

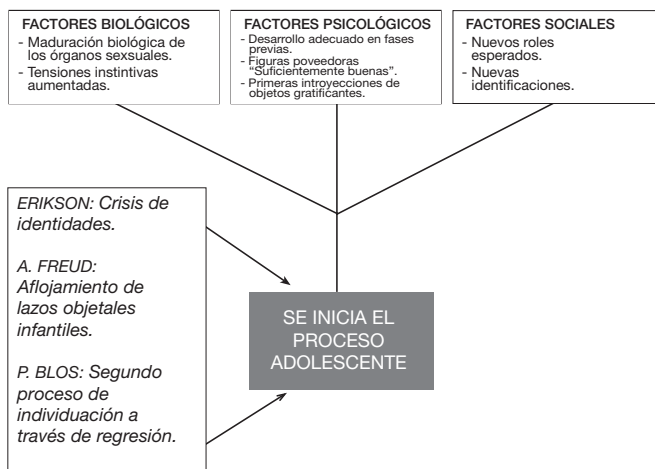
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GRAVES EN LA ADOLESCENCIA (EXPERIENCIA EN HOSPITAL DE DÍA TIPO COMUNIDAD TERAPÉUTICA)*

Daniel Martín Bayón**

Presentamos a continuación un resumen de algunos factores dinámicos implicados en la etiopatogenia de los trastornos graves de la adolescencia, así como el abordaje de los mismos en nuestra experiencia de tratamiento en hospital de día, y por último, un intento de cuantificar los resultados de esta experiencia.

* 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.

** Psiquiatra del hospital de día de adolescentes, Instituto Psiquiátrico Montreal S.L.



Diapositiva 1.

El proceso de la adolescencia se pone en marcha debido a una confluencia de diferentes factores. Se dan en esta época factores biológicos, como la maduración de los órganos sexuales o un aumento en las tensiones instintivas, existen factores sociales que influyen en nuevos sistemas de identificaciones disponibles y cambia el conjunto de roles esperados para este momento del desarrollo. Por último, intervienen factores psicológicos diversos que implican la correcta integración de los logros que han de haber sido adquiridos en fases previas (la formación del súper yo, el sistema de introyecciones según las figuras disponibles, etc.). Diferentes autores dan distintas hipótesis del mecanismo que alimenta la evolución del proceso adolescente. A. Freud señala la importancia del desasimiento de los lazos objetales infantiles; para Erikson es primordial la crisis de identidades que en este momento ocurre; y P. Blos describe la adolescencia como un proceso de segunda individuación (el primero tuvo lugar a los tres años, cuando el niño logra una representación estable del objeto) a través de una regresión, que aunque defensiva, está al servicio del desarrollo. Todos estos factores y procesos son importantes en el curso de la adolescencia, y de sus alteraciones derivan trastornos y psicopatología característica. (Ver diapositiva 1).



Diapositiva 2.

En primer lugar, como decíamos, ha de producirse el desligamiento de la libido de los objetos primarios, ya que, en caso contrario, el sujeto permanece fijado en relaciones objetales infantiles, caracterizadas por una extrema ambivalencia, temor a la pérdida y angustia de castración. (Ver diapositiva 2).

Por otra parte, si este desasimiento tiene lugar, a pesar de ser una vicisitud necesaria para el desarrollo, la libido liberada genera angustias confusionales, que en la clínica se traducen en vivencias de despersonalización, inestabilidad en las identificaciones, síntomas fóbicos y rituales obsesivos, por medio de diferentes mecanismos que intentan hacer manejable esta energía libidinal liberada.

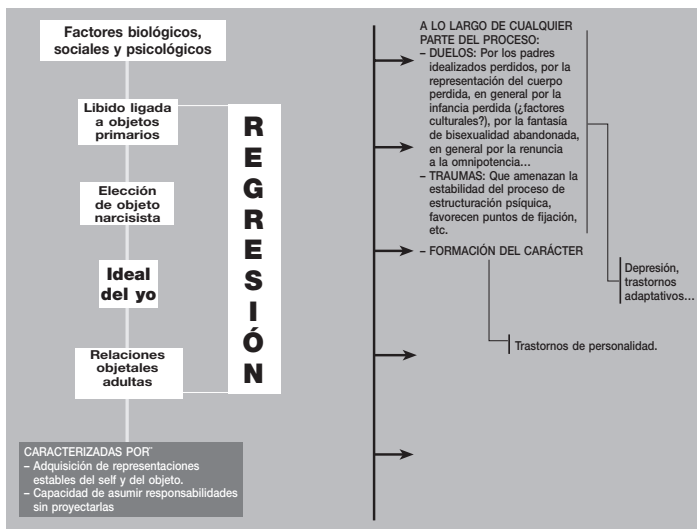
Las vicisitudes de la libido pueden ser variadas hasta llegar a ligarse definitivamente a objetos adultos. Puede suceder que se ligue, durante este proceso, al cuerpo, lo que producirá somatizaciones diversas, angustias hipocondríacas, alteraciones en la percepción corporal, o dismorfofobias, que contribuirán psicopatológicamente a diferentes trastornos psicóticos y del

tipo de la anorexia nerviosa y otras alteraciones del esquema y la percepción corporal. En el proceso normal de maduración de la libido, ésta se dirigirá en primer lugar hacia el yo, lo que se manifiesta en elecciones narcisistas de objeto, principalmente en el grupo de pares del mismo sexo. Esta fase es necesaria para ir adquiriendo lo que P. Blos describe como “dominio interno” antes de poder pasar a un efectivo “dominio externo”. De esta manera el yo del adolescente recibe el impulso necesario para ir integrando nuevas identificaciones (Erikson). Sin embargo se movilizan angustias homosexuales en este proceso, que dan lugar a inestabilidad en la identidad sexual, mientras que la derivación hacia el yo de la libido puede dar lugar a aislamientos sociales clínicamente significativos y síntomas psicóticos.

Finalmente, esta libido de objeto narcisista, predominantemente homosexual, ha de ser ligada, junto con representaciones heredadas del complejo de Edipo negativo, para formar una nueva instancia imprescindible para la normal transición adolescente que es el ideal del yo. Las angustias producidas por conflictos del ideal del yo se expresan como vergüenza narcisista en lugar de la culpa característica de los conflictos del súper yo. Estos conflictos tienen lugar en la confrontación de la representación del self con el ideal del yo, y dan lugar a cuadros de fobia social, fobia escolar, y diferentes conductas evitativas.

En esta etapa de transición además juega un papel fundamental el grupo de pares, como fuente de nuevas identificaciones, como aporte de nuevas elecciones de objeto, como medio donde representar y elaborar los conflictos derivados de las relaciones infantiles, etc. La carencia del grupo de pares da lugar a incapacidades para salir de la regresión psicótica, pero el grupo también puede contribuir a generar patologías, aportando una adhesión a sustitutos, defensiva contra el duelo provocado por la pérdida de las relaciones infantiles (al igual que lo hacen las drogas). Otros peligros del grupo se derivan de las identificaciones trastornadas que estos pueden poner a disposición del adolescente, con lo que se producen adhesiones a grupos violentos, o de otro tipo (grupos de “anoréxicas”, de “suicidas”, etc.).

La maduración de las pulsiones y del yo que tiene lugar a lo largo del proceso adolescente es posible merced a una regresión al servicio del desarrollo, según P. Blos. Si bien la regresión es defensiva, ha de tener lugar, pues en este período exclusivamente, permite que se vayan aplicando las facultades nuevas que el yo va adquiriendo a lo largo del proceso, a las vicisitudes infantiles que en los primeros años solo podían ser abordadas de forma inadecuada e incompleta. Las manifestaciones normales de esta regresión se observan en el narcisismo aumentado del adolescente, en la tendencia normal al *acting out* como reflejo de la regresión a la etapa de motilidad expresiva de las fases preverbales y el retorno en cierta medida al lenguaje corporal. La evitación defensiva de esta regresión da lugar a huidas a roles adultomorfos, como conductas sexuales pseudo adultas cuando no se ha adquirido la madurez suficiente, fugas del domicilio y pseudo independencias que ocultan la incapacidad de realizar un auténtico distanciamiento psicológico de los padres, oposicionismos como pseudo autoafirmaciones que ocultan dependencia de las figuras primarias, etc. Por otra parte, si se da la regresión, y se permanece en ella sin avanzar en el proceso, existe el riesgo de un aumento desmesurado del narcisismo, de fusiones con los objetos que pueden llegar a producir distorsiones de la estructura psíquica y psicosis, etc.



Diapositiva 3.

Además, a lo largo de todo el proceso aquí esquematizado, pueden producirse traumas diversos que según en qué momento del desarrollo incidan, podrán dar lugar a fijaciones en cualquiera de los puntos descritos. (Ver diapositiva 3).

En la literatura también se señalan (Aberasturi) los distintos duelos que el adolescente ha de ir haciendo a lo largo de todo el proceso, por la pérdida de los padres idealizados, de la representación del cuerpo infantil, de las fantasías de bisexualidad que han de ser abandonadas en aras de una maduración completa y, en general, por toda la infancia perdida. Quizás bajo la idea de pérdida en la transición de niño a adulto, se escondan factores ligados exclusivamente a nuestra cultura, pues es posible que en otras culturas este paso implique más una ganancia que una pérdida.

También señalan diferentes autores la importancia de la adolescencia en la consolidación del carácter, y las vicisitudes del yo y de la libido que tienen lugar a lo largo de todo el proceso, dejarán su huella, ahora ya imborrable, en la personalidad adulta, dando lugar las alteraciones de este proceso a todo el espectro de trastornos de la personalidad conocidos.

El final de este proceso, el inicio de la etapa adulta, tendrá lugar cuando se alcancen unas representaciones estables del self y del objeto, y una capacidad de asumir responsabilidades, de tolerar frustraciones, etc. que permitan nuevas relaciones de objeto adultas. La dilatación de este proceso sin final aparente, ha sido conceptualizado por P. Blos en el llamado síndrome de la adolescencia prolongada.

HOSPITAL DE DÍA TIPO COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE ORIENTACIÓN DINÁMICA

Nuestro trabajo con adolescentes se desarrolla en un hospital de día de tipo comunidad terapéutica de orientación dinámica, donde trabajamos con pacientes graves. Según los mecanismos etiopatogénicos propuestos, consideramos que dicho tratamiento puede ser muy beneficioso en este período de la vida en concreto, pues la adolescencia constituye, como ha señalado P. Blos, una “segunda oportunidad” por tratarse de un período caracterizado por aspectos reparatorios que no vuelven a darse en la vida (debido al proceso de segunda individuación y de regresión), y donde hasta cierto punto, pueden corregirse algunas influencias traumáticas de la infancia. Es característico de este período la imposibilidad en ocasiones de establecer un límite claro entre lo normal y lo patológico, pues como hemos visto, algunas regresiones hasta casi la psicosis pueden ser normales, mientras que lo que es normal, de pronto, y sin poder predecirlo, se constituye en fijación y puede devenir patológico. Por eso, la atribución de gravedad se basa más en la repercusión que tiene el trastorno sobre el paciente y su medio, que en el diagnóstico, que se demuestra poco estable en este período, y con escasa predicción pronóstica.

Consideramos que el medio terapéutico en el que trabajamos resulta eficaz en el tratamiento de pacientes adolescentes graves debido a distintos factores, entre los que podemos considerar los siguientes:

- El trabajo en grupo permite poner en marcha todo el juego de identificaciones necesario en esta edad, así como permite recrear las relaciones objetales infantiles, mediante la proyección de las imágenes parentales escindidas,

que en el grupo terapéutico pueden ser reelaboradas y metabolizadas.

- El trabajo con la familia permite que ésta tolere en mayor medida el proceso adolescente, ofreciendo también un apoyo a los padres que han de realizar a su vez el trabajo de duelo por el hijo niño perdido, ayudándoles a soportar la desidealización, la regresión, etc.
- Los diferentes espacios terapéuticos permiten la elaboración de distintas conflictivas, poniendo en marcha diferentes recursos y/oicos según el proceso evolutivo del paciente. Todos estos aspectos se integran en el grupo comunitario, eje vertebral del tratamiento en el hospital de día, donde desde el marco relacional se trabajan todos los aspectos mencionados en este trabajo, acompañando al adolescente a lo largo de todo el proceso, tolerando la regresión cuando es al servicio del desarrollo, impidiendo, mediante el trabajo terapéutico la evitación del conflicto adolescente o la permanencia y la fijación en el mismo.

ESTUDIO CUANTITATIVO

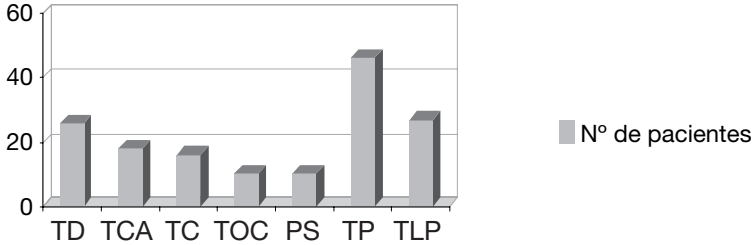
Variables sociodemográficas

Presentamos a continuación los resultados cuantitativos obtenidos a lo largo de los últimos 5 años, estudiando un total de 74 casos dados de alta en este período (sólo consideramos los pacientes que han estado ingresados al menos tres meses). De éstos el 44% fueron varones y el 55% mujeres, la edad media al ingreso fue de 16 años y medio y al alta de casi 18, estando en tratamiento una media de un año y cinco meses aproximadamente.

Como decíamos antes, se trata de pacientes graves, evaluada dicha gravedad por la escala de funcionamiento global (GAF), que era de 32,5 al ingreso, lo que supone un deterioro importante en varias áreas. Así mismo, el paciente tipo lleva una media de 3 años y 2 meses presentando problemas clínicamente significativos, y más de la mitad han requerido al menos un ingreso psiquiátrico (casi un cuarto han requerido una media de 4 ingresos antes de entrar en tratamiento).

Diagnóstico

A pesar de las limitaciones del diagnóstico DSM IV en esta edad y en este tipo de patología, las frecuencias de los síndromes fueron las mostradas en la siguiente gráfica:

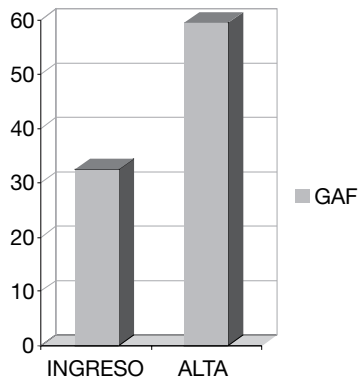


- Trastornos depresivos: 35,13%.
- Trastornos conducta alimentaria: 24,32%.
- Trastornos de conducta: 21,62%.
- Trastornos obsesivo-compulsivo: 13,51%.
- Trastornos psicóticos y T.G.D.: 13,51%.
- Trastornos de personalidad: 62,16%.
- Trastornos límite de personalidad: 36,49%.

Resultados

RESULTADO DEL TRATAMIENTO

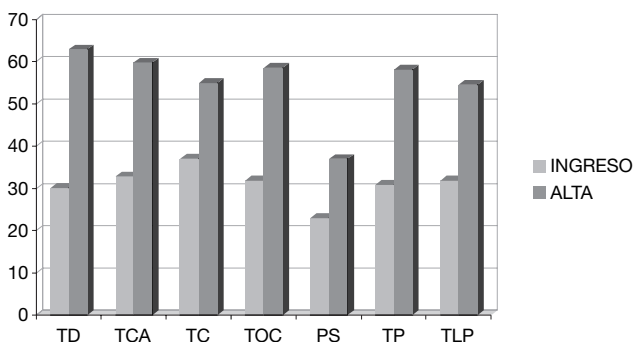
- GAF al ingreso $m = 32,5$ / des. tipo = 10.
- GAF al alta $m = 59,42$ / des. tipo = 10,54.



Finalmente, los resultados, cuantificados mediante la escala GAF fueron los siguientes: siendo el GAF al ingreso de 32,5, al alta la media obtenida fue de 59,42.

Atendiendo al GAF medido al alta, observamos que casi el 75% de los pacientes son dados de alta sin síntomas graves, e incluso algo menos del 40% son dados de alta sin síntomas o con síntomas leves. Por otra parte, se redujo la necesidad de ingreso psiquiátrico de tal forma, que durante el tratamiento, apenas un 16% de los pacientes lo requirió en alguna ocasión.

RESULTADO DEL TRATAMIENTO POR DIAGNÓSTICOS



Conclusiones

Acabamos ya esta presentación con las siguientes conclusiones:

- La adolescencia es un complejo proceso desde el desinvestimiento de los objetos infantiles hasta la adquisición de relaciones objetales adultas, a lo largo del cual pueden producirse múltiples fallas, interrupciones, fijaciones y regresiones que pueden acabar por producir alteraciones clínicamente manifiestas, algunas de las cuales son graves en virtud de la disfunción en todos los ámbitos que provocan.
- Cuando se producen estas alteraciones graves, la propia cualidad del proceso adolescente hace que puedan ser reversibles, pues se trata de un proceso sumamente dinámico con una capacidad reparatoria extraordinaria.
- El tratamiento en hospital de día de tipo comunidad terapéutica de orientación dinámica parece eficaz para el tratamiento de estas alteraciones graves.

BIBLIOGRAFÍA

- ABERASTURY, A.: *El adolescente y el mundo actual, en Psicopatología y psiquiatría del adolescente*, Buenos Aires: Paidós-Asappia, 1973.
- AJURIAGUERRA, J. de: *Manual de psiquiatría infantil*, Barcelona: Masson, 1977.
- BLOS, P.: *Psicoanálisis de la adolescencia*, México D.F.: Ed. Joaquín Mortiz, 1971.
- BLOS, P.: *La transición adolescente*, Buenos Aires: Asappia-Amorrortu, 1981.