ya algo que después se irá haciendo más evidente, una indiferenciación psíquica madre-hija que constituye una problemática clave en su relación. Así, la vivencia que la madre tiene de los trastornos de conducta de la hija es únicamente como desafío a su autoridad, sin mostrar mayor empatía. Esta indiferenciación también se refleja en la forma como han sido vividos los conflictos familiares, y que nos encontramos ya en la primera entrevista.

El árbol genealógico en la actualidad es el siguiente:



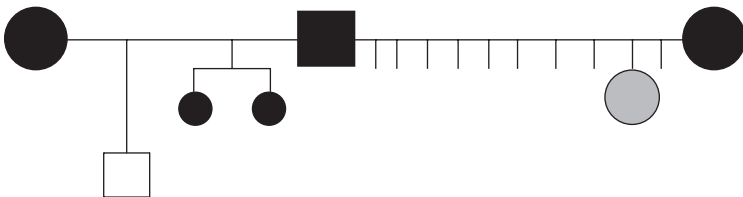
La relación con su hermano menor es buena. El embarazo de este hermano fue dramático al diagnosticársele un cáncer a la mujer del padre. La pareja se ha separado y reunido en varias ocasiones. La paciente habla de forma despectiva de su padre. Éste, al contactar con nosotros siempre se ha mostrado colaborador, intentando mediar en los conflictos entre madre e hija y aportando información de interés. En la anamnesis no aparecen alteraciones significativas.

La madre sigue tratamiento anti-depresivo (citalopram) prescrito por su médico de familia desde un año y medio antes de consultar por la hija. Las peleas con la hija son continuas al vivir como un rechazo a su autoridad que no se sigan sus directrices, considera que es “vaga por naturaleza” al no poner más voluntad en “superarse”. Presenta unos fuertes rasgos obsesivos de personalidad, lo que la lleva a adoptar posturas rígidas: “El orden es el reflejo de su orden interno; a mí me machacaron y así aprendí a ser ordenada”.

El tratamiento se ha desarrollado en distintas fases. Tras la primera visita inicia seguimiento. En un primer momento predominan los sentimientos depresivos y los trastornos de restricción alimentaria, iniciando medicación antidepressiva. Al cabo de poco tiempo la profesional responsable del caso se inquietó ante el tono de unas críticas conjuntas de madre y paciente al entorno escolar, por lo que se decidió que interviniese otro profesional para hacer un seguimiento con la madre en paralelo a las visitas de la chica.

Aquí se inicia un periodo de mejoría sintomática. La madre puede hablar de las dificultades de su infancia y de sus relaciones de pareja. El genograma familiar de la madre es el siguiente:

GENOGRAMA MADRE



La madre es la penúltima de once hermanos. La primera mujer del abuelo materno falleció en el parto de unos gemelos. El abuelo, fallecido hace 5 años a los 91 años de edad, tuvo importantes cargos políticos en el franquismo. La abuela materna falleció hace 26 años en un accidente de tráfico en el que la madre la acompañaba. Otro hermano de la madre falleció con 7 años de edad de leucemia.

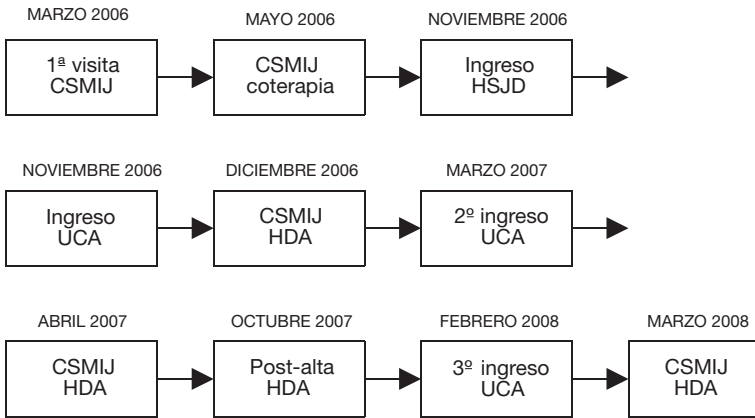
La madre describe su infancia como conflictiva al no recibir afecto por el nivel de exigencia existente en su familia. Nos dirá: “me rijo por valores anticuados, no estoy de acuerdo con la sociedad, el colegio de mi hija me ha boicoteado al no ser más duro con ella”.

La madre se separó cuando la paciente tenía 6 años de edad. Más adelante explicará que la relación con el padre fue mal desde el embarazo, momento en que dejaron de tener relaciones sexuales. La segunda relación de pareja de la madre se acabó medio año antes de venir a consulta tras 5 años de convivencia descrita “como un infierno”. La paciente refiere odiar a esta pareja. Respecto a estas relaciones conflictivas la madre expresará que “estaba tan absorbida en los conflictos que no pudo estar más por su hija”. También aparece cierta confusión con su hija al temer que no le pase en su relación con los chicos los mismos conflictos que ha vivido con su expareja, con la que se sintió maltratada. A medida que se mantienen entrevistas puede cuestionarse aspectos de su comportamiento, como no ser más flexible con la hija.

Tras medio de año de seguimiento, justo cuando comenzábamos a pensar que el caso parecía encarrilado y coincidiendo con el inicio del curso escolar, vuelve a empeorar la situación, con enfrentamientos entre madre e hija, acompañados de conductas autolesivas, ideación suicida y rechazo a ir a la escuela. La paciente expresa sentimientos de desesperanza, muestra odio hacia ambos padres, se siente rechazada y coaccionada por la madre y desprecia al padre. Deja entrever la posibilidad de algún tipo de abuso por parte de la segunda pareja de la madre que nunca llega a especificar. También se siente atacada por sus amigas, de las que se desvincula. La madre se enfada con la hija al considerar que actúa así a propósito, y

nos reprocha que su estado actual se debe a “que le dijimos que hiciese lo que diese la gana”. La propuesta de derivarla a Hospital de Día le parece “un mundo artificial que le hará perder el curso”. Llega a pegar en alguna ocasión a la hija. Finalmente ingresa en hospitalización a través de Urgencias (Hospital Sant Joan de Déu, HSJD), tras un gesto autolítico en el que amenazó con cortarse con un cuchillo.

El diagrama de su recorrido asistencial a lo largo de todo este tiempo ha sido el siguiente:



Durante el ingreso mantiene las quejas hacia la familia, la ideación autolítica y unas alucinaciones auditivas de las que se descarta que supongan un trastorno psicótico. Se adapta bien a las condiciones del ingreso, pero al proponérsele a los pocos días la derivación al Hospital de Día empeora el cuadro. Amenaza con suicidarse si le dan el alta y la devuelven a casa, provoca alteraciones en la planta entre el resto de pacientes, y acaba realizando una tentativa suicida en un contexto de agitación. Se decide derivarla para ingreso a un centro con mayor capacidad de contención (Unidad de Crisis de Adolescentes, UCA). En este centro se adapta de forma no conflictiva al ingreso, no refiere vivencia de malestar propio pero sí quejas hacia la familia. Se valoran los trastornos de conducta como manipulativos y se le retira toda la medicación.

Al iniciar el ingreso en el Hospital de Día de Adolescentes (HDA) se muestra más contenida pero con una actitud muy distante frente al resto, con una pose elitista. Durante este periodo aparecen nuevos datos familiares. La madre, tras abrazar en su juventud ideales hippies, pasó a introducirse en una secta orientalista. Según el padre se debió a ello el alejamiento afectivo entre ambos, así como por las dificultades de relación con la familia de ella, y no sólo por el hecho de estar embarazada. Cuando la paciente tendría 3 años, y ante el riesgo de que se la llevase a vivir a la India, deciden, juntamente con la familia materna, intervenir para sacarla de la secta. Por otra parte parece que la relación entre padre e hija era fluida, "confidentes" según la madre, pero que se deterioró al sentirse la hija desatendida tras quedar la nueva pareja del padre embarazada con los problemas de salud señalados anteriormente.

Tras este primer periodo de adaptación, cada vez presenta mayor inestabilidad afectiva tanto en el HDA como en el instituto, al que asiste combinando la asistencia con el ingreso. Aunque en casa no hay tantos conflictos, en estos otros contextos la relación es cada vez más difícil. Muestra rasgos claros de funcionamiento límite, con escisiones entre el personal asistencial y proyección de ansiedades persecutorias. Se solicita un segundo ingreso en la UCA (abril 2007) para contener esta situación e introducir una nueva pauta de medicación con un estabilizador del ánimo (ácido valproico, 600 mg/día, en niveles terapéuticos).

Al reincorporarse al HDA tras este segundo ingreso deja el instituto y asiste únicamente al HDA. El espacio de psicoterapia individual deja de ser un lugar de descarga y pasa a iniciar un proceso terapéutico propiamente dicho en el que puede transmitir su mundo interno. Por primera vez la madre tiene mayor consciencia de las dificultades emocionales de la hija, en vez de verlas como actitudes manipulativas o rebeldes. Inicia una relación afectiva de forma estable con un chico. Durante todo el verano se mantiene estable.

Al comenzar el curso escolar, de acuerdo con la paciente y su familia, acude a clases en horario completo, manteniendo visitas semanales de 90 minutos en el HDA para realizar segui-

miento y dar apoyo ante la reincorporación a las actividades cotidianas. En noviembre se concede el alta de HDA; no obstante se continúa haciendo el seguimiento en este dispositivo, pasando las visitas a frecuencia quincenal. Durante el primer trimestre del curso acude al colegio con normalidad; en las visitas a HDA destaca una actitud frívola, con tendencia a la banalización de los problemas o dificultades.

A finales de diciembre, poco antes de las vacaciones navideñas, vuelve a negarse a ir al colegio, alegando conflictos con amigas próximas que hacen que el resto del grupo se ponga en su contra. Describe algunas crisis de ansiedad esporádicas. Discurso más cercano a la realidad que el mostrado en la descompensación de principios de año; mayor capacidad para matizar; visión menos dicotómica de las cosas. La actitud es de demanda de ayuda. Pasa las Navidades en el extranjero con la familia paterna y se acuerda que reingrese en el HDA.

Durante la primera semana de enero fallece el abuelo paterno. Se produce un súbito y brusco empeoramiento, con gran labilidad afectiva, exaltación y disforia; actitudes provocativas, hipersensibilidad a comentarios banales, suspicacia. A finales de la misma semana la madre pierde el trabajo; la paciente reacciona con gran hostilidad y reproches hacia ella. Tras unos días en los que persiste la irritabilidad y agresividad verbal, se decide un nuevo ingreso en la UCA (febrero 2008).

Durante el ingreso, de un mes de duración, se contiene la escalada auto y heteroagresiva de la paciente. No obstante, al alta se constata un afecto muy lábil e inestable, aunque sin la hostilidad y angustia previas al ingreso. En el HDA presenta conductas inadecuadas, uso de mecanismos de escisión, pérdida de distancias relacionales y visión dicotómica de los profesionales. Durante este período se produce un consumo masivo de cánnabis que es abordado en entrevistas con la paciente y su madre, y que se mantiene pese a los propósitos de reducir el consumo. A mediados de marzo realiza una ingesta medicamentosa puntual, con finalidad autolítica, que no termina en ingreso. En casa se describe un gran descontrol de horarios, menor conflictividad a expensas de una relajación de la disciplina. Continúa negándose a asistir al colegio.

A principios de abril, la paciente exhibe de forma ostentosa ante los profesionales y compañeros del HDA una “piedra” de hachís. Se llama por teléfono al padre, y mantenemos una entrevista con ambos. La paciente se muestra compungida de una forma llamativa. Interpretamos su actitud ostentosa como una manera de llamar nuestra atención y pedirnos ayuda, lo cual recoge y acepta. El padre mantiene en esta ocasión una actitud adecuada, de firmeza y apoyo emocional. Se plantean medidas conductuales concretas para reconducir la situación. Se decide la expulsión de HDA durante una semana al haber introducido tóxicos, aunque manteniendo entrevistas todos los días con su terapeuta. Frente a la sintomatología de expresión más comportamental anterior, ahora expresa con claridad preocupaciones subjetivas relacionadas con el temor al abandono y el conflicto entre dependencia y autonomía. Aun así, le es difícil la elaboración psíquica de los conflictos, alternando periodos de excitación maniforme y conductas seductoras con otros donde adopta actitudes de pseudomadurez que buscan complacer al otro. A partir de aquí se constata un nuevo período de estabilidad. Acepta reanudar el colegio el próximo curso (cambiará de centro), cesan las alteraciones conductuales y se mantiene eufémica. Abandona o reduce significativamente el consumo de cánnabis (constatado en analíticas de orina). Se comporta de forma activa, hace clases de canto y teatro, así como refuerzo escolar. Mantiene buena relación con los progenitores, que pueden marcar unas pautas educativas más estructurantes, aunque en las últimas sesiones vuelve a aparecer el distanciamiento del padre.

Como conclusión, entre los muchos elementos clínicos significativos de este caso, podemos señalar la dificultad de los padres en darle un espacio psíquico propio a la hija. Los propios conflictos psíquicos infantiles son proyectados sobre la paciente, de forma que se le dificulta a ésta la elaboración de sus propios conflictos. En la medida en que se le ofrecen espacios terapéuticos continentales puede expresar una subjetividad más diferenciada. Esta función continente es posible si: el paso a través de las diferentes instituciones y modalidades terapéuticas se hace de forma coordinada para evitar intervenciones

disociadas, con el consiguiente riesgo de contraactuar el funcionamiento patológico familiar; y, si pueden incluirse en nuestra comprensión del caso las manifestaciones psicopatológicas surgidas en estos distintos contextos y situaciones. La falta de diferenciación psíquica facilita la proyección de aspectos mentales sobre el entorno, que pasa a convertirse así en un “espacio psíquico alargado”. Estas intervenciones ayudarían a acompañar al psiquismo en el proceso de diferenciación, que es una de las tareas psíquicas de la adolescencia que se veía amenazada en el caso.

BIBLIOGRAFÍA

- DELION, P. *Complexité d'Edipe et crise des institutions: conséquences pratiques sur les dispositifs sectoriels*. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2002; 50: 222-7
- DELION P. *Terapias institucionales*. Enciclopedia Médico Quirúrgica, Psiquiatría. Barcelona, Edicions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, 2002
- JEAMMET, PH. *Dinámica de la adolescencia*. Enciclopedia Médico Quirúrgica, Psiquiatría. Barcelona, Edicions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, 2001
- MANZANO, J., PALACIO F., ZILKHA, N. *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*. Bilbao, Altxa, 2002.